

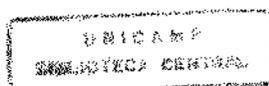
Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Mental, defendida pela médica **MÁRCIA GONÇALVES ASSUMPCÃO**, Campinas, 30 de Outubro de 1996.

  
Prof. Dr. MÁRCOS PACHECO DE TOLEDO FERRAZ  
Orientador

**Márcia Gonçalves Assumpção**

**ESTUDO DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS  
EM PACIENTES MASTECTOMIZADOS APÓS  
DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA MAMÁRIA.**

**CAMPINAS  
1996**



*Márcia Gonçalves Assumpção*

***ESTUDO DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS  
EM PACIENTES MASTECTOMIZADAS APÓS  
DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA MAMÁRIA***

*Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação, da  
Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual  
de Campinas, para a obtenção do título de Mestre em Saúde  
Mental.*

***ORIENTADORES: Prof. Dr. Marcos Pacheco de Toledo Ferraz  
Prof. Dr. Joel Sales Giglio.***

***Campinas  
1996***

UNIVERSIDADE	BC
N.º CHAMADA	TI UNICAMP
	As 79e
	31493
	281197
	1
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	29/10/97
N.º CPD	

CM-00100025-8

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP

Assumpção, Márcia Gonçalves

Estudos dos transtornos depressivos em pacientes mastectomizadas após diagnóstico de neoplasia mamária / Márcia Gonçalves Assumpção. Campinas, SP : [s.n.], 1996.

Orientadores: Marcos Pacheco de Toledo Ferraz, Joel Sales Giglio.

Tese (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Depressão. 2. Neoplasia. 3. Câncer. 4. Mastectomia. I. Ferraz, Marcos Pacheco de Toledo. II. Giglio, Joel Sales. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

---

## **Banca Examinadora de Tese de Mestrado**

---

**Orientadores: Prof. Dr. Marcos Pacheco T. Ferraz.  
Prof. Dr. Joel Sales Giglio.**

---

---

### **MEMBROS:**

---

**1.**

---

**2.**

---

**3.**

---

**Curso de Pós Graduação em Saúde Mental da Faculdade de  
Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.**

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.



**AGRADECIMENTO ESPECIAL**

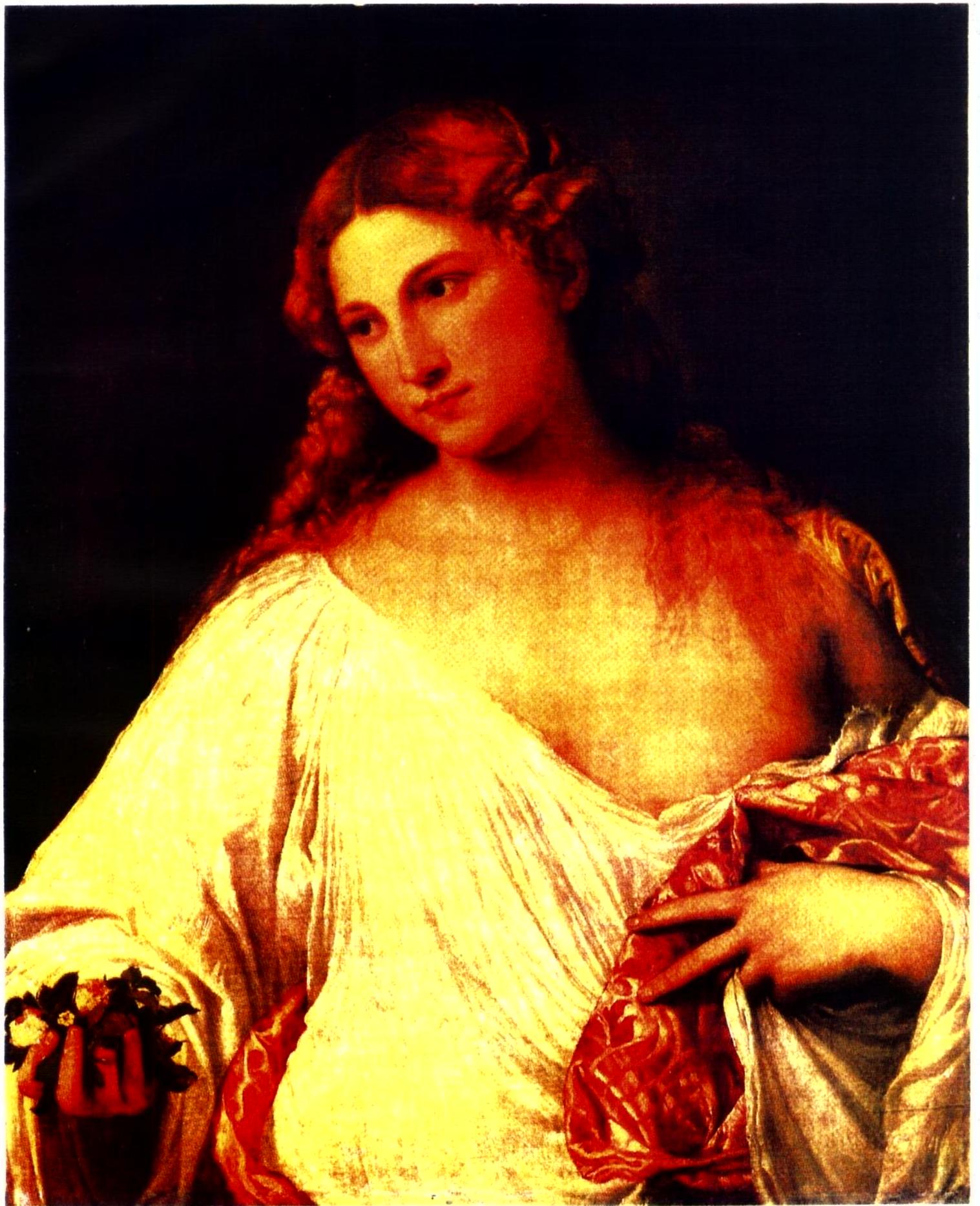
*Ao Professor Dr.*

*Marcos Pacheco de Toledo Ferraz.*

*Com muita paciência e dedicação conduziu as controvérsias e os conflitos até a conclusão do trabalho.*

*Acredito que realizar um trabalho com uma pessoa voluntariosa e melindrosa como eu não deva ser uma tarefa simples... Acredito mesmo que para este feito o orientador carece ter muita experiência e competência...*

---



*Dedico este trabalho aos meus filhos:*

**Gabriela Gonçalves Assumpção**

**Paula Gonçalves Assumpção**

**Rafael Gonçalves Assumpção,**

*que são meu leit - motivo.*

*e à minha mãe:*

**Dirce Batistelli Gonçalves**

*uma mulher que combina a delicadeza e a fortaleza  
em perfeita harmonia.*

*e à meu pai. (in memoriam):*

**Adglis Gonçalves**

---

## **Agradecimentos**

---

*Aos meus colegas da Unicamp, dos quais trago uma recordação de momentos de alegria ...o retorno à vida universitária.*

*À Mauro Mercaldo e Manoela Mercaldo, meus pais adotivos ... Ele com suas homeopantias mágicas que trataram meu corpo... ela que auxiliou a compreender um pouquinho da minha alma..."por hora apenas um pouquinho de compreensão, pois a Roda de Samsarah ainda me espera com seus entraves e suas surpresas"... vivência ainda não é possível não é mesmo minha amiga?*

*À Ana Maria Barão e Edna Maria Pinheiro, que muito me acompanharam.*

*Ao Newton Antonio Sanchez, conhecido nas alcovas universitárias por EL VÂNDALO, aquele que não nos deixava assistir à uma aula sem "lágrimas" de rir. PUXA VIDA... QUE AMIGÃO !!!...*

*À Marina Moreira , minha querida amiga, por todas aquelas madrugadas de ombro , de apoio nas horas difíceis, de "elaboração" das desilusões. Ah! se não fosse você, teria sofrido mais...*

*À Sandra Aparecida Moreno, que com certeza sabe o quanto foi importante para mim neste trabalho. Realmente, uma pessoa muito especial.*

*À Profa. Dra Mara Alves Cabral , que me orientou no início do trabalho , me apoiou e compreendeu minha necessidade de mudança..*

*Ao PROF.Dr Júlio de Mello Filho, que me incentivou a iniciar o Mestrado, em nossas tradicionais conversas telefônicas da madrugada. PASMEM.! quase diariamente, das 24:30 em diante...*

*Julinho, Julinho... sua amiga têm tanto ainda o que aprender !*

*Você sabe que é meu irmão querido.*

*Ao Prof .Dr Egberto Ribeiro Turato, que segurou a "onda" no momento mais difícil do mestrado. Te devo esta!*

*À Silvana , minha secretária. Sou quase DEPENDENTE... Com muita mestria ela consegue organizar minha agenda.. E cá entre nós, ainda não consegui compreender a "técnica", que com certeza é um trabalho de expert.*

*Ao Prof Dr Roosevelt Moisés Smeke Cassorla, que me ouviu e que teve uma significativa importância em meu desenvolvimento.*

*Ao Dr Joel Sales Giglio, que "ASSUMIU" a co- orientação de minha tese ... Sem você, nada aconteceria.*

*Ao meu Estatístico ... observem a possessividade... "MEU estatístico"... Adriano de Azevedo Marques... Ok... Tá bom! te divido com a Unitau...*

*Ao Prof. Dr Paulo Dalgarrondo, Prof Dr Neury José Botega e Profa. Dra Lidia Straus que tão gentilmente me conduziram na banca de qualificação...*

*Ao Prof. Dr. José Alberto Del Porto, que me auxiliou e me orientou na escolha do instrumento e do método, com muita gentileza e carinho.*

*Ao Prof. Dr Ronaldo Laranjeiras que fez a revisão da tradução do questionário QSD.*

*Ao Dr André Beer, que procurou me auxiliar na realização deste trabalho.*

*Ao Prof . Dr. Marcos Brasilino que com sua bondade e compreensão, abriu novos caminhos para que eu possa continuar trabalhando na pesquisa do câncer.*

*Ao Prof. Dr Abraão Rapoport, que me deu a oportunidade de ingressar no Hospital Heliópolis, para continuar o trabalho junto à população com Neoplasia.*

*Ao Dr BUENO, da Fundação Zerbini, que procurou me auxiliar com muita atenção, dedicação e amizade.*

*Ao Prof.Dr . Dalton Chamoni, do Hemocentro, pela gentileza e atenção.*

*Ao Dr Jorge de Figueiredo Forbes , meu analista. SEM PALAVRAS..*

## A quem...???

A falta me acompanha... minha companhia,  
em mil faces, disfarces... permeia e perdura  
hora indolente, hora indócil... desdenhada!  
A incompreensão e a busca perene de nada,  
Aaaaah... o que fazer com esta alma errante  
que clama em paixão sitiada...  
Oculta a sensação calorosa e avarandada...  
a percepção da inigüidade e do impossível  
mesmo sabendo- o original e real.  
Cá estamos, na mesma viagem,  
em paragens opostas, atemporais...  
Cá estamos, no deleite da meiguice,  
com a fera amordaçada e acabrunhada  
observando por trás do olhar...  
e neste aguardar... um lamento...  
Hei, olha me olhando a que te olho...  
... por um tênue aceno!  
... por um consentimento... com sentimento...  
Mas o que sei eu do instante presente?  
ou do próximo ainda?...  
Um breve sonho que reluz à espreita...  
Tentativas infrutíferas de entendimento...  
de ressurgimento...  
Aquela antiga parábola ecôa inerte...  
ressuscitar os mortos em vida,  
liberta- los dos ditames da conveniência!  
Temos uma chuva dourada e asas azuis  
Muito encanto... meu canto, o que restou,  
e quiçá um outro impasse adiante...  
Um outro vislumbre de vida  
que em tempo indeterminado  
meu querer permitirá se iludir!  
Mas se poderes... te apresses...  
Toma-me com sofreguidão e mata-me !!!  
Para que eu renasça em outro olhar...

Obrigado a todos!

Márcia.



*\* PACIENTE A \**

--- “ Eu trabalho na área de saúde... Eu faço exames preventivos de Câncer de Colo e de mama... agora estou com sangramento ... talvez tenha que fazer uma cirurgia .... mas não faz mal... não vou perder uma perna ou um braço... já perdi uma mama, mas para isso eu não ligo... que se dane... **O IMPORTANTE é a VIDA**”... e me olhou nos olhos com profundidade... como que se esperasse a minha aprovação!”

*( paciente que faleceu devido a metástases generalizadas 6 meses após esta entrevista).*

*\*PACIENTE B : \**

“---Eu sempre pinteí a vida de cor de rosa com rendinhas... até os sentimentos mais verdadeiros eu não enxergava... agora me sinto como se fosse uma caixa... no peito parece que tenho uma prensa me apertando...Tenho medo dos sentimentos que tenho... eles me assustam...

- Sei que eles sempre estiveram presentes... apenas eu não conseguia olhar de frente para eles! Eram imensos fantasmas...”

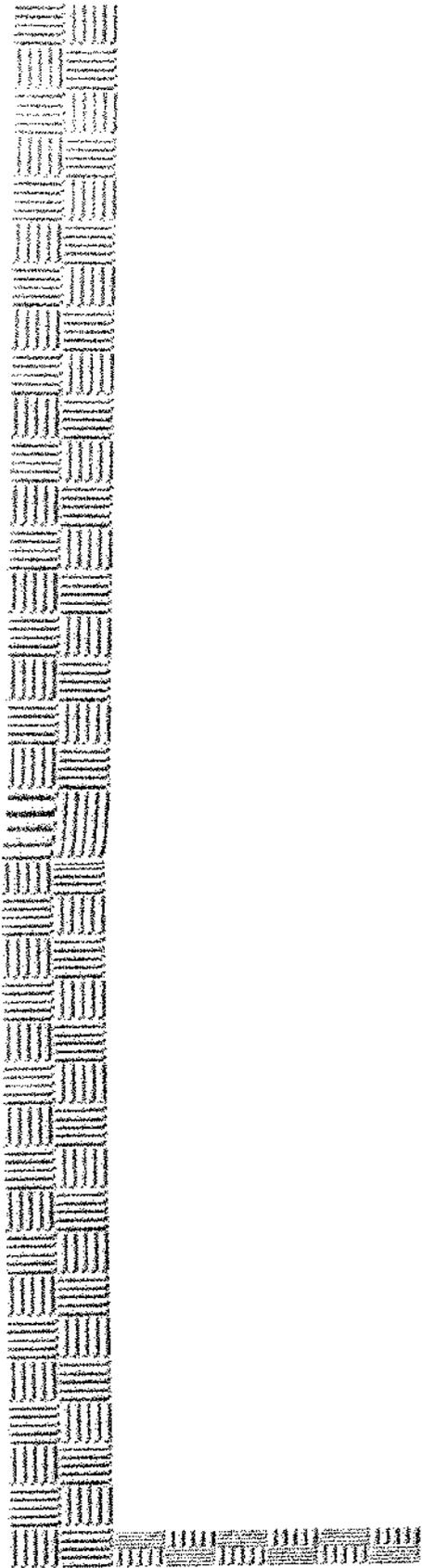
*( paciente mastectomizada que veio a falecer 2 meses após esta entrevista com metástase de gânglio linfático com compressão e deslocamento (desvio) da traquéia e do mediastino).*

## Sumário

---

RESUMO.....	i
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Moléstia Neoplásica da Mama.....	2
1.2. Aspectos psicossociais e pesquisa em câncer de mama.....	7
1.3. Comorbidades psiquiátricas em câncer e patologias orgânicas.....	14
1.4. Neoplasia mamária e fatores psicossociais .....	20
2. OBJETIVO.....	25
3. HIPÓTESE FUNDAMENTAL.....	27
4. PACIENTES E MÉTODOS.....	29
5. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO .....	31
6. CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	33
7. MÉTODO .....	35
8. ESCALA DE BECK.....	37
9. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	39
10. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
11. CONCLUSÃO.....	66

12. SUMMARY.....	70
13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
14. ANEXO.....	85



## *Resumo*

*Neste trabalho foi estudada a depressão em sessenta pacientes mastectomizadas após diagnóstico de neoplasia mamária triadas do Hospital Santa Isabel de Clínicas de Taubaté.*

*Como método foi utilizada a escala de beck para depressão, e foi considerado o escore acima de 18 como ponto de corte para o diagnóstico de depressão.*

*Tivemos como resultado que 30% da população estudada apresentava depressão (escore acima de 18), dado este considerado alto quando comparado com os dados obtidos pela OMS para a população geral ( 8%).*

*Além deste resultado o trabalho estudou algumas variáveis psicossociais das pacientes na tentativa de situar algum fator que atuasse como "protetor" contra a depressão.*

*Como resultado obtivemos significância no estado civil, onde as pacientes que possuíam companheiro apresentavam em escore significativamente menor do que aquelas que não possuíam companheiro e as alterações da sexualidade também mostraram-se como significantes nas pacientes acometidas pela depressão. Este dado não foi considerado relevante já que a maioria das pacientes estudadas apresentavam idade avançada e poderia interferir na avaliação.*

*Concluimos que existe a necessidade de uma maior atenção dos serviços de saúde para estas pacientes ,pois os escores altos de depressão demonstram que uma intervenção terapêutica poderia amenizar o sofrimento causado tanto pela mutilação e o estigma da patologia, promovendo uma melhoria na qualidade de vida.*

*Um acompanhamento mais próximo das pacientes que não possuem companheiro também se faz necessário, já que estas apresentam mais depressão que as pacientes com companheiro.*





## 1.1. MOLÉSTIA NEOPLÁSICA DA MAMA

### ASPECTOS GERAIS

#### TUMORES:

“As neoplasias consistem nas lesões mais importantes da mama e as mais comuns” (ROBBINS, COTRAN, KUMAR-1987).

“A mama feminina pode apresentar diversos tipos de tumores, Eles são formados por um envólucro tegumentar, por gordura adulta, por tecido conjuntivo mesenquimal e por estruturas epiteliais. Eles freqüentemente originam-se do epitélio escamoso estratificado das estruturas glandulares e do tecido conjuntivo mesenquimal. A classificação é feita como papilomas cutâneos, carcinomas de células escamosas da pele, adenomas, papilomas dos ductos, carcinoma de origem ductal ou glandular e qualquer variedade de tumor mesenquimal benigno ou maligno. Podem ser ainda: fibroma e fibrossarcoma, mioblastoma de células glandulares, condroma e condrossarcoma, lipoma e lipossarcoma, osteoma ou sarcoma osteogênico, angioma ou angiossarcoma.”

#### CARCINOMA DA MAMA:

O CARCINOMA MAMÁRIO se origina nas estruturas glandulares e ductais da mama (CECIL-1986).

As neoplasias mamárias são responsáveis pelo maior número de mortes por câncer nas mulheres. Segundo POLLARD (1986), membro da América cancer Society, o Câncer de mama ocupa o primeiro lugar entre os cânceres, em número de intervenções cirúrgicas, em tratamentos de radioterapia, administração de hormônios e quimioterapia. Também é o primeiro em número de biópsias.

Segundo ROBBINS (1987), a mortalidade do Ca de mama mantém-se inalterada nos últimos 30 anos e chega aos 22 a 23 por 100 mil . Dados estes comparados com os de (ROSAI & AZZOPARDI-1981).

De seis a sete mulheres em cada 100 desenvolverão câncer de mama (SILVERBERG- 1984).

Os crescentes diagnósticos precoces e tratamento não neutralizam sua incidência crescente nas mulheres.

### **Incidência:**

Raramente encontrado antes dos 25 anos, após isso, é encontrado em qualquer idade com incidência máxima antes e após a menopausa (SILVERBERG -1984). A prevalência é extremamente variável de acordo com as áreas geográficas; No Japão e na Tailândia o número de casos não chega a 1/5 do que a dos EUA. Podemos resumir em:

Segundo LEIDMAN (1976), o Ca de mama é mais comum em:

- 1-Duas vezes mais freqüentes em judeus do que em não judeus.
- 2-Mulheres com idades mais avançadas, subindo abruptamente após os 50 anos.
- 3-Mulheres que tiveram o primeiro filho em idade acima de 30 anos.
- 4-Nulíparas do que em múltíparas.
- 5-Mulheres com menopausa após os 50 anos.
- 6-Mulheres com menarca antes dos 13 anos.
- 7-Mulheres obesas.
- 8-Mulheres com história anterior de neoplasias de ovário, endométrio( menos freqüente em mulheres com Ca cervical).

9-Mulheres com doença fibrocística, hiperplasia endometrial.

10-Mulheres com história de Câncer mamário na família ( 50 vezes mais frequente)

ING (1992), aponta que existe uma frequência aumentada para as mulheres que fazem uso de contraceptivo oral, associado com altas doses de progesterona.

BORING (1993) estimou a incidência de neoplasia mamária em 32%, quando estudado através dos sítios de aparecimento e as mortes por neoplasia, quando avaliadas pelo sítio de aparecimento, é de 18%.

### **Etiologia e Patogenia:**

Todos os estudos ainda são controversos com relação à etiologia, mas quatro fatores são indicados como frequentes:

- 1 - Fatores genéticos
- 2 - Fatores hormonais
- 3 -Fatores ambientais
- 4 - um a quatro vírus..( HAAGENSEN -1981).

Fator genético - Existe um gene autossômico dominante, como uma das mais estudadas influências genéticas. O haplotipo propenso ao câncer é o HLA-B13.

Fator hormonal - A atividade estrogênica desenfreada em mulheres em idade reprodutiva. O efeito proliferativo dos esteróides regulam a atividade genética e as células normais, e em certos órgãos alvo, possuem receptores específicos para estrógeno e progesterona. Receptores semelhantes são vistos em células de Ca mamário.

O complexo receptor dos hormônios esteróides funciona como uma chave que aciona a síntese de DNA e a atividade replicativa nas células alvo através do AMPc. Os estrógenos também podem unir-se covalentemente ao DNA nuclear e também agir como receptores.

A somatotropina (prolactina) secretada pela Hipófise anterior e pela placenta, tem influência no crescimento dos tumores. (HALDAWAY -1977).

Fatores Ambientais - Dietas, reserpinas, cafeína, nebulizações e irradiação são as mais freqüentemente associadas..

Vírus - O vírus tumoral mamário das ratas (MMTV) foi descoberto e foi detectado tanto no leite (horizontalmente) como no genoma materno (verticalmente). Desta forma, cepas são incorporadas ao genoma e verificou-se uma alta incidência em ratas com este genoma (SPEIGELMAN -1981).

### **Morfologia:**

Os carcinomas são mais freqüentes na mama esquerda que na direita ROBBINS-(1987). 50% surgem no quadrante superior externo e 20% na região central ou sub-areolar. Mais de 90% tem origem no epitélio ductal e 10% nos lóbulos mamários. (GALLAGER-1990).

CARCINOMA INTRADUCTAL INFILTRANTE - 90% dos tumores se originam nos ductos, começam como proliferações atípicas do epitélio que acabam obstruindo os ductos com células neoplásicas.

O Carcinoma ductal Infiltrante é o tipo mais comum de câncer de mama, e 75% são invasivos. Tem consistência pétrea com 2 a 5 cm de diâmetro. Histologicamente temos células anaplásicas que revestem os ductos dispostos em ninhos e cordões de túbulos, massas anastomosadas e de mistura de todos estes elementos. As células ficam disseminadas em um estroma fibroso, que varia de tumor para tumor. Ocorrem normalmente metástases para os linfonodos axilares. A sobrevida é de 10 anos para 84%. (RIDOLFI - 1977).

#### **Estadiamento:**

O Comitê Americano de Estadiamento do Câncer adota mais ou menos as recomendações da terminologia TNM da UTCC.

Podem ser:

Não metastatisantes, raramente metastatisantes, metastatisantes.

ESTÁDIO I - Tumor com menos de 5 cm de diâmetro, sem acometimento ganglionar e sem metástases.

ESTÁDIO II - T. com menos de 5 cm com metástases sem ser a distância, com gânglios axilares afetados.

ESTÁDIO III - Qualquer tamanho com acometimento ganglionar e de pele, músculos peitorais, sem metástases à distância.

ESTÁDIO IV - Qualquer tamanho, com ulceração da pele, fixação à parede

## 1.2. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E PESQUISA EM CÂNCER DE MAMA

O efeito do câncer de mama e mastectomia sobre o suporte emocional e ajustamento tem sido alvo de estudo por diversos pesquisadores ZEMORE & (SHEPEL-1989).

Para pacientes que apresentam Câncer, segundo SIMONTON (1984), em seu livro "A família e a cura", a compreensão atual do câncer confirma a teoria de que a cura pode ser profundamente influenciada por fatores psicológicos e emocionais.

"Estamos começando a entender que os fatores que contribuem para o aparecimento do câncer incluem a predisposição genética, a exposição à produtos cancerígenos e à reação de stress... Também nos damos conta que a combinação destes e de outros fatores pode existir, e, que nem sempre é possível obter uma explicação pura e simples para o que causou o câncer em alguém. Por esta razão, o tratamento deve levar em conta muitos aspectos diferentes e, tratar, tanto os aspectos fisiológicos como psicológicos."

"Não é possível indicar com precisão o papel do stress na doença. Não há dúvidas porém que ele tem um papel na diminuição da resistência à vários tipos de doenças... Não se trata de uma opinião generalizada, mas esta questão é alvo de diversas pesquisas". ( Le Shan-1992).

As principais linhas de pesquisas em câncer de mama estão voltadas para o ajustamento psicossocial das pacientes, tanto com relação ao impacto do diagnóstico, bem como aos efeitos do tratamento que inclui, via de regra, a mutilação (HOLMBERG-1989; MORRIS-1977; FALLOWFIELD-1993).

O tipo de tratamento (\*cirurgias conservadoras ou radicais), vêm sendo discutidas no sentido de propiciar uma melhor qualidade de vida para as pacientes.

HOLMBERG, OMNE-PONTEN et al (1989), sugerem possíveis vantagens nas cirurgias com conservação da mama, comparativamente à mastectomia radical, no que

diz respeito aos aspectos psicossociais. Em um estudo com 161 pacientes acometidas com Câncer mamário, onde 62 sofreram cirurgia radical, pode-se verificar que ocorreram importantes diferenças no comportamento psicossocial e sexual no decorrer de 12 meses nas pacientes mastectomizadas. A preservação da mama parece influenciar significativamente no ajustamento das pacientes acometidas com câncer.

A depressão avaliada por duas escalas foi verificada com 4 e 13 meses após a mastectomia e em pacientes com conservação da mama. Como resultado, tiveram no quarto mês, 67 pacientes com depressão nas mastectomias totais e 37 pacientes em 62 nas cirurgias conservadoras.

“Aos 13 meses após a cirurgia tivemos um resultado de presença de depressão em 59 pacientes em 161 pacientes com cirurgia radical e 37 pacientes em 62 com cirurgia conservadora.”

Com relação aos efeitos do suporte emocional e ajustamento psicossocial em pacientes mastectomizadas, ZEMORE & SHEPEL (1989), apresentaram resultados de uma investigação sobre o suporte familiar, e a má-adaptação de pacientes com câncer mamário e mastectomizadas, com um grupo controle de pacientes com doença benigna da mama. Este trabalho revelou que as pacientes mastectomizadas recebem um melhor suporte familiar e de amigos do que as do controle. Em adição, as pacientes acometidas com câncer mamário, não eram socialmente ou emocionalmente desajustadas em relação aos controles. Foram entrevistadas 301 pacientes com câncer mamário e 100 pacientes com doença benigna da mama. O ajustamento social foi avaliado pela Social Adjustment Scale...Este questionário, com 22 itens analisa as áreas de atividade de trabalho (vida doméstica, estudo, etc), atividades sociais (relações familiares, parentes, amigos). O ajustamento social foi avaliado pelo questionário Emotional Adjustment Scale- que consiste em 5 sub-itens e que rastreiam a hostilidade, sensibilidade/irritabilidade, esperança, auto-estima, satisfação de vida, etc... A auto-estima foi ainda avaliada pela ROSEMBERG' Scale.

ROBERTS; COX et al (1994) exploraram o suporte social de amigos, companheiros e da família em 135 pacientes com diagnóstico de câncer de mama. Os

dados mostraram que existia uma relação moderada entre um aumento do desajustamento psicossocial e o baixo suporte social. Entretanto, quando as variáveis de personalidade foram estudadas, revelou-se um decréscimo do desajustamento. Concluiu-se que as características de personalidade, mais do que as relações sociais, aparecem sublimiamente como responsável do ajustamento psicossocial. Os autores chamam a atenção dos profissionais para que atuem no sentido de desenvolver a força do ego e elaborem o passado psicológica dos pacientes para que se obtenha uma melhor adaptação à patologia.

MAGUIRE (1978), realizou um estudo com 75 pacientes pós-mastectomizadas e um grupo controle de 75 pacientes com doença benigna da mama observando que 25% das pacientes mastectomizadas, versus 10% do grupo controle, necessitaram de tratamento psiquiátrico para depressão, ansiedade ou ambos. 8% das pacientes mastectomizadas tiveram diagnóstico (DSMIII-R) de depressão moderada a grave e sérios distúrbios sexuais. Das pacientes que obtiveram auxílio, não encontraram um tratamento apropriado... a inabilidade de reconhecer e tratar estes distúrbios emocionais foi observado.

Fatores emocionais também têm sido estudados nos companheiros das pacientes mastectomizadas... Segundo WELLISCH (1978), os pontos nodais do desajustamento nos companheiros, estava no processo de decisão com relação à escolha do tratamento a que a parceira iria ser submetida, a frequência das visitas no hospital e a redução das relações sexuais.

FALLOWFIELD (1993) mostra que o tratamento traz repercussões significativas no ajustamento psicossocial e sexual das pacientes acometidas com câncer de mama. Os distúrbios psicossociais e sexuais são seqüelas comuns no diagnóstico e tratamento deste tipo de acometimento. Em estudos comparando as conseqüências psicossociais da mastectomia radical foi revelada uma grande vantagem para o tratamento de conservação da mama.

A manutenção da saúde psíquica, segundo ele inclui:

- 1- Enfrentar os efeitos imediatos do diagnóstico de câncer.
- 2- Lidar com os efeitos paralelos ao próprio tratamento.
- 3- Ajustamento psíquico a um futuro incerto.

A ansiedade e depressão aparece como uma constante nas pacientes selecionadas.

Uma interpretação razoável seria que a amputação do câncer produziu efeitos negativos nos sentimentos de feminilidade, auto-estima, e auto-imagem, e que a disfunção sexual, bem como o desajustamento psicológico, seriam uma consequência comum para as pacientes.

Além do desajustamento, o medo da recorrência é uma tônica nas pacientes com câncer de mama.

Com relação à imagem do corpo, os estudos são controversos, pois o medo da recidiva sempre se sobrepõe .

A sexualidade, bem como a auto- imagem trazem questões também por conta da idade das pacientes acometidas. A mastectomia radical é mais traumática para jovens atrativas, e socialmente ativas do que nas pacientes idosas (TIMOTHY-1990).

SCHOVER (1995) coloca o câncer de mama como um devastador da função sexual, principalmente em pacientes jovens (antes da menopausa). Em teoria, a perda da mama e o empobrecimento da aparência (auto-imagem), são mais estressantes nas mulheres que apresentam uma alta expectativa e valorização da beleza física. A potencial infertilidade também deve alterar o auto-conceito das mulheres como personas-sexuais. Trabalhos de suporte psicoterápico em pacientes com cirurgia total e conservadora foram realizados e não houve diferença nos resultados dos dois grupos no que diz respeito ao prazer, libido função e frequência sexual. Existem evidências que a conservação da mama oferece uma maior "proteção" psicossocial para as mulheres mais jovens. As pesquisas com pacientes que recorreram à reconstrução da mama ainda são escassas. Futuros estudos são necessários para a obtenção de mais dados sobre este impacto.

Outros autores estudaram os desajustamentos psicossociais nas pacientes com neoplasia mamária e os resultados sempre demonstraram que o comportamento sexual apresentavam alterações (MOR-1994); BLOOM -1994; ZYLBERBERG -1994).

A qualidade de vida em 53 pacientes com cirurgia com conservação da mama, entrevistadas 7 meses em média após a radioterapia, em Toronto foi estudada por GRAYDON (1994), e como conclusão ele obteve que o funcionamento emocional e as atividades costumeiras das pacientes não sofreram grandes alterações, com exceção da fadiga que esteve presente em número significativo. WINER (1994), que estudou as áreas em que a qualidade de vida poderiam ser relevantes, verificou que a expansão deste conceito é de alto valor para o seguimento clínico onde a detecção de fatores estressantes podem propiciar uma maior continência terapêutica para as pacientes.

O estilo de vida das pacientes foi visto por HILAKIVI-CLARKE; ROWLAND; CLARKE et al (1994). Os fatores responsáveis pela origem do câncer, segundo os autores, poderiam estar ligados ao estilo de vida das pacientes. Uma dieta rica em gorduras, consumo de álcool elevado e a exposição a várias formas de estressores estariam associadas à formação do tumor. Este trabalho é importante atualmente porque ele pode vir a trazer novas linhas de pesquisa para auxiliar na detecção e controle do câncer de mama que vem aumentando nos últimos anos, particularmente nas mulheres geneticamente propensas à patologia (com história familiar). A interpretação de que a exposição a muitos fatores estressantes podem aumentar a vulnerabilidade ao câncer, é uma hipótese que está muito embriçada com a interação dos fatores da personalidade (individual) dos pacientes, com o suporte psicossocial, e os efeitos destas interações é que determinariam a "potencialidade" das paciente em desenvolver ou não o câncer.

No que diz respeito às desordens afetivas, HOOPWOOD (1991), realizou um trabalho com 220 pacientes avaliadas com as escalas HADS & RSCL, no sentido de avaliar a prevalência e a persistência dos sintomas. Neste trabalho, 1/3 das pacientes apresentaram escores sugestivos de desordens afetivas e destas, 1/3 apresentaram sintomas persistentes (mais de um ano). Este trabalho veio a reafirmar os achados de uma pesquisa realizada pelo mesmo autor em 1990, onde foi validado os dois questionários de investigação: "Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Rotterdam Symptom

Checklist (RSCL), onde foram avaliadas 81 pacientes com câncer de mama avançado. Setenta e cinco por cento (75%) das pacientes foram corretamente identificadas como sofrendo de desordens afetivas. Quando analisadas separadamente, o item ansiedade foi superior ao item Depressão. Com estes resultados foi possível avaliar que estes questionários são bons preditores de ansiedade e depressão em pacientes com câncer de mama.

O ajustamento psicológico e social das pacientes mastectomizadas, sem dúvida é o principal alvo das pesquisas atuais. MORRIS (1977) já apontava esta necessidade quando trouxe os resultados de uma pesquisa onde uma série de 160 mulheres admitidas no Hospital para biópsia de tumor mamário foi vista antes do diagnóstico, 3, 6, 12 e 24 meses após o diagnóstico e cirurgia. No decorrer deste tempo, foi feito um seguimento do ajustamento marital, sexual, interpessoal e de trabalho, bem como a depressão e características de personalidade. Após 2 anos não existiam diferenças entre as pacientes mastectomizadas e as do grupo controle. (tumor benigno).

Em 70% das pacientes não foram detectados sintomas de Stress ou desajustamento após 1 ano. Os testes executados foram: Hamilton escala para depressão e Neuroticism Scale of the Eysenck Personality Inventory. A deterioração sexual nestas pacientes foi atribuída ao fator cronológico (As pacientes em sua maioria eram pacientes próximas à menopausa). Um dado importante nesta pesquisa foi obtido através da manifestação de insatisfação das pacientes da maneira como foram conscientizadas de seu diagnóstico e de sua cirurgia.

Com relação à reação ao diagnóstico ocorreram 5 formas diferentes de manifestação:

- 1- **NEGAÇÃO:** Desenvolviavam uma rejeição ativa sobre qualquer evidência de seu diagnóstico. Frases como: "Isto não é sério", ou "eu vim apenas fazer o exame por precaução, "foram detectadas freqüentemente.
- 2- **ESPÍRITO DE LUTA:** As pacientes desta categoria mantinham uma atitude de esperança acompanhada de uma incessante pesquisa e informação sobre a doença.

Normalmente perguntavam ao médico detalhes sobre suas chances e se achavam com "SORTE", por ter sido detectada a doença em fase precoce... (menos comum antes dos dois anos após a mastectomia).

- 3- ACEITAÇÃO ESTÓICA: Algumas pacientes desenvolviam uma atitude impassível... não buscavam informações e levavam uma vida normal sem qualquer inquietação ou preocupação com a doença. (mais comum após 2 anos de mastectomia).
- 4- ACEITAÇÃO - DEPRESSÃO/ANSIEDADE:- Recebiam o diagnóstico com excessiva ansiedade e depressão- Elas tentavam obter informações sobre a doença, mas a interpretavam com pessimismo.
- 5- AJUDA/ ESPERANÇA: Sentiam-se "afundadas" por seu diagnóstico e consideravam-se despedaçadas por seus receios.

Os estudos de MAGUIRE (1978) mostram que o ajustamento à mastectomia deve ser atribuído à elasticidade e flexibilidade humana em face de experiências traumáticas.

Os pacientes de maior risco ao desajustamento, segundo ele são:

- Pacientes com depressão detectada anteriormente à cirurgia, ou com sinais de depressão levantados da história de vida pregressa.
- Pacientes com desajustamento sexual normalmente se encontram em idade próxima à menopausa.
- As pacientes com stress decorrente da perda da mama, normalmente tem em sua história de vida um forte componente de labilidade emocional. (medidas pela Eysenk Personality Inventory Neuroticism).
- As pacientes que apresentavam depressão tardia eram mulheres que normalmente toleravam bem o stress ,mas tinham em sua experiência de vida amigos ou parentes com câncer e apresentavam medo de câncer ou de patologias sérias.

Um aspecto muito importante no que diz respeito ao diagnóstico foi verificado por MORRIS & GREER (1977) : Pacientes que tiveram informações inadequadas de seu diagnóstico apresentaram maiores dificuldades de enfrentar realisticamente o tratamento e seguimento. Os resultados deste trabalho sugerem que a intervenção, bem como a conscientização da paciente deve ser apropriada e em estágio precoce.

As pacientes com risco a um desajustamento complicado são:

- 1- Depressão pré-cirúrgica:
- 2- Labilidade emocional.
- 3- Menopausa. Entretanto: A criação de um ambiente onde as pacientes se sintam livres para expressar seus receios e sentimentos e que possam ser assistidas continuamente revela ser uma medida eficaz de ajuda adicional ao tratamento conservador.

### **1.3. COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS EM CÂNCER E PATOLOGIAS ORGÂNICAS.**

" A associação das patologias clínicas e as comorbidades psiquiátricas tem chamado a atenção das comunidades científicas nos últimos tempos" ( BAUER -1993).

A psiquiatria clássica, também nestes últimos tempo se lança na empreitada de desvendar o mistério da correlação mente corpo. (EY -1986).

A associação das patologias orgânicas com as doenças mentais são alvo de uma série de pesquisas que faz, através da interdisciplinaridade, um campo de progressos, tanto diagnósticos como terapêuticos. Estes últimos através da psicofarmacoterapia.

Um critério comum no DSMIII-R é a exclusão necessária de qualquer lesão física subjacente, que poderia responder pela sintomatologia do paciente. Há ainda a possibilidade de algumas das condições físicas que inicialmente foram consideradas apenas como coincidentes com a doença psiquiátrica, venham, mais tarde, revelar-se como etiológicas ou exacerbadoras da condição psiquiátrica (ROSSE & MORIHISA-1992).

As questões relativas às comorbidades psiquiátricas e o câncer de mama se insere nestas prerrogativas (GRINKER -1972). Inúmeros métodos têm sido usados para avaliar os aspectos psíquicos dos pacientes com câncer de mama.

HOPWOOD & MAGUIRE (1991) validaram as escalas : Hospital Anxiety and Depression Scale ( HADS), e A ROTTERDAM SYNTOMS CHECKLIST (RSCL). Nestas escalas a depressão e a ansiedade foram avaliadas inicialmente por uma ou por outra e depois combinadas. Ambos os questionários se revelaram bons preditivos e que poderiam ser fidedignos na avaliação dos pacientes com câncer em estado avançado.

Neste trabalho, a correlação da Depressão em pacientes mastectomizadas nos leva a questionar os vínculos que existem entre estas entidades, pois tanto o arsenal diagnóstico da medicina e da psiquiatria, bem como os aspectos psicodinâmicos, podem ter relevância quando analisados retrospectivamente... A avaliação da depressão realizada através de uma escala já validada em nosso meio , a Escala de Beck para depressão, tendo em vista a avaliação quantitativa e qualitativa será empregada no sentido de trazer à luz novas questões com respeito ao ajustamento psicossocial das pacientes.

## **DIAGNÓSTICO E EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS**

BARRETO (1993) nos diz que múltiplas são as causas que desencadeiam o processo depressivo num indivíduo. Múltiplas são também as respostas que tentam proteger o homem dos efeitos nocivos de uma depressão. Tendo em vista a cultura tradicional brasileira, através de seus rituais e crenças, verificamos que eles fornecem mecanismos compensatórios e protetores contra os efeitos do choque emotivo diante das perdas sucessivas de filhos por mães brasileiras. Com o advento da modernidade estes mecanismos estão o desaparecendo, e neste contexto outros tratamentos, inclusive o biológico surgiram em substituição. BARRETO ( 1993).

A incidência da ansiedade e depressão, segundo O'CONNEL (1989), é difícil de se determinar. Se considerarmos a experiência Universal desses afetos, a prevalência ao longo de toda a vida, seria em torno de 100%

Nunca ter experimentado uma episódio de depressão ou ansiedade seria considerado anormal. O programa de Coleta de Dados Epidemiológicos, nos EUA, relata prevalências relativamente elevadas de estados ansiosos e depressivos; em torno de 10 a 25% de desordens ansiosas com manifestações somáticas, e 6 a 9% de desordens depressivas.

Segundo TALBOT (1992), a prevalência total em seis meses para todos os transtornos afetivos é de aproximadamente 8% nas mulheres, e 4% nos homens.

A depressão maior monopolar é mais comum que o transtorno bipolar e diferentemente deste é mais encontrado nas mulheres em uma razão de dois para um.

Não existe uma relação clara entre a síndrome de depressão maior e raça ou classe social. Os estudos dos fatores estressantes na vida no início de um episódio de depressão maior, tem demonstrado, em geral, que pacientes deprimidos tendem a ter um excesso de eventos negativos. Particularmente perdas nos seis meses anteriores ao início da doença.

Foram feitas estimativas que 10% de todas as perdas ou eventos de morte são seguidos de depressão, aumentando o risco relativo de depressão para 6,5%. (ROCHA 1993).

A idade de aparecimento da depressão é um outro fator importante para o aparecimento dos transtornos depressivos. A prevalência de depressão no idoso, em comunidade, tem sido alvo de discussões em virtude dos resultados díspares encontrados, com taxas variando de 3 a 35%.ROCHA (1993).

BLAZER, citado por ROCHA (1993) encontraram 27% de indivíduos idosos com sintomatologia depressiva, sendo 19% com quadro de disforia,4% com depressão sintomática, 2% de distímia, 1,2 % de síndrome depressivo- ansiosa e 0,8% de depressão maior. É possível que a depressão no idoso esteja na faixa de 18% em mulheres e 12% em homens.

Em pacientes internados em instituições, a prevalência de depressão maior gira em torno de 10 a 20%. Cerca de 30% dos pacientes internados apresentam síndromes depressivas menores.

Em idosos internados em asilos, a incidência é de 13% dos internos no primeiro ano. Estas discrepâncias, entretanto, podem ser avaliadas através da sintomatologia clínica que estes pacientes apresentam já que o uso de medicações que provocam estados depressivos são muito usadas nesta faixa. A relação dos pacientes hospitalizados por problemas clínicos é relevante, pois muitas patologias podem desencadear um distúrbio depressivo pré-existente, certas patologias podem ocasionar uma depressão "secundária" ou ainda, o problema médico pode ser consequência de um distúrbio depressivo.

Segundo dados da OMS, 5 milhões da população feminina apresentam atualmente quadro depressivo, e 2,5 milhões de homens, (4 e 2% da população geral, respectivamente). (O Paciente deprimido na clínica geral- Roteiro de apresentação para clínicos).

Um estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre) realizado por ALMEIDA FILHO e col. (1992), mostram que a ansiedade e as fobias constituem os principais problemas de Saúde Mental na população urbana brasileira com prevalência global de distúrbio variando de 8 a 18%. A prevalência de demanda potencial de serviços destinados a tratamento de 5 a 12%. A depressão não psicótica, ocupa a posição na população feminina de até 14% da população (estimada segundo a metodologia onde utilizou-se um desenho de estudo do tipo corte transversal. ALMEIDA FILHO (1992).

As alterações imunológicas e suas consequências também estão sendo alvo de pesquisa e a incidência de tumores malignos relacionadas com a depressão já estão sendo aventadas pelos pesquisadores. Os mecanismos desta relação ainda não foi totalmente estabelecido, mas constituem um importante campo na pesquisa atual (GRAEFF -1993).

MACHADO (1989) realizou um trabalho onde foram estudados 97 casos de pacientes internados em hospital geral, onde foram aplicadas as escalas de Hamilton, de Beck e o Miniexame do estado mental (MMSE), e foi encontrada uma correlação significativa em três itens: Humor deprimido, insônia intermediária e sintomas somáticos gastrointestinais.

De uma forma geral o clínico não-psiquiatra parece ter dificuldade para detectar sintomas psicológicos em pacientes que não apresentam patologia psiquiátrica evidente. (MACHADO -1989).

A depressão no idoso frequentemente coexiste com doenças clínicas e incapacidades. (ROCHA -1993).

O câncer, as doenças cardiovasculares, doenças neurológicas, distúrbios metabólicos, artrite reumatóide e perda sensorial são sobremaneira acompanhadas de um quadro depressivo. (MELLO FILHO-1992)

A comorbidade com doenças clínicas, é portanto, um aspecto muito importante na depressão no idoso (ROCHA-1993)

Os sintomas depressivos ocorrem em aproximadamente em 35% dos pacientes internados em enfermarias clínicas. Este dado é complexo, pois a doença clínica tanto pode levar a uma depressão (secundária), ou o problema médico pode ser consequência de uma depressão mascarada. (ROCHA -1993).

Patologias como o hipotireoidismo, a síndrome de Cushing e Addison e o hipoparatiroidismo, também podem simular quadros depressivos.

Estudos atuais tem revelado que níveis séricos reduzidos de cobalamina (Vit. B-12) estão associados a vários quadros neuro- psiquiátricos. Quadros viróticos, também podem estar associados à depressão. Hepatite, gripes, pneumonia e sífilis terciária são exemplos destas associações. (ROCHA -1993.)

O tratamento da depressão passa por diversas etapas: GRAEFF-1993).

- 1- Remoção ou controle dos agentes agravantes ( clínicos, ambientais).
- 2- Orientação familiar - O apoio familiar para o tratamento é de grande importância já que dependendo da gravidade do quadro temos que contar com a vigilância (para pacientes com risco de suicídio) durante o início da terapia medicamentosa .
- 3- Farmacoterapia - Os antidepressivos tricíclicos são os mais empregados no tratamento da depressão.. Apresentam estrutura tricíclica e seu protótipo e primeiro composto sintetizado foi a imipramina.

A ação destes fármacos é a capacidade de bloquear a recaptação neuronal de monoaminas cerebrais; noradrenalina, serotonina, e dopamina.

#### **1.4. NEOPLASIA MAMÁRIA E FATORES PSICOSSOCIAIS**

O Câncer de mama é uma patologia que está diretamente ligada a fatores psicossociais (MELLO-FILHO -1992).

Das pacientes que apresentam a patologia tem-se atualmente a referência de que cerca de 50% estarão vivas em 10 anos , sendo que a sobrevida de 5 anos é de 87%.

Com relação aos dados sociais em nosso meio, um trabalho realizado por MANGIZI-1989 com aplicação de questionários em 50 pacientes triadas do Hospital de Oncologia do INAMPS do Rio de Janeiro trouxe como resultados:

42% das pacientes encontravam-se na faixa etária de 51 a 60 anos..

46% tinham escolaridade elementar (Primeiro grau incompleto).

82% procuravam atendimento com encaminhamento.

62% não possuíam conhecimento do auto-exame da mama.

16% faziam exames ginecológicos regulares.

A interação entre os eventos estressantes de vida e outros fatores psicológicos tem sido apontados como elementos essenciais para uma predisposição individual ao câncer (RIGATOS -1990).

Também a relação do câncer e o sistema imunológico tem sido discutida e os estudos que demonstram alterações imunológicas induzidas pelo stress apontam que a modulação imunológica e o stress é complexa e envolve uma série de mecanismos neurobiológicos (STEIN-1989).

Em um estudo realizado por IPPOLITI (1991) foram entrevistadas 38 pacientes com neoplasia mamária através da escala de Hamilton e coletado 20 ml de sangue para a monitorização imunológica através das subpopulações de linfócitos.

Neste estudo houve uma confirmação que uma alteração da resposta auto-imune estava presente sempre nos estágios iniciais da doença.

O questionário de Hamilton revelou uma importante redução e modificação das funções vitais e necessidades das pacientes afetadas pelo câncer comparadas com os controles. Foi diagnosticada depressão em 36 pacientes. 27 pacientes apresentaram sentimentos de desesperança, incapacidade e sentimento de culpa e 9 apresentaram sintomas psicossomáticos (cardíacos, cefaléias).

Foi revelado também que estas pacientes apresentavam um alto grau de dificuldade de expressar emoções, uma hipervalorização da moral e de valores religiosos, auto-punição depreciação, e excessiva queda da auto-estima.

O comportamento sexual das pacientes foi avaliado e mostrou uma infreqüente e insatisfatória atividade sexual, além de raros sentimentos de paixão e um decréscimo evidente do desejo sexual.

Estes dados, entretanto, não afastam as dúvidas com relação ao início da imunodepressão, que pode ter sido aumentada com o crescimento da doença.

A modulação do stress e da função dos linfócitos deve estar relacionada com os neurotransmissores, e este dado merece outras investigações (IPOLITTI -1991)

Ainda através dos estudos sobre a imunodepressão e as relações com o aparelho psíquico YOKOE (1993) diz que a avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer é extremamente importante, e em contrapartida, extremamente difícil se pensar em todas as variáveis que envolvem a patologia. Em um estudo realizado com pacientes que tiveram uma informação por MASS-SCREENING (questionário divulgado pelos meios de comunicação e realizados nos serviços de saúde), em 9 hospitais, comparativamente a um grupo controle que não realizou o MS, demonstrou que o grupo que realizou o questionário e foi conscientizado da patologia conseguiu detectá-la em estágio menor e obtiveram após o tratamento uma melhor qualidade de vida. O estudo aponta para a importância da conscientização da população sobre a doença e uma tentativa de dar uma continência para os fatores mais estressantes em pessoas com alto risco.

Após o diagnóstico, as pacientes passam por diversas etapas e por situações de extrema confusão, ansiedade e depressão. SARDELL(1993), RUCKDESCHEL (1994).

Dentre os fatores agravantes do estado de desesperança em pacientes com câncer está o tipo de procedimento pelo qual paciente vai ser submetido. Existe um consenso segundo SARDELL (1993), em que alguns procedimentos aumentam a desesperança e outros a diminuem. “Os médicos teriam uma melhor atitude se prestassem atenção neste aspecto e discutissem com os pacientes suas preferências pela continuidade dos tratamentos.” SARDEL (1993).

A mastectomia, por exemplo, provoca traumas de difícil reparação. (FALLOWFIELD (1993); LEE (1992), e o estado de depressão e ansiedade foram verificados através da escala (HADS) e Rotterdam Symptom checklist (RSCL). e foram

encontradas diferenças significativas no escore nas pacientes que tinham opção na escolha do tratamento, em comparação com as que tinham sido submetidas a tratamento mutilante sem ter optado.

O suporte psicológico nas pacientes com câncer de mama tem sido discutido por diversos autores com SIMONTON (1984), LeSHAN (1992), entre outros, e os estudos mostram que a importância destas intervenções residem no custo-benefício dos sintomas associados à doença, bem como na melhoria da qualidade de vida (SPIEGEL-1994).

Também os distúrbios da ansiedade em pacientes com câncer de mama tem sido muito valorizados nos trabalhos de pesquisa nestes últimos anos. (LIOW-1993).

Trabalhos que foram realizados com a versão modificada da State trait Anxiety inventory (STAI), mostraram que existe um aumento significativo de ansiedade nas pacientes que tiveram um atraso em seu encontro com o médico, por motivos diversos (pré-operatório, pós-operatório, etc). O papel da continência psíquica foi demonstrada através destes trabalhos. (LIOW -1993).

Fatores como a idade, situação sócio-econômica, vida conjugal, mudança de hábitos, raça, também têm sido estudadas, demonstrando que cada um destes fatores é o responsável por inúmeras categorias de distúrbios de ansiedade e depressão. (LIOW-1993).

Para LIOW, as pesquisas sobre o comportamento em câncer deveriam caminhar para uma relação qualitativa e o entendimento das influências de todos os fatores envolvidos neste processo poderiam ser vistos e enfocados por conceituações mais abrangentes que levariam a uma interação destes fatores com a pessoa, já que as pesquisas atuais não dão conta da recusa ao tratamento e ao atraso dos cuidados necessários para a manutenção do tratamento da patologia.

Partindo desta premissa, uma tentativa de se estender a compreensão da psiquê, estudos têm sido realizados em diversas áreas da psicologia e, diversas teorias têm

sido propostas, como por exemplo a teoria cognitiva, comportamental, psicodinâmica, dentre outras (MELLO-FILHO 1992).

Apesar das diversas teorias contestarem um perfil específico de personalidade de indivíduos com uma determinada patologia (somática), alguns pesquisadores que atuam na área da oncologia como LeSHAN (1992), o casal SIMONTON (1984) , com pesquisas retrospectivas trazem como resultados que os pacientes com câncer delimitam um "padrão" de personalidade que é marcado pela perda do sentido de propósito na vida , incapacidade de demonstrar raiva ou ressentimento, autodesprezo, falta de confiança em si mesmos, incapacidade de demonstrar hostilidade, desrespeito com as próprias realizações, repressão dos próprios desejos e principalmente, uma desesperança e falta de fé no próprio crescimento. Estes autores não apontaram pesquisas prospectivas que tivessem os mesmos resultados.

A qualidade de vida nas pacientes com câncer mamário é um extenso campo de pesquisa e novos paradigmas vem sendo criados para um melhor entendimento (ROWLAND - 1994).

Até hoje os parâmetros avaliados nas pacientes mastectomizadas visam essencialmente a qualidade de vida no que diz respeito aos efeitos e conseqüências ginecológicas (ciclo menstrual, fluxo, fertilidade, lubrificação, reconstrução mamária) , e neste aspecto pesquisas com hormonioterapia tem sido realizadas com alguns resultados satisfatórios. (ZYLBERBERG, DORMONT, UZAN, et al -1994).

O suporte social e o bem-estar das pacientes têm sido estudados e uma certa inconsistência tem sido enfatizada na ocorrência de uma má adaptação à patologia. O bem-estar das pacientes não necessariamente estariam ligados à um bom suporte psicossocial, mas a fatores individuais que ainda não estão elucidados totalmente (PISTRANG & BARKER- 1994).

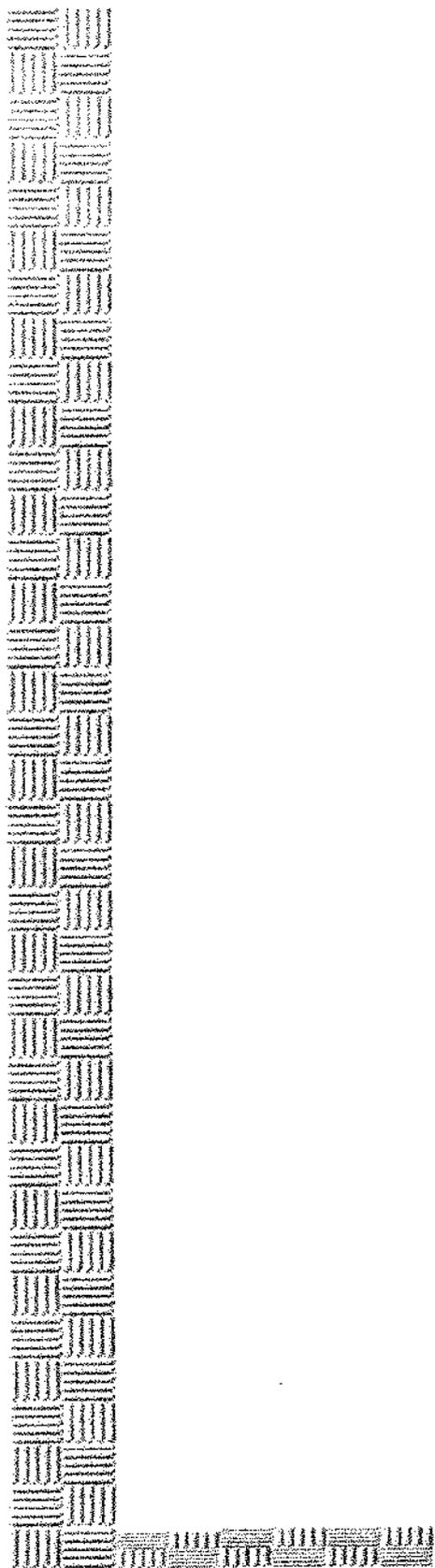
Uma boa comunicação com o parceiro frequentemente tem sido caracterizadas como um importante aspecto da adaptação e da aceitabilidade da terapia.



## ***2. Objetivo***

Este trabalho tem por objetivo estudar a incidência dos transtornos depressivos nas pacientes mastectomizadas após diagnóstico de câncer mamário avaliada pela Escala de Beck para depressão.

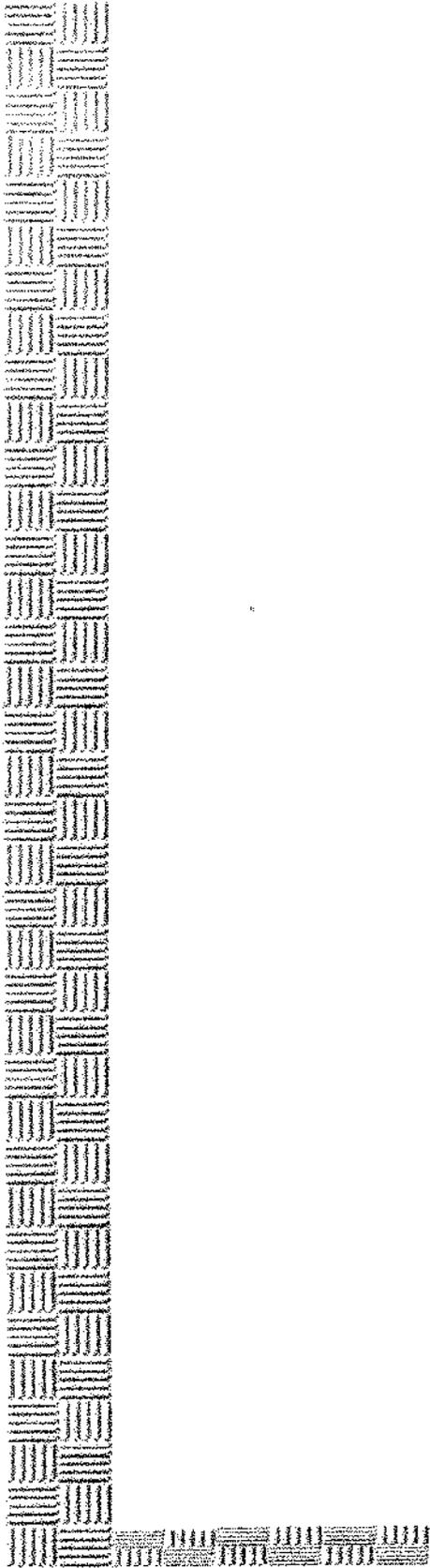
Como objetivo secundário este trabalho se propõe a estudar eventuais fatores de proteção contra a depressão, avaliada pela escala de beck, que poderiam estar ligados aos aspectos sócio-econômicos das pacientes da população estudada.



### ***3. Hipótese fundamental***



- 1- Existe na população estudada um escore mais elevado de *Transtornos Depressivos* quando comparadas com os índices de *depressão* preconizados pela OMS para população geral.
- 2- Existe algum fator sócio-econômico significativo que poderia determinar uma modificação nos escores de depressão avaliados pela Escala de Beck para Depressão.



## ***4. Pacientes e Métodos***

Para a realização do trabalho foram estudadas 60 (sessenta ) pacientes com diagnóstico estabelecido clínica e laboratorialmente de neoplasia mamária , e que foram submetidas à mastectomia .

As pacientes foram triadas do Hospital Santa Isabel de Clínicas de Taubaté, do Departamento de Radioterapia e do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Escola de Taubaté.

O Hospital Santa Isabel de Clínicas de Taubaté é o Hospital de Referência de Oncologia da região do Vale do Paraíba e atende pacientes das cidades que margeiam a Via Dutra, desde Volta Redonda até o Sul de Minas.

O Serviço de Radioterapia do Hospital de Clínicas atende toda a região do Vale, sendo o único Hospital que possui este serviço disponível à população do SUS.

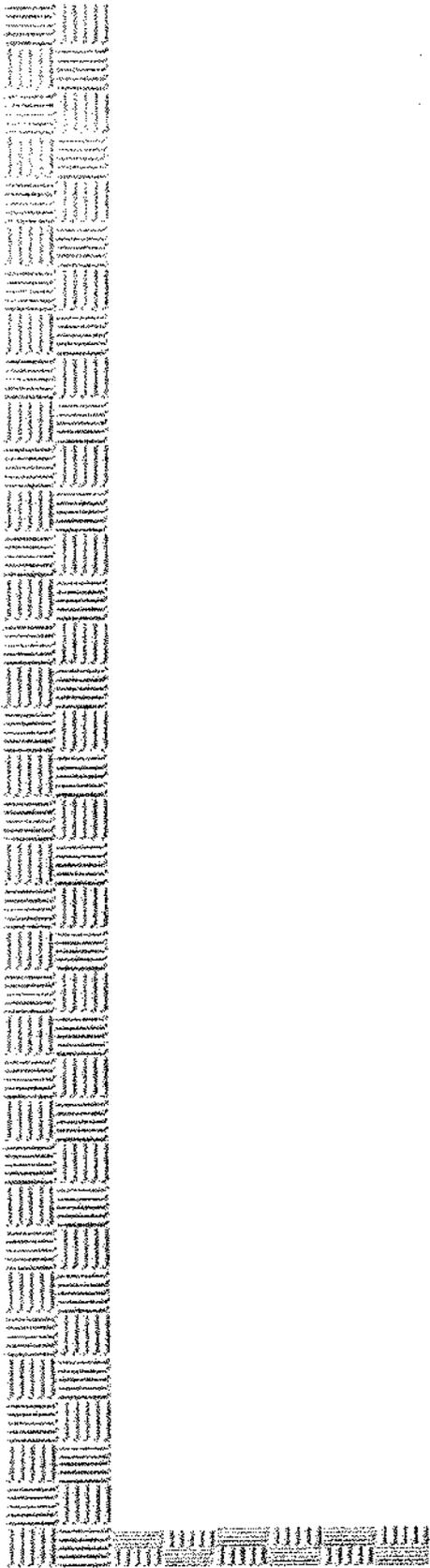
O número de atendimento de pacientes submetidos à tratamento de radioterapia por patologias Neoplásicas, do Hospital, desde janeiro de 1990 até setembro de 1995, foi de 2057, sendo que as pacientes com Neoplasia mamária que foram submetidas à radioterapia no mesmo período foi de 383 (18.8 %).

O número de atendimento de pacientes com Neoplasia mamária não foi linear, sendo que em 1993, de 456 pacientes submetidas ao tratamento radioterápico, 91 (19.9%) foram de Neoplasia mamária. Em 1994 este percentual teve uma mudança , onde de 359 pacientes atendidos, 77 (21.4 %) foram de Neoplasia mamária, e em 1995, até setembro , de 326 pacientes atendidos, 82 (21.9%) , foram de Neoplasia mamária.

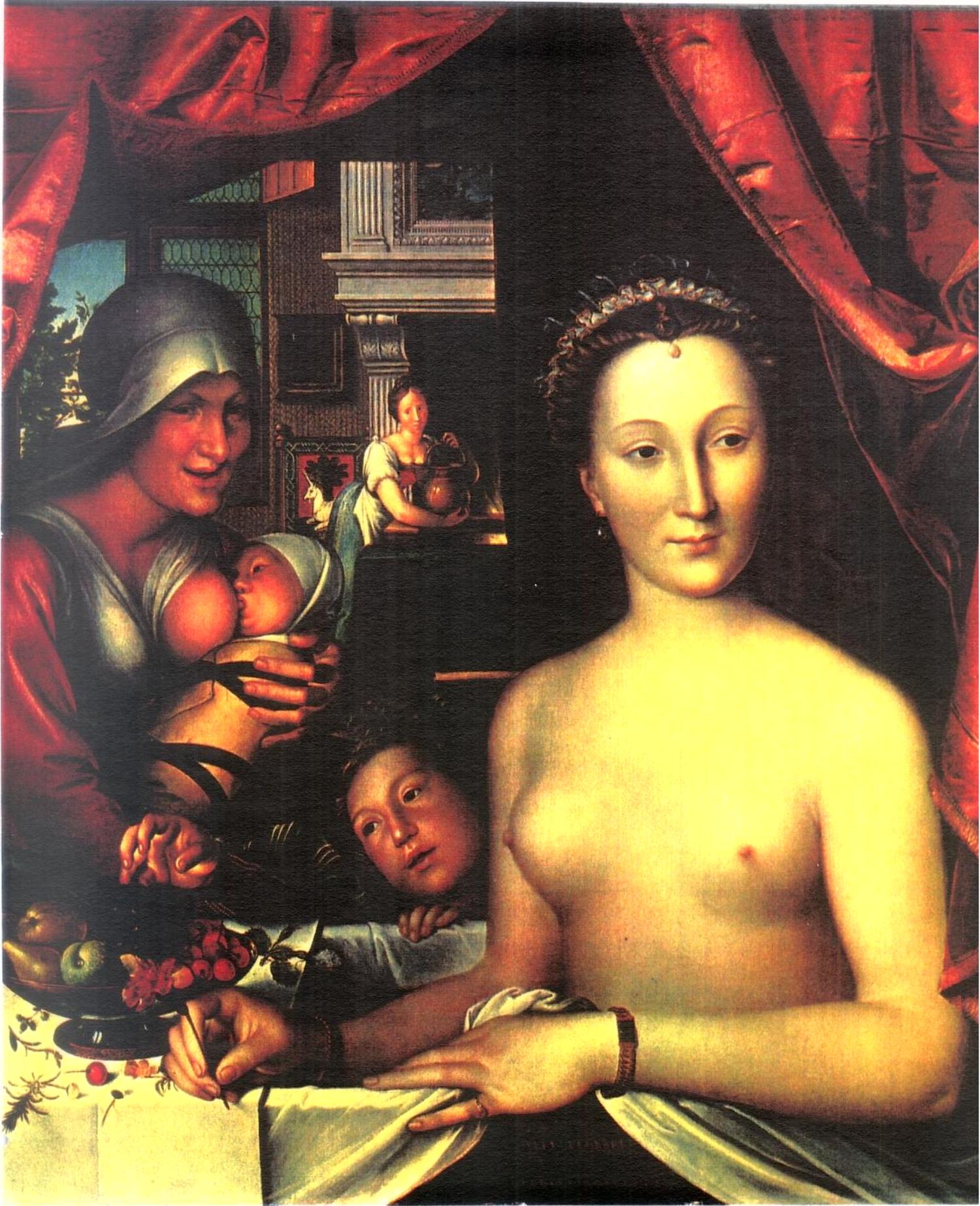
As cirurgias de mastectomia foram realizadas em Instituições e Hospitais do Vale do Paraíba.

## **O GRUPO de ESTUDO**

GRUPO - Sessenta (60) pacientes submetidas à mastectomia após diagnóstico de Neoplasia Mamária

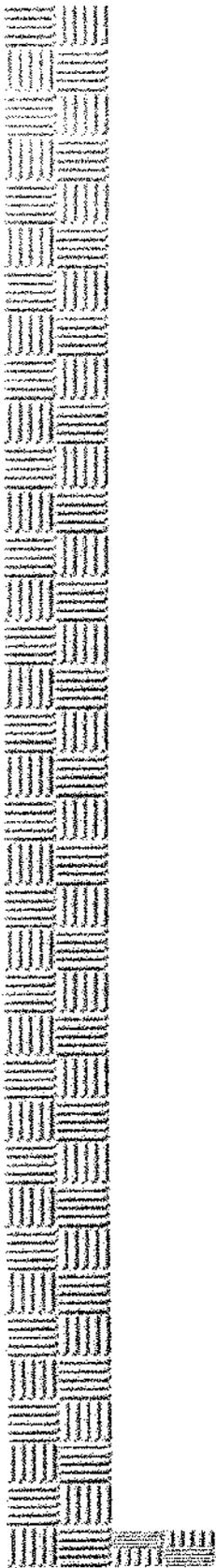


## ***5. Critérios de seleção***



As pacientes foram recrutados do Serviço de triagem do departamento de radioterapia do Hospital de Clínicas, após serem colhidos do livro de registro médico do departamento, onde estavam registradas e especificadas pelo diagnóstico.

Foi marcada uma primeira entrevista para a especificação dos objetivos do trabalho e para o convite formal de participação.



## ***6. Critério de inclusão e exclusão***

1- As pacientes não podiam estar na fase aguda da doença, (após operatório imediato), ou hospitalizadas.

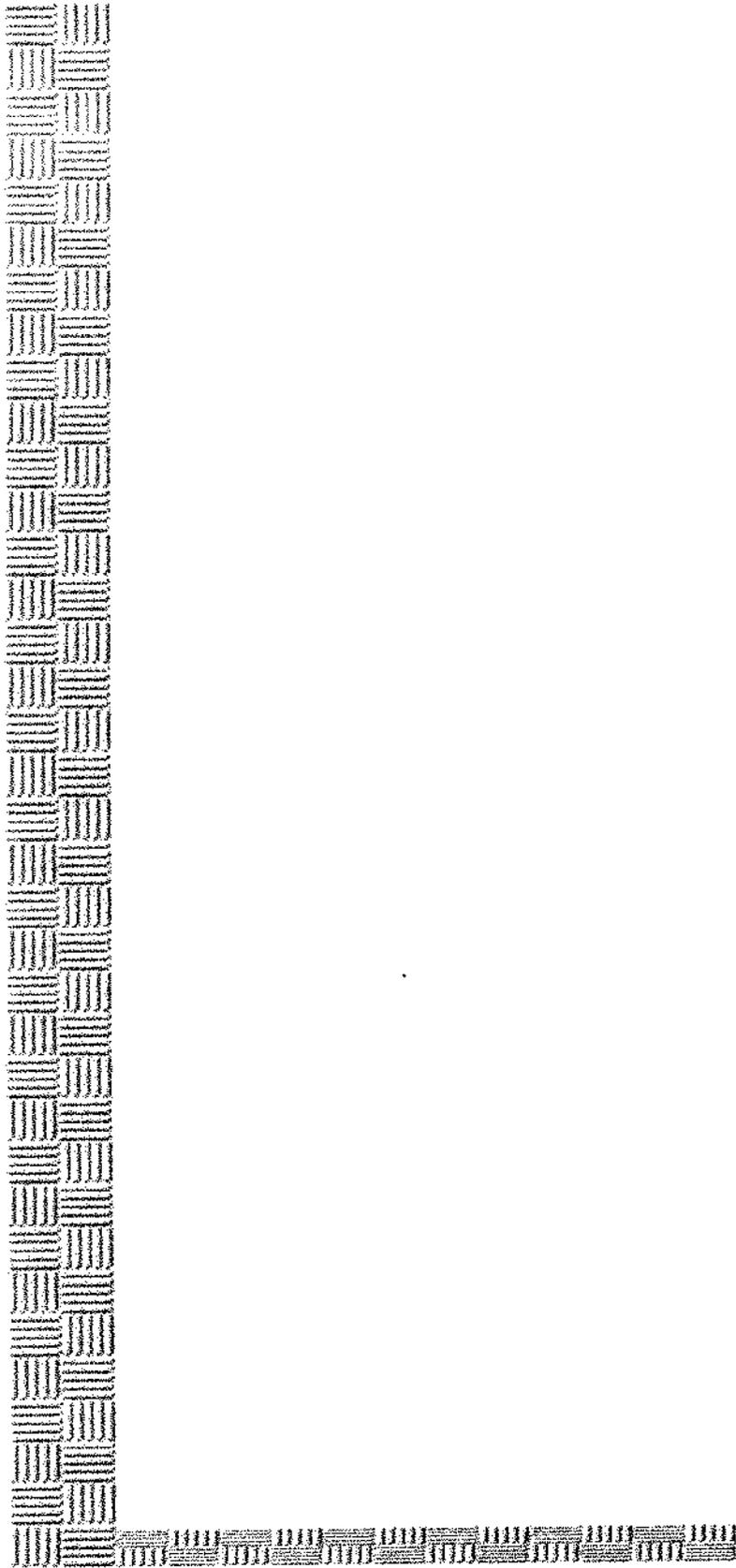
(Critério este estabelecido para evitar que variáveis estressantes interfiram no estudo).

2- As pacientes deveriam estar na faixa etária de 18 a 82 anos, e estar inseridas nesta faixa por estarem em condição de entendimento para responder as questões realizadas.

3- As pacientes dentro do grupo escolhido deveriam estar cientes do diagnóstico de Câncer e do motivo pela qual foi realizada a mastectomia.

Este critério avalia o impacto da mastectomia e do diagnóstico de Câncer indistintamente.

As pacientes portadoras de metástases foram excluídas do trabalho, já que o risco de vida é um item determinante neste grupo e a cirurgia mutilante da mama poderia ser desconsiderada frente ao prognóstico de outras mutilações decorrentes das metástases.



## ***7. Método***

Seleção inicial:

Foram selecionadas 60 pacientes do serviço de Radioterapia do Hospital de Clínicas de Taubaté e do Hospital Escola de Taubaté .

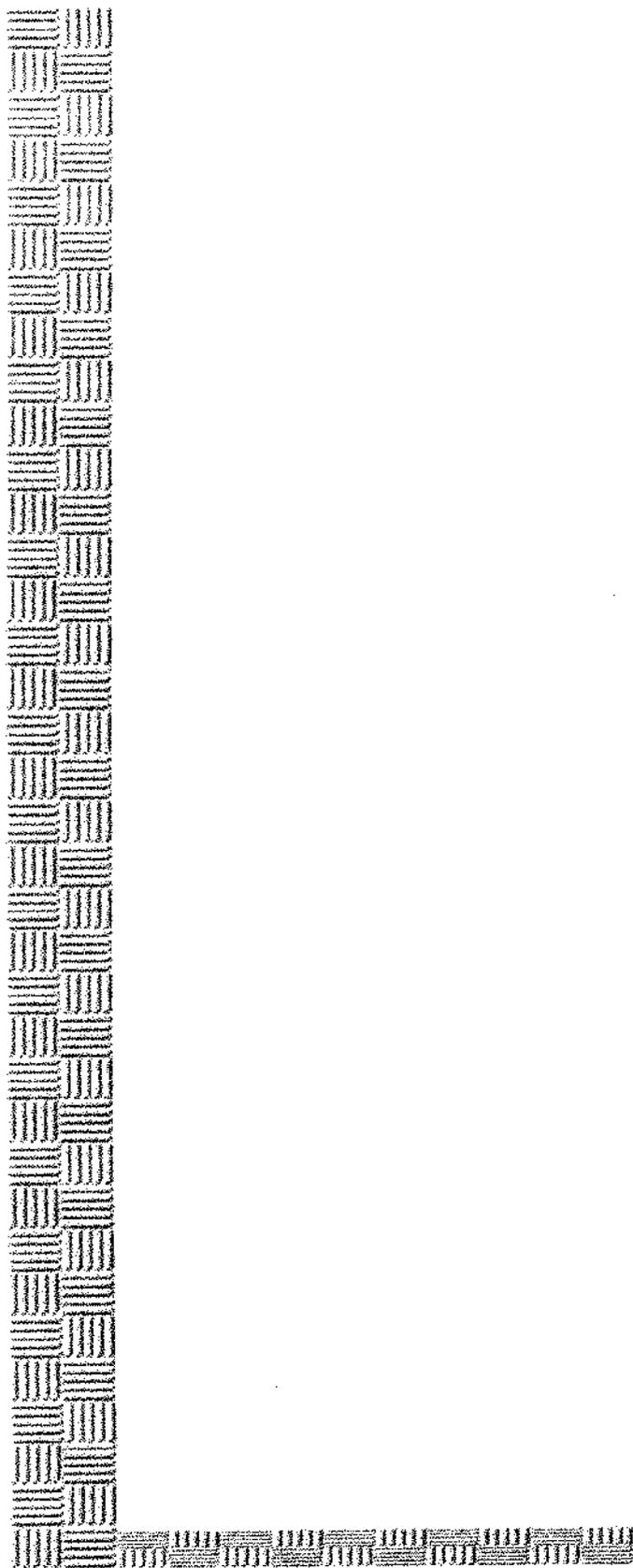
Foi realizada uma entrevista preliminar para se efetuar o convite formal de participação na pesquisa, bem como a explicação dos métodos e objetivos.

O método foi indistinto em todas as pacientes, e foi aplicado pela pesquisadora com o objetivo de se obter dados fidedignos.

Foram realizadas duas entrevistas:

1- Questionário de Identificação.

2- Escala de Beck para depressão



## ***8. Escala de Beck***

“A Escala de Beck para depressão ,traduzida para o Português por MATOS & KARNIOL ,foi adaptada para pacientes de baixo nível sócio-cultural, onde o entrevistador deve ler as questões em voz alta.

Esta escala é própria para avaliar subjetivamente a presença de depressão. A escala consta com 21 itens,com diversos sub- itens,onde o entrevistado faz uma escolha da resposta que melhor se enquadra o seu estado no momento da entrevista.

Nesta escala foram estabelecidos níveis de corte para o número de pontos que permitem classificar a depressão como :

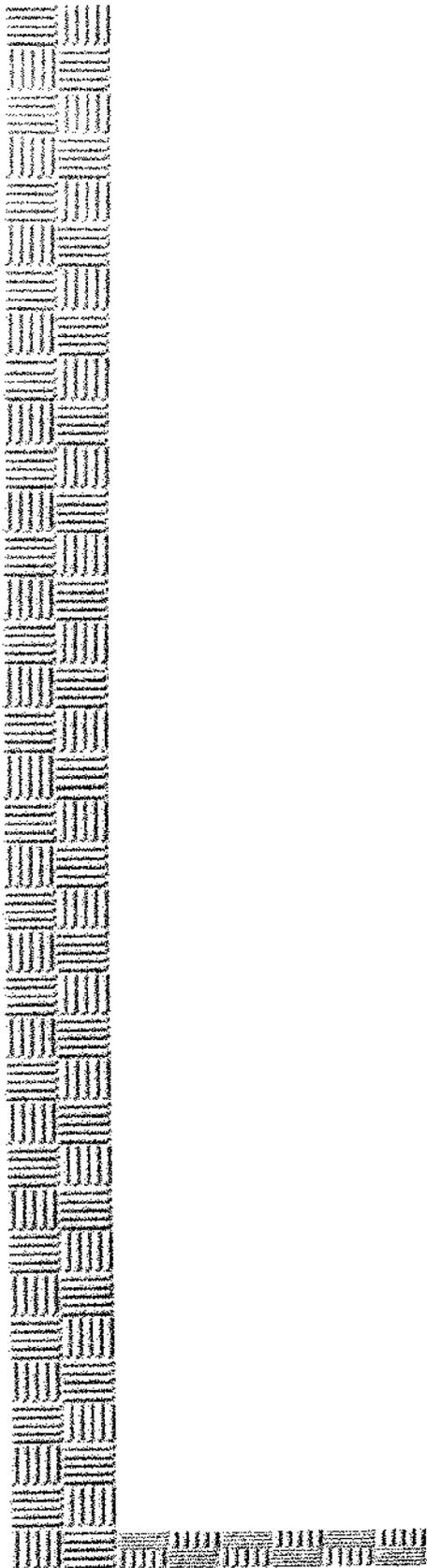
AUSENTE- (pontuação inferior a 18)

MODERADA- ( entre 18 e 25 pontos )

GRAVE- ( mais de 25 pontos).

A escala foi escolhida pela adaptabilidade ao padrão sócio-econômico brasileiro e em função da funcionalidade em pesquisas anteriores.

“A Escala de Beck ,pela subjetividade ,se presta a observância dos condicionantes estabelecidos pelo próprio paciente e avaliados pelo pesquisador.” (CABRAL-1985). A Escala de Beck apresenta menos questões de ordem somática e, portanto, mais fidedigna para a realização da avaliação de transtornos depressivos em pacientes com doenças orgânicas.



## ***9. Análise dos resultados***



O estudo foi abordado pelo método clássico e multivariado de estatística onde foram verificadas as variáveis no tempo pós cirurgia das pacientes mastectomizadas após diagnóstico de Câncer mamário.

Para a análise estatística foi utilizado os métodos clássicos de câncer mama (Ductal-infiltrante e outros indistintamente), do Departamento de radioterapia (Referência de atendimento em radioterapia do Vale do Paraíba), do Hospital Santa Isabel de Clínicas

A análise estatística dos dados foi realizada sob o modelo:

#### 1 - VARIÁVEIS QUALITATIVAS como :

tempo de cirurgia (mastectomia)

com depressão/ sem depressão

vida sexual ativa/ sem vida sexual ativa,etc.

Foram analisadas através das tabelas de contingência 2X2, e as avaliações estatísticas foram realizadas através do Método Qui-quadrado rejeitando para o teste de hipóteses;  $p > 0,05$ .

#### 2 - VARIÁVEIS QUANTITATIVAS

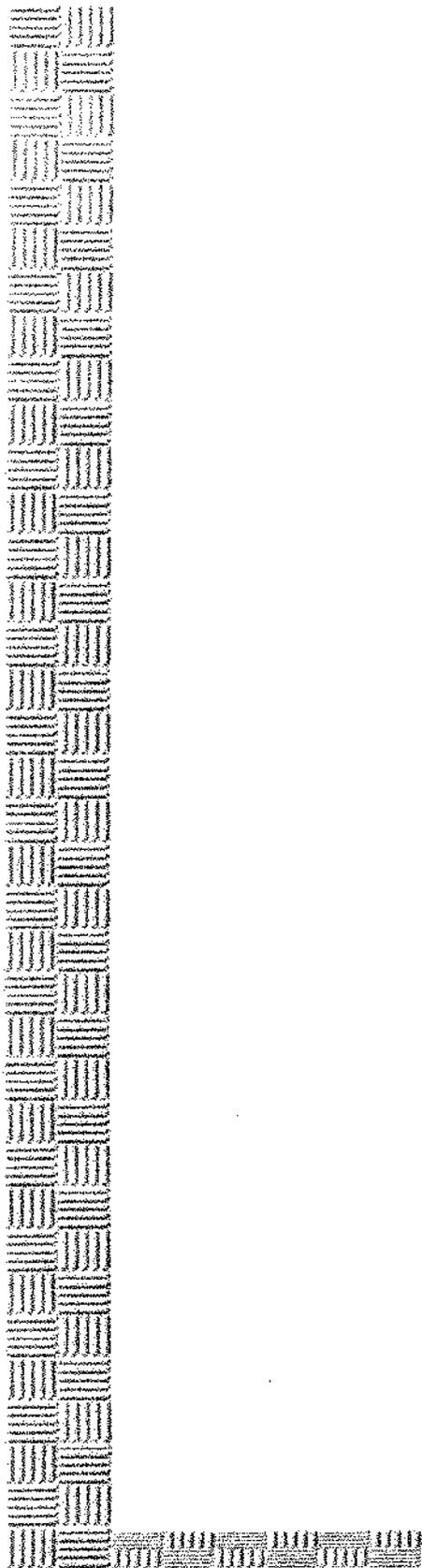
Para as variáveis quantitativas, como por exemplo a Escala de Beck foi utilizado o teste de comparação de média de STUDENT, com nível de significância de  $P < 0,01\%$ .

- foram analisados os dados obtidos nos Dados de Identificação, Escala de Beck para Depressão .
- todos os resultados foram feitos de forma descritiva, com, tabelas e percentuais de ocorrência.

Os itens analisados foram:

- 1 - Análise da distribuição quanto à idade e principais características sócio-demográficas dos pacientes.
- 2 - Análise da presença de depressão com aplicação da Escala de Beck (vide ANEXOS), Análise do grau de depressão: Ausente, Moderada ou Grave.

Para a variação da depressão no decorrer do tempo pós cirúrgico foi utilizado o Método Multivariado de avaliação estatística tendo a variável Tempo de cirurgia em função de outras variáveis.



## ***10. Resultados e Discussão***

A caracterização da amostra com relação à idade, escolaridade, nível sócio econômico, religião, prática religiosa será descrita a seguir:

O trabalho teve como população de estudo 60 (sessenta) pacientes mastectomizadas após diagnóstico de câncer mamário .

Os Transtornos depressivos têm sido amplamente pesquisados em pacientes com neoplasia. Os trabalhos da literatura utilizam as mais diversas formas de instrumentos como escalas estruturadas, semi-estruturadas e avaliação clínica para a mensuração da depressão.

Mesmo as escalas tendo uma alta sensibilidade e alta especificidade quando comparadas entre si , e quando estudadas em outras patologias, a depressão em pacientes acometidos com Neoplasias apresentam resultados controversos:

Na população avaliada no Hospital de Clínicas de Taubaté encontramos os escores de pontuação avaliados pela escala de beck distribuídos da forma que se segue:

As pacientes mastectomizadas apresentaram um número de 18 pacientes acometidas de Transtornos depressivos avaliados pela escala de beck para depressão (de moderada a grave), no grupo de 60 (sessenta pacientes) de 2 a 48 meses indistintamente, ou seja, uma porcentagem de 30% (trinta) de depressão.

A média dos escores de depressão para a população total estudada pela escala de beck, é de 13.5 e na população acometida de depressão (escore acima de 18), temos uma média de 24.6.

A partir destes dados podemos iniciar o levantamento das correlações entre os fatores que podem eventualmente estar influenciando o estado psíquico das pacientes e levantar as questões com relação aos determinantes que mantém um nível tão elevado de depressão nesta população

MAGUIRE (1989), utilizando o SAS Inventor (Social Adjustment Scale), registrou um escore de 50% (cinquenta) de depressão na população de pacientes com câncer de mama mastectomizadas.

WATSON (1991) estudou as relações entre o controle emocional e o ajustamento da depressão e da ansiedade em pacientes com câncer de mama. Os escores encontrados para a população estudada, avaliada pela HADS foi de 6% para a Depressão, contrariando os dados anteriores. A decomposição dos sintomas encontrados foi também avaliada no trabalho de WATSON para se obter uma investigação mais pormenorizada dos resultados... O fatalismo, o espírito de luta, a desesperança e a preocupação ansiosa, foram tomadas separadamente.

A evolução da depressão e da ansiedade no período pós-mastectomia foi avaliado por MAGUIRE (1978). A depressão em pacientes submetidas à mastectomia comparativamente a um grupo controle de doença benigna da mama foi avaliado 4 meses, e 13 meses após a mastectomia. MAGUIRE teve como resultados que a população mastectomizada apresentava uma porcentagem de 62% de depressão (de leve a grave indistintamente) nos 4 primeiros meses e de 59% nas pacientes em 13 meses após a mastectomia, sem uma alteração no decorrer do período estudado.

LEE, em 1992, analisando as morbidades psiquiátricas comparativamente em um grupo de pacientes mastectomizadas e um grupo de pacientes com tratamento com conservação da mama registrou os valores de depressão com as escalas estruturadas de PRESENT STATE EXAMINATION e SOCIAL ADJUSTMENT SCALE em períodos diferentes (pré-operatório, 3 e 6 meses de cirurgia), obtendo os seguintes resultados: A depressão nas pacientes mastectomizadas no pré-operatório, 3 e 6 meses respectivamente tiveram a porcentagem de 8,2%, 8,2% e 2,1%. No presente trabalho o escore de depressão foi mais elevado, ou seja, na ordem de 30% de pacientes com depressão (moderada a grave).

As pacientes da nossa população de estudo apresentaram um escore mais próximo de HOPWOOD (1990), que encontrou um percentual de 27% de depressão em pacientes com câncer de mama avaliados pela HADS (Hospital Anxiety and Depressive Scale), e 22% pela RSCL (Rotherdan Checklist for Câncer Patients), apresentavam distúrbios afetivos (ansiedade e depressão indistintamente).

NEUHAUS (1994), em um estudo prospectivo com pacientes de câncer de mama e doença benigna da mama, encontrou um escore de 30,2% de depressão pela escala (STAI) e 19,2% em pacientes com doença benigna. Um dado que também foi encontrado neste trabalho é que as pacientes com doença maligna apresentavam características de comportamento com supressão da emoção. Um aumento da resignação e um isolamento social foi observado em pacientes com câncer no seguimento de um ano após o diagnóstico. Os dados do nosso trabalho também concordam com NEUHAUS .

CARVALHO (1995), em um estudo da epidemiologia, diagnóstico e tratamento da depressão em pacientes com câncer, revela que o distúrbio depressivo é presente em 25% dos casos de todos os pacientes acometidos por algum tipo de câncer. No nosso trabalho a população apresentou um percentual de 30 % de pacientes com depressão. Nossos dados, portanto, também encontram concordância com os achados do autor.

Ele adverte que segundo um estudo multicêntrico realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos, a população geral apresenta uma porcentagem de 6% de depressão em todos os níveis. O diferencial entre tristeza reacional e o transtorno depressivo propriamente dito deve ser investigado no caso de pacientes com câncer.

Neste trabalho foram feitas diversas correlações entre a depressão, avaliada pela escala de beck para depressão, e outros fatores sócio-econômicos que poderiam estar relacionados com os escores de depressão encontrados.

## **CORRELAÇÃO IDADE / DEPRESSÃO**

A correlação da idade das pacientes com a depressão foi feita com método estatístico multivariado, onde a distribuição da depressão foi avaliada através do ponto de corte de idade em 50 anos.

Com relação à idade das pacientes não temos valores significativos quando avaliamos a Depressão VERSUS idade para as pacientes com mais ou menos de 50 anos.

O corte realizado para avaliação em 50 anos de idade foi devido a esta idade ser uma idade limítrofe para a menopausa.

Através do método estudado temos para 36 pacientes com idade superior a 50 anos, o número de 10 pacientes com escore de depressão acima de 18, e 26 pacientes com escore abaixo de 18 (sem depressão).

A média de idade das pacientes estudadas é de 55 anos.

Através do método de Regressão do programa ANALYSIS do EPI-INFO temos que:

- Para as pacientes com mais de 50 anos e com Escore de depressão  $> 18$  (Depressão moderada ou grave) temos um total de 10 pacientes.
- Para as pacientes com mais de 50 anos e Escores de Depressão  $< 18$  (ausência de depressão) temos um total de 26 pacientes.
- Para as pacientes com idade menor que 50 anos e escore de depressão  $> 18$  (depressão moderada ou grave) temos um total de 08 pacientes.
- Para as pacientes com idade  $< 50$  e escore de depressão  $< 18$  (ausência de depressão) temos um total de 16.

#### **TABELA: CORRELAÇÃO - IDADE - DEPRESSÃO.**

Esta tabela correlaciona a presença ou ausência de depressão com a idade das pacientes (acima ou abaixo de 50 anos).

IDADE	ESCORES/ DEPRESSÃO	TOTAL
-------	--------------------	-------

> 50	>18	10
>50	<18	26
<50	>18	08
<50	<18	16
		total = 60

---

Pelo método estudado não encontramos na distribuição idade/depressão nenhum dado significativo para esta população.

Pelas técnicas de Mantel Haenzel temos p.value= 0.6, Yates 0.8. df= 0.22-2.72.

A idade das pacientes desta população parece não influenciar na apresentação do quadro depressivo, podendo ser, entretanto um coadjuvante em outros fatores como veremos mais adiante.

## **DEPRESSÃO/ESTADO CIVIL**

A distribuição do estado civil foi assim realizada:

**Em 60 pacientes entrevistadas temos:**

**Pacientes com companheiro= 28**

**Pacientes sem companheiro= 32**

Desta população verificamos que 5 pacientes em 28 pacientes, com companheiro, apresentam escore para depressão acima de 18, e 23 pacientes com companheiro, apresentam escore de depressão menor de 18.

Para a população sem companheiro (32 pacientes) verificamos que existe uma amostra com depressão (13), acima de 18 (escore), em uma amostra de 19 em 32 com escore abaixo de 18.



Pelas técnicas de Mantel Haenzel no Qui-quadrado encontramos um valor de p.value de 0.05, e este valor considerado significativo para a correlação.

**TABELA: CORRELAÇÃO - ESTADO CIVIL - DEPRESSÃO**

Tabela que correlaciona a presença ou ausência de depressão com o estado civil das pacientes (pacientes com ou sem companheiro).

Estado Civil	ESCORE / DEPRESSÃO	TOTAL
COM COMPANHEIRO	>18	05
SEM COMPANHEIRO	>18	13
COM COMPANHEIRO	<18	23
SEM COMPANHEIRO	<18	19
TOTAL = 60		

Pelas técnicas de Mantel-Haenzel no qui-quadrado temos os seguintes resultados para a correlação.

Mh = P.value = 0.05, portanto significativo para esta técnica.

A população de estudo foi escolhida aleatoriamente com relação ao estado civil, mas foi analisada separadamente de acordo com o grau de depressão. Esta avaliação foi realizada porque diversos trabalhos da literatura como o de FORSEN (1991); CLARK (1994), levantaram hipóteses sobre os aspectos estressantes dos pacientes acometidos por

câncer e o ajustamento psicossocial dos mesmos. Neste caso a perda de um companheiro (luto), ou situações de divórcio, dificuldades e ajustamento sexual poderiam ser relevantes com relação à depressão, quando avaliada através do estado civil e a condição de ter ou não um companheiro .

O resultado encontrado no trabalho ( $p= 0.05$ ) pode ser discutido a partir do fato de que pacientes com companheiro podem ter uma sensação de continência maior que as pacientes sem companheiro e, talvez este fator atue como um protetor contra a depressão.

A questão da sexualidade também aqui se encaixa, já que a mastectomia para mulheres que ainda estão sem companheiro poderia ser um fator de constrangimento. Outro fator que os estudos sobre a qualidade de vida em pacientes com câncer tem levantado, é a essência estética e feminilidade. A cirurgia conservadora têm sido apontada como uma maneira de se evitar maiores transtornos com relação à questão estética do que a mastectomia radical (M.OMNE-PONTÉN-1993). Os nossos dados não são concordantes com o trabalho realizado por MORRIS- 1977. O ajustamento social das pacientes com câncer foi estudado por este autor em pacientes mastectomizadas por 2 anos após a cirurgia e não foi encontrada significância para as pacientes com ou sem companheiro no seguimento.

PISTRANG & BAKER (1994) estudou o suporte social e o bem estar das pacientes, e uma inconsistência foi apontada com relação a um suporte familiar adaptado ou mal- adaptado. A má-adaptação à patologia e o bem estar das pacientes não necessariamente estariam ligados à um bom suporte social, mas a fatores individuais que ainda não estão bem elucidados.

A boa comunicação com o parceiro, entretanto foi apontada como um fator positivo na aceitabilidade da terapia.

O ajustamento psicológico dos companheiros de mulheres mastectomizadas foi estudado por M. OMNE-PONTÉN(1993). A população foi dividida entre cirurgia radical e conservadora. (20 pacientes com cirurgia conservadora e 36 com cirurgia

radical). Os companheiros das pacientes com mastectomia radical ficaram significativamente mais deprimidos do que os das que fizeram cirurgia conservadora após 4 meses da cirurgia. O nosso trabalho não foi extensivo à pesquisa dos familiares das pacientes mastectomizadas.

SPIEGEL(1994) associa o suporte terapêutico da psicoterapia em grupo (familiar), à diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão em pacientes acometidas com câncer de mama e a diminuição da ansiedade das pacientes. Segundo o autor, diminuem as visitas ao médico, os exames e as admissões hospitalares desnecessárias. O nosso trabalho não estudou as interações dos companheiros das pacientes mastectomizadas, mas WELLISCH(1978), estudou os companheiros de mulheres com câncer de mama e em 31 homens entrevistados o ponto nodal dos desajustamentos estavam no processo de decisão com relação à cirurgia e ao tratamento, a frequência das visitas ao hospital e a redução da atividade sexual. Estes dados poderiam ser aprofundados em futuras pesquisas.

## ESCOLARIDADE

O nível de escolaridade das pacientes do grupo de estudo estão assim distribuídas:

PACIENTES SEM DEPRESSÃO ( ESCORE MENOR QUE 18)

PRIMEIRO GRAU = 29

ACIMA DO PRIMEIRO GRAU = 13

TOTAL = 42

PACIENTES COM DEPRESSÃO (ESCORE MAIOR QUE 18).

PRIMEIRO GRAU = 15

ACIMA DO PRIMEIRO GRAU = 3

TOTAL = 18

### TABELA: CORRELAÇÃO- ESCOLARIDADE / DEPRESSÃO

Tabela que correlaciona a presença ou ausência de depressão com o grau de escolaridade (até o primeiro grau ou acima do primeiro grau).

ESCOLARIDADE	ESCORE / DEPRESSÃO	TOTAL
ATÉ 1º GRAU	< 18	29
ACIMA DO 1º GRAU	< 18	13
ATÉ 1º GRAU	>18	15
ACIMA DO 1º GRAU	>18	03
	TOTAL = 60	

mh=P. V= 0.25.

A partir destes resultados (Mantel - Haenzel no qui-quadrado = P.value = 0.25, Yates = P. value = 0.40, Fisher = 0.3) podemos observar que o grau de escolaridade não atua como um "protetor" contra a depressão já que as pacientes com maior grau de escolaridade não apresentam um nível estatisticamente significativo menor de depressão quando comparadas com pacientes com escolaridade elementar.

As questões que podemos levantar com relação a esses dados podem enveredar pela informação, a compreensão do tratamento aos quais as pacientes vão ser submetidas, a capacidade de elaboração e o discernimento dos passos a serem seguidos durante o tratamento, tendo as pacientes com um grau mais elevado de escolaridade mais dados sobre o "câncer" e sobre o estigma da doença e da mutilação, podendo estas informações atuarem como uma continência para o surgimento da depressão. No nosso trabalho a escolaridade não foi um protetor contra a depressão, sendo necessários outros trabalhos para um maior entendimento destes dados.

MAGUIRE-1978 atribui a elasticidade e flexibilidade humana frente a eventos traumáticos como um fator que pode contribuir para a diminuição dos escores de depressão nas pacientes submetidas à mastectomia. Para que possamos avaliar se o grau de escolaridade contribui para esta plasticidade frente aos eventos traumatizantes, necessitamos de outros trabalhos.

LEE em um trabalho realizado em 1991 retrata a necessidade de se fazer uma investigação com caráter qualitativo para elucidar certas questões que o comportamento de pacientes com câncer apresentam.

Os dados encontrados no presente trabalho reforçam os dados encontrados no Hospital do INAMPS do Rio de Janeiro realizado por MANGIZI (1989), onde 46% das pacientes possuíam escolaridade elementar.

## EVENTOS DE VIDA / DEPRESSÃO

Os fatores estressantes anteriores ao aparecimento da patologia também são alvo de estudos... No nosso trabalho este fator foi avaliado como presentes ou ausentes, 24 meses antes do aparecimento da patologia. Logo, as conseqüências relativas a perdas, divórcios,ajustamentos podem ser avaliadas a partir da seguinte distribuição:

PACIENTES COM EVENTOS ESTRESSANTES E COM DEPRESSÃO.

(ESCORE >18 - depressão moderada ou grave) TOTAL=10

PACIENTES SEM EVENTOS ESTRESSANTE E COM DEPRESSÃO.

(ESCORE > 18) TOTAL= 08

PACIENTES COM EVENTOS ESTRESSANTES E SEM DEPRESSÃO (ESCORE<18 - ausência de depressão) TOTAL = 17

PACIENTES SEM EVENTOS ESTRESSANTES E SEM DEPRESSÃO (ESCORE<18 ) TOTAL = 25

### TABELA: CORRELAÇÃO - EVENTOS DE VIDA - DEPRESSÃO

Tabela que correlaciona a presença ou ausência de depressão com os eventos estressantes de vida

EVENTOS DE VIDA	ESCORE/DEPRESSÃO	TOTAL
PRESENTES	>18	10
AUSENTES	> 18	08
PRESENTES	<18	17
AUSENTES	<18	25
		TOTAL= 60

Pelas técnicas de Mantel-Haenzel e Yates no qui-quadrado, encontramos o valor de p.value de 0.28 e 0.4 respectivamente, portanto, não significativa para a correlação.

Apesar da hipótese de que eventos estressantes poderiam ter relevância no desencadeamento de patologias somáticas ALEXANDER (1989); BROWN (1991), MELLO FILHO (1992), os estudos realizados nesta linha de pensamento apresentam controvérsias, já que o mesmo evento visto por um paciente que hoje apresenta-se com depressão seria diferente do mesmo evento visto por um paciente que não apresenta depressão, quando os dois se recordam do mesmo.

FORSÉN (1991), investigando os eventos de vida estressantes em um período de 6 anos anterior ao início dos sintomas da doença, encontrou dados significativos com relação à perdas e situações de vida estressantes nas pacientes com câncer de mama com relação ao grupo controle.

No nosso trabalho não houve dados significativos no que diz respeito aos eventos de vida estressantes antes do aparecimento da doença. CARVALHO (1995), também relaciona esta questão à necessidade de pesquisas prospectivas, pois quando os eventos são observados retrospectivamente, não podemos avaliar o quanto o evento doença atual está influenciando a percepção subjetiva do passado.

O aprofundamento do estudo desta questão poderia ser investigado através de uma pesquisa prospectiva.

## **HISTÓRIA FAMILIAR / DEPRESSÃO**

Um dado avaliado por este trabalho foi a correlação entre a Depressão e história familiar de neoplasia.

No nosso estudo foi realizado um levantamento do número de pacientes que apresentavam na família qualquer história de Neoplasia (de toda espécie).

PACIENTES COM DEPRESSÃO (ESCORE > 18)

COM HISTÓRIA FAMILIAR = 12

SEM HISTÓRIA FAMILIAR = 06

PACIENTES SEM DEPRESSÃO (ESCORE < 18)

COM HISTÓRIA FAMILIAR = 18

SEM HISTÓRIA FAMILIAR = 24

#### TABELA: CORRELAÇÃO - HISTÓRIA FAMILIAR DE NEOPLASIA

Tabela que correlaciona a presença (> 18) ou ausência (< 18) de depressão com a história familiar de neoplasia.

HISTÓRIA FAMILIAR	ESCORE/DEPRESSÃO	TOTAL
COM HISTÓRIA	>18	12
SEM HISTÓRIA	>18	06
COM HISTÓRIA	<18	18
SEM HISTÓRIA	<18	24
TOTAL =		60

Com os dados acima ( P.value no qui-quadrado = 0.09 na técnica de Mantel-Haenzel e 0.15 na técnica de Yates. Podemos observar que as pacientes com história familiar de câncer, não apresentam um escore significativo de depressão e isso nos faz pensar no impacto que o diagnóstico da doença produz, e se estas pacientes já possuem a experiência e o conhecimento da gravidade da patologia.

Na nossa população, esses dados não foram significativos (30 pacientes com história familiar e 30 pacientes sem história familiar); não temos como comprovar estas idéias. Podemos compreender que possivelmente a experiência vivida da patologia, através da experiência familiar, traria uma aceitação maior da condição e a inclusão num grupo, mesmo que, através de uma doença, diminuiria a carga estigmática da mutilação e da morte.

A aceitação da patologia poderia ser refletida como uma re-estruturação da individualidade... uma identificação ao "GRUPO" estigmatizado e "condenado à morte", e a inclusão neste grupo traria uma reafirmação da auto-estima, esboçada pela sensação de continência grupal, sem contar que nos casos em que houve sucesso no tratamento, trariam a prova que se é possível "vencer" a doença.

Atualmente, a realização de testes genéticos em pessoas com história familiar de câncer de mama tem sido uma categoria de estudo, e em um trabalho realizado por LERMAN, CARYN (1995), estes testes foram muito bem aceitos pelos familiares de pacientes com câncer de mama. O impacto do resultado positivo, entretanto ainda precisa ser avaliado.

Como o nosso trabalho não encontrou qualquer significância com relação à história familiar compreendemos que seria necessário um aprofundamento e o desenvolvimento destas questões.

## **SEXUALIDADE / DEPRESSÃO**

O fator idade na avaliação das pacientes acometidas com câncer de mama passa por diversas nuances... As questões relativas à sexualidade estão intimamente ligadas ao fator idade...



No nosso trabalho encontramos os seguintes dados:

PACIENTES COM DEPRESSÃO (ESCORE > 18)

COM ALTERAÇÃO DA SEXUALIDADE = 17

SEM ALTERAÇÃO = 1

PACIENTES SEM DEPRESSÃO (ESCORE < 18)

COM ALTERAÇÃO DA SEXUALIDADE = 30

SEM ALTERAÇÃO = 12

P- VALUE NO QQ = 0.04 ( SIGNIFICANTE)

**TABELA: CORRELAÇÃO - SEXUALIDADE / DEPRESSÃO**

Tabela que correlaciona a presença ou ausência de depressão com a presença de alteração da sexualidade.

SEXUALIDADE	ESCORE / DEPRESSÃO	TOTAL
COM ALTERAÇÃO	>18	17
SEM ALTERAÇÃO	>18	01
COM ALTERAÇÃO	<18	30
SEM ALTERAÇÃO	<18	12
		TOTAL = 60

Como demonstramos com os dados obtidos, para a população com depressão, houve um valor significativo com relação à alteração da vida sexual. Estes dados foram obtidos através da questão relativa à sexualidade da escala de beck para depressão. Entretanto, apesar do resultado significativo para a correlação alteração da

sexualidade/ depressão, não podemos esquecer que a idade média das pacientes entrevistadas no trabalho encontra-se muito próxima da menopausa e não sabemos até que ponto esta faixa de idade pode apresentar uma natural queda da libido.

FOLLOWFELD (1991) aponta as investigações que estão sendo realizadas com o impacto do diagnóstico de câncer, do tipo de tratamento (conservador ou não) e as seqüelas que eles trazem no que diz respeito à auto-imagem e sua correspondência com o decréscimo do funcionamento sexual (qualidade, quantidade e satisfação).

A correlação da diminuição da qualidade da vida sexual relatadas pelas pacientes do trabalho, com o tipo de tratamento instituído, foi levantada, e ficou demonstrado que a mastectomia ainda é um fator muito importante no desenvolvimento de desajustes sexuais quando comparada com a cirurgia conservadora da mama.

A perda da libido foi uma outra característica demonstrada por FOLLOWFELD. Em seu trabalho ele se reporta à necessidade de avaliar se a perda da libido esta ligada à perda da mama, à idade das pacientes ou à depressão. A necessidade de um levantamento prospectivo seria uma maneira de analisar se a aparente perda da libido se inicia realmente com o diagnóstico de câncer, com a cirurgia ou se já estava presente antes destes fatores.

A fator idade para FOLLOWFELD é avaliado segundo o enfoque de que a aparência, os atrativos estéticos, e a atividade sexual e social para as mulheres mais jovens, são mais valorizados do que para as mulheres com idade mais avançada.

THYMOTY (1990) levantou um ponto onde as mulheres com mais de 50 anos não se importam com a perda da mama... nem as mulheres gordas... nem as mulheres que foram abandonadas...

Na nossa população os resultados poderiam resultar nestas mesmas questões, onde a auto-estima, a auto-imagem e a função sexual teriam talvez uma inter-relação, que passariam inclusive pela responsabilidade da escolha do tratamento (conservador ou não), do medo da recidiva do câncer em função desta escolha e, de uma avaliação da qualidade de vida destas pacientes.

MORRIS (1977) já levantava que, as dificuldades sexuais mais relevantes, pertenciam ao grupo de pacientes com idade próxima à menopausa.

MAGUIRE & LEE (1978) fizeram um levantamento com 75 pacientes onde 39% das pacientes mastectomizadas comparativamente a 12% de pacientes com doença benigna da mama, apresentaram disfunções sexuais graves. Este trabalho mostra ainda que as pacientes que procuraram auxílio ficaram frustradas com relação ao tratamento obtido.

As investigações sobre a auto-imagem, função sexual e idade, merecem um estudo cujo desenho seja mais específico pela importância que estes fatores representam para as pacientes. Em nosso meio, uma avaliação dos serviços e do tipo de tratamento que foi instituído poderia ser objeto de estudo.

## **RENDA FAMILIAR / DEPRESSÃO**

Este trabalho realizado com pacientes de câncer mamário, na cidade de Taubaté em 1995, foram encontrados os seguintes dados no que tange à questão de renda familiar:

**PACIENTES COM DEPRESSÃO (SCORE > 18)**

**ATÉ DOIS SALÁRIOS MÍNIMO = 10 PACIENTES**

**MAIS QUE DOIS SALÁRIOS MÍNIMO 08 PACIENTES**

**PACIENTES SEM DEPRESSÃO (SCORES < 18)**

**ATÉ DOIS SALÁRIOS MÍNIMO 15 PACIENTES**

**MAIS DE DOIS SALÁRIOS MÍNIMO = 27 PACIENTES**

## TABELA: CORRELAÇÃO - RENDA FAMILIAR / DEPRESSÃO.

Tabela que correlaciona a presença ou ausência de depressão com a renda familiar avaliada em salários mínimo.

RENDA FAMILIAR	ESCORE/ DEPRESSÃO	TOTAL
ATÉ 2 SAL. MÍNIMO	>18	10
MAIS QUE 2 SAL. MIN.	>18	08
ATÉ 2 SAL. MÍNIMO.	<18	15
MAIS QUE 2 SAL. MIN.	<18	27
		TOTAL = 60

Para esta correlação encontramos uma correlação no Qui-quadrado para a técnica de Mantel-Haenzel de 0.1, e para Yates de 0.2, portanto não significativa para a correlação depressão/renda familiar.

A renda familiar nas pacientes acometidas com Neoplasia foi avaliada segundo o critério de número de salários- mínimos (100 reais), que a família das pacientes ganhavam por mês.

Um dado merecedor de nota surge com relação à renda familiar na população estudada. Nesta amostra não houve significância na correlação renda familiar/ depressão.

A avaliação da inter-relação da renda familiar e depressão é uma tarefa extremamente complexa pois, todos os setores teriam de ser avaliados; desde referências históricas e regionais até as controversas filosofias e ideologias vigentes.

Esta afirmação poderia ser avaliada através do complexo mosaico sócio/econômico e educacional, e um estudo mais aprofundado se faria necessário.

ROWLAND (1994), aponta as dificuldades que as populações de baixa renda encontram no diagnóstico (dificuldades para realização da mamografia), o desencorajamento da busca de auxílio por falta de suporte e orientação adequada, o custo de transportes entre outros fatores são focos de atenção de pesquisa.

A multidisciplinaridade e a multimídia no cuidado da qualidade de vida e na educação é uma alternativa para a modernidade no controle e na orientação . HEYRMAN (1995).

No nosso estudo não houve modificação significativa com relação à depressão e renda familiar. Este dado pode ser visto por diversos ângulos; o perfil cultural do Vale do Paraíba por si só não revela dados para que esta interface depressão/renda familiar não seja expressiva, já que a população do Vale em pouco difere do perfil nacional (socio/cultural). Este dado merece novas investigações.

## **RELIGIÃO / DEPRESSÃO**

Com relação à Religião, temos em nosso trabalho os seguintes dados:

PACIENTES COM DEPRESSÃO (ESCORE > 18)

PRATICANTES= 12

NÃO PRATICANTES= 6

PACIENTES SEM DEPRESSÃO ( ESCORE < 18)

PRATICANTES= 29

NÃO PRATICANTES= 13

## **TABELA: CORRELAÇÃO - RELIGIÃO / DEPRESSÃO**

Tabela que correlaciona a presença (> 18) ou ausência (< 18) de depressão com a prática religiosa.

RELIGIÃO	ESCORE/ DEPRESSÃO	TOTAL
PRATICANTE	>18	12
NÃO PRATICANTE	>18	06
PRATICANTE	<18	29
NÃO PRATICANTE	<18	13
		TOTAL= 60

Podemos notar que no presente estudo a religião não foi um fator protetor contra a depressão. Não tivemos resultados estatisticamente significativos no que diz respeito à religiosidade e o escore de depressão. (P.Value para a Técnica de Mantel Haenzel e Yates foram 0.85 e 0.9 respectivamente).

A população do Vale do Paraíba tem como característica uma religiosidade expressiva. Os diversos credos e sua freqüência poderiam ser avaliados separadamente para termos uma idéia mais real da importância do suporte religioso dos pacientes e dos benefícios das práticas religiosas nas questões que tangem à morte e sobrevivência.

Neste aspecto a qualidade de vida em pacientes com câncer, que é enfoque de diversos estudos, KAPLAN (1993), combinam a qualidade de vida (morbidade), a duração da vida (mortalidade) e o prognóstico (duração do melhor estado). Estes dados somados trazem a equivalência em BONS-ANOS de vida. A prática religiosa poderia atuar em duas categorias: a mortalidade e a morbidade.

A satisfação na vida é um novo conceito que está sendo incorporado aos trabalhos de Qualidade de Vida. O otimismo é um dos itens relatados nos trabalhos de qualidade de vida. As áreas de estudo da qualidade de vida estão relacionadas com a saúde, estado econômico, vida familiar, parentes, comunicação com o companheiro, sexualidade, auto-ajuda, vida social, entreterimento KREITLER (1993). O ponto de intersecção entre a vida religiosa e os parâmetros de qualidade de vida em pacientes com câncer, ainda é um vasto campo de pesquisa que envolve aspectos filosóficos e culturais e a continência que a religião teoricamente poderia fornecer para doenças estigmáticas como é o caso do câncer que envolve a vida e a morte, a condição e a resignação, podem ser foco de trabalhos.

## PROFISSÃO / DEPRESSÃO

No nosso trabalho foram encontrados os seguintes dados com relação à atividade profissional das pacientes:

PACIENTES COM DEPRESSÃO (ESCORE >18)

DO LAR 12 / TRABALHAM FORA = 06

PACIENTES SEM DEPRESSÃO (ESCORE < 18).

DO LAR= 21 / TRABALHAM FORA= 21

### TABELA: CORRELAÇÃO- PROFISSÃO / DEPRESSÃO.

Tabela que correlaciona a presença ou ausência de depressão com as atividades profissionais das pacientes.

PROFISSÃO	ESCORE/ DEPRESSÃO	TOTAL (N*DE PAC.)
DO LAR	>18	12
TRABALHA FORA	>18	06
DO LAR	<18	21
TRABALHA FORA	<18	21
		TOTAL = 60

Na nossa amostra não foram encontrados valores significativos com relação à depressão e a atividade profissional e este dado não é relevante já que a população apresenta-se com uma média de idade elevada. (P.value no QQ, pela técnica de Mantel Haenzel= 0.2).

Este fator pode ser considerado quando avaliamos a atividade profissional, já que a maioria das pacientes vêm de uma época em que não era habitual a mulher trabalhar

fora em nosso país, e que o grupo social da mulher não englobava o profissional fora de casa.

Na literatura a atividade profissional se enquadra nos padrões de qualidade de vida e de ajustamento social (POWEL-1994, KREITLER- 1993; RAZAVI-1995).

No nosso trabalho, pelos motivos relatados acima, não é possível se fazer uma avaliação do ajustamento social e ou psicológico em função da atividade profissional. Seria necessário um estudo sociológico que elucidasse em qual campo de atividade as pacientes poderiam ser enquadradas enquanto campo profissional e que tivesse o mesmo peso da atividade fora de casa, no tocante ao ajustamento social.

### TEMPO DE CIRURGIA / DEPRESSÃO

Alguns aspectos no que diz respeito à Depressão em pacientes com Câncer e o decorrer do tempo da cirurgia foram avaliados por este trabalho.

MESES	COM DEPRESSÃO	SEM/DEPRESSÃO	DEP.
2	04	15	29,21,27,23,
3	05	04	20,30,22,25,35.
4	01	06	34
5	02	02	20,24
6	01	01	19
7	02	03	34,25
8	00	03	---
9	01	01	22
10	01	02	19
12	00	01	
14	00	01	
20	01	01	29
21	00	01	---
48	00	01	---

Pelo Método de Regressão em análise Multivariada do EPI-INFO temos:

F.Stat= 0.09.

MÉDIA DE TEMPO = 7.9 MESES.

Mantel Haenzel= p.value= 0.67

Yates= p.value= 0.9

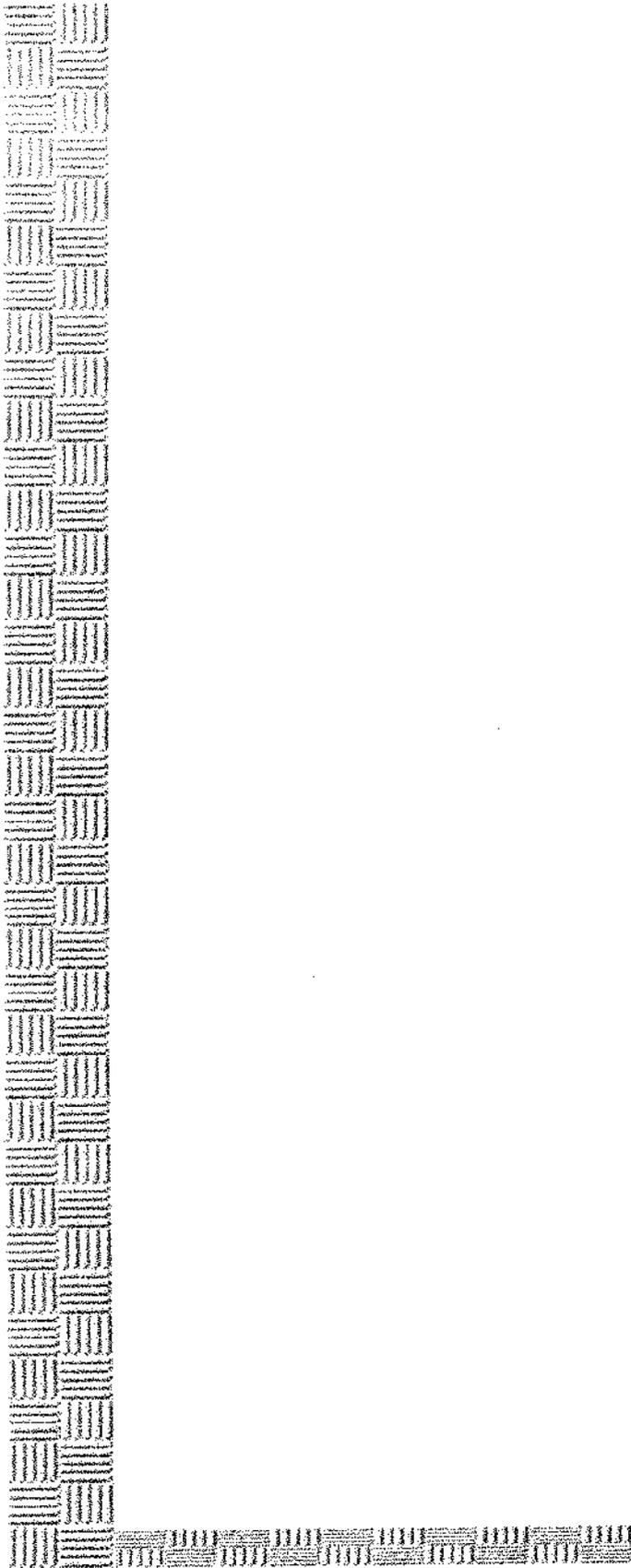
No presente trabalho não encontramos níveis estatisticamente significativos no que diz respeito ao decorrer do tempo pós cirúrgico.

As pacientes do trabalho foram triadas aleatoriamente no serviço de radioterapia, e o número de pacientes após 6 meses de cirurgia é menor que o número de pacientes com cirurgia nos primeiros 6 meses de cirurgia, o que dificulta a avaliação da queda dos escores de depressão com o decorrer do tempo.

Os trabalhos da literatura MORRIS (1977); FALLOWFELD (1991); YOKOE (1993); HOPWWOD (1991); CLARK (1994) discutem a situação das paciente com câncer e a progressão dos estados psicológicos, o ajustamento social, sexual, entre outros fatores no decorrer do tempo após a cirurgia.

Novos estudos prospectivos poderiam ser feitos para se buscar novas propostas e um maior entendimento das características dos pacientes acometidos com câncer de mama. Seja para uma melhoria das condições de qualidade de vida, seja para prevenção dos diagnósticos em estágios avançados e/ou manutenção das condições psicológicas e de ajuste social das pacientes diante do impacto e da mutilação.





## ***11. Conclusão***

A complexidade e a multifatorialidade dos aspectos que envolvem as questões relativas aos pacientes com câncer estão envolvidas em pesquisas de toda ordem de fatores.

A tentativa de se encontrar algum fator preponderante no comportamento, na qualidade de vida, no desenvolvimento das pacientes acometidas com câncer, envereda por inúmeros conceitos que envolvem fatores sociológicos, culturais, filosóficos e teóricos. A abrangência da eficácia e do suporte psicológico nestes casos estão distantes das expectativas e da diminuição dos sintomas apresentados. Os trabalhos realizados no mundo todo despontam na tentativa de se encontrar soluções não regionais para a manutenção da qualidade de vida das pacientes. A globalização dos fatores e a facilidade dos meios de comunicação atualmente, começam a apresentar alguma eficiência na divulgação e no controle da patologia.

Em nosso estudo, a depressão em 30% da população da amostra revela que existe uma tendência à depressão maior que a população total, e os determinantes para este aumento da depressão ainda não foram abordados.

Os dados psicossociais levantados foram insuficientes para a real percepção do problema.

As correlações sócio-econômicas observadas na pesquisa revelaram os seguintes dados:

**Depressão/ sexualidade** - Houve significância no nosso trabalho. P.value= 0.04, para pacientes com alteração da sexualidade (com a ressalva de que as pacientes da pesquisa apresentam idade próxima da menopausa, o que nos coloca em face de outras questões no tocante à sexualidade).

**Depressão/ Idade** - Não encontramos dados significantes no tocante à idade das pacientes = p.value= 0.6. (A idade aparentemente não é um fator agravante da depressão nas pacientes deste trabalho, o que não invalida a possibilidade de ser um fator coadjuvantes quando associados com outras variáveis).

**Depressão/ Escolaridade** - O atual estudo não demonstrou ser a escolaridade um fator protetor contra a depressão ( p. value= 0.25).

**Depressão/ Estado civil** - O presente estudo revelou que as pacientes pesquisadas que não possuem companheiro apresentam um quadro depressivo significativamente maior das que possuem companheiro) p.value= 0.05. Este dado é relevante no que diz respeito à continência afetiva , que parece ser um protetor contra a depressão.

**Depressão/ Religião** - A questão da religiosidade poderia ser um assunto de diversas pesquisas, dada a importância que ela apresenta em nosso meio (Vale do Paraíba), porém no nosso trabalho ela não se mostrou significativa com relação à diminuição da depressão das pacientes estudadas. (P.value= 0.85).

**Depressão/ Profissão** - Em nossa pesquisa não foi encontrada significância na atividade profissional das pacientes. Esse dado poderia ser interrogado , já que a idade das pacientes do trabalho, em média, é elevada e o padrão de atividade para estas pacientes não comportam a atividade profissional fora do lar.

**Depressão/ Tempo de cirurgia** - Ao contrário de outros trabalhos da literatura, o decorrer do tempo de cirurgia não diminuiu os escores de depressão das pacientes significativamente (p.value= 0.67). Este dado entretanto merece atenção de outros trabalhos.

**Depressão/ Renda familiar** - O nível sócio econômico não foi relevante no nosso trabalho (p. value= 0.2). A depressão nestas pacientes não foi influenciada pelo padrão econômico familiar.

**Depressão/ História familiar** - Apesar do estigma apresentado pela patologia e pela mutilação ser um fator aparentemente reforçado pela história familiar de câncer, no nosso trabalho não houve significância para esta correlação (p. value= 0.09).

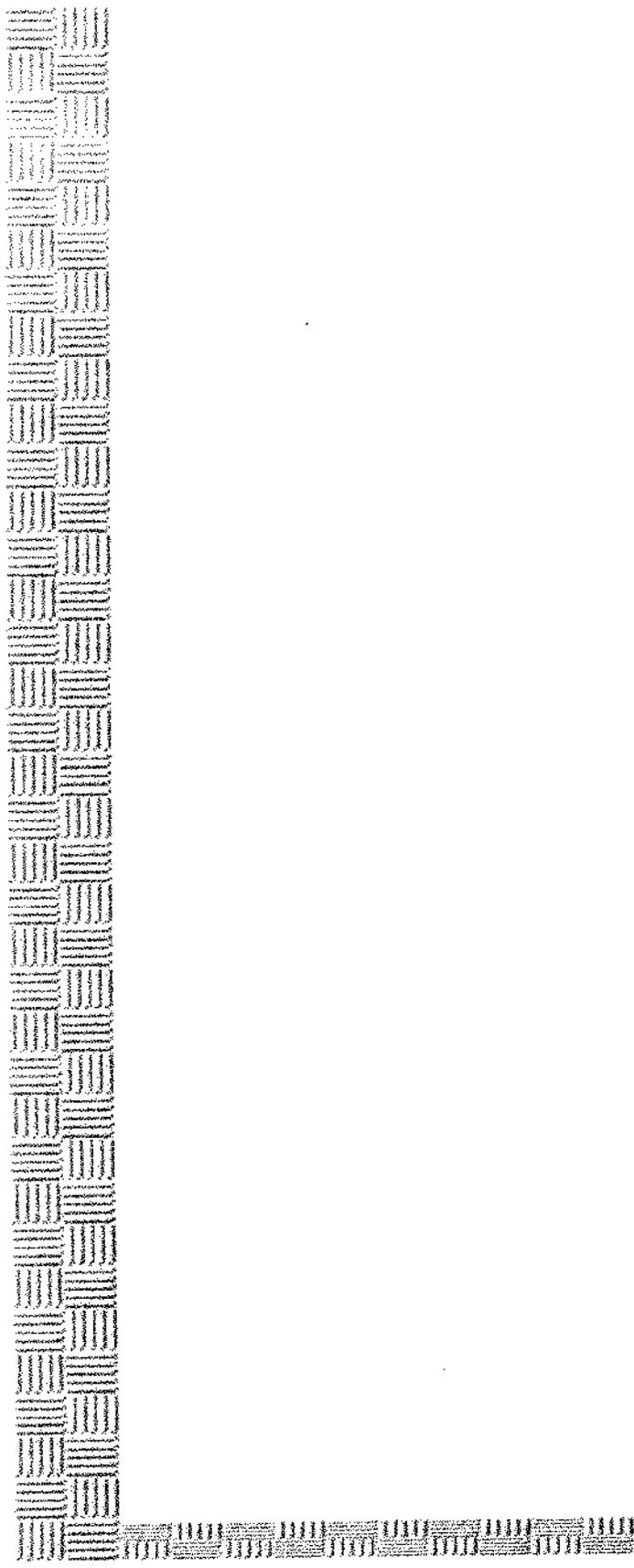
**Depressão / Eventos de vida** - Este controverso fator é alvo das mais diversas teorias sobre os aspectos psicológicos e a interferência dos mesmos na etiologia, queda da imunidade, progressão e evolução das patologias somáticas. O nosso trabalho não apresentou um escore significativo para esta relação. ( p. value = 0.28).

A somatória das variáveis estudadas poderiam ser uma variante e um agravante para os altos níveis de depressão encontrados na população de estudo. As mesmas dúvidas e impasses aparecem nos trabalhos da literatura que tentam compreender os fenômenos psíquicos dos pacientes acometidos com câncer, e este parece ser um campo enigmático e misterioso, onde as controvérsias se entrelaçam e se envolvem, dissipando o entendimento e instigando a curiosidade e os mais diversos sentimentos que se traduzem em teorias, suposições e criatividade por parte dos pesquisadores na área, que encontram dificuldades de método, fidedignidade e instrumentos para pesquisas mais aprofundadas .

Estudos posteriores com desenho prospectivo e com características psicodinâmicas como apontado por LIOW (1992), talvez possam nos revelar outras nuances das questões envolvidas nas pacientes com Câncer de mama.

Em função dos dados revelarem uma alta probabilidade das pacientes mastectomizadas após diagnóstico de câncer mamário apresentarem depressão, no meu entender, caberia uma maior atenção a nível de Saúde Mental para continência destas pacientes.

Como os escores de depressão encontrados no nosso trabalho e na literatura mostram uma tendência à depressão sem fatores psicossociais fidedignamente elucidativos para este aumento, um trabalho realizado a nível pré e pós-cirúrgico, poderia resultar em uma maneira de minimizar esses altos valores de depressão.



## ***12. Summary***

*In this work we study the depression in sixty patients after surgery and mastectomy with diagnostic of breast cancer.*

*The patients were choosen in the Hospital Santa Isabel de Clinicas de Taubaté.*

*The method use in this study was the beck scale for depression and the cut-point was 18.*

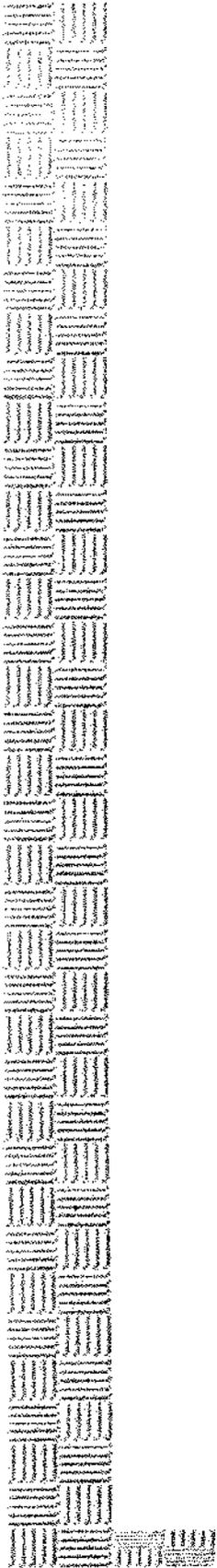
*The results showed that 30% to the cancer patients had depression (score up to 18), and this number was considered high when in compared to with the score to OMS (8%) for general population.*

*Beside this results, the work studied some psychosocials variables in order to discover any factor to perform like supporter against depression.*

*The marital state showed that fellow women present low score to depression in comparison to single women, and the change in sexuality had high scores to depression too, but this data was not relevante because the advanced population study age may had influencied these results.*

*Therefore can be concluded that there should be greatyer attention to health care to these patients, for the high depression scores prove that a therapeutic intervention may lower the mutilation suffering as stigma agony, thus promoting a better quality of life.*

*The accompaniment closer to single patientes is also advisable, since this patients present significant scores in comparison the fellow patients.*



### ***13. Referências bibliográficas***

- ALEXANDER, F. *Medicina Psicossomática: Seus princípios e Aplicações*. Trad Célia Beatriz Fischmann.- Porto Alegre : Artes Médica, p.57-59,100-105, 1989.
- ALMEIDA, N. F., MARI, J. J., COUTINHO, E., FRANCA, J. F., FERNANDES, J., et al. *Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbana brasileiras*. (Brasília, São Paulo, Porto Alegre) - Revista ABP-APAL (3), p.93-104,1992.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATIONS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSMIII- R ). Washington, D.C.APA. 1987.
- ANDRADE, L.C. *Princípios teóricos e básicos em Biologia Molecular*. Rev. Bras. de Reumatologia, vol 33,n. 1, jan/fev,1993.
- AZZAPOPARDI,J.G.(ed): *Problems em breast patology*. London WB Sauders Co., 1981.
- BAKER,M. Depressive Disease: classification and clinical characteristics- *Comphend. Psych.*, 12, p.354-365- 1981.
- BARRETO, A. Depressão e cultura no Brasil. J. Bras. Psiq. , 42- supl.1,p.13-16, 1993.
- BAUER, M., G., G., NARDI, N. Depressão Maior e atividade do sistema imunológico. Rev. ABP-APAL 15 (3).p. 87-94, 1993.
- BECK.P e col. An Inventory for measuring depression. *Archive Gen. Psych.*4.: 53-63.1961.
- BLOOM JR. KESSLER L. Risk and timing cousenling and support interventions for youngers women with breast cancer. *MON. NATL CANCER INST.* 16; 199-206, 1994.
- BORING, C.C, SQUIRES T.,BA. TONG T., CANCER STATISTIC,1993; *CA CANCER J. CLIN*, 43:7-26, 1993.
- BROWN,F.W.,MD.- Diagnostic concordance in primary care somatization disorder., *Psychossomatics*, vol 32. n.2.spring.1991.

CECIL, R. L. *Tratado de Medicina Interna*, vol 1 e 2 Trad de Dra Ana Maria de Andrade et al, 16 ed., Ed. Interamericana, pp.2262-2267, 1042-1050, 1060-1067, 1292-1294, -1984.

CABRAL, M. *A. Estudo descritivo dos aspectos psicossociais de pacientes acometidos de artrite reumatóide., tratamento na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas*, (Tese - Doutorado- UNICAMP), Campinas, 1985.

CABRAL, M.A. *Estudo decritivo de 62 histórias de vida de prediários confinados em cárceres superpopulosos na região de Campinas*, (Tese - Livre Docência - UNICAMP),

CARVALHO, T.F.R., SOUGEY, E.B. -Psiconeuroendocrinologia dos distúrbios depressivos- Eixo Hipotótamo-Hipófise-Tireóide-em: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, volume 43, n.7 pp, 377-383- julho de 1994.

CARVALHO .T.F.R. Estudo Multicêntrico da depressão. *J. Bras. Psiq.* 44(9), 457-462-1995.

CLARKE H. ROLLAND.J. LIPPMAN.M. Psychosocial factors in the development and progresssion of breast cancer. *Breast cancer res. treat.* 29: 141-160-1993

CHAITCHIK.S. KREITLER.S. Induced versus spontaneus attendence of breast cancer screening tests by women . *J. Can. education.* vol.6. n.1. pp 43-53- 1991.-1991.

COYLE,J.T. Neurociência e psiquiatria - *Tratado de Psiquiatria* - TALBOTT. capítulo I, pgs 22-23. Editora Artes Medicas- 1992.

CORREA, F.K. Conceito das doenças afetivas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* vol 42, supl. 1- 1993.

EY,H. *Manual de Psiquiatria* Editora Masson do Brasil LTDA S.P. p.249-260,1025-1046,1978.

FALLOWFIELD.L.J. Quality of life measurement in breast Cancer.*J. Royal Society of Medicine* vol 86, jan. 1993.

- FEIGHNER, J.P. ROBINS, E. GUZE, S.B. et al, Diagnostic criteria for use in psychiatry research. *Arch. of General psychiatry*. 26-27, p 63. 1972.
- FIGUEIRA, I. NARDI, A.E. MARQUES, C. VERSIANI, M.- O sofrimento da feiúra imaginária- Transtorno dismórfico do corpo.- *Jornal Bras. de Psiquiatria* v.42, (6), pp- 303- 312. 1993.
- FORSÉN . A. Psychological stress as risk for breast cancer. *Psychoter Psychosom*. 55: 176-85 1991.
- GANZ. P.A., SHAG C.A.C.- Breast conservation versus mastectomy: is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery. *CANCER* 69: 1929-38- 1992.
- GRINKER R. Psychosomatic aspects of cancer problem.- *Annals new York of Sciences* p876-881-1972
- GRAEFF, G.F. BRANDÃO, M.L. *Neurobiologia das doenças mentais*, Lemos Editorial & gráficos., S.P. pg. 19, 1993.
- GRAYDON J. Women with breast cancer: their quality of life following a course of radiation therapy. *J. ADV NURS*. 19(4): 617-22 , APR. 1994.
- GREER-S. MORRIS, T. PETTINGALLI, K.W. Psychological response to breast cancer *Lancet*, pp. 785-787- 1979.
- HALDAWAY, I.M. - FRIEZEN, H.G. Hormone binding by human mammary carcinoma. *Cancer res*. 37: p 1946, 1977.
- HAAGENSEN, C.D. et al. *BREAST CARCINOMA Risk and Detection*- Philadelphia, W.B. Saunders, Co, 1981.
- HEYRMAN, J. Multidisciplinary and Multimedia in quality of care- education. *Eur. Cancer*, vol 31A, Supl.6, pp s11-s14, 1995.

- HILAKIVI- CLARKE L.; ROWLAND J. CLARKE R; LIPPMAN ME. Psychological factors in the development and progression of breast cancer. *BREAST RES TREAT.* 20(2): 141-60, feb. 1994.
- HIRSCHFELD,R.M.A. KLERMAN, G.L., , Assessing personality: effects of the depressive estate on train measurement- *Am, J, Psychiatry* v.140, p. 695-699,1983.
- HIRSCHFELD. R.M.A., KLERMAN, G.L. Personality and affective disorders. *Am. J. Psy.*, v.136, p 67-70, 1979.
- HOLMBERG MD. M., OMNE-PONTÉN, RN, BURNS T., ADAMI.H.O. and BERGSTROM, PHD. Psycosocial adjustment after mastectomy and breast - conserving treatment. *CANCER* 64:969-974, 1089.
- HOPWOOD P. HOWELL.A. MAGUIRE.P. Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breat cancer: validation of two self-reporte questionnaires *Br. J. Cancer.* 64: 353-356-1991
- HOWLAND J.H. Psycho-oncology and breast cancer: a paradigm for reaserch and interventions. *Breast cancer and treatment.* 31: 315-24, 1994.
- ING,R. et al. Unilateral breast feeding and breast cancer. *Cancer* vol 3, p 44-47, 1992.
- IPPOLITIF. NATALIA.S.M., POZZI.V., PARIS.D., LOCOCO.E., COSTA.E. Psychological behavior an Immunodepression in women with breast cancer. *Brith, J. Cancer.* 483-490. 1991.
- IRWIN, M. MD. Eletroencephalographic sleep and natural Killer activity in depressed patients and control subjects. *Psycossomatics Med.* ,54,p.10-21,1992.
- JASPER.K. *Psicopatologia Geral.* vol I e II, p 124-127, 165-168 435-438-. Livraria Atheneu- SP.1979
- KHOURY ,A.B, ROSENBLIT,J.- Antigenos de Histocompatibilidade -Sistema HLA. *Neuroimunologia-* Roberto Melaragno e Charles K Naspitz TEXTBOOK ,pp- 57-65- editora Savier- São Paulo . 1982

- KARNIOL,I.G. MATOS.E.G- Sintomologia depressiva em pacientes alcoólatras internados. *J. Bras. Psiq.* 33(2): 123-126, 1984.
- KNAPP.P.H.MD. et al. Short term immunological effects of induced emotion. *Psychosomatic medicine* 54:p.133-148, 1992
- KAPLAN.H. *Compêncio de Psiquiatria* sexta edição. Ed Arte Médicas. P. A. 1993.
- KAPLAN.R.M. Quality of life assessment for costutility studies in cancer.*Cancer treat. Reviews* 19 (Sup)A 85-96. 1993
- KREITLER, S., Pshychological aspects in cancer. *Soc. Sci Med.* vol 36 n4 pp-547-556-1993.
- KRETSCHMER,E. *Constituicion y caracter-* (TRAD)- Sagarara Ed Labor, Barcelona 1947.
- KRONFOL,Z. HOUSE,J.D- Lymphocyte mitogenesis, immunoglobulin an complement levels in depressed patients and normal controls. *Acta Psychiatr Scand* 80: pp 142-147 - 1989.
- LANGER.S.Z. Binding of H. Imipramine and H- desipramine as bciochmical tools for studies in depression. *Neuroparmacology* 22: 407. 1983.
- LAPLANCHE.J. PONTALIS,J.B. Voc. *Psy* Puf Ed. Paris- 1987.
- LeSHAN, L. *O câncer como ponto de mutação-* Um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais da saúde. Tradução de Denise Bolanho pp- 17-37 .São Paulo SUMMUS- 1992.
- LEE,S.M. LOVE.S.B. MITCHEL J., PARKER M., RUBENS R., WATSON J., FENTIMAN I., HAYWARD J.. Mastectomy or conservation for early breast cancer psychological morbidity, *Eur. J. Cancer.*,vol 28-A, n.8/9, p 1340- 1344.1992.
- LEIDMAM, H. Cancer of the breast- Statistical and epidemiological data. *American C, S., publication*, 1976.

- LERMAM C; KASH K; STEFANEK M. Younger women at increased risk for breast cancer: perceived risk, psychological well-being, and surveillance behavior. *MONOGRAF. NATL CANCER INST.* 16: 171-76, 1994.
- LERMAN, CARYN, *Amr. J. Med. Genet.* 57: 385-392- 1995.
- LIOW,R. Psychological aspects of breast cancer.: implications for practice in Singapura. *Singapura Med.* vol 34: 112-114.1993.
- LOTUFO- NETO,F.- Distúrbio Obsessivo- compulsivo e depressão. *J. Bras. Psiq.* 42: supl. 1, 29-32, 1993.
- MACHADO,S. ABREU P.B. PECHANSCHY.F., SCHNEIDER.F.M. ALBERTI. V.S. GUS.G. VASCONCELOS.M.G.G. ROCHA. D. CALEFILL. BENIA.L.R. et al. Depressão no Hospital Geral: Habilidade e detecção de sintomas depressivos por especialistas não médicos.R ABP- APAL, 11 (3):97-110. 1989.
- MAGUIRE G.P. Breast conservation versus matectomy, Psychological considerations *Sem Surgery Oncol.* 5: 137- 144. 1989
- MAGUIRE G.P. LEE.E.G. BRVINGTON C.E. CORNELL. Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *Bristish Med Jornal*, 1:963-65.-1978
- Mc DIVITT, R.W. et al. Tumors of the breast,- Atlas de Pathology Washington D.C. AFI of pathology 1981.
- MANGISI. LRev. .M.V - Câncer de mama, ainda um desafio. *Hosp. Onc.*1 (3) : ,180-182, 1989.
- MAUNSELL E. Psychological distress after initial treatment for breast cancer: a comparision of partial and toal mastectomy. *J. Clin. Epid.* 42: 765-771- 1989.
- M. OMNE-PONTEN, HOLBERG.L. BERGSTRON R> SJODEN P.O. BURS.T. Psychosocial adjustment among husbands of women trated for breast cancer; mastectomy vs. breast conserving surgery. *Br. J. Cancer.* vol. 29. n.10, pp. 1393-1397- 1993.

- MATOS, E.G. Ansiedade antecipatória, distúrbio do pânico e depressão secundária,- J. Bras Psiq., (2): 75-78- 1994.
- MELARAGNO F.R. Neuroimunologia, Ed. Sarvier, S.P., p. 57-65, 1982.
- MELO, A.L.N.- Psiquiatria., 3 ed. Guanabara Koogan. R.J. p. 89-95 1980. hoje.
- MELLO F., J. Psicossomática Hoje, Artes Medicas P.A., p. 119-125, 1992.
- MICHETTI, F et al. The S-100 antigen in cerebrospinal fluid as a possible index of cell injury in the nervous system. J. Sci, 44: 259- 263, 1980.
- MILLAR K. JELICIC M., BONK B. ASBURY A. Assessment of preoperative anxiety comparison of measures patients waiting surgery for breast cancer. Br. J. Ana.
- MILLER B.A., FEUER E. HANKEY B. Recent incidence trends for breast cancer in women and relevance of early detection an update. ca cancer j. clin vol 43. 27-41- 1993.
- MOR V; MALIN M.; ALLEN S. Age differences en the psychological problems encoutered by breast caner patients. MONGRAF. NATL CANCER INST. 16: 191- 7, 1994.
- MORENO D. CALIL H.M. Depressões resistentes a tratamento R. ABP- APAL 15(4): 146-148, 1993.
- MORRIS T. GREER S. WHITE Psychological and Social Adjustment to mastectomy- a two year Follow-up Study. Cancer 40: 2381-87-1977.
- NARDI A.E. VERSIANI M. Distimia: Aspectos clínicos-terapêuticos J. Bras. Psiq. 42(7): 357-372, 1993.
- NEROZZI, D. SANTONI, A. BERSANI G, MAGNANI A. BRESSAN, A. PASSINI, A. ANTONOZZI, I. FRAJESE, G.- Reduced natural Killer cell activity in major depression: neuroendocrine implications Psychoneuroendocrinology 14. pp 295- 302- 1989.

NEUHAUS W., Arch. Ginec. Obst. 255: 201-209, 1994.

O'CONNEL,R. MD. Ansiedade de depressão, Rev. Bras. Reu. vol 46. n.4- p. 117.  
abr/1989.

PAPROCKI J. Prevalência geral dos estados depressivos. Rev Bras. Med., vol 46. n.3.  
p.80. mar/1989.

PARKER.G. et al. Defining Melancolia: properties of a refined sign-based measure. Brith  
J. Psych. 164: 316-26. 1994.

PARKER.G. et al. Classifying depression by mental state signs. Brith. J.Psych. 157: 55-  
65. 1990.

PAYNE, R & ROLFS, M, R. Fetomaternal leucocyte incompatibility. J. Clin.Inv.  
37:1756-1763,1958.

PISTRANG N.; BARKER C. The partur relationship in psychological response to breast  
cancer. SOC. SCI MED. 40(6): 789-97, mar. 1995).

PONTES,J.F. et al. Apostila do curso de Medicina psicossomática do IBEPEGE.p.58-79-  
1988 POWEL D. Social and psychological aspects of breast cancer in african  
american wome Ac N Y Sci pp 31-39- 1994.

RAZAVI D; DELVAX N; The pshichiatric perpective on quality of life and quality of care  
in oncology: concepts, symptom management, communication Isses Eur. J. Cancer  
Suppl 6 S25-S29, 1995.

RIDOLFI,R.L. Medullary carcinoma of the breast. Cancer. 40:1305,1977.

RIGATOS.G.A., KAPPOU-RIGATOU.I., MARINAKIS.Th., HOUNTA A.,  
VOGIATZIS N. Influcny of psychosocial factors in the expression of neoplasia  
diseases. Psyc-Oncology Letters 1(3): 20-30, 1990.

- ROBERTS CS; COX; CE; SHANNON VJ; WELLS NL. A closer look at social support as a moderator of stress in breast cancer. *HEATH SOC. WORK.* 19 (3) : 157- 64, Aug. 1994.
- ROSAI, J. Breast carcinoma, Ackermam surgical pathology, 6th et Sant Louis, CV mosby Co, p 1087-1981.
- ROBBINS,S., COTRAN,R., KUMAR,V. Patologia Estrutural e funcional pp.207-247, 1119-1245. Ed . Interamericana. R.J 1986.
- ROCHA,F.L. A eletroconvulsoterapia no tratamento da depressão em pacientes portadores de problemas cardiovasculares. *J. Bras. Psiq.* 42(2): 89-95, 1993.
- ROSENBLIT, J. K. Antígenos de histocompatibilidade Sistema HLA. *Neuroimunologia-MELARAGNO*, Ed SARVIER,S.P., p.57-67,1982.
- ROSE-P A.C. JENSEN B.J. Informations for cancer patients entering a clinical trial- an evolution of an information strategy. *Eur. J. Canc.* Vol. 29A, n 16, pp 2235-2238, 1993
- ROWLAND JH. Psychooncology and breast cancer: a paradigm for research and intervention. *BREAST CANCER RES TREAT.* 31(2-3): 315-24, 1994.
- RUCKDESCHEL,J.C. et al. Psychosocial Oncology reaserch *Cancer suppl.* vol 74,n4: Aug. 1994..
- SARDELL,A,N. Disclosing the cancer diagnostic.*CANCER* vol72,n 11: Dec. 1993.
- SCHOVER LR. Sexuality and body image in yonger women with breast cancer. *MONOGR. NATL CANCER INT.* (16): 177-82, 1994.
- SILVERBERG,E. BORING,C.C. SQUIRES. Cancer statistics *cancer. J. clin* 40: 9-28, 1990.
- SILVA,D.B. Psicopatologia Geral de Karl Jaspers: Metodologia de estudo *J.Bras. Psiq.* 43(2): 79-90. 1994.

- SIMONTON, S. M.. A família e a cura, Tradução Heloisa Costa. - Summus Editorial, pg. 14-15, São Paulo, 1990.
- SIMONTON.O.C. HENSON.R.M. HAMPTON.B. Cartas de um sobrevivente- Um caminho para a cura através da transformação interior. Trad. Heloísa Martins Costa- pp.9-45. São Paulo SUMMUS- 1994.
- SOIFER,R. Psiquiatria Infantil Operativa. p.184. Ed. Artes Médicas. PA. 1993.
- SPIEGEL,D. Health caring. Cancer vol 74, n4, aug. 1994.
- SPEIGELMAN,S. Viruses and human cancer. Prog Hematol.vol 9; p.305,1975.
- SVEJGAARD,A.,et al. IMMUNOLOGY The M. Fougereu and J. Dausset Eds,p. 530-540, Academy press, London and New York, 1980.
- SCHULTE,W. Manual de Psiquiatria.EPU Editora Pedagógica e Universitária LTDA S.P..87-89. 1981.
- STEIN.M. et al. Depression and immune sistem. Psychoneuroimmunology 2.ed. Academy Press. San Diego. pg 897-929- 1991.
- STEIN,M. Stress, depression factors, affecting physical condition and DSM-IV. psychossomatics vol 34. n 1 jan/fev. 1993
- STOUDEMIRE,A.MD. Psychological factors affecting physical condition and DSM-IV, Psychossomatics fev/1993.
- SVEJGAARD ,Aet al. IMMUNOLOGY The M. Fougereu Aand J. Dausset EDS. p 530-540. Academy Press. London 1980.
- TALBOTT.J. et al. Tratado de Psiquiatria Artes Médicas- 1992.
- THYMOTI. F. Pscyological aspects of breast reconstrutuin. In: 2nd. National Conference on Human Values and Cancer ( Proc. Am. Cancer Soc.) Chicago USA, p 132-1990.

- VAN ROODD, J.J. & VAN LEEUWENN, A. Leucocyte grouping A method and its applications. *J CLIN Invest.* 42: 1382-1390, 1963.
- YOKOE, T., ISHIDA, T., TOMINAGA, S., KUROISHI, T., MARIMOTO, T., TASHIRO, H., ITOH, S., ABE, R., OTA, J., HORINO, TAGUSHI, T., HONDA, K., SASAKAWA, M., KASHIKI, Y., YAMAMOTO, S., ENOMOTO, K., OGITA, M., KIDO, C., FUKUDA, M., WATANABE, H., IZUO, M. - Effects of MASSCREENING for breast cancer form the aspects of psychological assessment of quality of life. *Jpn J. Cancer* 84:365-370. Ap. 1993.
- WATSON M. GREER, S. ROWDEN, L. Relationships between control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychol. Med* 21-51-7-1991.
- WEISSMAN, M.M. et al. The epydemiology of dysthimya in life communities: rates, risks, comorbity and treatment. *Am. J. Psyc.* 145: 815-19, 1988.
- WELLISH D.K. JAMISON K. PASNAU, R. Psychosocial aspects of mastectomy: II The man`s perspective. *Am J. Psych.* 135:5 May-1978
- WINOCUR, G. Unipolar depression, Em WINOCUR, G. e CLAYTON, P. The Medical Basis of Psychiatry. W.B. Saunders, Philadelphia, pp 60-79.
- WILLIAMS, J.B.W. The muti-axial sistem of DSMII: where did it come form and whwre should it go ? *ARC. GEN Psych.* 42: 175-186. 1985.
- WINOCUR, G. Unipolar depression. In WINOCUR & CLAYTON The medical basis of Psychiatry. W.B Saunders, Philadelphia, pp66-79 1990.
- WINER, EP. Quality of life research in patients with breat cancer. *CANCER.* 74(1 suppl) 410-5, jul. 1994.
- WU, J.C., et al. The biological basis of the anti- depressants response to sleep deprivation and relapse: reawiew and hipç thesis. *Am. J psyc.* 147: 14-21. 1990.

ZEMORE, R. SHEPEL L., Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. SOC. SCI. MED. vol.28, no 1, pp19-27,1989.

ZYLBERBERG B; DORMOND D; UZAN S. FERRAND S. ; ANTOINE JM.  
MADELENAT P. ; DUTRANOY G.; RAVINA.; SALAT- BAROUX J.

Analise de la qualite de la vie chez des patientes traitees pour un cancer du sein. JOURNAL  
GYNECOL OBSTET REPROD ( PARIS) 24 (1) ; 865-73, 1994- 1995.



*14. Anexo*

## **ANEXO I**

Nome-

Idade-

Estado civil -  casada  solteira  viúva  separada  outros.

Escolaridade:

1 grau incompleto  1 grau completo

2 grau incompleto  2 grau completo

Superior incompleto  superior completo

Religião:  católica  protestante  não tem religião  outras ---qual.

Praticante  sim  não.

Profissão:

do lar  trabalha fora (qual serviço)

Tempo de cirurgia  meses.

Doenças graves na infância:  Não, Sim  qual--

Doenças graves nos últimos 10 anos:  não,  sim qual

Alguém na família teve a mesma doença que a senhora?  não,  Sim (quem)--

Renda Familiar:

até 2 salários mínimos  de 2 a 10 salários mínimos

de 10 a 25 salários mínimos

mais de 25 salários mínimos.

Nos últimos dois (2) anos teve algum evento de vida estressante?

Cor:  negra  branca  mulato  amarela  OUTRAS.

Naturalidade :

Ocupação atual:

Teve alguma mudança com relação à sexualidade após a cirurgia?

## ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO:

Cada item, com os diversos sub-itens, deve ser lido pelo experimentador à vista do paciente. O paciente deve escolher o sub- item que melhor corresponda ao seu estado quando da entrevista. Todos os itens devem ser respondidos

(1)

0- eu não estou feliz.

1- eu me sinto triste, deprimido.

2a- eu me sinto triste e deprimido e não consigo me livrar disto.

2b- eu me sinto tão triste e infeliz que isto se torna até doloroso.

3- eu me sinto tão triste e infeliz que eu nem consigo suportar.

(2)

0- eu não estou pessimista, sem coragem com relação ao futuro.

1- eu estou sem coragem com relação ao futuro.

2a- eu sinto que não tenho nada a esperar do futuro.

2b- eu sinto que nunca vou superar, acabar com (resolver) meus problemas.

3- eu sinto que não tenho nada a esperar do futuro e as coisas não podem melhorar.

(3)

0- eu não me sinto fracassado.

1- eu sinto que fracassei mais do que uma pessoa comum.

2a- eu sinto que consegui muito pouco da vida.

2b- quando olho para o meu passado só vejo fracassos.

3- eu sinto que sou um verdadeiro fracasso (como pai, marido, filho).

(4)

0- eu não estou insatisfeito.

1a -eu me sinto chateado a maior parte do tempo.

1b-eu não tenho prazer nas coisas como eu tinha antes.

2-eu não tenho satisfação nenhuma com as coisas.

3- eu estou insatisfeito com tudo.

(5)

0- eu não me sinto culpado.

1- eu me sinto uma pessoa ruim,na qual não se pode confiar boa parte do tempo.

2a- eu me sinto culpado.

2b- eu me sinto atualmente uma pessoa na qual não se pode confiar praticamente todo o tempo.

3- eu me sinto como se fosse ruim e sem valor.

(6)

0- eu sinto que estou sendo castigado.

1- eu tenho o sentimento de que alguma coisa ruim pode acontecer para mim.

2-eu sinto que estou sendo castigado ou serei castigado.

3a- eu sinto que mereço ser castigado.

3b- eu quero ser castigado.

(7)

0- eu não me sinto desapontado comigo mesmo.

1a-eu estou desapontado comigo mesmo.

1b- eu não gosto de mim mesmo.

2- eu estou chateado comigo mesmo.

3- eu me odeio.

(8)

0- eu não sinto que sou pior que qualquer outra pessoa.

1- eu me critico muito por causa dos meus erros e meus fracassos.

2a- eu me acuso por tudo que acontece de errado.

2b- eu sinto que tenho muitos maus atos.

(9)

0- eu não tenho nenhuma idéia de fazer mal a mim mesmo.

1- eu tenho pensamentos de fazer mal a mim próprio, mais eu não os faria.

2a- eu sinto que estaria melhor se estivesse morto.

2b- eu tenho planos definitivos de me matar.

2c- eu sinto que minha família estaria melhor se eu estivesse morto.

3- eu me mataria se pudesse.

(10)

0- eu não choro mais do que de costume.

1- eu choro mais agora do que antes.

2- atualmente eu choro sempre, eu não consigo parar.

3- eu costumava chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.

(11)

0- eu não estou mais cansado e nervoso agora do que eu costume.

1- eu fico mais irritado e nervoso do que antes.

2- eu me sinto irritado e nervoso.

3- eu não fico irritado com as pessoas que antes me deixavam nervoso.

(12)

0- eu não perdi o interesse em outras pessoas.

1- eu estou menos interessado em outras pessoas do que antes.

2- eu perdi boa parte do interesse em outras pessoas e não ligo para elas.

3- eu perdi todo o meu interesse em outras pessoas e elas pouco me interessam.

(13)

0- eu tomo decisões tão bem como antes.

1- eu estou mais insegura e tento evitar tomar decisões.

2- eu não consigo mais tomar decisões sem ajuda.

3- eu não consigo tomar mais nenhuma decisão.

(14)

0- eu não sinto que minha aparência melhorou.

1- eu estou muito preocupado porque eu aparento estar velho e acabado.

2- eu sinto que existem mudanças definitivas em minha aparência e elas me fazem sentir acabado.

3- eu sinto que estou feio ou até mesmo estou repugnante.

(15)

0- eu costumo trabalhar tão bem quanto antes.

1a- custa um esforço muito grande fazer alguma coisa.

1b- eu não trabalho tão bem quanto antes.

2- eu preciso me empurrar para fazer alguma coisa.

3- eu não consigo trabalhar.

(16)

- 0- eu consigo dormir tão bem quanto antes.
- 1- eu me acordo de manhã mais cansado que antes.
- 2- eu me acordo uma ou duas horas antes do que costumava acordar e fica difícil voltar a dormir.
- 3- eu acordo muito cedo todo dia e não consigo dormir mais que 5 horas.

(17)

- 0- eu não fico mais cansado do que antes.
- 1- eu me canso mais facilmente agora que antes.
- 2- eu me canso de fazer qualquer coisa.
- 3- eu me sinto muito cansado para fazer qualquer coisa.

(18)

- 0- meu apetite não está pior agora do que antes.
- 1- meu apetite não está tão bom agora como costumava ser.
- 2- meu apetite está muito pior.
- 3- eu não tenho mais apetite algum.

(19)

- 0- eu não perdi muito peso, praticamente nenhum ultimamente.
- 1- eu perdi mais que dois quilos
- 2- eu perdi mais de quatro quilos.
- 3- eu perdi mais de seis quilos.

(20)

0- eu não estou mais preocupado com a minha saúde do que antes.

1- eu estou preocupado com dores, desintéria, prisão de ventre ou outras queixas.

2- eu estou tão preocupado sobre como me sinto, ou o que sinto, que é difícil pensar em outra coisa.

3- eu só penso nas minhas queixas.

(21)

0- não houve nenhuma mudança recente quanto ao meu interesse por sexo. 1- eu estou menos interessado em sexo do que antes.

2- eu estou atualmente muito menos interessado em sexo.

3- eu perdi completamente o interesse em sexo.