

## OBSERVAÇÃO:

ESTÁ FALTANDO PÁGINAS **225 -240** NOS  
DOIS EXEMPLARES EXISTENTES NO SBU  
BC e FCM

---

Aluno já foi contatado várias vezes desde 2002 pela  
FCM, sem retorno.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SECÇÃO CIRCULANTE

Márcia Gonçalves

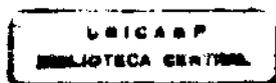
**“A RELIGIOSIDADE COMO FATOR DE PROTEÇÃO CONTRA  
TRANSTORNOS DEPRESSIVOS EM PACIENTES ACOMETIDAS  
COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA DA MAMA”**

*Orientadores* :Prof. Dr. Marcos Pacheco de Toledo Ferraz

Prof. Dr. Joel Sales Giglio

Unicamp

2000



UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SECÇÃO CIRCULANTE

Márcia Gonçalves

**“A RELIGIOSIDADE COMO FATOR DE PROTEÇÃO CONTRA  
TRANSTORNOS DEPRESSIVOS EM PACIENTES ACOMETIDAS’  
COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA DA MAMA”**

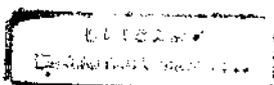
*Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-  
Graduação, da Faculdade de Ciências Médicas, da  
Universidade Estadual de Campinas, para a  
obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas,  
área de Saúde Mental.*

*Orientadores* :Prof. Dr. Marcos Pacheco de Toledo Ferraz

Prof. Dr. Joel Sales Giglio

Unicamp

2000



10/10/2000

UNIDADE	B e
N.º CHAMADA:	T/Unicamp
V.	G586r
Ex.	
TCMBO BC/	43655
PROC.	16-392109
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREC.º	R\$ 11,00
DATA	08/10/2009
N.º CPD	

CM-00154321-9

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

G586r      Gonçalves, Marcia  
A religiosidade como fator de proteção contra depressão em  
pacientes acometidas com patologia oncológica da mama / Marcia  
Gonçalves. Campinas, SP : [s.n.], 1999.

Orientadores : Marcos Pacheco de Toledo Ferraz, Joel Sales Giglio  
Tese ( Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade  
de Ciências Médicas.

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

# Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Marcos Pacheco de Toledo Ferraz

## Membros:

1. Prof. Dr. Erickson Felipe Tentado -
2. Prof. Dr. James Soares -
3. Prof. Dr. Itiro Shimokawa -
4. Prof. Dr. Gustavo A. de Souza -
5. Prof. Dr. Paulo Dalgalarrondo -
6. Prof. Dr. Marcos Pacheco T. Ferraz -

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, área de concentração em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 18/09/00

*M.E.T.A.F.I.P.P.C.A*

*Não acredito em Deus porque nunca o vi.*

*Se ele quisesse que eu acreditasse nele, Sem dúvida que viria falar comigo*

*E entraria pela minha porta a dentro dizendo-me, ADAI ESPERA!  
(Isso é talvez ridículo aos ouvidos de quem, por não saber olhar para as coisas, não  
compreende quem fala delas com o modo de falar que reparar para elas ensina).*

*Mas se Deus é as flores e as árvores e os montes e o sol e o luar.*

*Então acredito nele; então acredito nele a toda hora; e a minha vida é toda  
uma oração e uma missa... e uma comunhão pelos olhos e pelos ouvidos.*

*Mas se DEUS é as árvores e as flores e os montes e o luar e o sol, Para que  
lhe chamá-lo eu DEUS?*

*Chamo-lhe flores; e árvores e montes e sol e luar: Porque se ele se fez para  
eu o ver Sol e luar e flores e árvores e montes Se ele me aparece como sendo árvores e  
montes E luar e sol e flores; É que ELE quer que eu o conheça como árvores e montes e  
flores e luar e sol. E por isso eu obedeco-lhe, (Que mais sei eu de DEUS que DEUS de  
... si próprio?).*

*Obedeco-lhe a viver espontaneamente, Como quem abre os olhos e vê,*

*E chamo-lhe luar e sol e flores e árvores e montes E amo-o sem pensar nele.*

*E penso-o vendo e ouvindo E ando com ele a toda a hora*

*Fernando Pessoa ( Ficções de interlúdio- Poesias de St. Caetano)*

*Dedicalória:*

*Dedico este trabalho aos meus familiares:*

*Aos meus filhos... Gabriela, Paula e Rafael.*

*A minha mãe ... Dirce Batistelli Gonçalves*

*Ao meu pai Adylis Gonçalves (in memoriam)*

*Ao meu irmão Adyles e sua esposa Lúcia.*

*(por todo o carinho e afeto que recebo incondicionalmente de vocês)*

**AOS MEUS ORIENTADORES**

***PROF. DR. MARCOS PACHECO DE TOLEDO FERRAZ,***

***PROF. DR. JOEL SALES GIGLIO***

*... que souberam conduzir o trabalho, respeitar meu ritmo, e que me deram asas para buscar o prazer de realizar um trabalho de pesquisa, dentro da liberdade das normas e da disciplina que a ciência exige.*

## **AGRADECIMENTOS**

---

Aos que direta ou indiretamente estiveram ligados ao trabalho:

Prof. Dra. Christine Hackel ... Muitas vezes é necessário a sensibilidade e o senso de justiça para que um trabalho venha à termo... Tudo que posso dizer é muito, mas muito obrigado , com todo o meu coração.

Abel Rosato, pelo grande incentivo na execução do trabalho. Me considero uma pessoa de sorte por ter um amigo leal e sincero como você... Os irmãos nem sempre nascem sob o mesmo teto!

Silvana Moreira da Silva, por todas as inúmeras tarefas que realizou durante este trabalho. Pelo auxílio inestimável que só você consegue ter ao organizar minhas atividades, sempre com ordem, disciplina e amor ao que é certo e positivo.

Prof Dr. Corintio do Hospital Pérola Byington, que permitiu minha entrada no Hospital Pérola Byington para a realização da pesquisa.

Prof Dr. Juvenal Motolla, do Hospital Pérola Byington, que gentilmente facilitou a realização deste trabalho auxiliou na orientação do mesmo.

Prof Dr. Júlio de Melo Filho, pelo carinho e amizade que há anos compartilho.

Prof Dr. Cristiano de Azevedo Marques, que contribuiu com a realização da avaliação estatística do trabalho.

Prof. Dr. James Reaves, Prof. Dr. Paulo Roberto de Souza de Souza, pela orientação na banca de qualificação.

Prof Mauro Amatusi e Prof. Dr. James Reaves pela realização da validação de juizes.

Dna. Mônica do departamento de saúde mental que muito contribuiu na execução do trabalho.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

À Marcinha do departamento de Pós – Graduação que tanto me auxiliou na organização e À Dna.Carmem , na ordenação dos documentos.

Às Pacientes do Hospital Pérola Byngnton, que carinhosamente participaram da pesquisa com espírito altruísta, revelando parte de seu universo íntimo em prol da ciência e da pesquisa. Um grande agradecimento à essas senhoras que tão gentilmente me ofertaram sua ajuda.

À Dra.Hélcia Maria Freire, minha amiga, pelo auxílio na tradução do resumo.

A minha filha Gabriela Gonçalves Assumpção, que auxiliou na correção do texto

A todos os que auxiliaram direta ou indiretamente este trabalho .

[Illegible text block]

# Resumo

## **RESUMO**

Segundo a literatura as pacientes acometidas com neoplasia mamária apresentam um escore de transtorno depressivo maior que na população geral. (OMS.) ( em média de 30% versus 8%) .

Este trabalho estudou pacientes com neoplasia da mama (pré e pós mastectomia), e avaliou se a religiosidade atuava como fator de proteção contra transtornos depressivos .Também estudamos aspectos psicossociais das pacientes.

Como instrumento de avaliação utilizamos a Escala de Beck para depressão e as escalas modificadas de Strayhorn e Larson & Vicent Moschella para religiosidade, após back-translation e validação por juizes no nosso país.

Como resultados obtivemos que a religiosidade atuou como fator de proteção contra a depressão na população pós - cirúrgica .

Observamos também que as pacientes apresentam um decréscimo significativo da renda familiar e das atividades laborativas após a cirurgia ,mostrando a relevância do apoio aos aspectos socio-econômicos .

A alterações da sexualidade também foram significativas nas duas populações em estudo, confirmando a necessidade já apontada no nosso trabalho de tese de mestrado, de uma continência maior por parte dos serviços de saúde da mulher para este fator.

O alto nível de escolaridade das pacientes da população pós cirúrgica também foi um fator protetor contra a depressão .

## Sumario

1) INTRODUÇÃO TEÓRICA.....	pg. 1
2) OBJETIVOS.....	pg.11
3) Revisão da Literatura.....	pg.12
4) Metodologia .....	pg.36
5) Hipóteses fundamentais sobre o trabalho.....	pg. 48
6) Resultados .....	pg. 49.
7) Discussão dos resultados .....	pg.142
8) Conclusão .....	pg.185
9) Referencias bibliográficas .....	pg. 187
10) Anexos .....	pg. 203
11) Abstract .....	pg. 242



## ***1.1. AS PESQUISAS CIENTÍFICAS QUE ENVOLVEM AS ATIVIDADES RELIGIOSAS, CREDO RELIGIOSO, SAÚDE MENTAL E FÍSICA.***

A religiosidade como fator de proteção à saúde tem sido estudada por diversos autores.

Este trabalho não tem a pretensão de um aprofundamento nas tendências de estudos religiosos da atualidade. Temos consciência que a saúde, a medicina e os aspectos religiosos caminharam juntos entre diversas civilizações da história. Esta relação sempre foi e ainda é alvo de correntes e tendências filosóficas, de acordo com o tempo, a tecnologia e complexas inter-relações, e nós iremos ficar restritos ao estudo que diz respeito à saúde mental.

A medicina, exercida em várias civilizações primitivas por curandeiros mágicos como nos Xamãs; a árvore da vida, trazida da cultura cabalística, é vista como sendo a base de entendimento para diversos desequilíbrios, em algumas técnicas alternativas. A cultura dos Vedas usada na cura, e infinitas outras tendências baseadas em ritos religiosos, pensamentos religiosos e filosofias diversas, justificam nossa cautela ao desenvolver um trabalho da natureza tão controversa e instigante com o tema de religiosidade.

Seria impossível em um pequeno trabalho conseguirmos sintetizar todas estas tendências e mesmo que usássemos toda a erudição possível de comportar uma memória contida em um indivíduo humano, e seu poder de articulação, assim mesmo grandes tendências ainda seriam esquecidas pela complexidade e abrangência do assunto, que transcende o nosso atual conhecimento.

A preocupação dos pesquisadores sobre a influência dos aspectos religiosos sobre a saúde mental e física tem sido alvo de pesquisas há um tempo considerável. Muitos trabalhos da literatura enfocam este tema, sob a visão das mais diversas disciplinas: médicas, psicológicas, sociológicas, históricas, teológicas. Enfim, seria impossível citar todas as grandes obras relacionadas com o assunto, já que ele é debatido por todas as áreas

que envolvem o ser humano. Vamos, entretanto selecionar alguns dos mais importantes trabalhos envolvidos com a área médica e psicológica.

Vamos iniciar o nosso trabalho com uma síntese de alguns trabalhos da literatura que enfocam a correlação da atividade religiosa e credo religioso com a saúde mental.

Quatro trabalhos que correlacionam a sobrevida e religiosidade serão descritos a seguir:

Um estudo controlado realizado por ZUCKERMAN (1984), demonstrou que pacientes velhos com alto índice de religiosidade tinham uma sobrevida maior do que os pacientes que não tinham religião. Vários aspectos foram controlados neste trabalho como estado civil, raça, internações anteriores, idade e educação.

Ainda seguindo o raciocínio da importância da religiosidade sobre a saúde física, os escores de morte por suicídio em pacientes com enfisema pulmonar é duas vezes maior em pacientes que possuem baixos escores de religiosidade quando em comparação com os que tem altos escores de religiosidade e a morte por doença arteroesclerótica do coração é vista em menor número em pacientes que freqüentam a igreja pelo menos uma vez por semana do que naquelas que não freqüentam a igreja.(COMSTOCK 1972)

A freqüência do atendimento em instituições religiosas foi associada à promoção de melhor qualidade na saúde. LEVIN & VANDERPOOL em 1987 foram os autores deste trabalho.

De acordo com um estudo epidemiológico sobre saúde realizado em follow-up por 10 anos com 2700 pessoas, o único fator que efetivamente diminuiu os escores de mortalidade foi o aumento da freqüência à instituições religiosas. (HOUSE, ROBINS, METZNER-1984).

Em uma revisão de 250 estudos epidemiológicos a religião tem sido apontada como tendo uma influência positiva na saúde física. (LEVIN & SHILLER -1987).

Outros 20 estudos semelhantes foram revisados pelo mesmo autor. Estes trabalhos de LEVIN revelaram um grande benefício do atendimento de pacientes em instituições religiosas.

A mensuração dos credos espirituais, religiosos e filosóficos foram estudados por KING, SPECK, THOMAS (1994), em pacientes agudos admitidos em um hospital geral, na tentativa de se avaliar a relevância dos credos espirituais em pacientes com quadros de urgência. Foram entrevistados 300 pacientes. Um seguimento por 6 meses foi realizado onde foram analisados os fatores físicos e psicológicos. Destes 300 pacientes, dois terços (2/3), procuraram auxílio espiritual e também foi observado que nos pacientes que apresentavam credos religiosos e espirituais considerados como fortes existiu uma melhor previsão na hora da alta.

Também os aspectos da saúde mental estão sendo estudados pelos pesquisadores:

No Japão, realizou-se uma avaliação da depressão em membros de uma nova seita religiosa. SATOH (1990), investigou 226 pessoas de uma nova seita religiosa e 899 pessoas de zona rural que viviam próximas à sua igreja, e como resultado obtiveram que a afiliação religiosa tinha um valor de proteção contra a depressão naquela comunidade, principalmente em pacientes idosos ( mais de 70 anos).

ELLIS & SMITH (1991), na Universidade de Tennessee, fizeram uma correlação entre o bem estar espiritual, necessidades sociais e razão de viver. Foram entrevistados 100 pacientes e a relação foi avaliada através de escalas de bem estar espiritual e necessidades sociais (Marlowe-Crowne). Existe, segundo os autores uma correlação positiva entre o bem estar religioso e as razões de viver. Uma sub-escala embutida na escala de razões de viver mostrou que existe também uma relação entre o suicídio e os credos existenciais. Os credos religiosos foram relatados como as razões para não se considerar o suicídio como uma das opções, pois não se encaixavam nas crenças

existenciais. A partir disso uma ênfase maior para os credos existenciais foi apontada como um auxílio na negociação diante de ideação suicida. Neste trabalho também ficou enfatizado que os terapeutas devem ter uma maior atenção para os pacientes que tiveram altos escores na escala de necessidades sociais, pois estes podem apresentar uma maior tendência ao suicídio.

Na intenção de se realizar uma associação entre crenças religiosas e transtornos psiquiátricos foi elaborado por NEELEMAM em 1994 um auto-questionário que foi aplicado em 73 pacientes psiquiátricos e em 25 pacientes não psiquiátricos. Como resultado obtiveram que: idade avançada, etnias minoritárias e desordens psiquiátricas foram todas significativamente associadas com os altos escores do questionário. Também foi observado que pacientes psicóticos obtiveram altos escores de depressão e para suicídio, e os resultados salientaram a importância da religião para estes pacientes. Foi sugerido que os especialistas em religião podem auxiliar na avaliação do valor do manejo de cada problema dentro das comunidades podendo atuar como um auxiliar na triagem destes pacientes para os serviços apropriados.

No que tange aos pacientes com câncer e outras doenças crônicas, os autores tentam enveredar por aspectos que dizem respeito à morte, ao ajustamento diante do impacto do tratamento, e a fatores subjetivos.

YATES (1993), considera a morte como um evento que está fora de nossa compreensão, ou seja, uma experiência que apenas pode ser imaginada. Ele faz um estudo com pacientes com câncer e verifica que estes pacientes tem um “talento” para negação maior que os outros, ou seja, eles necessitam de algum tempo para se prepararem para aceitar o possível fim da vida. Segundo o autor, este tempo pode ser usado como uma reavaliação de velhos conflitos, dizer adeus, ou procurar perdoar os outros, ou expressar gratidão ou amor à vida.

O autor defende a idéia de que os médicos podem auxiliar estes pacientes a terem uma consciência da existência da dimensão espiritual. Nas tradições religiosas a morte é aceita com profundidade e naturalidade. Para muitos, o medo do abandono é o mais forte fator de pavor dos pacientes diante da idéia de morte. Os médicos, para o autor,

deveriam auxiliar os pacientes a encarar a morte como uma realização consciente e que diz respeito a todos os seres humanos.

SCHUETZ (1995) refletiu sobre o impacto de uma doença terminal e a influência desta no que ele chama de crise espiritual. Uma doença terminal, para ele, representa uma crise espiritual para a maioria, senão todos os pacientes. Geralmente os atendentes desenvolvem uma relação que pode ser considerada terapêutica com os doentes. O autor chama atenção para o fato de que as escolas médicas não preparam os alunos para este tipo de problemática.

Em Jerusalém os aspectos religiosos e as crenças espirituais estão sendo estudadas na intenção de se avaliar a influência da religiosidade na qualidade de vida de pacientes com câncer de mama. Foi realizado um trabalho onde as pacientes que apresentavam um alto escore de religiosidade obtiveram menores índices de ansiedade . (BAIDER-1983)

NARAYANASAMY (1996), estudou os fatores espirituais nas doenças crônicas. Segundo o autor, as doenças crônicas tendem a desorganizar a vida e causar transtornos nos pacientes, e este processo pode resultar em uma angústia espiritual. Algumas orientações são oferecidas às enfermeiras sobre estratégias para a manutenção dos doentes crônicos. Estes cuidados tem sido considerados efetivos na intervenção da enfermagem. Para este autor a abordagem espiritual pelas enfermeiras normalmente faz parte dos recursos próprios de cada uma, mas um cuidado espiritual pode ser incluído nas orientações sobre a manutenção dos doentes crônicos.

HIGHFIELD (1997), realizou um trabalho onde a avaliação espiritual dos pacientes foi seguida durante a trajetória do câncer. Foram estudados diversas estratégias e matérias relacionadas com a saúde (medicina, enfermagem, teologia, filosofia e narrativas pessoais, bem como reflexões individuais.) Concluiu-se que uma avaliação da escuta espiritual, ou seja, atenção ao discurso do paciente onde existe um conteúdo de cunho religioso ou espiritual, é pré-requisito para uma intervenção espiritual . Este fator pode ser considerado um fator a mais para o auxílio no cuidado dos pacientes com câncer pelos profissionais de enfermagem.

HALTED (1997) , na tentativa de compreender o “insondável” nas visões da espiritualidade, examinou diversos conceitos de espiritualidade e avaliou disciplinas como filosofia, teologia, sociologia, psicologia e enfermagem.

Observou-se que a espiritualidade nas profissionais de enfermagem tem influências dos mais diversos paradigmas. Com isso, concluiu-se que: Nas diversas visões da espiritualidade pelas enfermeiras podem ser reconhecidas discrepância entre os conceitos de espiritualidade , mesmo entre os conceitos dos doentes e das enfermeiras, ou seja, muitas vezes a visão da espiritualidade por parte da enfermeira difere do visão da espiritualidade do paciente. A necessidade do desenvolvimento de uma uniformização de termos e de uma orientação para que as enfermeiras tenham prudência e sensibilidade no uso de termos que dizem respeito à espiritualidade pode ser mais um coadjuvante , ou seja, uma via a mais para os cuidados dos pacientes.

O apoio social de uma instituição religiosa pode ser um fator importante na produção de um efeito positivo da espiritualidade na luta contra o câncer. (GOLLEMAN-1997).

A importância da religiosidade no apoio e reabilitação foi avaliado por MATHEWS (1998). O autor faz uma revisão da literatura enfocando estudos epidemiológicos e clínicos que envolvem fatores religiosos (frequência em atendimentos religiosos, envolvimento religioso privado, dependência de credos religiosos), e estuda os trabalhos onde os fatores religiosos atuam como uma fonte de força e enfrentamento para os transtornos de saúde mental e de saúde física. As áreas de prevenção e reabilitação , segundo este trabalho, podem ser beneficiadas com a atenção aos fatores religiosos. Foram revisados a maioria dos estudos publicados e eles sugerem que o engajamento religioso pode ter um benéfico papel na recuperação.

Uma grande proporção dos trabalhos sugerem que a pesquisa sobre religiosidade pode ser benéfica para a prevenção da saúde mental e física. Entretanto, muitos estudos devem ser ainda realizados para que esta correlação fique mais clara. Os agentes de saúde também devem ser sensibilizados para a atenção a esta nova possibilidade

de auxílio, com ênfase à performance pessoal da equipe terapêutica, para a possível mudança de valores dos pacientes.

Uma associação entre enfrentamento da doença e comportamento religioso e saúde mental foi estudada em pacientes idosos internados e ambulatoriais com patologias crônicas e câncer por KOENING (1998). A pesquisa foi realizada com 577 pacientes do Duke Hospital e Durhan V.A. Medical Center. A mensuração do enfrentamento incluía saúde física, sintomas depressivos, crescimento do stress, espírito de cooperação e crescimento demográfico. Fatores educacionais também foram observados. Na análise qualitativa ,piora da saúde, depressão e decréscimo da qualidade de vida foram relatados como punição de Deus e forças demoníacas.

A melhora da saúde mental, o que o autor referiu como “sinal positivo do enfrentamento”, foi relatada na avaliação qualitativa como uma revalidação de como Deus é benevolente , ou como sendo uma colaboração de Deus ou ainda como uma contribuição de membros da igreja. Dos comportamentos estudados e considerados como comportamento de enfrentamento positivo, foram relatados redução do stress, crescimento do cooperativismo e crescimento espiritual. Concluiu-se que a associação entre comportamento religioso enfrentamento da doença e saúde mental pode ser considerada “muito forte”.

KOENING e LARSON (1998), estudaram a afiliação religiosa associada à frequência aos serviços hospitalares. Foram examinadas a frequência de 60 pacientes idosos em atendimentos de urgência em um período de 01 ano.

Os pacientes que foram atendidos uma ou duas vezes por semana na igreja ou instituição usaram significativamente menos o hospital do que os que não freqüentavam a igreja. Quando internados, os pacientes que freqüentavam a igreja tiveram menos dias de internação que os que não freqüentavam (25 dias versus 11 dias) , sugerindo que a participação e a afiliação em um grupo religioso promove uma menor frequência aos serviços de urgência hospitalar por idosos.

LUKOFF, PROVENZANO,TURNER (1999), realizaram um análise sistemática dos casos reportados envolvendo assuntos sobre religião na literatura científica, publicados entre 1980 e 1996. Esta análise foi realizada pela med-line no campos de medicina, enfermagem , e odontologia.

Dividiram-se as categorias de estudo entre:

- 1- Tipos de auxílio à saúde envolvendo assuntos espirituais.
- 2- Intervenção religiosa.
- 3- Colaboração entre profissionais de saúde e religiosos.
- 4- Fé espiritual e saúde.

Destes trabalhos 122 foram realizados por profissionais religiosos. Dois por cento (2%), foram realizados em aliança com profissionais religiosos e profissionais de saúde. A pouca quantidade de assuntos relacionados com a espiritualidade nos periódicos científicos indicam que um “aumento da aceitação destes assuntos por pacientes e profissionais da saúde”, ainda não está tendo um reflexo significativo nas pesquisas científicas e nos jornais clínicos. Existe, segundo os autores a **necessidade de mais exemplos documentados** e uma maior colaboração entre os profissionais de saúde e religiosos.

Um trabalho de validação de um estudo na Normandia também aponta o empenho dos profissionais de saúde em trazer a espiritualidade para auxiliar no tratamento (mesmo paliativo) de pacientes com câncer. (RUSTOEN-1997).

Um estudo realizado por YATES em Vermon revelou um maior controle da dor e sensação de bem estar , embora não tenha sido detectada nenhuma diferença na sobrevida, associada às crenças espirituais , em pacientes acometidos com câncer.

SILBERFARB em 1997, realizou um estudo onde os pacientes com câncer foram questionados com relação à importância da religiosidade na luta contra a doença. Como resultado ele concluiu que durante o percurso do câncer a religiosidade foi considerada de moderada a fortemente importante para o bem estar geral dos pacientes.

Como nos foi possível observar até agora, , mesmo dentro das questões que envolvem a medicina, psicologia e credo religioso , temos uma infinita rede de aspectos que ainda necessitam de outros trabalhos para novos aprofundamentos.

Podemos notar controvérsias e diversas linhas de pesquisa, sob os mais diversos enfoques, e podemos observar uma infinidade de áreas com pouco conhecimento que necessitam novas proposições e muita criatividade para facilitar a compreensão de um campo tão complexo.

Devido às diferentes linhas de estudo que encontramos na literatura, (Por exemplo: ROSS(1995) - A dimensão espiritual e as implicações nas qualidade de vida para enfermeiras; SORRI(1996) em Religiosidade e suicídio ; SATOH(1990) com um estudo da depressão em membros de uma nova seita no Japão; RISBERG (1996) com o trabalho sobre as necessidades religiosas e as preferências dos serviços pastorais na Noruega, em pacientes hospitalizados com câncer, entre centenas de outros, e pela dificuldade de uma articulação entre os trabalhos referenciados na literatura, consideramos a necessidade de estudos que possam alinhar estas redes desconexas de abordagem e metodologia , para um maior entendimento e compreensão das questões relacionadas com a religiosidade e saúde mental.



## *2 - OBJETIVOS PRINCIPAIS*

1 - Este trabalho teve por objetivo estudar possíveis transtornos depressivos nas pacientes com neoplasia mamária avaliada pela Escala de Beck para depressão.

2 - Este trabalho teve também como objetivo avaliar se religiosidade poderia atuar como protetor contra depressão nestas pacientes.

## **OBJETIVO SECUNDÁRIO**

1 - Como objetivo secundário este trabalho teve como proposta fazer um levantamento de eventuais fatores psicossociais (como desajustes sexuais, presença ou não de companheiro, eventos estressantes e outros) e verificar se existe alguma associação destes fatores com os transtornos depressivos.



### *3.1. CORRELAÇÕES ENTRE RELIGIOSIDADE, TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS E DOENÇAS NEOPLÁSICAS.*

Segundo HOLLAND-1997, as crenças espirituais, psicológicas ou religiosas são essenciais na luta contra o câncer e ajudam os pacientes a encontrar um significado para sua vida.

Recorrer a um poder maior para receber auxílio pode ser de grande alívio contra o desamparo, mas ainda não foi provado que existe uma interferência na sobrevivência. Ele refere trabalhos onde noventa e cinco por cento dos pacientes encontram na religião e na crença religiosa alguma importância para o enfrentamento durante o processo da doença.

A determinação das relações entre bem-estar espiritual, religiosidade, esperança e depressão foi avaliada por FEHRING, MILLER, SHAWI, 1997.

Foram utilizados os índices de religiosidade, uma escala de religiosidade e uma escala de depressão geriátrica, e também a escala de Miller para esperança. A religiosidade e o bem estar espiritual estão associados com a esperança e uma disposição de humor positiva em pacientes idosos que estão enfrentando o câncer. As implicações para as enfermeiras consiste em promover um melhor estado de religiosidade intrínseca para os pacientes.

Também sob este prisma (religiosidade e transtornos psiquiátricos), SORRI (1996) estuda a correlação entre a religiosidade e o suicídio, e apenas 18% das vítimas de suicídio se encontravam entre os pessoas que tinham um hábito religioso ativo, ou seja,

82 % não tinham religião, ou tinham apenas um vínculo pequeno com os aspectos religiosos.

Dentre os indivíduos que cometeram suicídio e que tinham uma prática ativa, o conflito com a congregação, e o abandono religioso, foi apontado como as causas da tentativa por parte das vítimas.

A religiosidade e a coesão familiar foi estudada em 88 pacientes anglo-saxões e 88 mexicanos com diagnóstico de esquizofrenia pelo DSM-IV e com nível de escolaridade de pós-graduação. Este trabalho tentou avaliar se a religiosidade o/ou a coesão familiar tinham algum efeito sobre a sociabilidade dos pacientes.

A religiosidade não foi considerada como um preditor de melhora da sociabilidade entre os pacientes estudados. A religiosidade e os valores morais foram encontrados em maior grau nas famílias mexicanas do que nas inglesas. A coesão familiar também não foi significativa com relação á sociabilidade. WEISMAM.AG, LOPEZ.-1996

A mensuração da religiosidade e o consumo de drogas e álcool foi estudado em pacientes psiquiátricos. A quantidade de álcool, consumo de drogas ilícitas, alucinógenos foi significativamente menor em pacientes com religião. BRIZER-1993

### ***3.2. CORRELAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E PSICOLÓGICAS EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA.***

Uma alta prevalência de distúrbios psiquiátricos tem sido estudados em pacientes com câncer.

Em um estudo com pacientes com câncer, em atendimento ambulatorial encontrou-se níveis que variavam de moderados a graves de depressão e ansiedade, pelo Brief Symptom Inventory, (SHEPHANEK, DERGOTIS, SHOW (1987).

O aumento de suicídio no primeiro ano após o diagnóstico de câncer na Suíça, chegou a ser 15 vezes maior do que o da população geral (ALLEBECK, BOLUNG, RINGBACK- 1989.

O "Psychological Collaborative Oncology Group", observou que a grande maioria dos pacientes com câncer apresentavam distúrbios psiquiátricos (RAZAVI-1995). Os distúrbios de ajustamento ocorreram em uma porcentagem de 68%.

Os distúrbios afetivos estiveram presentes em 13%. As desordens mentais orgânicas em 8% e os distúrbios de personalidade em 7%. Ao todo 86% dos pacientes apresentavam transtornos psiquiátricos. (RAZAVI-1995).

FARBEROW -1971 demonstrou um grande impacto emocional da cirurgia da região de cabeça e pescoço pela alta incidência de tumores de laringe e da cavidade oral encontrados em pacientes que cometeram suicídio.

A reabilitação em câncer inclui suporte com múltiplas disciplinas que envolvem também as psicossociais e psicofarmacológicas. O suporte psicológico segundo RAZAVI-1995 , deve se estender aos familiares e profissionais ligados ao tratamento.

As mais diversas técnicas podem ser utilizadas. As diretivas, que são baseadas em teorias de condicionamento para observar o comportamento tem tido algum resultado (terapia cognitiva).(GAMBA-1992)

As técnicas não diretivas: Informações sobre diagnóstico, prognóstico, seqüelas, tratamento a longo prazo também são úteis na manutenção da reabilitação psicológica.

As técnicas mais eficazes ainda não foram estabelecidas. A psicoterapia psicodinâmica baseada em um modelo psicanalítico é usada quando o paciente quer explorar o conteúdo mais profundo, suas reações e sentimentos para promover mudanças na personalidade. Por sua longa duração ela é mais indicada para pacientes com bom prognóstico.(GAMBA-1992).

Acima de tudo as deformidades decorrentes das cirurgias realizadas para o tratamento do câncer podem aparecer sobre uma parte do corpo carregada de significados simbólicos e considerada como relevante na definição da personalidade, identidade e forma de comunicação.

A maior parte dos estudos citam reações psicológicas relacionadas como conseqüências das cirurgias de tratamento do câncer. São elas : 1-Redução da auto-estima 2-Isolamento social; 3-Medo de rejeição ; 4-Abandono; 5-Angústia; 6-Sentimento de prejuízo essencial; 7-Tendência Suicida (GAMBA et al-1992).

Mudanças institucionais e educacionais são necessárias para a promoção da melhoria do cuidado em pacientes terminais.(MAC. DONALD-1995). Quatro fases do Programa de Controle ao Câncer tentam a melhoria do sofrimento, através do manejo do stress físico e psíquico. O controle dos principais sintomas e o manejo psicológico tem sido definido como cuidados paliativos. Os recentes avanços englobam aos cuidados paliativos também o controle da dor no câncer (MAC.DONALD-1995).

A qualidade de vida está sendo valorizada nos programas de controle do câncer.

Estes programas têm as seguintes fases:

- 1- Prevenção do Câncer através da eliminação das causas ambientais.
- 2- Diagnóstico precoce através de condições pré- cancerígenas, ou tratamento de pequenos tumores após a transformação maligna.
- 3- Tratamento para curar ou prolongar a vida do paciente com câncer invasivo.
- 4- Prevenção do sofrimento com o manejo dos sintomas associados ao câncer

Mac. DONALD-1995.

Na prática, o controle do câncer é avaliado pelos problemas biológicos sem muita ênfase nos aspectos comportamentais ou na avaliação psicológica do sofrimento.

### ***3.3. AS PESQUISAS ENVOLVIDAS COM O CÂNCER.***

A medicação psicotrópica tem sido usada para o suporte no tratamento dos pacientes com câncer, mas não tem sido testada rigorosamente, com exceção do tratamento para a dor. As drogas psicotrópicas tem sido pouco estudadas (RAZAVI-1995)

A mianseria e a methiphenildate foram testadas no tratamento da depressão. O alprazolam, lorazepam foram estudadas em fobias e nas náuseas fóbicas da quimioterapia. Em 1988, em um estudo piloto, EVANS testou a imipramina ou equivalentes com bons

resultados em depressão nos pacientes com câncer. O tratamento da depressão em pacientes com câncer esta sendo associado com a melhor adaptação na vida por parte dos pacientes. (EVANS,McCARTNEY, HAGGERTY,(1988).

A Fluoxetina têm sido testada por RAZAVI, e uma significativa diminuição do stress foi descrita quando em comparação com a população que usou placebo. A dificuldade de conduta estão associadas, segundo o autor, as possíveis interações das drogas e as alterações da farmacocinética descritas pelas medicações antineoplásicas. As drogas psicotrópicas geralmente são bem toleradas.

#### A DIREÇÃO DAS FUTURAS PESQUISAS:

RAZAVI nos diz que é necessário que se desenvolvam métodos específicos para atenção das morbidades psiquiátricas em câncer. Estudos controlados com psicotrópicos devem ser realizados para a contenção das desordens afetivas, dor crônica, delírios e insônia.

Estudos prospectivos podem avaliar a prevenção dos distúrbios psicológicos quando em uso de drogas psicotrópicas, em cada fase do curso da doença. Ainda, segundo o autor, são poucos os estudos relacionados com a qualidade de vida em pacientes com câncer. Novos conceitos de tratamento são necessários urgentemente. A indicação do suporte psicossocial e medicamentoso são baseados em experiências clínicas e raramente tem sido avaliados rigorosamente. (RAZAVI-1995)

A necessidade de trabalhos que avaliem as técnicas terapêuticas se torna imperativo para se ter em mente uma linha de conduta para a abordagem dos pacientes.

Testar a eficácia de uma ou mais técnicas associadas pode ser objeto de estudos futuros.(RAZAVI & DELVAUX-1995).

Através de uma definição pouco clara, as pesquisas sociais indicam que a gênese dos problemas psicológicos em pacientes terminais freqüentemente apontam para a não resolução de problemas passados.(Mac DONALD-1995).

A estruturação de profissionais com capacidade para a abordagem destes problemas se faz necessária para a melhoria de vida. Para este fim, as seguintes técnicas deveriam ser aprimoradas:

A- Técnicas de abordagem: O stress familiar pela falta de capacidade de se lidar com o paciente é um fator relevante.

B- Técnicas de avaliação: A mensuração da aflição do paciente- família, poderia ser um dos componentes de rotina no cuidado do câncer. O refinamento das técnicas psicométricas de avaliação e a procura de novos instrumentos para a quantificação também seria um passo para a melhoria da análise de rotina dos sintomas.

Na literatura encontramos um grande número de avaliadores com instrumentos simples publicados que poderiam prontamente ser usados no trabalho ou na enfermaria.(Mac DONALD-1995).

HOLLAND & LEWIS (1997) fazem uma critica aos livros de auto- ajuda, na medida em que os mesmos acabam por trazer aos pacientes que já estão sofrendo de uma moléstia grave a preocupação de ter ainda que suportar o fato que, muitos autores sugerem, sobre a possível culpabilidade e responsabilidade do paciente na “causação “ de sua doença.

Ele mostra que as abordagens que estimulam os poderes mentais e emocionais no combate à doença podem ser de grande auxílio, mas ainda menciona que a idéia de que a doença é “causada” pela culpa, emoções reprimidas ainda é alvo de estudo, e que no que diz respeito ao câncer as formulações que associam o comportamento e ou a personalidade como origem da doença ainda são especulativas.

HOLLAND (1997) afirma que fatores psicológicos que possam alterar o comportamento podem levar indiretamente ao câncer, pela mudança dos hábitos pessoais como por exemplo fumar, ou beber. Ele afirma que os grupos de ajuda, (apoio e aconselhamento), bem como o controle da ansiedade e da depressão podem auxiliar na luta contra a doença já que estes fatores são determinantes na qualidade de vida do indivíduo.

Existem provas que um estilo de vida não saudável, pode ser resultado de uma reação ao stress, e isso pode aumentar o risco de câncer (HOLLAND - LEWIS - 1997). A associação do stress e o enfraquecimento do sistema imunológico já está sendo estudada por muitos autores e a partir daí poderia se inferir uma ligação teoricamente plausível entre a mente e a causa do câncer. Entretanto ainda não existem estudos que realmente comprovem esta associação. (HOLLAND&LEWIS -1997).

O acesso aos sistemas de saúde e a desnutrição podem ser agravantes no processo de tratamento do câncer (no sentido de diminuir o diagnóstico precoce - Papanicolau, etc.). O autor sugere que apoio social e o estado emocional das pacientes pode influenciar a sobrevida, se observarmos por esta premissa.(HOLLAND - 1997).

### **3.4 APRENDENDO A INTERDISCIPLINARIDADE.**

O cuidado dos pacientes terminais permanecerá fragmentado se os médicos e os profissionais da saúde não agirem em conjunto. O treino de profissionais e a adaptação de um grupo dirigido para o manejo do paciente terminal nos cuidados na casa do paciente, tem tido ótimos resultados. A inclusão dos familiares no auxílio ao tratamento também tem se tornado uma medida de valor significativo na diminuição do stress da doença.(MAC DONALD -1995).

MAGUIRE & SELBY (1990), mencionaram a necessidade de se avaliar a qualidade de vida com um instrumento simples, fácil e rápido, se possível realizado pelo próprio paciente, onde os dados fossem mensurados por um escore. Alguns instrumentos standarts foram utilizados.

SPIEGEL conseguiu provar em um trabalho prospectivo realizado em 1994 ,que mulheres com câncer de mama que tinham apoio psicológico (terapia de grupo combinada à hipnose e aconselhamento), apresentaram após 10 anos uma sobrevida de 18 meses maior que as que não tinham o apoio psicológico.

### **3.5. CONCEITOS GERAIS. QUALIDADE DE VIDA, RELIGIOSIDADE**

#### ***E SAÚDE MENTAL***

Segundo o já clássico conceito da OMS: “Saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença e enfermidade”. Este conceito é muito abrangente e quase utópico. Entretanto, vamos partir dele para alinhar e tentar compreender os atuais estudos sobre qualidade de vida.

A qualidade de vida é um critério mais amplo do que meramente a presença de saúde ou a sua ausência.(ROMANO-1993).

RAZAVI-1995 evidencia que os 3 conceitos mais estudados em câncer atualmente são stress, reabilitação e qualidade de vida. As possíveis correlações dos aspectos mais importantes do câncer como medo da morte e o ajustamento psicossocial e a correlação destes aspectos com religiosidade e possíveis reflexos na qualidade de vida, passa pelas diferentes culturas, suas prioridades e crenças.

Outras variáveis fazem parte do conceito de qualidade de vida. São elas:

Moradia, Satisfação, Condição de Trabalho, Padrão de vida, acesso aos serviços de saúde, etc...(ROMANO-1993).

A qualidade de vida é um conceito difícil definição. Existe, entretanto uma concordância para a sua natureza multidimensional na literatura (JONES, LUND, HAWARD et all- 1992). Os fatores psicossociais podem ter relevância em diversos aspectos do desenvolvimento da doença e esta preocupação está sendo contentemente investigada pelos pesquisadores. As condições psicossociais de acesso aos serviços de

saúde, o apoio familiar, grupos de ajuda, ajustamento ao tratamento são fatores que vêm sendo estudados em todo o mundo. As conclusões ainda não estão totalmente elucidadas e muitos outros trabalhos ainda estão sendo realizados para podermos ter idéia da melhor qualidade de vida que os serviços de saúde podem oferecer aos pacientes com câncer. (GOLLEMAN(1997) – HOOPWOOD (1991)- SPIEGEL-1997). Via de regra poucos estudos têm descrito uma adaptação psicossocial adequada destes pacientes.

**INTERAÇÃO SOCIAL:** A maior parte dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço após terem sido submetidos à cirurgia foram avaliados em um trabalho realizado por GAMBIA em 1992. Os pacientes da pesquisa referiram um bom relacionamento com os familiares e parceiro. Dois terços dos entrevistados relataram que os parceiros se mostraram mais interessados e atenciosos. Na avaliação, 95% referiram que os parceiros não tinham se distanciado e não se esquivaram olhando o desfiguramento. Esposas ou parceiros foram descritos como um pouco envergonhados sobre a situação em um terço (1/3) dos pacientes. Com relação aos filhos, não foram encontradas alterações significativas.

Os amigos tiveram um maior impacto com relação ao desfiguramento após a cirurgia de câncer de cabeça e pescoço: Em 27%, os amigos se afastaram. Cinquenta (50%) dos pacientes relataram que os amigos verdadeiros foram poucos e que o desejo de vê-los diminuiu. Entretanto 62% acreditavam que os amigos levantaram o humor do paciente e os encorajavam a começar uma nova vida social.

Com relação às vantagens e desvantagens do tratamento (cirurgia, quimioterapia e radioterapia) em pacientes com câncer, uma certa porcentagem (30%), da população da pesquisa reclamou que alguns anos mais tarde as desvantagens resultaram da

severidade da cirurgia. Os autores do trabalho concluíram que o impacto é menor em famílias unidas e que a angústia parece ser maior em pacientes com mudança da auto-imagem. O medo da rejeição e abandono foram reações mais encontradas nos pacientes desfigurados. (GAMBA, -1992).

Através dos estudos sobre mortalidade sabemos que ocorre um aumento do número de casos de suicídio e relativamente pouca importância tem sido assinalada pelas escolas médicas e programas de oncologia aos fatores psicológicos, tanto aos pacientes como aos familiares.(Mac-DONALD-1995). Segundo o autor, tendo em vista estes fatores, estratégias deveriam ser criadas pelos oncologistas e médicos clínicos no sentido de aumentarem seu treinamento para analisar os fatores psicológicos e seus efeitos biológicos. Como característica de atendimento, deveriam os médicos que lidam com pacientes com câncer aumentar sua capacidade de comunicação, de compreensão da dinâmica familiar, e dos sintomas psicossociais envolvidos (MAC-DONALD-1995).

A religiosidade ou a participação dos pacientes em uma instituição religiosa fazem parte do processo social dos indivíduos. O autor menciona que estes aspectos poderiam ser desenvolvidos como alvo específico de estudo para melhor entendimento do processo social . (ROMANO-1993).

A satisfação de vida é um dos constructos teóricos da qualidade de vida. Existe uma tendência de se manter um aceitável nível de satisfação de vida sempre que estamos em condição de tratamento, e isso é relatado como um estado próximo ao otimismo. A probabilidade de se alcançar uma satisfação em um determinado domínio que tenha sido afetado, e a seleção do campo sobre o qual a satisfação de vida atua, é baseada em aspectos

ainda indefinidos, já que a escolha mental destes aspectos ainda não foram pesquisados com substratos fidedignos. (KLEITER, CHAITCHIK, RAPOPORT- 1992).

A religiosidade poderia estar relacionada com a satisfação de vida. Um outro indicador que surgiu a partir disso foi o “nível de vida”. O nível de vida decorre de definições e perspectivas políticas, já que a qualidade de vida é atributo do Indivíduo.(ROMANO -1993).

Com isso os aspectos subjetivos do paciente devem ser levantados pelos médicos e não só os objetivos.

Com relação aos fatores acima descritos o nível da prática religiosa e o nível de respostas a orações é significativamente relatado em um trabalho realizado por Ferraro. Independentemente da idade dos pacientes, o alto grau de religiosidade causa mais impacto sobre a saúde do que os altos níveis de educação, e quando a classe social é controlada, a prática religiosa permanece como clinicamente benéfica (FERRARO & ALBRECHT - JENSEN- 1991).

Segundo AARONSON et all (1988), existe a necessidade de se analisar os componentes dos fatores envolvidos com a qualidade de vida para a compreensão mais apurada, e para se conseguir uma visão mais ampla quatro aspectos devem ser considerados:

*1- QUEIXA FÍSICA.*

*2-FUNÇÃO-SOCIAL*

*3- AFLIÇÃO PSICOLÓGICA*

*4- ESTATUS FUNCIONAL.*

A qualidade de vida, entretanto, é mais do que a soma das partes dos componentes.(JONES - 1992).

Em diversos pontos, estes aspectos da qualidade de vida podem ser correlacionados com a participação e prática em instituições religiosas. A institucionalização é uma das conseqüências quando uma experiência espiritual original é transformada em religião, e faz vir à tona a dimensão intelectual da espiritualidade. (STEIN-RAST- 1991). A experiência original é então expressada em palavras e conceitos e a partir daí transforma a experiência em um princípio de vida e de ação para a comunidade. Traduzida para o dia a dia, a religiosidade torna-se espiritualidade e, institucionalizada torna-se uma religião. A espiritualidade faz com que o aspecto (numinoso) flua na vida diária (STEINDL-RAST - CAPRA - 1991).

Os pacientes com câncer apresentam queixas físicas como a dor, aflição psicológica pelo estigma da doença e o temor da morte. O temor da morte é uma experiência vivida intensamente pelos pacientes com câncer (CARVALHO - 1994). O tratamento do paciente com câncer normalmente causa dificuldades nas atividades sociais bem como funcionais. (WILLIAN - LARSON - 1991).

O termo qualidade de vida têm sido usado de diversas maneiras, diversas com um conceito e um instrumento de mensuração. Raramente a qualidade de vida é definido explicitamente. A qualidade de vida engloba uma impressão subjetiva da pessoa, um “feeling” sobre sua vida como um todo. Isto inclui a saúde geral, satisfação, desempenho, habilidade para enfrentamento, felicidade, contentamento, grau de independência. Nas pesquisas médicas, a qualidade de vida é apontada como um constructo multidimensional, onde as dimensões são estendidas para além da saúde. Em ciências sociais, o bem estar subjetivo é usualmente medido em termos de afetos maiores ou menores. (WILLIAN-1991)

A prática religiosa pode facilitar o ajustamento diante do stress da vida cotidiana. Pessoas que freqüentemente são atendidas em serviços religiosos (instituições religiosas) normalmente possuem baixos níveis de stress psicológico e relatam um alto escore de sensação de bem estar quando comparados com os que não são atendidos. (WILLIANS, LARSON, BUCKELER- 1991).

No estudo realizado por BJORDAL em 1995 o bem estar é visto como uma variável dependente onde se encontra envolvido por dimensões como rede social, prevalência da doença e economia. O autor preconiza que uma avaliação paralela e similar pode ser vista na clínica oncológica, pela mensuração subjetiva do bem estar como parte da consulta. Neste tipo de análise, a doença e os sintomas relatados no tratamento, função física e social, função psicológica e fatores sociodemográficos são normalmente tratados como variáveis independentes e por profissionais diferentes. O autor chama a atenção de que estas variáveis interagem na vida do indivíduo sendo portanto variáveis dependentes. Para se poder ter uma melhor resposta do tratamento dos pacientes, o autor sugere que estes fatores sejam vistos em conjunto.

COATES em 1993 levanta os dados de que nas mais diversas escolas o conjunto de parâmetros observados para a mensuração da qualidade de vida são:

1-SAÚDE FÍSICA,

2-SAÚDE MENTAL,

3-ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

4-ATIVIDADES SOCIAIS E DE LAZER,

5-PERCEPÇÕES GERAIS DE BEM ESTAR.

1-SAÚDE FÍSICA- Limitações físicas, atividades de cuidado, mobilidade (angina, dispnéias, vida sexual, etc.)

2-SAÚDE MENTAL- Distúrbios psicológicos, do sono, alimentares, funções cognitivas (orientação temporo- espacial, memória, pensamento abstrato, compreensão, atenção, etc.).

3-ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA- Trabalho, escola, cuidados com a casa, etc.

4-ATIVIDADES SOCIAIS- Familiares, amigos, relacionamento com a comunidade.

5-PERCEPÇÕES GERAIS- Medidas na noção geral de saúde.(ROMANO-1993).

Os estudos de qualidade de vida atualmente também estão sendo usados para manipular os efeitos terapêuticos. Uma associação entre a sobrevivência dos pacientes e os escores de qualidade de vida estão sendo apontadas, e esta associação talvez venha a levar a avaliação da qualidade de vida a se tornar uma rotina na prática da clínica oncológica e para futuros ensaios. Se a observação é um “mero” reflexo de percepção pelo paciente com

relação à progressão de sua doença, a mensuração da qualidade de vida pelo mesmo será pelo menos um indicador adicional desta progressão.(COATES-1993).

O conceito de qualidade de vida tomou 2 dimensões:

1-OBJETIVA- Alívio dos sintomas.

2-SUBJETIVA- Sensação individual de bem-estar e compreensão de “ser”.

Para alguns autores o conceito de qualidade de vida deve ser estendido aos familiares dos pacientes, porque a família pode contribuir para a adaptação emocional e aceitabilidade do tratamento, mudanças físicas, auxílio no custo do tratamento, etc.(ROMANO-1993).

GANS (1994), faz uma revisão do desenvolvimento nesta última década da busca de se melhorar o termo “qualidade de vida”. Existe um crescimento da conscientização de que as dimensões da qualidade de vida com a expansão do número de instrumentos apropriados para mensurá-la venham a trazer benefícios para os pacientes com câncer, entretanto, existem reminiscências de algumas áreas controversas, incluindo a aplicação da análise econômica, da relação custo- benefício dos tratamentos, e principalmente os conflitos potenciais das necessidades do indivíduo e da sociedade.

Num futuro bem próximo deve se esperar o desenvolvimento de novos critérios de tratamento por parte do acompanhamento clínico dos pacientes. A utilização rotineira dos escores de qualidade de vida poderão indicar o melhor tratamento com base no processo individual e pessoal do paciente.

A qualidade de vida tem sido implicada no resultado do cuidado médico desde Hipócrates. Os médicos são ensinados a aceitar toda a responsabilidade para maximizar a boa passagem dos seus pacientes através do seu sofrimento e levá-lo à cura, se possível.

Recentemente esta postura paternalista dos médicos em determinar o que é o melhor para o seu paciente têm sido questionada e uma maior autonomia e participação por parte do paciente têm sido instigada.

Esta mudança de relação entre médicos e pacientes vem ocorrendo a partir do crescente interesse em se mensurar os resultados dos tratamentos médicos.(GANS-1994).

A dor é outro fator que esbarra nas questões psicológicas do câncer. Neste contexto observamos que existe a falta de estudos dos efeitos da quimioterapia na dor do câncer e outros sintomas. Segundo o autor existem evidências do manejo inapropriado da dor por parte dos clínicos dos centros de atendimento e de defeitos no conhecimento e apreciação do status funcional do paciente e da sua qualidade de vida.

RAZAVI (1995), sugere que é pouco provável que ocorra uma diminuição dos índices de mortalidade por câncer nos próximos anos. Algumas estratégias de tratamento deveriam ser aplicadas precocemente durante a trajetória da doença. Temos por exemplo a dor crônica, pois o controle inadequado da dor crônica induz a mudanças na neurotransmissão com uma diminuição no limiar da dor e do desenvolvimento de resistência aos analgésicos. (RAZAVI -1995)

### ***3.6. CONCEITOS GERAIS DE RELIGIÃO, FILOSOFIA E SOCIOLOGIA***

Neste trabalho não iremos aprofundar os conceitos de religiosidade, pois este tema está sendo pesquisado por teólogos, historiadores, sociólogos, antropólogos, filósofos e outros profissionais.

O nosso trabalho tenta estudar a depressão e a possível proteção que a religiosidade exerce em pacientes com câncer de mama. Os demais aspectos da religiosidade poderão ser vistos em outros trabalhos, possivelmente em parceria com outros profissionais.

Vamos realizar um breve levantamento, entretanto, sem a pretensão de aprofundamento, do ponto de vista sociológico para podermos situar as perspectivas de nossa pesquisa.

Este pequeno levantamento de pontos sociológicos apenas irão situar a fatia epistemológica por onde iremos caminhar, sem qualquer tentativa de discussão nas vertentes filosóficas ou históricas sobre religiosidade.

Temos consciência de que estudos refinados sobre estas áreas estão sendo realizados por profissionais mais envolvidos com estes assuntos, e com maior destreza para tal, e que nossa economia no desenvolvimento destes, pode aparentemente sugerir ingenuidade. Esta, entretanto, não é a real justificativa, pois nos colocamos sim, no local da prudência e do respeito pelos profissionais de outras áreas que dedicam seu tempo e sua vida à estes assuntos... e nós aos assuntos que são de nossa ordem, ou seja, saúde mental.

## PEQUENA DISCUSSÃO SOBRE A RELIGIÃO

DURKEHEIN em: *As formas elementares da vida religiosa*, definiu a religião como “Um sistema unificado de crenças e práticas relativas à coisas sagradas, à coisas colocadas à parte e proibidas - crenças e práticas que unem numa comunidade moral única todos os que a adotam”. (DURKHEIN-1971)

O sagrado e o profano, são traços que demarcam o pensamento religioso... “Seres, forças lugares e objetos sobrenaturais são sagrados,(de acordo com o significado que existe para o crente). A profanação seria a violação das regras que tecem as proscricções e tabus. O profano estaria ligado ao útil e cotidiano...” (DURKHHEIN-71)

No nosso trabalho não procuramos realizar uma discussão entre as diversas tendências e pensamentos filosóficos. Procuramos , entretanto, nos manter dentro das linhas clássicas da sociologia sem buscar correlações psicológicas .

Diversos pensadores da historia da psicologia, procuraram estudar as correlações da religiosidade com a saúde ( geral ou mental).

No nosso trabalho não iremos enveredar pelas teorias psicológicas sobre religião , mas nas próximos parágrafos situaremos os conceitos essenciais aos quais nos fiamos para desenvolver nossa pesquisa. Poderemos observar que estes conceitos são de postura basicamente sociológica sem qualquer preferência por qualquer teoria em particular.

Gostaríamos de deixar claro que esta pequena explanação está distante de ser um estudo. Ela apenas nos traz a direção das idéias pelas quais estruturamos nosso trabalho.

*Crença* - Para LAKATOS (1991), “A crença é o aspecto cognitivo que procura explicar a natureza e a origem das coisas sagradas...” “O ritual é o lado ativo da religião

*com manipulação de objetos sagrados tangíveis (uso de roupas, cantos, danças, recitação, etc(...)) tem por objetivo despertar uma condição interior favorável ao sagrado, e reforçar a fé(...) com conjunto de pessoas é mais eficiente por aumentar o grau de emotividade ligada ao ritual. ).*

*Mito - “ Palavra grega - MUTHEO - explicam os acontecimentos que fogem ao entendimento humano(...) pode ter forma poética (mitologia grega), lendária, ou fabulosa(...) Diferente do dogma, que tem a ver com a verdade revelada.” (LAKATOS-1991) A religião e a magia encontram-se intimamente ligadas(...)(LAKATOS-1991)*

Os sociólogos não vêem a religião com a indagação de ser verdadeira ou falsa, eles se preocupam em analisá-la como um fenômeno social, que faz parte das necessidades do homem. As instituições são formas de ajustamento do homem ao meio, e existem 3 níveis de ambientes: o natural, o social e o sobrenatural... e no terceiro se encontra a religião. LAKATOS -1991

O ambiente religioso é imaginário, e a partir de ter se estabelecido a crença no universo sobrenatural, existe a necessidade de a ele se acreditar como aos dois outros (natural e social)... As entidades sobrenaturais não são empíricas e a ciência não pode demonstrar sua real existência... As idéias religiosas dividem-se em :

-Seres - (deuses, anjos, demônios duendes e fadas)

-Lugares - (céu, inferno, limbo, purgatório, éden)

-Forças - (espírito santo-, carma - lei hindu de causa e efeito, mana,- poder mágico em que acreditam os malanésios, e entidades- (almas). LAKATOS -1991

Lakatos mostra-nos as teorias sobre a origem das religiões:

*TEORIA DO MEDO:- (sobrenatural)- " O medo das forças naturais levou o homem a crer em divindades, forças misteriosas, sobrenaturais, com o poder de dirigir a natureza."*

*TEORIA AMINATISTA (mana)- Os povos primitivos acreditavam em um poder mágico impessoal(...) um fluido chamado MANA (malanésios e Polinésios), capaz de penetrar nos objetos vegetais, animais e pessoas conferindo-lhes capacidades superiores.*

*LAKATOS-1991*

*TEORIA ANIMISTA:- (alma) - Crença do homem primitivo na existência de "um outro eu", com propriedades espirituais(...), que seria a alma, dotada de poderes superiores ao do homem(...) a morte ocorre quando a alma deixa o corpo e volta ao seu lugar de origem, onde residem todos os espíritos dos antepassados... os espíritos desencarnados podem entrar no corpo dos homens causando-lhes malefícios. LAKATOS-1991*

*TEORIA DO TOTEMISMO (totem):- Crença na descendência comum de antepassados animais ou vegetais com uma atitude reverencial para com os representantes da fauna ou da flora em questão. (Talvez seriam formas elementares de religião).*

*LAKATOS-1991*

*TEORIA SOCIOLÓGICA:- Esta teoria diz que inicialmente o homem realiza os rituais (danças, etc.), e cerimônias, com intensificação das emoções, levando à uma crença de estarem possuídos por poderes excepcionais e na crença de um poder sobrenatural- (mana), e simbolizou este poder com o totem, símbolo do poder. LAKATOS-1991*

*TEORIA DO ELEMENTO ALEATÓRIO:- o ajustamento ao meio ambiente estaria ligado ao fator sorte. LAKATOS-1991*

"Religião e a magia encontram-se muitas vezes entrelaçadas. A distinção entre elas surge a partir da natureza dos fins visados, dos tipos de atitudes envolvidas e do tipo de ação sobrenatural, ou seja,

*uma força ou princípio imaginário atribuídos a certos objetos. O Tipo de conduta também pode causar confusão entre a religião e a magia, onde a magia ao contrário da religião pode ser empregada para satisfazer objetivos tais quais vingança, aquisição ilegal de bens(...)que não são sancionados pelo grupo(...) E a chamada magia negra.*

*A definição de magia como crença prática está no curso dos acontecimentos, por meio de forças sobrenaturais. (LAKATOS-1991)."*

Com relação às formas de religião, Lakatos coloca os seguintes exemplos: Hinduísmo, Budismo, Confucionismo, Judaísmo, Cristianismo, islamismo, e outros.

O nosso trabalho procurou ser fiel a estes pequenos conceitos sociológicos não enveredando por qualquer teoria psicológica ou filosófica.

Entendemos que a metodologia empregada em nosso estudo , que avalia critérios basicamente fenomenológicos não poderia apresentar qualquer tipo de tendenciosidade no que diz respeito às linhas psicológicas.

Naturalmente estudos comparativos e avaliações que inter-relacionam as diversas correntes de idéias aparentemente poderiam trazer progressos e contribuir para o desenvolvimento da ciência e da pesquisa no Brasil. . Podemos deixar aqui a sugestão para a organização de outros trabalhos multidisciplinares que se aprofundem nas questões pinceladas neste nosso trabalho.



## **4.1. PACIENTES & MÉTODO**

### **4.1.1. Pacientes**

Para este trabalho foram estudados 130 (cento e trinta) pacientes com diagnóstico de neoplasia mamária (clínico e laboratorialmente) , sendo 70 em avaliação pré-cirúrgica e 60 pacientes após cirurgia (mastectomia).

Esta divisão da população foi realizada porque existem diferenças e fatores estressores importantes no período pré-cirúrgico, que dizem respeito ao impacto do diagnóstico, à ansiedade diante da cirurgia, medo da morte e da mutilação, local de atendimento, seguimento do tratamento e muitos outros fatores descritos em muitos trabalhos da literatura. ( GREER-1979, FOLLOWFIELD-1986, FALLOWFIELD-1993, CHARAVEL-1994 , ARAM- 1996, MORRIS-1977, e outros)

### *LOCAL*

Essas pacientes foram selecionadas do Hospital Pérola Byington de São Paulo. Este hospital atua como referência nacional de atendimento à Saúde da Mulher com atendimento a pacientes com câncer de mama e outros.

### *OS GRUPOS de ESTUDO.*

**GRUPO I** - 70 pacientes após diagnóstico de neoplasia da m.ma em avaliação pré-cirúrgica.

**GRUPO II** - 60 pacientes após cirurgia (mastectomia )

## 4.2. MÉTODO

O trabalho teve um desenho transversal onde os pacientes foram avaliados em tempos diferentes da evolução da patologia (pré e pós-cirúrgica). O método foi indistinto nas duas avaliações.

Para a avaliação do trabalho foram utilizadas:

Questionário de dados, Dois questionários de religiosidade (Vincent Moschella e Larson – vide anexos) e Questionário de Beck para depressão - vide anexos).

Os instrumentos utilizados foram:

1- Questionário de identificação, dados psicossociais.

2- Questionário de Vincent Moschella de religiosidade (adaptado em 1997 por GONÇALVES , FERRAZ E GÍGLIO)

3- Questionário de religiosidade (Strayhorn, Weidman, Larson-1990 ) (adaptado em 1997 por GONÇALVES ,FERRAZ E GÍGLIO).

4- - Escala de Beck para depressão.

Seleção inicial: Aspectos éticos.

Foi realizado um convite formal de participação na pesquisa, bem como a explicação dos métodos e objetivos.

A realização do trabalho foi analisada e aprovada pela comissão de ética do Hospital Pérola Byington e autorizada pelo Diretor do Hospital e pelo chefe do departamento de Oncologia.

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

Foram aplicados três questionários e uma escala

- 1- Questionário de Identificação.
- 2- Questionário de religiosidade de Vincent Moschella (adaptado)
- 3- Questionário de religiosidade (escala modificada de Strayhorn, Weidman, Larson).
- 4- Escala de Beck para depressão

#### ***4.3. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO:***

GRUPO I - Foram selecionadas 70 pacientes recrutadas do Ambulatório de avaliação pré-cirúrgica do Hospital Pérola Byington de São Paulo, após serem escolhidos do livro de registro médico do departamento, onde estavam registradas e especificadas pelo diagnóstico. Foi realizada a divisão da população em pré e pós cirúrgico pelas diferentes características das duas populações. A população pré-cirúrgica é atendida em prédio diferente, com protocolo e prontuário diferentes do da população pós-cirúrgica.

A população pré-cirúrgica inicialmente é convocada para a avaliação com uma equipe de médicos e profissionais de saúde para avaliação. Esta população apresenta características muito distintas da população pós-cirúrgica a urgência da avaliação, sinais de sintomas de ansiedade evidentes, fobias ligadas ao ato cirúrgico, fobias relacionadas com o medo da morte, fobia da mutilação. (SARDELL,1993;BJORDALL-KAASA -1995, FALKLOWLFIED1993;MORRIS,1977; YOKOE,1993).

Para a realização do nosso trabalho estas características foram discutidas, e chegou-se à conclusão que a divisão em população pré e pós cirúrgica traria uma visão mais clara dos objetivos levantados.

Foi realizado o convite formal às pacientes selecionadas no próprio ambulatório e foram realizadas as entrevistas.

GRUPO II - Foram selecionadas e convidadas 60 pacientes que foram submetidas à mastectomia do ambulatório geral e de quimioterapia do Hospital Pérola Byington de São Paulo. As pacientes encontravam-se em retorno para avaliação e seguimento de tratamento.

#### ***4.4. CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO***

1- As pacientes não podiam estar na fase aguda da doença, (pós operatório imediato), ou hospitalizadas. (Critério este estabelecido para evitar que variáveis ligadas ao estresse da cirurgia interferissem nos resultados).

2- As pacientes deviam ser maiores de 18.

3- As pacientes dentro do grupo escolhido estavam cientes do diagnóstico de câncer.

As pacientes que estavam cientes de estarem 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.

Foi realizado um pareamento por idade com tolerância de mais ou menos 2 anos.

#### 4.5 ESCALA DE IDENTIFICAÇÃO

Os dados de identificação e de fatores psicossociais foram utilizados a partir do modelo do questionário aplicado no trabalho de CABRAL,1985; e GONÇALVES ,FERRAZ E GÍGLIO,1996.

#### 4.5 ESCALA DE BECK

“A Escala de Beck para depressão, traduzida par o portugues por KARNIOL, foi adaptada para pacientes de baixo nível sociocultural.

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

Segundo VERSIANI (1989), " ... as escalas de avaliação são instrumentos de medida , com fins definidos , constituídos por um conjunto de símbolos e números que podem ser aplicados à características de pessoas de acordo com regras pré-estabelecidas. Sua função é medir o grau de gravidade dos sintomas previamente diagnosticados e , portanto não tem fins diagnósticos..."

A investigação da presença ou ausência da transtornos depressivos , independentemente da aplicação da escala de Beck foi também avaliada pela pesquisadora, através da observação da presença ou ausência de sintomas e/ou sinais de depressão. A escala de Beck foi aplicada tendo em vistr a confirmação e quantificação dos transtornos depressivos apresentados pela população em estudo.

A escala de Beck, já utilizada em nosso país com a finalidade desta avaliação (CABRAL,1985) ,GONÇALVES, FERRAZ, GIGLIO-1996), foi utilizada aqui, em detrimento de outras pelo menor número de sintomas somáticos, que poderiam prejudicar a avaliação.

Segundo CABRAL (1985), a escala de Beck, pelo seu caráter de subjetividade, se presta a observância dos condicionantes estabelecidos pelo próprio paciente e avaliados pelo pesquisador.

Esta escala apresenta um menor número de questões de ordem somática e portanto, maior fidedignidade para a realização da avaliação de transtornos depressivos em pacientes com doenças orgânicas.

Um dos fatores que também foi relevante para a escolha da escala de Beck diz respeito ao próprio trabalho de validação da escala de Larson pois a escala de Beck foi utilizada pelos autores da escala de religiosidade ( Strayhorn, Weidman e Larson - 1990 ) no trabalho de validação da escala de religiosidade ( (Strayhorn, Weidman e Larson- 1990).

Utilizamos neste trabalho os níveis de corte estabelecidos por CABRAL-1985 e GONÇALVES, FERRAZ E GÍGLIO (1996) que permitem classificar a intensidade de depressão com os seguintes parâmetros :

AUSENTE- (pontuação inferior ou igual a 18)

MODERADA- (acima de 18 e inferior a 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.

Como as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, foi observado também o diagnóstico clínico de depressão durante a entrevista.

#### **4.5-1 ESCALAS DE RELIGIOSIDADE**

##### **4-5-1-A -ESCALA DE VINCENT MOSCHELLA.**

Esta escala foi traduzida para o português pela pesquisadora e após a tradução foi realizada uma beck-translation por duas pessoas com proficiência na língua inglesa e portuguesa (nativos da Inglaterra e EUA ) e com conhecimento comprovado de psicologia e teologia.

A validação formal da escala foi realizada pela Dra Margareth Hoopwood ( Wisconsin University), e a consistência interna, foi considerada boa para aplicação nos EUA .

A validação compelta da escala foi descrita no trabalho de ZUCKERMAM, DM; OSTEFIELD, AM; e KASL , SW( 1984).

Esta escala se presta à avaliação da religiosidade extrínseca e intrínseca, entretanto no nosso trabalho não iremos fazer distinção destas duas maneiras de apreciação da fé e religiosidade, pois uma avaliação qualitativa teria que ser desenvolvida para um estudo deste porte.

Este trabalho consiste em uma avaliação da associação da religiosidade e dos transtornos depressivos em pacientes com câncer de mama e não iremos nos aprofundar nas questões qualitativas referentes ao estudo da religiosidade propriamente dita.

Uma avaliação qualitativa entretanto , poderia contribuir para elucidação de muitas questões, e será escopo de nossos próximos trabalhos.

#### *4-5-1-B - ESCALA DE STRAYHORN, WEIDMAN & LARSON.*

Falaremos da escala de Strayhorn-Weidman e Larson, que de agora em diante será denominada SWL.

A SWL, traduzida para o português, pelo Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo, consta de 12 questões que abordam fatores objetivos (extrínsecos), afiliação à instituições religiosas, bem como fatores subjetivos (intrínsecos), que avaliam a fé (critério transcendente).

A pesquisadora deste trabalho realizou uma back-translation, ou seja, uma tradução realizada por uma pessoa nativa da língua inglesa, e que tem profundo conhecimento da língua portuguesa da forma já traduzida em inglês, para o português. Na back-translation não houve termos ou palavras que suscitassem dúvidas com relação à tradução inicial.

A escala de religiosidade de Strayhorn, Weidman e Larson teve sua validação realizada em 1990. Esta escala é uma modificação da escala de KAUFFMAN (1979). A consistência interna, e demais avaliações foram realizados pelos autores em 1990, sendo a presente escala o resultado da modificação já em sua forma estruturada para a aplicação nos EUA e Inglaterra.

Apesar da escala ter propriedades que podem fazer a distinção entre religiosidade intrínseca, (motivação individual e subjetiva) e religiosidade extrínseca (fatores sociais, comunitário, familiar e objetivo como frequência à instituição religiosa, busca de contato social, etc). O nosso trabalho não fez distinção destes aspectos para evitar dificuldades na realização da análise dos resultados.

Como esta escala ainda não havia sido validada no país, realizamos dois procedimentos para adaptá-las aos nossos objetivos:

- 1- Avaliação por juizes - Três professores doutores em psiquiatria ou psicologia com conhecimentos profundos em teologia, foram eleitos como juizes.

2- Os escolhidos, responderam a questões sobre as perguntas (uma a uma) da escala, sendo dada uma nota para cada questão, que estimasse a congruência da forma da questão com o objetivo do questionário.

3- Avaliação estatística: Os resultados encontrados foram submetidos à avaliação pelo método de quartil das médias obtidas para cada questão do questionário.

A avaliação estatística foi assistida por um estatístico com experiência em validações de escalas.

Foi realizada uma avaliação pelos métodos clássicos de estatística com médias e porcentagens.

#### **4-6 ANÁLISE DOS RESULTADOS.**

O estudo foi abordado pelo método clássico de estatística .

1- VARIÁVEIS QUALITATIVAS como tempo de cirurgia (mastectomia) /Com depressão/ sem depressão, Vida sexual ativa/ sem vida sexual ativa.

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;  $p > 0,05$ .

Para os questionários foram utilizados os métodos estatísticos de quartil onde no questionário de religiosidade foram incluídas as questões que obtiveram uma média de respostas dos três juizes acima de 6.0.

Na avaliação da religiosidade das pacientes foi estabelecido um escore de contagem para as questões do questionário. Esta contagem teve como total 188 pontos. E

Foram consideradas religiosas as pacientes que obtiveram um escore acima do segundo quartil (acima de 94 pontos).

O estabelecimento de 94 pontos, ou seja, segundo quartil, foi condizente com a auto-avaliação das pacientes, pois o questionário continha questões que avaliava o pensamento da paciente com relação à sua própria religiosidade.

Dentro deste auto-perfil os escores que ficaram dentro da segundo quartil encontrados na nossa avaliação ficaram coerentes com o pensamento descrito pelas pacientes com relação à sua própria religiosidade.

Esta avaliação "qualitativa" das respostas e a aplicação pratica desta avaliação foi considerada para o corte das questões dos questionários, ficando validos para nossa aplicação apenas as questões do questionários que estavam dentro dos critérios estabelecidos.

## 2-VARIÁVEIS QUANTITATIVAS.

Para as variáveis quantitativas, como por exemplo a Escala de Beck foram analisados os dados obtidos nos Dados de Identificação, através da aplicação da 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 das características sócio-demográficas dos pacientes.

2-Análise de depressão com aplicação da Escala de Beck. Análise do grau de depressão: Ausente, Moderada ou Grave.

3-Análise da religiosidade dos pacientes através da escala descrita no anexo I

Algumas questões foram retiradas dos questionários por não atenderem aos critérios de julgamento dos juizes escolhidos para a validação no nosso país.

A partir daí os questionários foram aplicados nas pacientes com neoplasia para uma melhor abordagem dos objetivos do trabalho, sendo esta denominada então Questionário modificado de Vincent Moschella e Strayhorn, Weidman, Larson).

Para os dois questionários denominaremos já validados para o nosso país denominaremos Escala de Gonçalves, Ferraz e Giglio. (GFG)

A validação por juizes , foi realizada por três juizes com reconhecidos conhecimentos em religiosidade e psicologia e psiquiatria , onde responderam à três questões relacionadas com cada pergunta das escalas de religiosidade.

Foi usado os critério estatístico de quartil, e foram realizadas as médias das notas das respostas de cada juiz para cada questão e foram selecionadas as questões onde as notas dadas pelos três juizes , para cada questão excedia o valor 6.0.

Após excluídas as questões que obtiveram notas abaixo de 6.0, o questionário foi aplicado às pacientes.

Os valores de corte para a avaliação da religiosidade das pacientes, ou seja, o critério que permitiu distinguir as pacientes do trabalho como "religiosas" ou "Não religiosas", obedeceu o critério de quartil onde as pacientes incluídas acima do segundo quartil foram consideradas religiosas.

Este nível de corte no segundo quartil foi obtido a partir da avaliação de três questões objetivas, incluídas no trabalho , que foram respondidas pelas pacientes.

As tabelas da validação por juizes e a escala em seu formato definitivo, como foi aplicada nas pacientes do trabalho estão descritas em "Anexos".

*[The text in this block is extremely faint and illegible, appearing as a vertical column of small characters.]*

## ***5. Hipótese fundamental***

## *5- HIPÓTESE FUNDAMENTAL*

1- Existe na população estudada índices mais elevados de transtornos depressivos quando comparados com os índices de depressão observados pela OMS para população geral. (8%). (OMS - Depressão na clínica Médica, Guia de depressão para clínicos-1994).

1- A- A religiosidade atua como fator de proteção contra a depressão das pacientes acometidas com neoplasia mamária.

1- B - Existem fatores psicossociais listados no questionário de identificação, que poderiam estar associados com os transtornos depressivos nas pacientes estudadas.



## *LISTA DE TABELAS*

---

TABELA 1. Frequência de depressão na população pré – cirúrgico.....	49
TABELA 2. Frequência de depressão na população pós – cirúrgico.....	50
TABELA 3. Religiosidade na população pré – cirúrgica.....	51
TABELA 4. Religiosidade na população pós – cirúrgica.....	52
TABELA 5. Associação entre religião e depressão pré - cirúrgico.....	53
TABELA 6. Associação entre religião e depressão pós - cirúrgico.....	54
TABELA 7. Religiosidade com as variáveis psicossociais.....	55
TABELA 8. Frequência de idade na população pré – cirúrgica.....	57
TABELA 9. Frequência de idade na população pós – cirúrgica.....	57
TABELA 10. Frequência de estado civil na população pré – cirúrgica.....	58
TABELA 11. Frequência de estado civil na população pós – cirúrgica.....	58
TABELA 12. Frequência de escolaridade na população pré – cirúrgica.....	59
TABELA 13. Frequência de escolaridade na população pós – cirúrgica.....	60
TABELA 14. Frequência de profissão na população pré – cirúrgica.....	61
TABELA 15. Frequência de profissão na população pós – cirúrgica.....	61
TABELA 16. Frequência de doenças graves na infância da população pré – cirúrgica.....	63
TABELA 17. Frequência de doenças graves na infância da população pré – cirúrgica.....	63

TABELA 18. Frequência de doenças graves nos últimos 10 anos. pré - cirúrgico.....	64
TABELA 19. Frequência de doenças graves nos últimos 10 anos. pós - cirúrgico.....	64
TABELA 20. Frequência de câncer na família pré - cirúrgico.....	66
TABELA 21. Frequência de câncer na família pós - cirúrgico.....	67
TABELA 22. Frequência de filhos nas populações pré - cirúrgica.....	68
TABELA 23. Frequência de filhos nas populações pós - cirúrgica.....	68
TABELA 24. Frequência de renda familiar na população pré - cirúrgica.....	69
TABELA 25. Frequência de renda familiar na população pós - cirúrgica.....	69
TABELA 26. Frequência das alterações sexuais nas populações pré - cirúrgica..	71
TABELA 27. Frequência das alterações sexuais nas populações pós - cirúrgica..	72
TABELA 28. Frequência do tempo decorrido após a cirurgia população pós cirúrgica.....	73
TABELA 29. Associação entre depressão / idade pré - cirúrgica.....	74
TABELA 30. Associação entre depressão / idade pós - cirúrgica.....	75
TABELA 31. Correlação estado civil / depressão pré - cirúrgico.....	76
TABELA 32. Correlação estado civil / depressão pós - cirúrgico.....	77
TABELA 33. Frequência da escolaridade na população pré - cirúrgica.....	78
TABELA 34. Frequência da escolaridade na população pós - cirúrgica.....	79

TABELA 35. Associação da profissão / depressão na população pré – cirúrgica.	80
TABELA 36. Associação da profissão / depressão na população pós – cirúrgica.	81
TABELA 37. Associação das doenças graves na infância e depressão pós – cirúrgica.....	82
TABELA 38. Associação das doenças graves na infância e depressão pré – cirúrgica.....	83
TABELA 39. Associação doenças graves nos últimos 10 anos X depressão pré – cirúrgico.....	84
TABELA 40. Associação doenças graves nos últimos 10 anos X depressão pré – cirúrgico.....	85
TABELA 41. Associação: História familiar de câncer na população pré – cirúrgico.....	86
TABELA 42. Associação: História familiar de câncer na população pré – cirúrgico.....	87
TABELA 43. Associação: Filhos na população pré – cirúrgico.....	88
TABELA 44. Associação: Filhos na população pós – cirúrgico.....	89
TABELA 45. Associação: Renda familiar na população pré – cirúrgica.....	90
TABELA 46. Associação: renda familiar X depressão pós – cirúrgica.....	91
TABELA 47. Associação: depressão X alterações da sexualidade na população pré cirúrgico.....	92
TABELA 48. Associação: depressão X alterações da sexualidade na população pós cirúrgico.....	93

---

## 6 - RESULTADOS

Os nossos resultados serão apresentados em forma de tabelas e gráficos.

A discussão dos resultados será apresentada no capítulo seguinte e as tabelas deste capítulo serão usadas como referência para a discussão.

### 6 - Frequência de Transtornos Depressivos

**Tabela 1. Frequência de depressão na população pré-cirúrgica**

DEPRESSÃO ESCORE	NÚMERO P ACIENTES.	Total
BECK > 18 (COM DEP)	22	31
BECK <18 (SEM DEP.)	48	69
TOTAL	70	100%

---

**Tabela 2. Frequência de depressão na população pós-cirúrgica**

**GRUPO II - PÓS CIRÚRGICA**

DEPRESSÃO	NÚMERO PACIENTES.	TOTAL
BECK>18 (COM DEP)	10	16
BECK< 18 (SEM DEP)	50	84
TOTAL	60 PACIENTES	100%

P.value inter-grupos = 0.0514

## 6 1-ESTUDO DA RELIGIOSIDADE

Usaremos a sigla ML para as escalas de Moschella e Larson

Pacientes religiosas - Escore de religiosidade avaliada pelas escalas modificadas de religiosidade de Vincent Moschella e Larson maior que 94 (avaliação realizada através do método de quartil).

Foram consideradas religiosas as pacientes que possuíam um escore acima de 94 pontos da pontuação da escala que perfazia um total de 188 pontos.

Pacientes não religiosas - Pacientes com pontuação menor ou igual a 94.

Temos:

GRUPO I - Pacientes em avaliação pré-cirúrgica

**Tabela 3 - Presença de Religiosidade na população pré-cirúrgica**

<i>RELIGIOSIDADE</i>	<i>NÚMERO PACIENTES.</i>	<i>TOTAL %</i>
RELIGIOSAS (ML>94)	60	86
NÃO RELIGIOSAS (ML < ou = 94)	10	14
TOTAL.	70	100 %

**Tabela 4- Presença de Religiosidade na população pós cirúrgica**

<i>RELIGIOSIDADE</i>		<i>NÚMERO PACIENTES.</i>	<i>TOTAL</i>
RELIGIOSAS	ML >94	50	83
NÃO RELIGIOSAS	ML < ou = 94	10	17
TOTAL		60	100%

P.value inter-grupos = 0.7

A tabela 3 e 4, mostram a freqüência da religiosidade nas populações de estudo. Foram consideradas religiosas a pacientes que apresentaram escore acima de 94 pelas escalas de Vincent Moschella e pela escala de Larson (adaptadas). e foram consideradas não religiosas as pacientes que obtiveram escore abaixo de 94. Na avaliação inter-grupos não houve significância para a religiosidade: P. Value no Mantel Haenzel = 0.7, e Yates= 0.89.

## 6.2. ESTUDO DA RELIGIOSIDADE

### Associação entre Religiosidade e Transtornos Depressivos

Tabela 5 Associação entre Religião e Depressão - População Pré cirúrgica

<i>Religiosidade Depressão.</i>	<i>Numero Pacientes. Beck &gt;18 Com Depressão</i>	<i>Numero Pacientes. Beck &lt;18 Sem Depressão</i>	<i>Numero Pacientes. Total</i>
RELIGIOSAS ML >94.	17	43	60
NÃO RELIGIOSAS ML < ou = 94	05	05	10
TOTAL	22	48	70 PACIENTES

**P.value para a correlação = 0.17**

O escore da escala de Beck acima de 18 significa que a paciente apresenta depressão.

O escore de escala de Beck abaixo ou igual a 18 significa que a paciente não apresenta depressão

Para o escore de religiosidade acima ou igual a 94 consideramos a paciente religiosa. Para o escore de Religiosidade menor que 94 consideramos a pacientes não religiosa.

Para a correlação apresentada na tabela acima nós não encontramos valores estatisticamente significativos , ou seja, .P.value = 0.15 (Fisher) - Mantel haenzel = 0.17, Yates = 0.31

**Tabela 6.2.1– Associação entre Religiosidade e Depressão**

**População Pós- cirúrgica**

<i>Religião &amp; Depressão.</i>	<i>Numero Pacientes Beck &gt;18</i>	<i>Numero Pacientes Beck &lt;18</i>	<i>Numero Pac.</i>
Religiosas ML>94	6	44	50
Não Religiosas ML < Ou = 94	4	6	10
Total	10	50	60 PACIENTES

**P..value =0.03 SIGNIFICATIVO**

Escore de escala de Beck acima de 18 significa paciente com depressão

Escore de escala Beck abaixo de 18 significa paciente sem depressão

Religiosidade > 94 significa pacientes religiosas

. Religiosidade < 94 significa paciente não religiosa.

Para esta associação encontramos os seguintes valores para P. Value nas diferentes técnicas estatísticas de avaliação: Uncorrect = 0.03 Mantel Haenzel = 0.03, Fisher exact= 0.05, Confiance limits = 0.04. Portanto mostrou-se esta correlação **significante para a associação religiosidade / depressão em pacientes após mastectomia.**

## 6.2.2. ASSOCIAÇÃO ENTRE A RELIGIÃO E OS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS.

**Tabela 7 - Religiosidade e variáveis psicossociais.**

<i>Religiosidade e Aspectos Psicossociais</i>	<i>Pré-Cirúrgica</i>	<i>Pós-Cirúrgica</i>
	<i>P.Value.</i>	<i>P.Value.</i>
Religiosidade e Idade	0.2	0.5
Religiosidade e Estado Civil	0.4	0.3
Religiosidade e Profissão	0.5	0.7
Religiosidade e Escolaridade	0.5	0.04 *
Religiosidade e Doença Infantil.	0.3	0.5
Religiosidade e Doenças / 10 Anos	0.6	0.07
Religiosidade e Câncer na Família	0.4	0.5
Religiosidade e Filhos	0.08	0.3
Religiosidade e Renda	0.6	0.7
Religiosidade e Sexualidade	0.2	0.02 *
Religião e Tempo Cirurgia	0.0	0.8

\* Significante para P.Value

Esta tabela correlaciona a religiosidade com os fatores psicossociais. O resultado desta tabela está descrito em P.value para as correlações apresentadas.

## IDADE

**Tabela 8 - Frequência de idade na população pré-cirúrgica .**

<i>Idade</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
<b>Acima De 50 Anos</b>	26	38%
<b>Abaixo De 50 Anos</b>	44	62%
<b>Total</b>	70	100%

**Tabela 9. Frequência de idade na população pós-cirúrgica**

<i>Idade</i>	<i>Número Pacientes</i>
<b>Acima De 50 Anos</b>	28
<b>Abaixo De 50 Anos</b>	32
<b>Total</b>	60

**P. value = 0.27**

## ESTADO CIVIL

**Tabela 10- Frequência de estado civil na população pré cirúrgica.**

<i>Estado Civil</i>	<i>Número Pacientes.</i>	<i>Total</i>
Com Companheiro	44	62%
Sem Companheiro	16	38%
Total	60	100%

**Tabela 11-. Frequência de estado civil na população pós cirúrgica**

<i>Estado Civil (Pós Cir)</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total %</i>
Com Companheiro	38	63%
Sem Companheiro	22	37%
Total	60	100%

P.value = 0.9

As Tabelas 10 e 11 nos mostra a distribuição do fator psicossocial estado civil nas populações pré e pós cirúrgicas. Fizemos as correlações para as pacientes com e sem companheiro . O estado civil não foi significante inter-grupos: (p.value em Mantel Haenzel = 0.95, e Yates = 0.89. )

## **ESCOLARIDADE.**

A escolaridade foi avaliada dentro dos critérios já estabelecidos no trabalho de Tese de Mestrado de GONÇALVES em 1996, onde as pacientes foram divididas em: Pacientes com escolaridade até o primeiro grau completo e pacientes com escolaridade acima do Primeiro grau..

Na nossa população de estudo temos:

**Tabela 12- Frequência de escolaridade na população pré-cirúrgica**

<i>Escolaridade</i>	<i>Numero Pacientes.</i>	<i>Total</i>
Até 1º Grau.	54	77%
Acima Do 1º Grau	16	23%
Total	70	100%

**Tabela 13- Frequência de escolaridade na população pós-cirúrgica.**

<i>Escolaridade</i>	<i>Número Pacientes.</i>	<i>Total %</i>
Até 1º Grau	45	75%
Acima Do 1º Grau	15	25%
Total	60	100%

P.value = 0.7

As tabelas 12 e 13 representa a distribuição da escolaridade das populações pré e pós cirúrgica. Foram selecionadas pacientes com escolaridade acima ou abaixo do primeiro grau.

Para o fator escolaridade não houve significância inter-grupos. (P.value no Mantel Haenzel = 0.7 e Yates = 0.9)

## ATIVIDADE PROFISSIONAL

**Tabela 14- Frequência de Atividade profissional na população**

### **pré-cirúrgica**

<i>Profissão</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
DO LAR	34	49%
TRABALHAM FORA	36	51%
TOTAL	70	100%

**Tabela 15- Frequência da Atividade profissional na**

### **População pós-cirúrgica**

<i>PROFISSÃO</i>	<i>NUMERO PACIENTES</i>	<i>TOTAL %</i>
DO LAR	51	85%
TRABALHAM FORA	9	15%
TOTAL	60	100%

**P.value = 0.01 - Inter =grupos. SIGNIFICATIVO ESTATISTICAMENTE**

As tabelas 14 e 15 trazem os resultados da distribuição da atividade profissional nas populações pré e pós cirúrgica. Aqui fizemos as avaliações para as pacientes que trabalham fora e as que trabalham no lar.

No tocante à profissão na nossa população houve uma significativa redução do número de pacientes que trabalham fora. (inter-grupos), ou seja no grupo pré-Cirúrgica havia uma porcentagem maior de pacientes que trabalhavam fora de casa em relação ao grupo das pacientes após a cirurgia.

P.value = Uncorrect <0.01, Mantel Haenzel <0.01, Yates < 0.01

## DOENÇAS GRAVES NA INFÂNCIA

**Tabela 16- Frequência de doenças graves na infância da  
População pré-cirúrgica.**

<i>Doenças Graves Na Infância</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
Com Doença Grave	6	9%
Sem Doença Grave	64	91%
Com/Sem Doença	70	100%

**Tabela 17- Frequência de doenças graves na infância na  
População pós-cirúrgica.**

<i>Doenças Graves</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
<i>Na Infância</i>		
Com Doença Grave	10	16%
Sem Doença Grave	51	84%
Sem/Com Doença	60	100%

**P.value = 0.17.**

As tabelas 16 e 17 nos apresenta a frequência das doenças graves na infância das populações pré e pós cirúrgica.

## DOENÇAS GRAVES NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

**Tabela 18- Frequência de doenças graves nos últimos 10 anos**

### População Pré - Cirúrgica

<i>Doença Grave Nos</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
<i>Últimos 10 Anos</i>		
Com Doença	15	22%
Sem Doença	55	78%
Total	70	100%

**Tabela 19 - Frequência de doenças graves nos últimos 10 anos**

### População Pós-Cirúrgica

<i>Doenças Graves Nos Últimos</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
<i>10 Anos</i>		
COM DOENÇA	39	65%
SEM DOENÇA	21	35%
TOTAL	60	100%

**P.value = 0.01 SIGNIFICANTE ESTATISTICAMENTE.**

Temos acima as tabelas 18 e 19 que nos mostram a presença de doenças graves nos últimos 10 anos nas populações pré e pós cirúrgica respectivamente. Encontramos uma significância inter-grupos.

**P.value uncorrect= < 0.01, Mantel Haenzel = < 0,01, Yates < 0.01.**

**Tabela 20- Frequência de câncer na família .**

**População Pré-Cirúrgica**

<i>Cancer Familiar</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
Com Ca. Familiar	19	27%
Sem Ca. Familiar	51	73%
Total	70	100 %

**Tabela 21- Frequência de câncer familiar**

**População Pós-Cirúrgica**

<i>Cancer Familiar</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
Com Cancer. Familiar	25	42%
Sem Cancer. Familiar	35	58%
Total	60	100%

P.value = 0.08

As tabelas 20 e 21 nos mostram a frequência de câncer familiar nas populações pré e pós cirúrgica. Para este evento (câncer familiar) não houve significância.(P.value = 0.08 em Mantel haenzel e Yates = 0.1 )\

**Tabela 22- Presença de Filhos**

**População Pré-Cirúrgica**

<i>FILHOS</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
<i>Com Filhos</i>	56	80%
<i>Sem Filhos</i>	14	20%
Total	70	100%

**Tabela 23 - Presença de Filhos**

**População Pós Cirúrgica**

<i>Filhos</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
Com Filhos	54	90%
Sem Filhos	06	10%
Total	60	100%

P.value = 0.1

As tabelas 22 e 23 mostra a freqüência da presença de filhos na população pré e pós cirúrgica Para este fator não existiu significância (P.value em Mantel Haenzel = 0.11 e Yates = 0.18.)

## RENDA FAMILIAR

**Tabela 24- Frequência da variação da Renda Familiar**

### População Pré-Cirúrgica

<i>Renda Familiar</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
<i>Até 2 sal. mínimos</i>	26	37%
<i>Acima de 2 sal.min.</i>	44	63%
<i>total</i>	70	100%

**Tabela 25- Frequência da variação da Renda Familiar**

### População Pós-Cirúrgica

<i>Renda Familiar</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
<i>Até 2 Sal. Mínimos</i>	39	35%
<i>Acima De 2 Sal.Min.</i>	21	65%
<i>Total</i>	60	100%

**P.value = 0.01 Significante para esta correlação.**

As tabelas 24 e 25 mostram a variação da renda familiar na população pré e pós cirúrgica. Fizemos a distinção nas populações com renda familiar até (2) dois salários mínimos e acima de (2) dois salários mínimos. Foram encontrados valores de significância para a renda familiar inter-grupo. (P.value < 0.01 para esta correlação.)

## SEXUALIDADE

**Tabela 26- Frequência de Alterações Sexuais**

### **População Pré-Cirúrgica**

<i>Sexualidade</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
Com Alteração Sex.	38	54.%
Sem Alteração Sex.	32	46%
Total	70	100%

**Tabela 27 - Frequência de Alterações Sexuais**

**População Pós-Cirúrgica**

<i>Sexualidade</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
Com Alteração Da Sexualidade	28	47%
Sem Alteração Da Sexualidade	32	53%
Total	60	100%

**P.value = intergrupos = 0.38.**

As tabelas 26 e 27 mostra a frequência das alterações sexuais nas populações pré e pós cirúrgica.

No tocante à sexualidade não houve modificações significantes inter-grupos.

P.value = Mantel Haenzel = 0.38, Yates= 0.49.

**Tabela 28- Frequência do tempo decorrido após a cirurgia**

**População Pós-Cirúrgica**

<i>Tempo De Cirurgia</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
Até 1 Ano	29	48.%
Mais De 1 Ano	31	52%
Total	60	100%

**Tabela 29- Associação Depressão X Idade**

**População Pré-Cirúrgica**

<i>Idade</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
<i>Depressão.</i>	<i>Beck &gt;18</i>	<i>Beck &lt; 18</i>	
	<i>Com Depressão</i>	<i>Sem Depressão.</i>	
Acima 50 Anos	9	27	26
Abaixo 50 Anos	13	31	44
Total	22	48	70

**P.value = 0.66**

Escore da escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

P.value em Mantel Haenzel = 0.66, Yates = 0.86

Nesta população não encontramos significância para a associação idade X depressão, ou seja, a idade aparentemente não é um fator que influencie os Transtornos depressivos.

**Tabela 30 - Associação da Idade e Depressão**

**População Pós-Cirúrgica**

<i>IDADE X</i>	<i>NUMERO PACIENTES</i>	<i>NUMERO PACIENTES</i>	<i>TOTAL</i>
<i>DEPRESSÃO</i>	<i>DEPRESSÃO &gt;18</i>	<i>DEPRESSÃO &lt; 18</i>	
ACIMA 50 A.	5	23	28
ABAIXO 50 A.	5	27	32
TOTAL	10	50	70

**P.value = 0.8**

Escore da escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

P.value em Mantel Haenzel = 0.8 e Yates = 0.9

## ESTADO CIVIL

**Tabela 31- Correlação Estado Civil e Depressão**

### População Pré-Cirúrgica

<i>Estado Civil Depressão</i>	<i>Numero De Pacientes Beck &gt; 18</i>	<i>Pacientes Com Depressão</i>	<i>Numero Pacientes Beck &lt;18</i>	<i>Total</i>
			<i>Sem Depressão</i>	
Com Companheiro	13		31	44
Sem Companheiro	9		17	26
Total	22		48	70

P.value = 0.65

Escore da escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

(P.value = Mantel Haenzel = 0.65. Yates = 0.86.)

**Tabela 32- Associação Estado Civil e Depressão**

**População Pós-Cirúrgica**

<i>Estado Civil Depressão</i>	<i>Numero Pacientes</i>		<i>Total</i>
	<i>Beck &gt; 18</i>	<i>Beck &lt; 18</i>	
	<i>Com Depressão</i>	<i>Sem Depressão</i>	
Com Companheiro	05	33	38
Sem Companheiro	05	17	22
Total	10	50	60

**P.value = 0.34**

Escore da escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

(P .value em Mantel Haenzel = 0.34, Yates = 0.5.)

Neste estudo não houve significância com relação à correlação estado civil X  
depressão

**Tabela 33- Associação Escolaridade / Depressão**

**População Pré-Cirúrgica**

<i>Escolaridade</i>	<i>N Número Pacientes</i>	<i>Número Pacientes</i>	<i>Total</i>
<i>Depressão</i>	<i>Beck &gt;18</i>	<i>Beck &lt;18</i>	
	<i>Com Depressão</i>	<i>Sem Depressão</i>	
Até 1º Grau	17	37	54
Acima 1º Grau	5	11	16
Total	22	48	60

**P.value = 0.9**

Escore da Escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da Escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

(P.value em Mantel Haenzel = 0.9 Yates = 0.9)

**Tabela 34- Associação : Escolaridade /Depressão**

**População Pós-Cirúrgica**

<i>Escolaridade</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Número Pacientes</i>	<i>Total</i>
<i>Depressão</i>	<i>Depressão &gt;18</i>	<i>Depressão &lt;18</i>	
Até 1º Grau	10	35	45
Acima 1º Grau	0	15	15
Total	10	50	60

**P.value = 0.04 - Significativo**

Escore da escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

As tabelas 33 e 34 correlacionam a depressão com a escolaridade nas populações pré e pós cirúrgica. Consideramos as populações até o primeiro grau e acima do primeiro grau.

P. Value em Mantel Haenzel = 0.04 (significante) .Yates = 0.05

**Tabela 35- Associação da Atividade Profissional e Depressão**

**População Pré-Cirúrgica**

<i>PROFISSÃO</i>	<i>Número Pacientes</i>	<i>Número Pacientes</i>	<i>TOTAL</i>
<i>DEPRESSÃO</i>	<i>Beck &lt;18</i>	<i>Beck &gt;18</i>	
	<i>(sem depressão)</i>	<i>(com depressão)</i>	
FORA	24	12	36
DO LAR	24	10	34
TOTAL	48	22	70

**P.value = 0.7**

Escore da escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

(P.value = MH = 0.7)

**Tabela 36- Associação da Atividade Profissional e Depressão**

**População Pós Cirúrgica**

<i>Profissão</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Numero Paciente</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Depressão</i>	<i>Beck &lt;18</i>	<i>Beck &gt;18</i>	
	<i>Sem Depressão</i>	<i>Com Depressão</i>	
Fora	8	1	09
Do Lar	42	09	51
Total	50	10	60

P.value = 0.6

Escore da escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

(P.value = M.H. = 0.6, )

**Tabela 37– Associação das Doenças Graves na Infância e Depressão**

**População Pré-Cirúrgica**

<i>Doenças Na Infância</i>	<i>E</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Numero Pacientes</i>	<i>Total</i>
		<i>Depressão &lt;18</i>	<i>Depressão &gt; 18</i>	
Sem Doenças Infância		44	20	64
Com Doenças Infância		04	02	06
Total		48	22	70

P.value = 0.9

Escore da escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

P.value = 0.9

**Tabela 38– Associação das Doenças Graves na Infância e Depressão**

**População Pós-cirúrgica**

<i>Doenças Infância</i>	<i>Numero De Pacientes</i>	<i>Numero De Pacientes</i>	<i>Total</i>
<i>Depressão</i>	<i>Depressão &lt; 18</i>	<i>Depressão &gt; 18</i>	
Sem Doenças Infância	42	08	50
Com Doença Infância	08	02	10
Total	50	10	60

P.value = 0.7

Escore da Escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

As tabelas 37 e 38 correlacionam a depressão com as doenças graves na infância. nas populações de estudo.

(P.value = 0.7)

**Tabela 39- Associação: Doenças Nos Últimos 10 Anos e Depressão**

**População Pré-Cirúrgica**

<i>Doenças Nos Últimos 10 Anos &amp; Depressão</i>	<i>Numero Pacientes</i>		<i>Total</i>
	<i>Beck &lt; 18</i>	<i>Beck &gt; 18</i>	
	<i>Sem Depressão</i>	<i>Com Depressão</i>	
Sem	37	18	55
Com	11	04	15
Total	48	22	70

P. VALUE = 0.7

**Tabela 40- Associação:**

**Doenças Graves nos Últimos 10 Anos e Depressão**

**População Pós Cirúrgica.**

<i>Doenças Nos Últimos 10 Anos E Depressão</i>	<i>Numero De Pacientes Beck &lt; 18 Sem Depressão</i>	<i>Numero De Pacientes Beck &gt; 18 Com Depressão</i>	<i>Total</i>
Sem Doenças	18	03	21
Com Doenças	32	07	39
Total	50	10	60

**P.value = 0.7**

Escore da escala Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

As tabelas 39/40 mostram as correlações das doenças graves nos últimos 10 anos com os transtornos depressivos.

P.value = 0.7

**Tabela 41- Associação: História Familiar de Câncer**

**População Pré-Cirúrgica**

<i>Historia Familiar De Câncer &amp; Depressão</i>	<i>Numero De Pacientes Depressão &lt;18</i>	<i>Numero Pacientes Depressão &gt;18</i>	<i>Total</i>
Sem Historia De Câncer	36	15	51
Com Historia De Câncer	12	07	19
Total	48	22	70

**P.value = 0.75**

Escore da escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

(P.value = 0.55, Yates= 0.75.)

**Tabela 42- Associação: História Familiar de Câncer e Depressão**

**População Pós-Cirúrgica**

<i>Historia Familiar De Câncer &amp; Depressão</i>	<i>Numero De Pacientes</i>		<i>Total</i>
	<i>Sem Depressão</i>	<i>Com Depressão</i>	
	<i>Beck &lt;18</i>	<i>Beck &gt;18</i>	
<i>Sem Historia De Câncer</i>	30	05	35
<i>Com Historia De Câncer</i>	20	05	25
<i>Total</i>	50	10	60

P.value = 0.55

Escore da escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

(P.value = 0.55.)

As tabelas 41 e 42 mostram as correlações da história familiar de câncer com os transtornos depressivos.

**Tabela 43- Associação: Presença de Filhos e Depressão**

**População Pré-Cirúrgica**

<i>Filhos e Depressão</i>	<i>Numero De Pacientes</i>		<i>Total</i>
	<i>Sem Depressão</i>	<i>Com Depressão</i>	
	<i>Beck &lt;18</i>	<i>Beck &gt;18</i>	
Sem Filhos	11	03	14
Com Filhos	37	19	56
Total	48	22	70

**P.value = 0.36**

Escore da escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

(P.value = 0.36)

**Tabela 44- Associação: Presença de Filhos e Depressão**

**População Pós-Cirúrgica**

<i>Filhos &amp; Depressão</i>	<i>Numero Pacientes</i>		<i>Total</i>
	<i>Numero Pacientes. Com</i>		
	<i>Sem Dep ressão Beck &lt;18</i>	<i>Depressão Beck &gt;18</i>	
Sem Filhos	06	00	06
Com Filhos	44	10	54
Total	50	10	60

Escore da escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

As tabelas 43 e 44 mostram a presença ou ausência de filhos nas populações pré e pós cirúrgicas e demonstra a associação deste dado com a depressão.

(P. value = 0.2)

**Tabela 45- Associação: Variação da Renda Familiar e Depressão**

**População Pré-Cirúrgica**

<i>RENDA FAMILIAR &amp; DEPRESSÃO</i>	<i>NUMERO DE PACIENTES. BECK &lt; 18 Sem depressão</i>	<i>NUMERO DE PACIENTES BECK &gt; 18 Com depressão</i>	<i>TOTAL</i>
ACIMA DE 2 SALÁRIOS MÍNIMOS	33	11	44
ABAIXO DE 2 SALÁRIOS MÍNIMOS	15	11	26
TOTAL	48	22	70

(P. value = 0.13)

**Tabela 46- Associação: Variação da Renda Familiar e Depressão**

**População Pós- Cirúrgica**

<i>RENDA FAMILIAR &amp; DEPRESSÃO</i>	<i>NUMERO DE PACIENTES. BECK &lt; 18</i>	<i>NUMERO DE PACIENTES. BECK &gt; 18</i>	<i>TOTAL</i>
ACIMA 2 SAL. MÍNIMOS	33	06	39
ABAIXO 2 SAL. MÍNIMOS	17	04	21
TOTAL	50	10	60

Escore da escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

P.value = 0.7

**Tabela 47 -Associação: Depressão e Alterações da Sexualidade**

**População Pré Cirúrgica**

<i>SEXUALIDADE &amp; DEPRESSÃO</i>	<i>NUMERO DE PACIENTES. BECK &lt; 18</i>	<i>NUMERO DE PACIENTES. BECK &gt; 18</i>	<i>TOTAL</i>
SEM ALTERAÇÃO DA SEXUALIDADE	28	04	32
COM ALTERAÇÃO DA SEXUALIDADE	20	18	38
TOTAL	48	22	70

Escore da Escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala de Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

(P.value = MH = 0.001, Yates = 0.004.)

**Tabela 48– Associação: Depressão e Alteração da Sexualidade**

**População Pós - Cirúrgica**

<i>SEXUALIDADE &amp; DEPRESSÃO</i>	<i>NUMERO DE</i>		<i>TOTAL</i>
	<i>PACIENTES BECK</i>		
	<i>&lt; 18</i>	<i>&gt; 18</i>	
<i>SEM ALTERAÇÃO DA SEXUALIDADE</i>	30	02	32
<i>COM ALTERAÇÃO DA SEXUALIDADE</i>	20	08	28
<i>TOTAL</i>	50	10	60

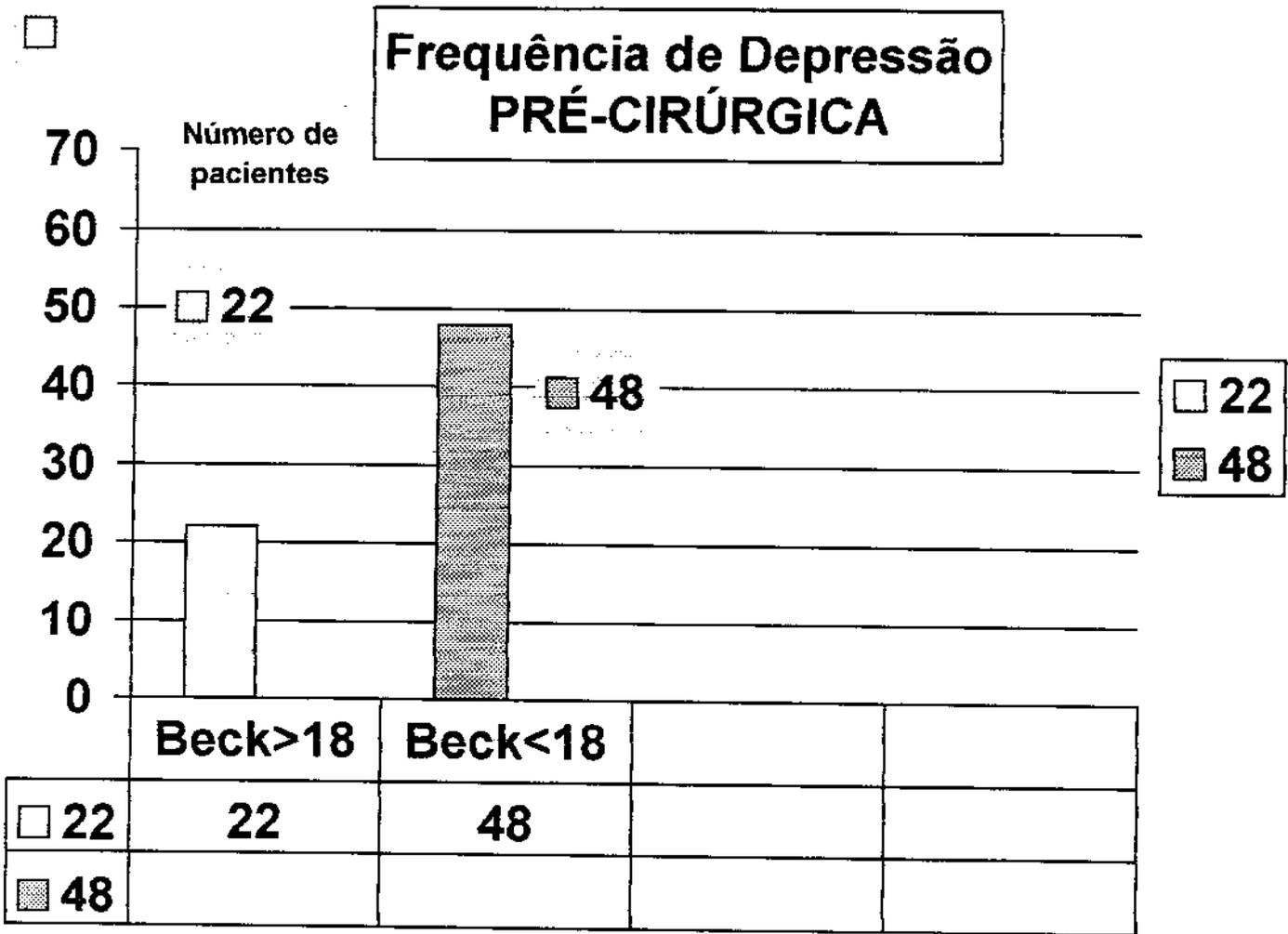
Escore da escala de Beck acima de 18 significa pacientes com depressão

Escore da escala Beck abaixo de 18 significa pacientes sem depressão

As tabelas 47 e 48, mostram a correlação da depressão com as alterações da sexualidade nas populações pré e pós cirúrgica.

P.value = MH = 0.02, Yates = 0.04 - Fisher = 0.02

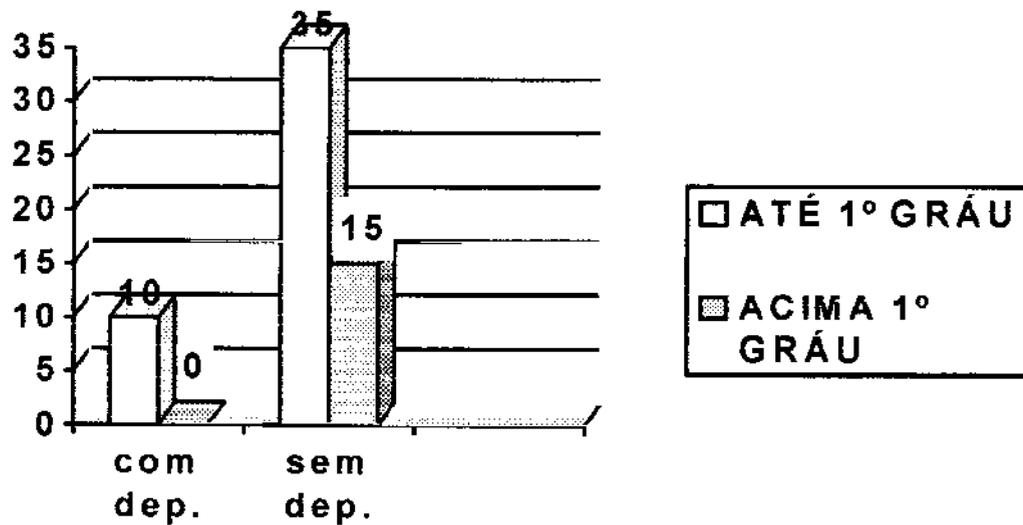
**GRÁFICO 01**  
**FREQÜÊNCIA DE DEPRESSÃO NA**  
**POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA**



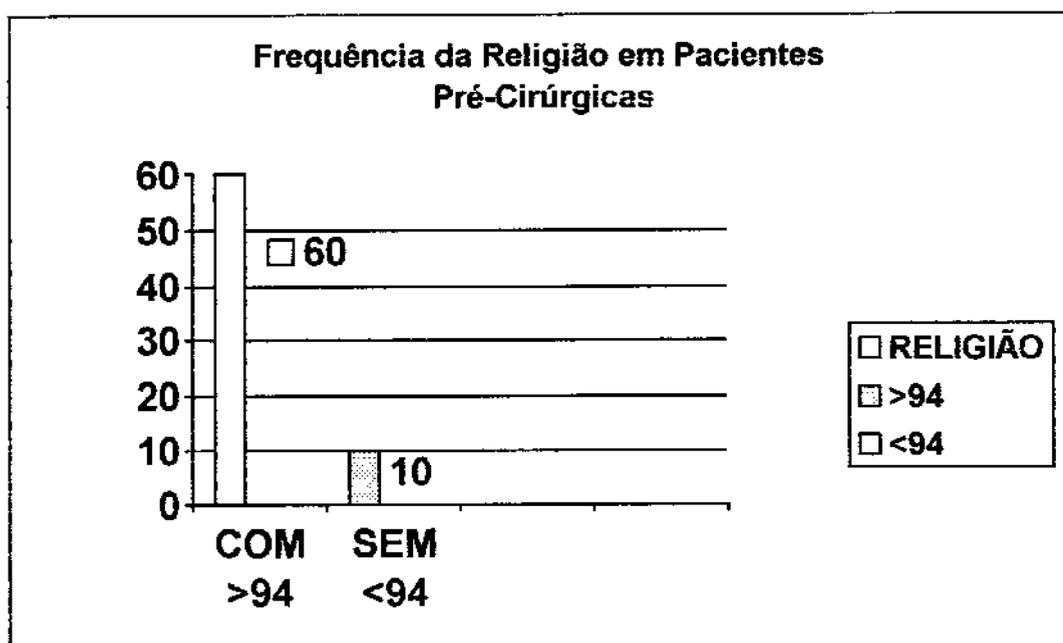
**Escore de Depressão**  
**Total = 70 pacientes**

## GRÁFICO 02 FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO POPULAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA

Correlação Escolaridade Depressão  
Pós-Cirúrgico

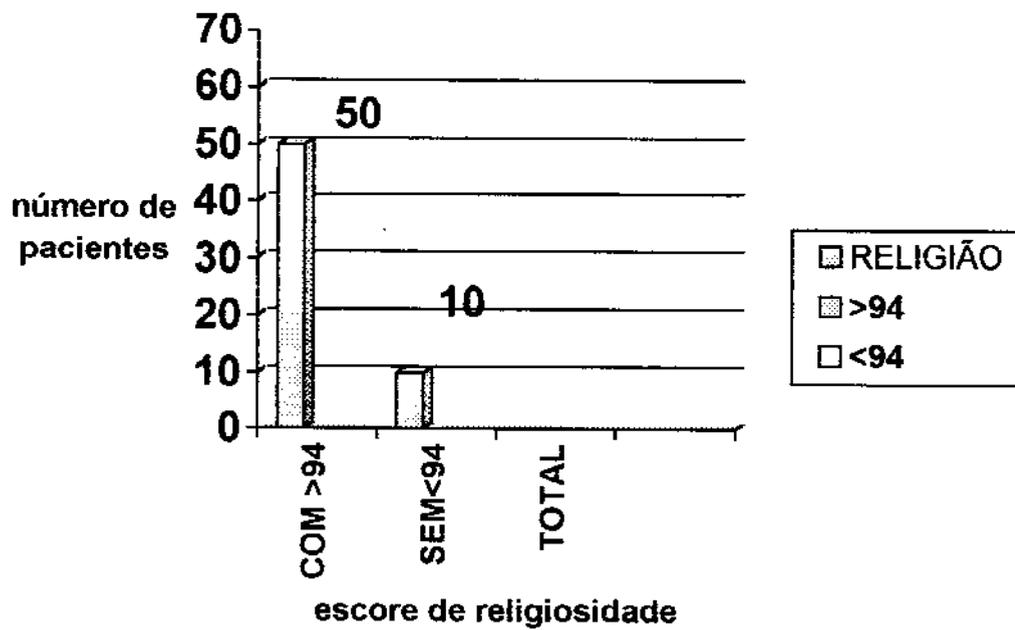


### GRÁFICO 03 PRESENÇA DE RELIGIOSIDADE POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA



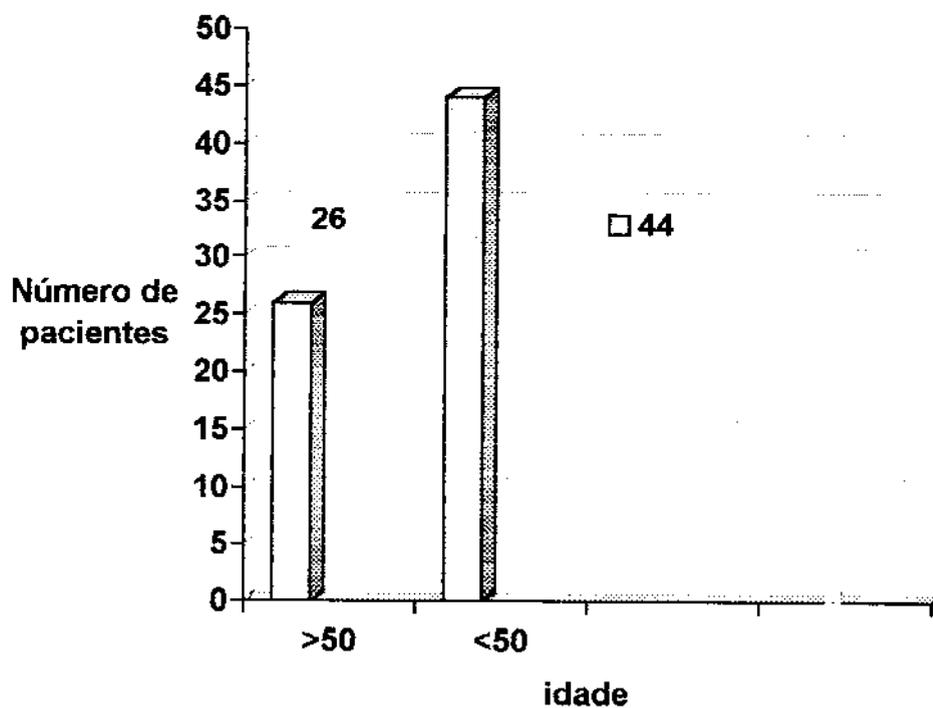
# GRÁFICO 04 PRESENÇA DE RELIGIOSIDADE POPULAÇÃO PÓS CIRÚRGICA

Frequência da Religiosidade - Pós Cirúrgico



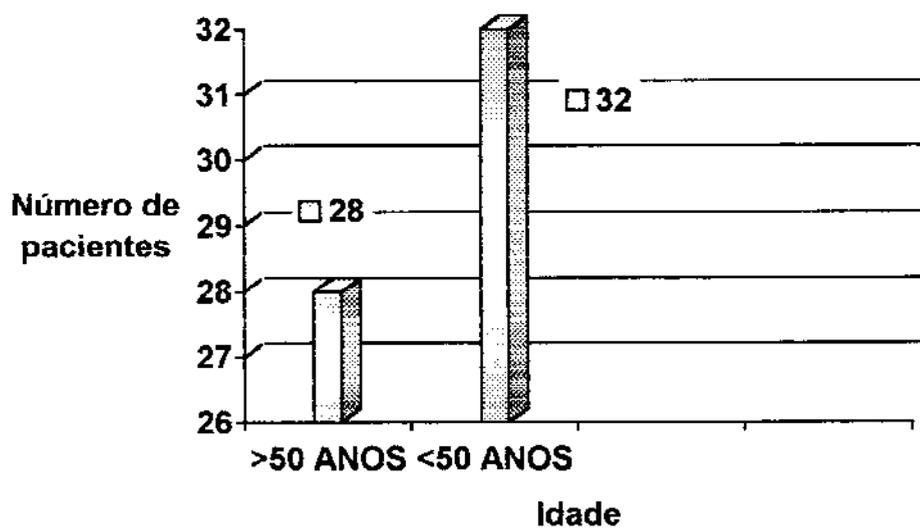
**GRÁFICO 05**  
**FREQUÊNCIA DE IDADE**  
**POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA .**

**Idade - Pré-cirúrgico**



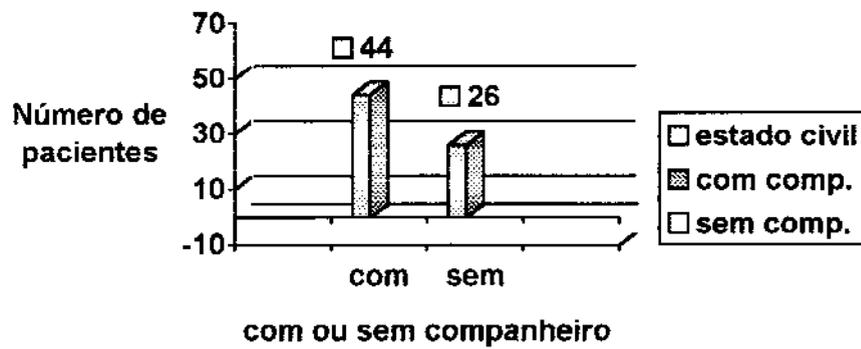
## GRÁFICO 06 FREQUÊNCIA DE IDADE POPULAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA

Idade - Pós - cirúrgico



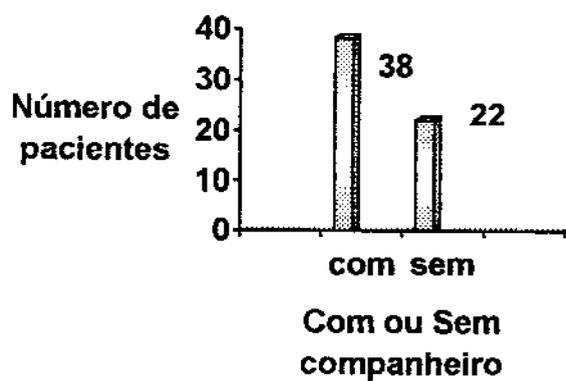
## GRÁFICO 07 FREQUÊNCIA DE ESTADO CIVIL POPULAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA.

### Estado Civil - Pré-Cirúrgico

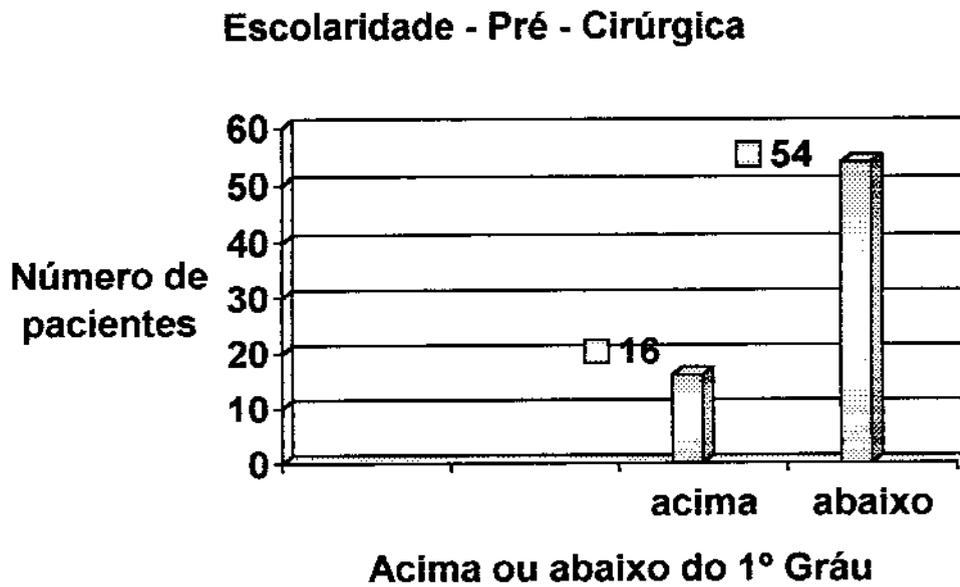


**GRÁFICO 08**  
**FREQUÊNCIA DE ESTADO CIVIL**  
**POPULAÇÃO PÓS CIRÚRGICA**

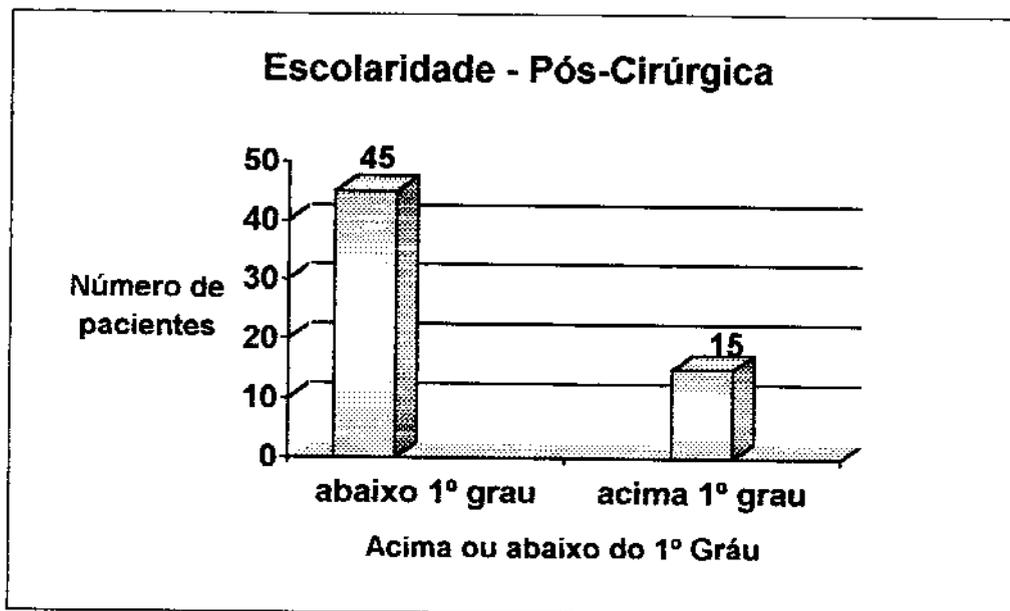
**Estado Cível - Pós-Cirúrgico**



### GRÁFICO 09 FREQUÊNCIA DE ESCOLARIDADE POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA



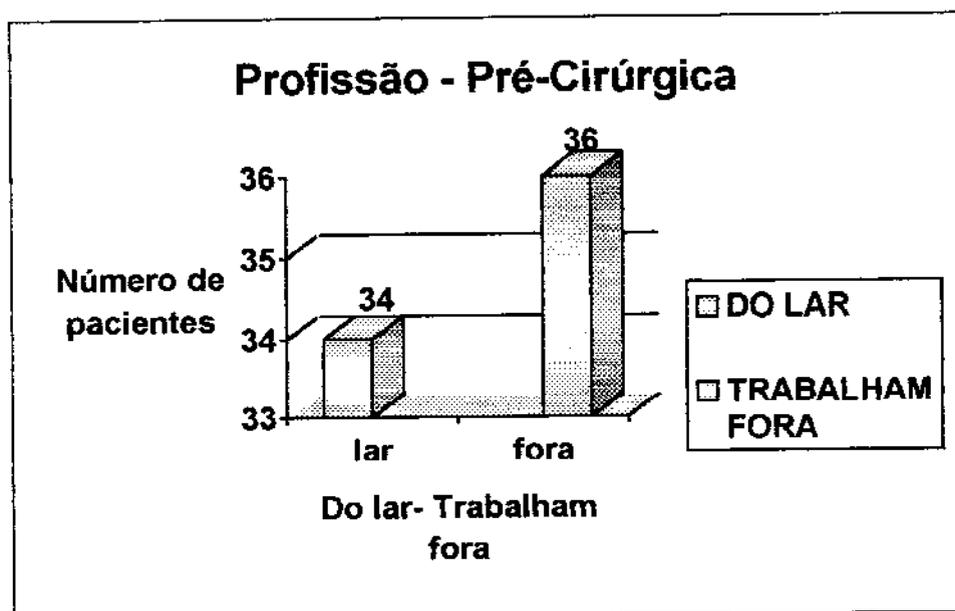
**GRÁFICO 10**  
**FREQUÊNCIA DE ESCOLARIDADE**  
**POPULAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA.**



# GRÁFICO 11

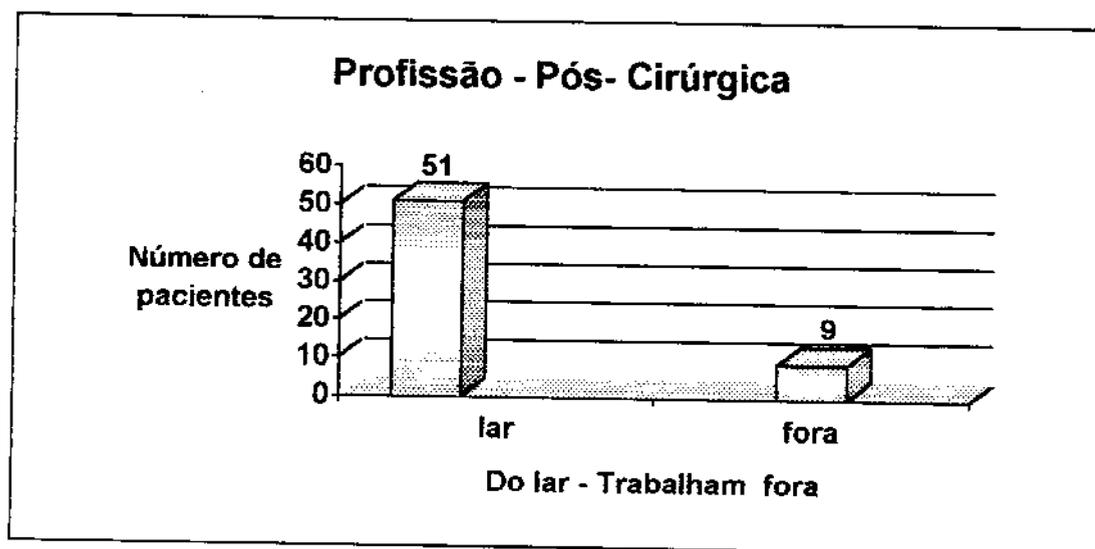
## FREQUÊNCIA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL

### POPULAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA



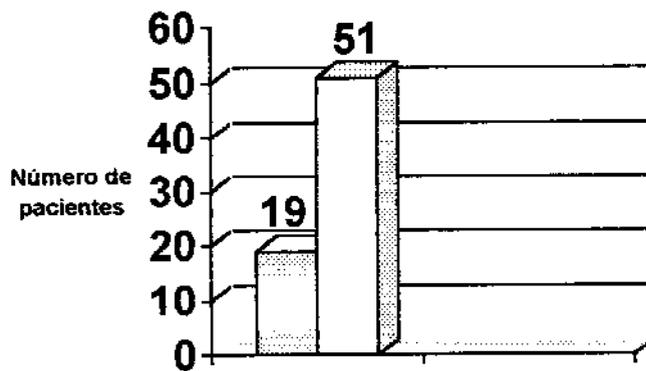
## GRÁFICO 12

### FREQUÊNCIA DA ATIVIDADE PROFISSIONAL POPULAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA



**GRÁFICO 13**  
**FREQÜÊNCIA DE CÂNCER NA FAMÍLIA .**  
**POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA**

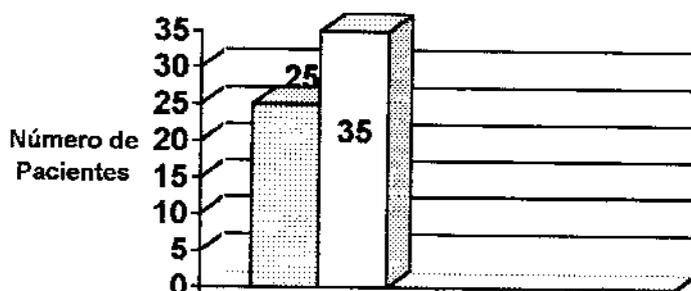
História Familiar de Câncer - Pré-Cirúrgico



<input type="checkbox"/> COM CA.FAMILIAR	19	
<input type="checkbox"/> SEM CA. FAMILIAR	51	

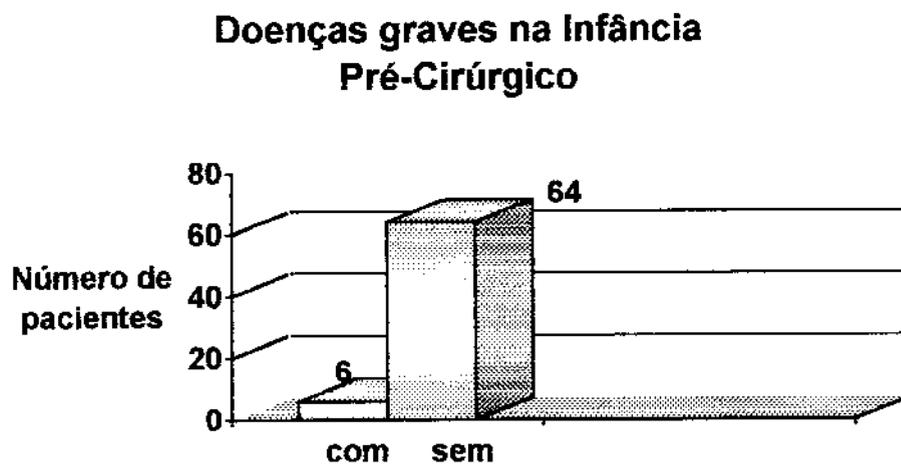
**GRÁFICO 14**  
**FREQÜÊNCIA DE CÂNCER NA FAMÍLIA**  
**POPULAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA**

**História Familiar de Câncer**  
**Pós-cirúrgico**

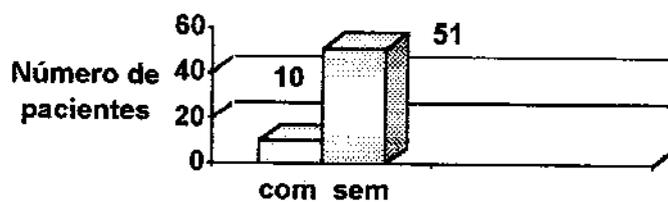


<input type="checkbox"/> COM CA. FAMILIAR	25	
<input type="checkbox"/> SEM CA. FAMILIAR	35	

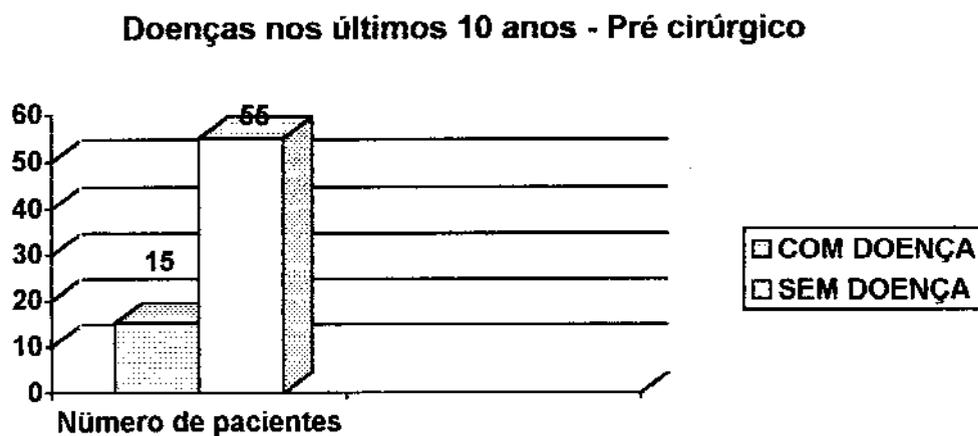
**GRÁFICO 15**  
**FREQUÊNCIA DE DOENÇAS GRAVES NA INFÂNCIA**  
**POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA.**



**GRÁFICO 16**  
**FREQÜÊNCIA DE DOENÇAS GRAVES NA INFÂNCIA**  
**POPULAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA.**

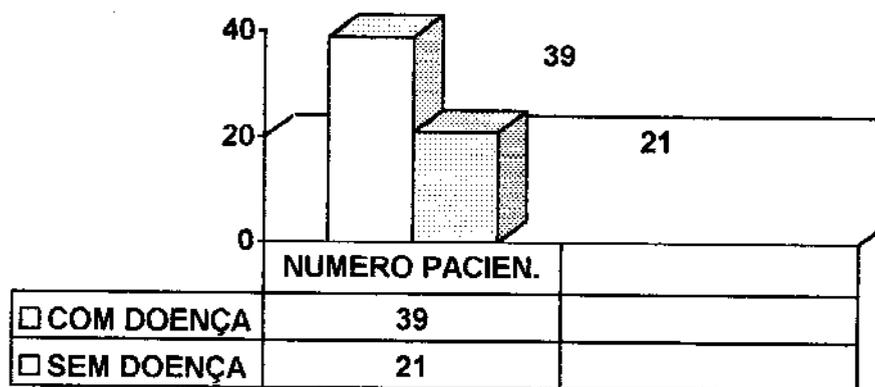


**GRÁFICO 17**  
**FREQUÊNCIA DE DOENÇAS GRAVES**  
**NOS ÚLTIMOS 10 ANOS**  
**POPULAÇÃO PRÉ - CIRÚRGICO**

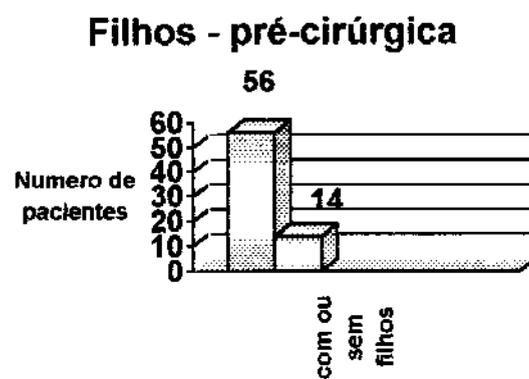


**GRÁFICO 18**  
**FREQUÊNCIA DE DOENÇAS GRAVES**  
**NOS ÚLTIMOS 10 ANOS**  
**POPULAÇÃO PÓS-CIRÚRGICO**

**Doenças nos últimos 10 anos - Pós- cirúrgico**

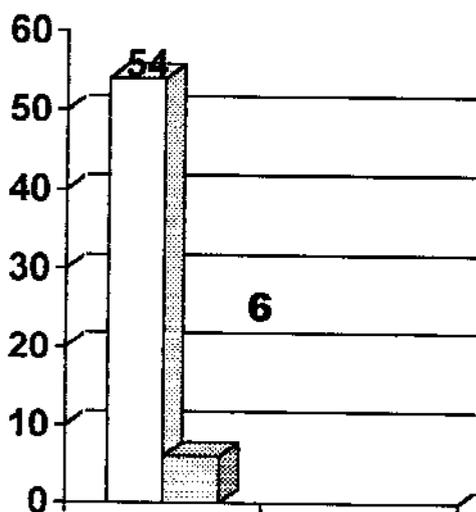


# GRÁFICO 19 PRESENÇA DE FILHOS - POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA



<input type="checkbox"/> COM FILHOS	56	
<input type="checkbox"/> SEM FILHOS	14	

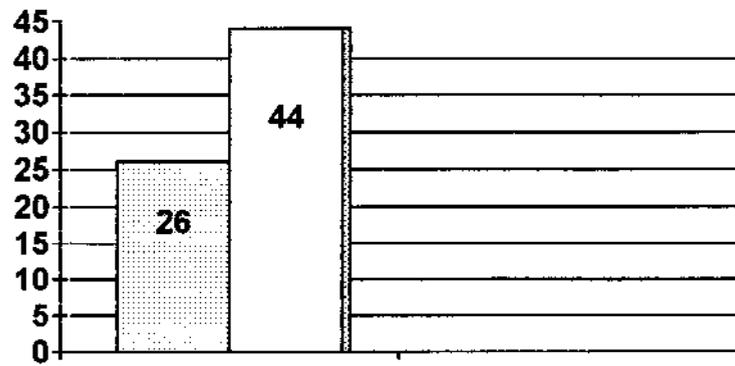
**GRÁFICO 20**  
**PRESENÇA DE FILHOS E DEPRESSÃO**  
**POPULAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA**



<input type="checkbox"/> com Filhos	54	
<input checked="" type="checkbox"/> sem Filhos	6	

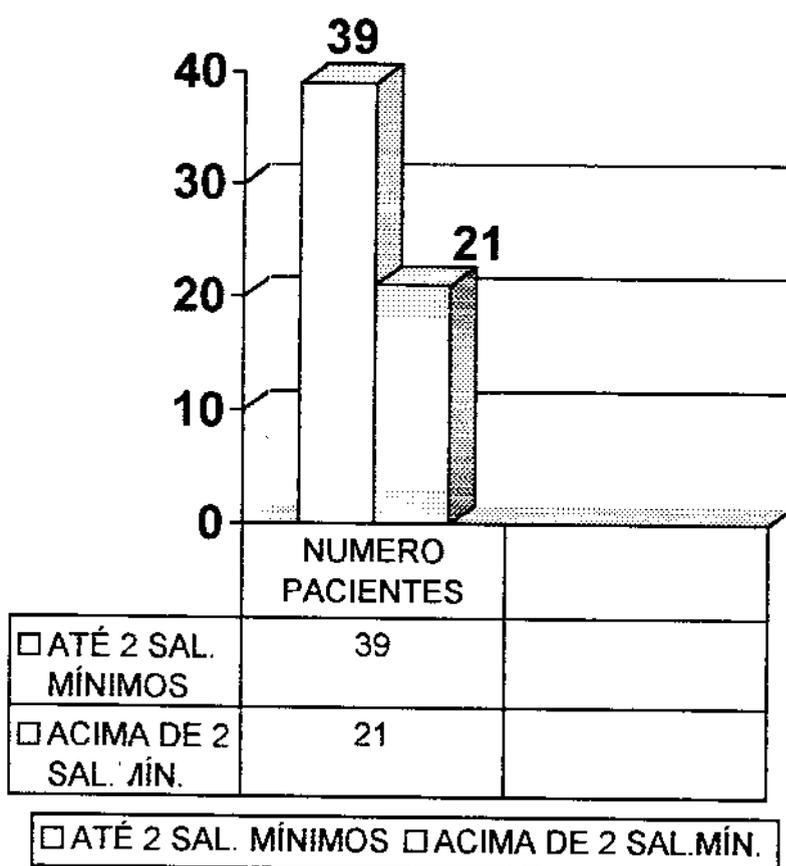
## GRÁFICO 21

### - FREQUÊNCIA DA VARIAÇÃO DA RENDA FAMILIAR POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA



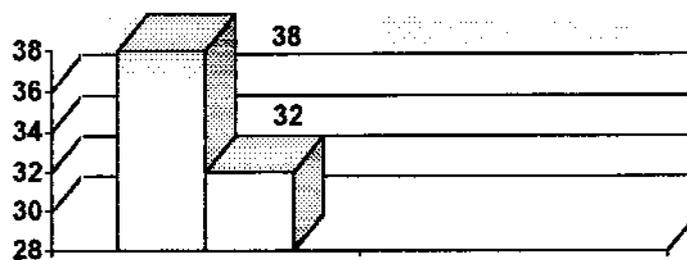
□ ATÉ 2 SAL. MÍNIMOS	26	
□ ACIMA DE 2 SAL. MÍN.	44	

**GRÁFICO 22-**  
**FREQUÊNCIA DA VARIAÇÃO DA RENDA FAMILIAR**  
**População Pós-Cirúrgica**



**GRÁFICO 23**  
**- FREQUÊNCIA DE ALTERAÇÕES SEXUAIS**  
**POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICO**

**Alteração Sexualidade - Pré - Cirúrgico**

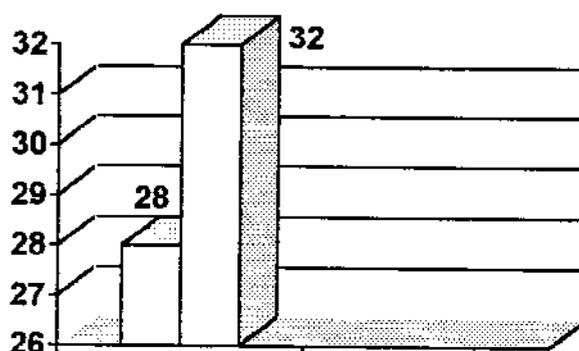


COM ALTERAÇÃO SEX.	38	
SEM ALTERAÇÃO SEX.	32	

## GRÁFICO 24

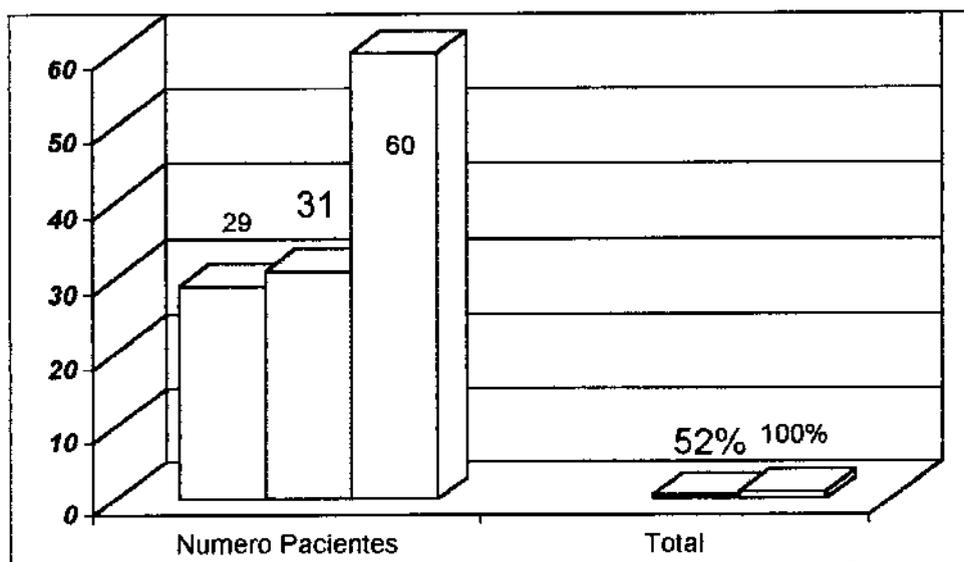
### FREQUÊNCIA DE ALTERAÇÕES SEXUAIS POPULAÇÃO PÓS-CIRÚRGICO

**Alterações da Sexualidade - Pós-cirúrgico**



□ COM ALTERAÇÃO SEX.	28	
□ SEM ALTERAÇÃO SEX.	32	

## GRÁFICO 25 - FREQUÊNCIA DO TEMPO DECORRIDO APÓS A CIRÚRGIA



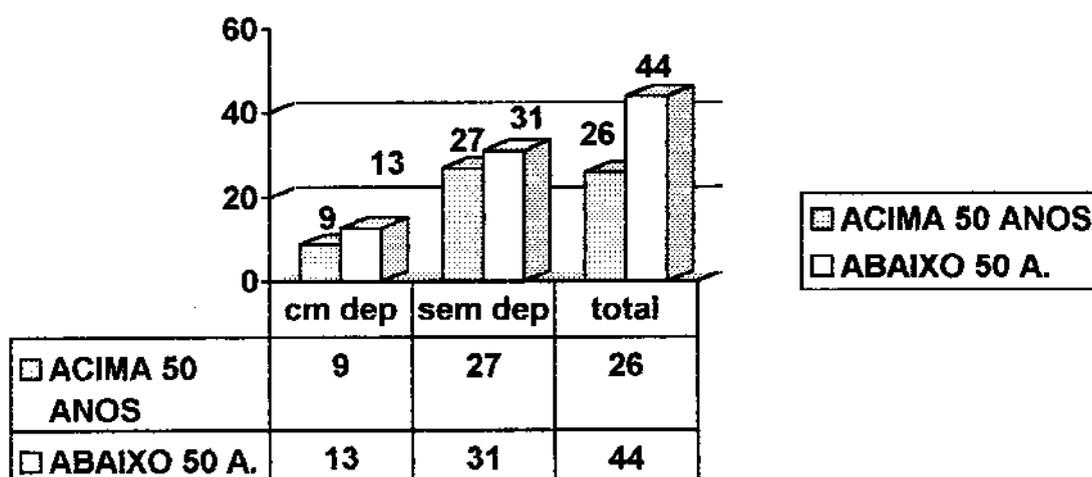
**OS GRÁFICOS A SEGUIR MOSTRAM  
A ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS  
COM A DEPRESSÃO**

## GRÁFICO 26

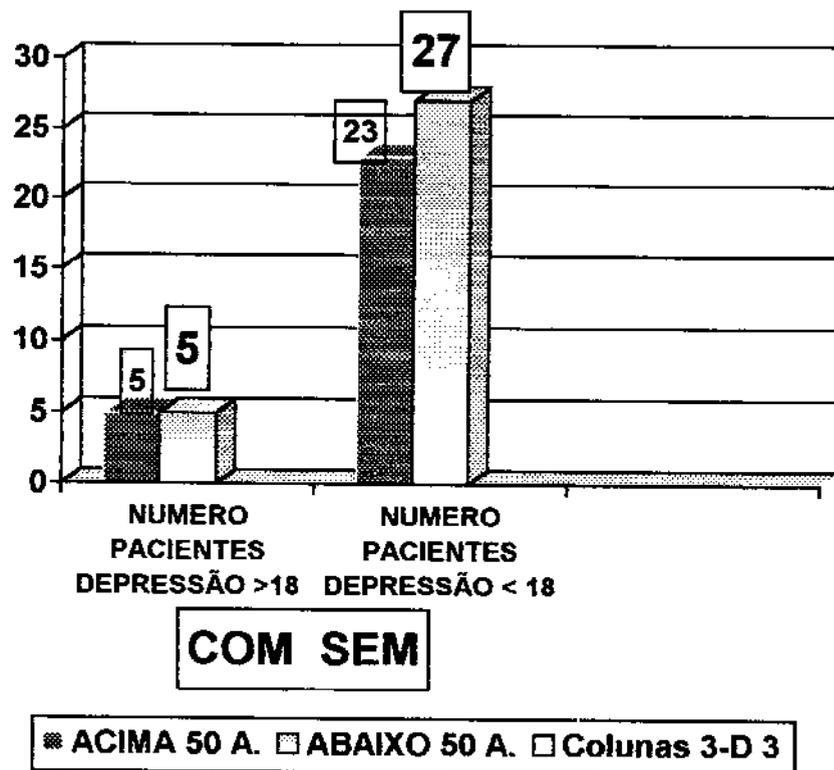
### ASSOCIAÇÃO DEPRESSÃO X IDADE

### POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA

**Correlação Idade-Depressão Pré-cirúrgico**

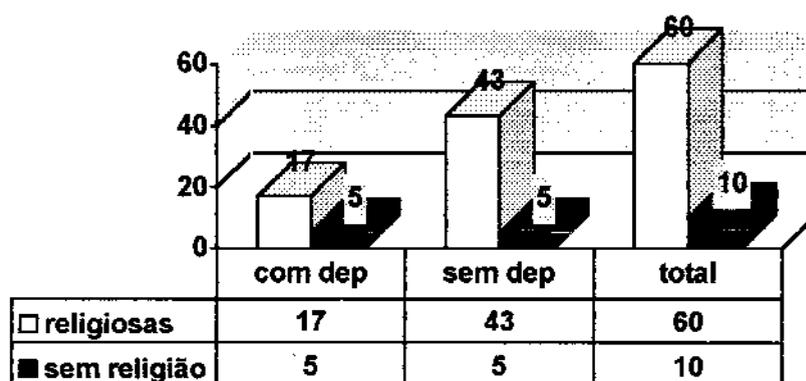


**GRÁFICO 27**  
**ASSOCIAÇÃO DEPRESSÃO X IDADE**  
**POPULAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA**



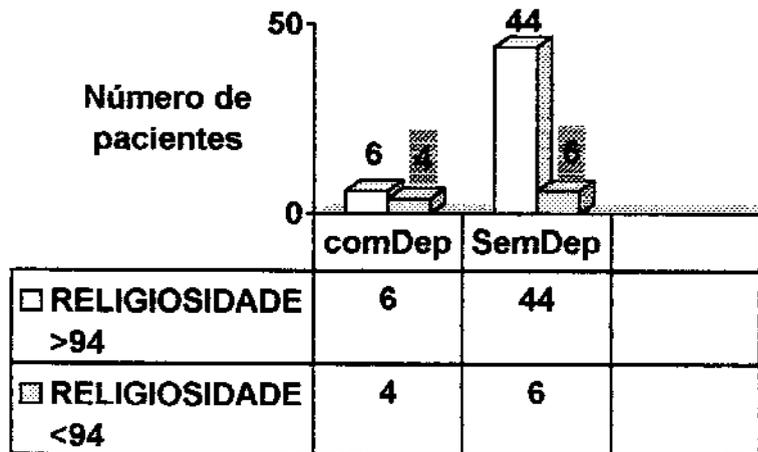
**GRÁFICO 28-**  
**ASSOCIAÇÃO ENTRE**  
**RELIGIOSIDADE E DEPRESSÃO**  
**POPULAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA**

**Religiosidade-Depressão - Correlação - Pré-cirúrgico**



**GRÁFICO 29**  
**ASSOCIAÇÃO ENTRE**  
**RELIGIOSIDADE E DEPRESSÃO**  
em uma população pós-operatória  
**POPULAÇÃO PÓS- CIRÚRGICA.**

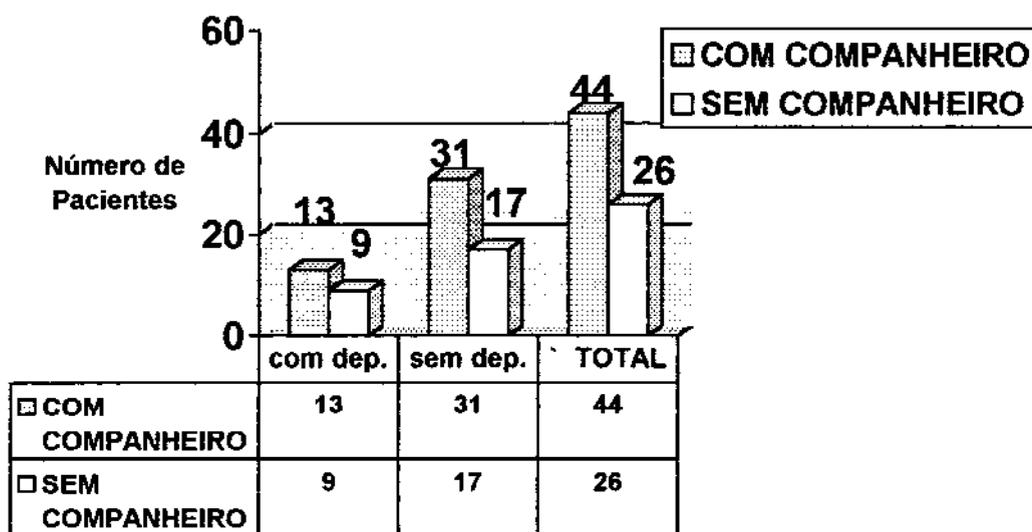
**Correlação Religiosidade & Depressão Pós -  
 Cirúrgico**



## GRÁFICO 30

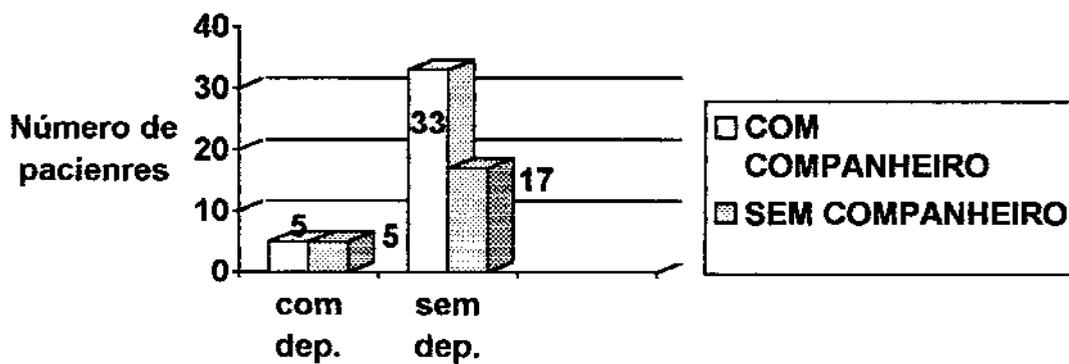
### ASSOCIAÇÃO ESTADO CIVIL E DEPRESSÃO POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICO

**Correlação Depressão- Estado Cível - Pré-Cirúrgico**



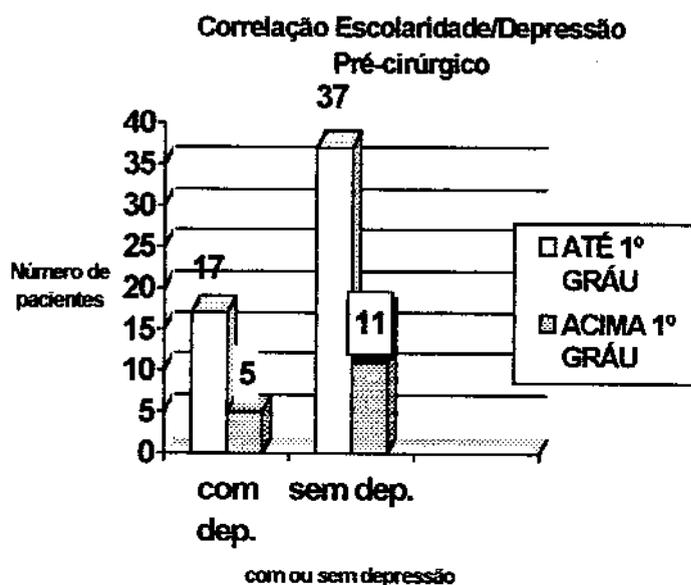
**GRÁFICO 31**  
**ASSOCIAÇÃO ESTADO CIVIL E DEPRESSÃO**  
**POPULAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA**

**Correlação - Estado Civil - Depressão**  
**Pós-cirúrgico**



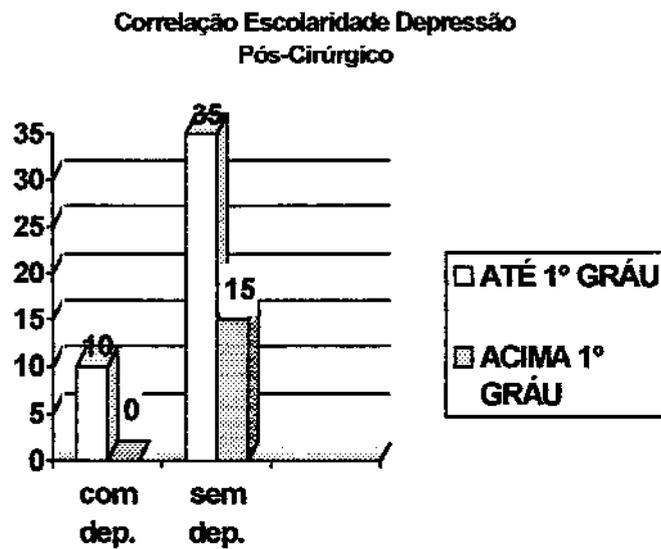
## GRÁFICO 32

### ASSOCIAÇÃO ESCOLARIDADE E DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA



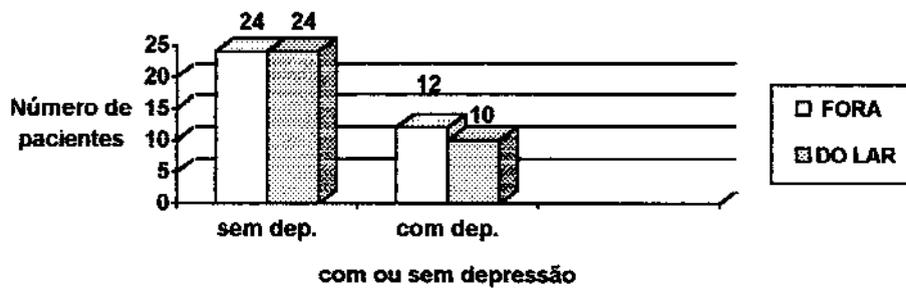
### GRÁFICO 33

## ASSOCIAÇÃO : ESCOLARIDADE E DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO PÓS-CIRURGICA

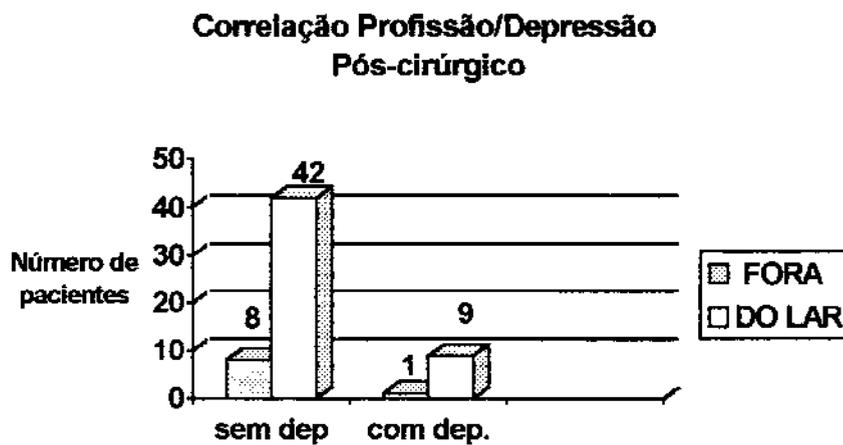


**GRÁFICO 34**  
**ASSOCIAÇÃO : ATIVIDADE PROFISSIONAL E**  
**DEPRESSÃO**  
**POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA**

**Correlação Profissão- Depressão Pré-cirúrgico**

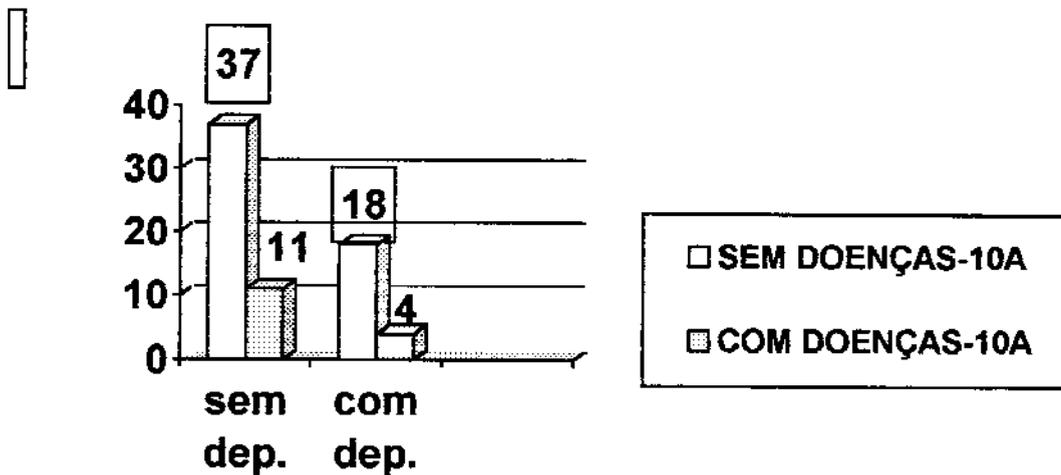


**GRÁFICO 35**  
**ASSOCIAÇÃO : ATIVIDADE PROFISSIONAL E**  
**DEPRESSÃO**  
**POPULAÇÃO PÓS CIRÚRGICA**

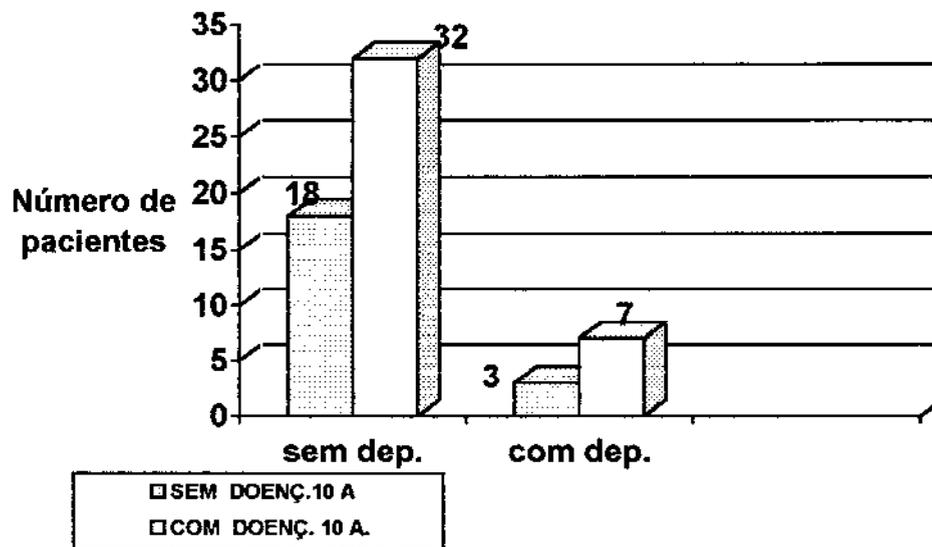


**GRÁFICO 36**  
**ASSOCIAÇÃO DAS DOENÇAS GRAVES NOS**  
**ÚLTIMOS 10 ANOS E DEPRESSÃO**  
**POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA**

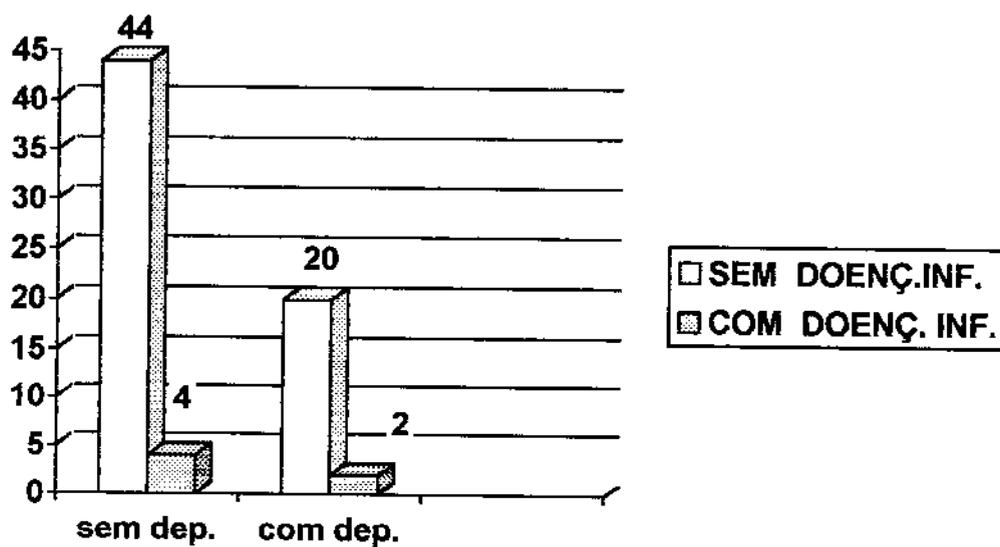
**Correlação Doenças graves nos últimos 10**  
**anos - Depressão**  
**Pré - Cirúrgico**



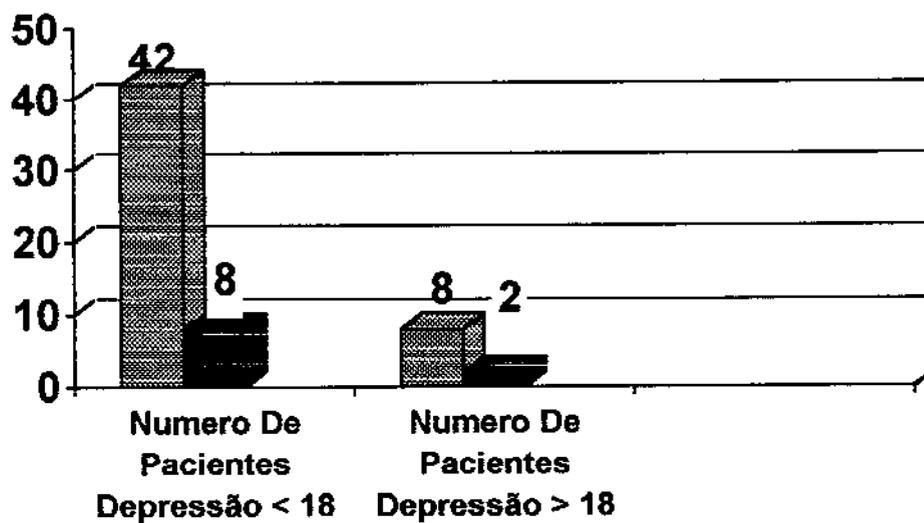
**GRÁFICO 37**  
**PRESENÇA DE DOENÇAS GRAVES NOS**  
**ÚLTIMOS 10 ANOS E DEPRESSÃO**  
**POPULAÇÃO PÓS CIRÚRGICA**



**GRÁFICO 38**  
**ASSOCIAÇÃO DAS DOENÇAS GRAVES NA**  
**INFÂNCIA E DEPRESSÃO**  
**POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA**



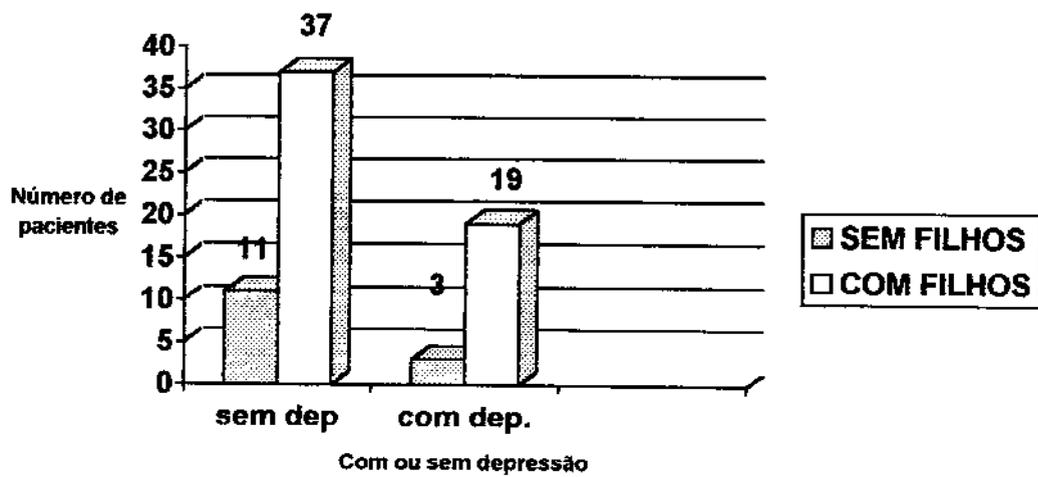
**GRÁFICO 39**  
**ASSOCIAÇÃO DAS DOENÇAS GRAVES NA**  
**INFÂNCIA E DEPRESSÃO**  
**POPULAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA**



Sem Doenças Infância
  Com Doença Infância  
 Colunas 3-D 3

## GRÁFICO 40

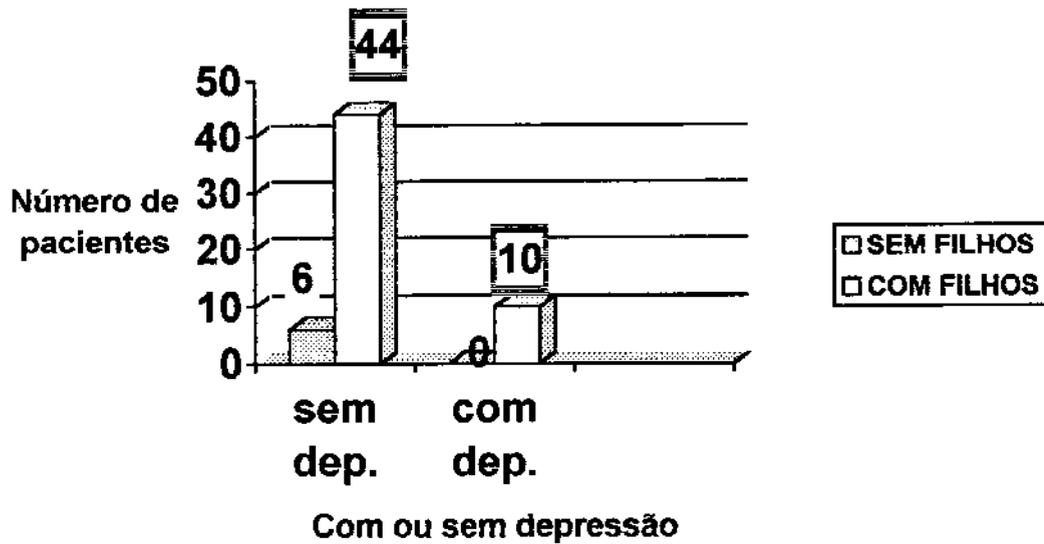
### ASSOCIAÇÃO DA PRESENÇA DE FILHOS E DEPRESSÃO POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA



## GRÁFICO 41

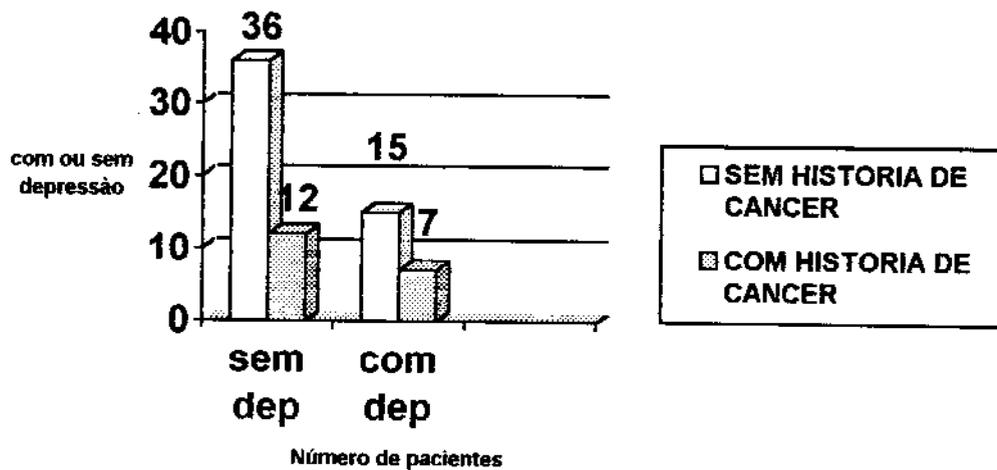
### ASSOCIAÇÃO: PRESENÇA DE FILHOS E DEPRESSÃO POPULAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA

Correlação Filhos - Depressão Pós-cirúrgico



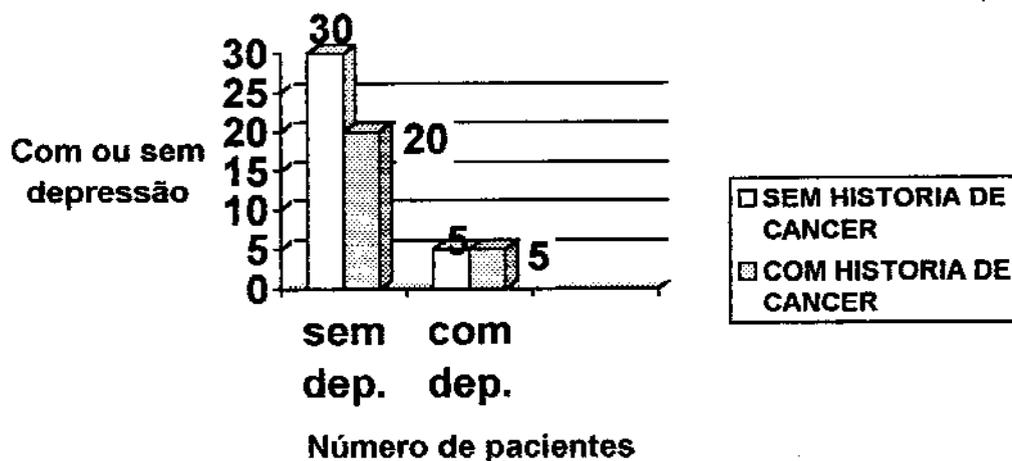
## GRÁFICO 42 ASSOCIAÇÃO: HISTÓRIA FAMILIAR DE CÂNCER E DEPRESSÃO POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA

Correlação História Familiar de Câncer - Depressão  
Pré cirúrgico



**GRÁFICO 43**  
**ASSOCIAÇÃO: HISTÓRIA FAMILIAR DE**  
**CÂNCER E DEPRESSÃO**  
**POPULAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA**

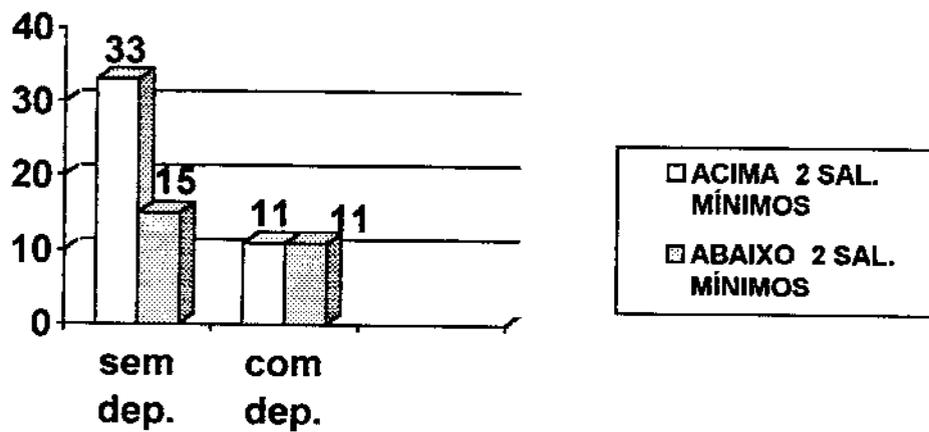
**Correlação História Familiar de Câncer**  
**Depressão**  
**Pós-cirúrgico**



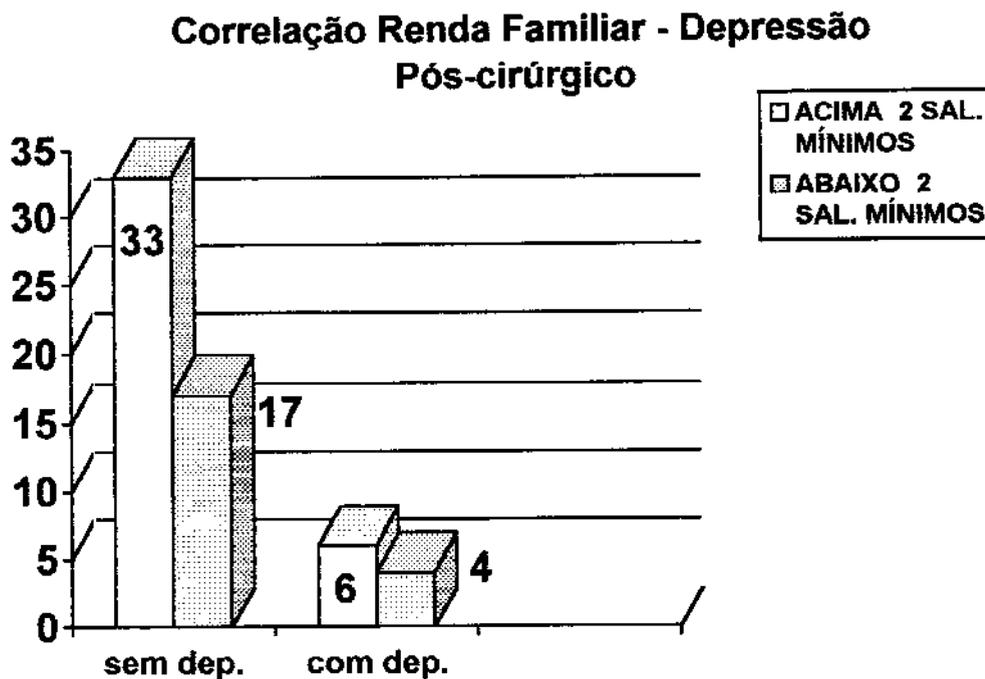
# GRÁFICO 44

## ASSOCIAÇÃO: VARIAÇÃO DA RENDA FAMILIAR E DEPRESSÃO POPULAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA

Correlação Renda Familiar - Depressão Pré-Cirúrgico

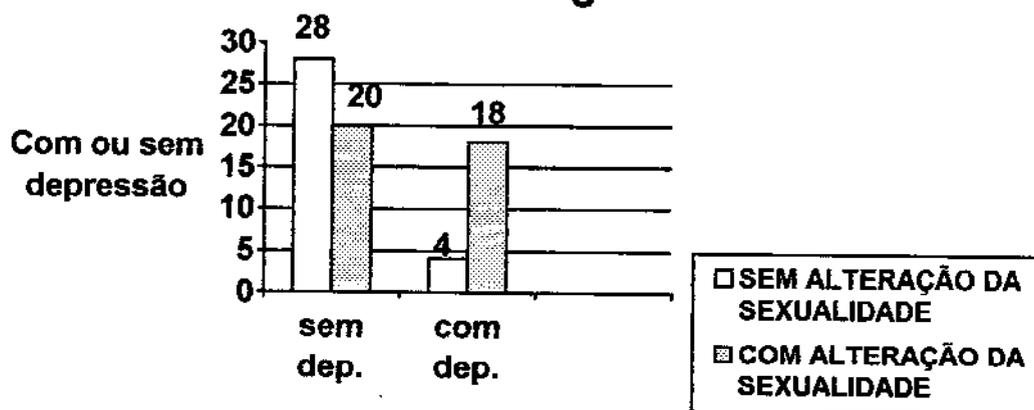


**GRÁFICO 45**  
**ASSOCIAÇÃO: VARIAÇÃO DA**  
**RENDA FAMILIAR E DEPRESSÃO**  
**POPULAÇÃO PÓS- CIRÚRGICA**



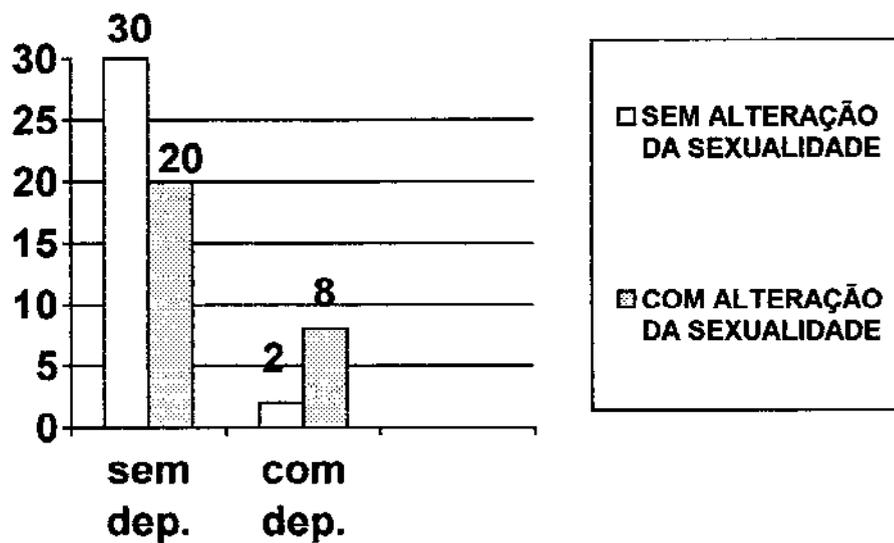
**GRÁFICO 46**  
**ASSOCIAÇÃO:**  
**DEPRESSÃO E ALTERAÇÕES DA SEXUALIDADE**  
**POPULAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA**

**Correlação Alteração da Sexualidade**  
**Pré Cirúrgico**



**GRÁFICO 47**  
**ASSOCIAÇÃO:**  
**DEPRESSÃO E ALTERAÇÃO DA SEXUALIDADE**  
**POPULAÇÃO PÓS - CIRÚRGICA**

**Correlação Alteração da Sexualidade**  
**Depressão**  
**Pós Cirúrgico**





## **7-DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste trabalho foram avaliadas 130 pacientes com diagnóstico de neoplasia mamária em duas diferentes fases do tratamento:

GRUPO I - 70 - pacientes em pré-cirúrgico. GRUPO II - 60 - pacientes em pós-cirúrgico

As pacientes foram triadas do serviço de mastologia do Hospital Pérola Byington de São Paulo, referência de atendimento da saúde da mulher.

As pacientes foram avaliadas através dos questionários de identificação, religiosidade (adaptado de Vincent Moschella e Larson) e pela escala de Beck para depressão.

Apesar das escalas de depressão terem alta especificidade e sensibilidade, os resultados em pacientes com câncer ainda são controversos.

Foram avaliados também alguns fatores psicossociais com a intenção de se detectar algum evento significativo que pudesse interferir como fator concomitante na depressão, ou que pudesse agir como protetor contra a depressão.

Para a avaliação dos resultados utilizamos o programa de epidemiologia e estatística em Saúde do EPI-INFO( 6.0) na correlação qui-quadrado , através das técnicas de Mantel Haenzel, Yates, Fisher com P.Value considerado positivo abaixo de  $p < 0.05$ . Tivemos o cuidado de colocar todos os valores obtidos em cada correlação abaixo das tabelas correspondentes.

Para iniciarmos esta discussão uma explicação inicial se faz necessária.

O tema religiosidade é um tema denso , consistente e profundo. Entretanto, existe uma imensa dificuldade de articulação entre os trabalhos da literatura . Esta falta de conexão , aparentemente tem como motivo as diferentes regiões do mundo onde são realizados ( SATOH(1990),Japão; KAUFFMAN(1979) , EUA; JUAREZ (1995), Espanha,), e as diferenças culturais que tendem a particularizar cada trabalho.

Outra dificuldade que encontramos é que o tema da religiosidade esta sendo discutido em diversas instituições e com diversos profissionais de diferentes áreas (enfermagem, médicos, psicólogos , sociólogos), e nem sempre é possível atrelar os conceitos discutidos.

O que aparentemente é um ponto de tangência entre eles, é um possível benefício que segundo os mais diversos trabalhos a religiosidade proporciona aos pacientes com afecções físicas. Diversos trabalhos na literatura trazem este benefício em seus resultados, apesar das metodologias serem diferentes.

Vamos mostrar alguns pontos de tangência entre os trabalhos da literatura e tentar encontrar uma ligação com o nosso trabalho.

Os resultados encontrados em nosso trabalho estão descritos através das tabelas e gráficos mencionadas no início de cada tema de discussão. As tabelas e gráficos encontram-se no capítulo RESULTADOS.

## 1- FREQUENCIA DE DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO ESTUDADA.

A população estudada foi dividida em Pré e Pós cirúrgica.

Esta divisão foi realizada tendo em vista os diferentes aspectos mentais que as pacientes apresentam nestes momentos do percurso da doença . Estes trabalhos também mostram que as diferenças no ajustamento , entre outras manifestações mentais se alteram como passar do tempo. Partindo desta premissa procuramos distinguir as pacientes nos momentos do percurso da doença em pré e pós cirúrgico, para uma melhor avaliação da nossa população. (MILLAR-1995, KLEITER-1993, MAGUIRE-1990, M. OMNE-PONTEN-1993)

As tabelas 1 e 2, apresentam a frequência de depressão as populações estudadas (pré- e pós cirúrgica). Estes resultados foram obtidos a partir da escala de Beck onde pacientes com escores acima de 18 foram considerados “com depressão” e com escores abaixo de 18 foram considerados “sem depressão”.

Ao se fazer o teste de Mantel Haenzel verificamos que não houve diferença significativa em relação à presença de depressão.

Neste trabalho não houve significância inter-grupos, ou seja entre a população pré e pós cirúrgica.

O valor de P. Value na técnica de Mantel Haenzel foi 0.0514, e de Yates foi 0.08

Os dados do grupo I (pacientes pré-cirúrgicas) estão em conformidade com os trabalhos da literatura de HOPWOOD (1991), que encontrou um escore de 27% de depressão em pacientes com câncer de mama pela HADS (Hospital Anxiety and Depression scale), e 22% pela RSCL (Rotherdan Checklist for Câncer patients).

CARVALHO (1995) demonstrou que 25 % da população acometida com câncer apresenta distúrbios depressivos (estudo epidemiológico).

GONÇALVES, FERRAZ, GIGLIO (1996) encontraram um escore de 30 % de depressão nas pacientes mastectomizadas avaliadas pela escala de Beck para depressão e, além de revelarem que a depressão era significativamente maior nas pacientes que não possuíam companheiro em detrimento das que tinham companheiro. Neste trabalho houve além desta correlação um alto índice de alteração da sexualidade. Fatores como auto-imagem, auto-estima, e outros foram sugeridos como possíveis determinantes desta alteração.

NEUHAUS (1994), encontrou um escore de 30% de depressão nas pacientes com neoplasia de mama e neste trabalho também foi detectado um aumento da resignação e do isolamento social destas pacientes.

MAGUIRE (1990) encontrou uma porcentagem de 50% de depressão nas pacientes mastectomizadas.

Em 1994 LEE realizou uma avaliação da depressão em pacientes mastectomizadas em pré e pós cirúrgico, onde as entrevistas foram realizadas antes da cirurgia, 3 e 6 meses após cirurgia. Ele obteve neste trabalho um escore de 8,2- 8,2 - e 2.1

respectivamente para depressão através do Present State examination e Social adjustment scale.

No nosso trabalho houve uma pequena queda da depressão quando avaliadas em pré e pós cirúrgico sem apresentar valores significativos .

Houve para estes eventos temporais (pré- e pós cirúrgico ) um decréscimo dos escores de depressão, entretanto, estes valores não tiveram valores estatisticamente significativos. Nós não podemos afirmar um decréscimo real porque nosso trabalho não foi prospectivo. Para a avaliação desta queda nos valores da depressão sugerimos outros trabalhos com desenho prospectivo.

### **Estudo da religiosidade**

Usaremos a sigla ML para as escalas de Moschella e Larson

No nosso trabalho foram consideradas pacientes religiosas aquelas que possuíam um escore de religiosidade ( avaliada pelas escalas modificadas de religiosidade de Vincent Moschella e Larson) maior que 94 . Foram consideradas religiosas as pacientes que possuíam um escore acima do segundo quartil, ou seja, 94 pontos da pontuação da escala que perfazia um total de 188 pontos.

Pacientes não religiosas - Pacientes com pontuação menor ou igual a 94.

Temos então como resultado nas tabela 3 e 4, a frequência da religiosidade nas populações de estudo.

Na avaliação inter-grupos não houve significância para a religiosidade, ou seja, P. Value na técnica de Mantel Haenzel foi 0.7, e de Yates foi 0.89.

A religiosidade tem sido estudada com frequência em pacientes acometidos com moléstias crônicas e graves. As crenças espirituais, religiosas e psicológicas são essenciais na luta contra o câncer e ajudam a encontrar um significado para a doença. (GOLLEMAN-1997). O nosso trabalho procura se inserir nesta perspectiva de estudo.

O nosso trabalho investiga a religiosidade, no tocante aos aspectos psicológicos. Um trabalho realizado por DEIN & STYGALL (1997), refere uma correlação entre a religiosidade e as doenças crônicas, enfatizando que este aspecto é relevante no cuidado paliativo. As necessidades espirituais e o questionamento existencial é comum em pacientes com doenças crônicas. Eles mencionam ainda uma tentativa dos pesquisadores atuais em demonstrar as associações entre as necessidades espirituais, as práticas religiosas e o prognóstico psicológico. As recomendações religiosas podem ser, segundo os autores, tão relevantes quanto as práticas clínicas na atenção paliativa destas patologias. O nosso trabalho, através da correlação com a depressão envereda também nas questões do prognóstico psicológico, já que a depressão pode trazer danos às pacientes com câncer de mama, tanto no tocante ao diagnóstico, como também no que diz respeito da continuidade do tratamento. (GONÇALVES, FERRAZ, GIGLIO-1996).

FEHRING, MILLER, SHAW (1997), estudaram 100 pacientes de idade avançada com diagnóstico de câncer em dois hospitais do meio-oeste dos EUA. (Milwaukee, WI). Variáveis como bem-estar, esperança, bom humor, depressão foram levantadas. Uma consistência positiva foi encontrada na correlação religiosidade intrínseca e bom humor,

esperança, e outras formas de humor positivo. Um nível alto de significância foi encontrado na correlação bom-humor e religiosidade intrínseca. O nosso estudo não fez distinção entre religiosidade intrínseca e extrínseca, pois nosso método , necessitava de um trabalho prévio de validação , por ainda ser inédito no Brasil. Nos próximos trabalhos tentaremos organizar um desenho que comporte também a distinção entre religiosidade intrínseca e extrínseca.

#### A tabela 5 associa a depressão com a religiosidade

Para esta correlação nós não encontramos significância , ou seja, P.value foi 0.15 na técnica de (Fisher) e na técnica de Mantel Haenzel o P.value foi de 0.17. Na técnica de Yates o resultado de P.value foi 0.31 .

Podemos observar na população pré-cirúrgica fatores estressantes que poderiam interferir na expressão da religiosidade. Diversos autores com FALLOWFIELD (1993), MAGUIRE (1989), KLEITLER (1993), apontam a ansiedade como um fator relevante nas pacientes , e um possível desajustamento em função do medo da morte e da mutilação. O nosso trabalho adota esta possibilidade como uma das possíveis interferências na expressão da religiosidade das pacientes neste período de avaliação.

A tabela 6 correlaciona a depressão com a religiosidade na população pós cirúrgica.

Para esta associação encontramos os seguintes valores para P. Value nas diferentes técnicas estatísticas de avaliação

Na técnica de Mantel Haenzel P. value foi 0.03, na de Fisher exact o resultado foi 0.05,

Na avaliação do "Confiance limits" temos 0.04, portanto:

**Significativo para a associação religiosidade / depressão em pacientes após mastectomia.**

A partir daqui teremos que abrir uma discussão no que diz respeito aos valores encontrados.

Na população pré cirúrgica não foram encontrados valores significativos com relação à proteção da religiosidade sobre os transtornos depressivos. Já na população pós-cirúrgica encontramos valores significativos para a correlação depressão e religiosidade. Temos então uma questão que diz respeito ao por quê a religião atuou como protetor contra a depressão na população pós cirúrgica e não atuou como protetor na população pré-cirúrgica.

Ao refletirmos sobre os motivos pelo qual a população pré- cirúrgica não obteve um resultado significativo, podemos inferir que como principal fator, o impacto do diagnóstico interfere significativamente nos ajustamento das pacientes acometidas com câncer. (FOLLOWFIELD-1993, HOLMBERG-1989, MILLAR-1995).

NEHAUS (1994), refere que as pacientes acometidas com doença maligna da mama apresentavam características de comportamento com supressão da emoção. Um aumento da resignação e do isolamento social foi observado nestas pacientes . Esta

supressão das emoções , poderia também estar associadas à supressão da expressão da religiosidade nas pacientes no período pré- cirúrgico.

MAGUIRE e LEE (1978) apontam os distúrbios de ansiedade como sendo um sintoma preponderante nas pacientes em pré- operatório. Ele revela que 27% das pacientes que iriam se submeter à mastectomia apresentavam sintomas como tensão constante, e persistente, incapacidade de relaxar, dores de cabeça, transpiração excessiva, palpitações, e ataques de pânico. Em 33% das mulheres das pacientes mastectomizadas apresentavam reações ansiosas em variadas proporções.

A expressão da religiosidade , bem como outros aspectos psicológicos podem estar alterados no momento pré- cirúrgico , pois o medo da cirurgia e da mutilação é um fator de forte impacto . A ansiedade poderia mascarar as demais expressões emocionais nesta fase .

No nosso trabalho a religiosidade , aparentemente protegeu as pacientes contra a depressão no período pós cirúrgico .

LEE(1994) , refere uma modificação dos aspectos psicológicos e da depressão no pré cirúrgico e nos meses subsequentes à mastectomia. (3 e 6 meses), onde existe uma queda dos níveis de depressão na população que estudou. Este trabalho corrobora com a nossa investigação e com o desenho de nosso trabalho onde existe uma modificação dos escores de alguns aspectos psicossociais ( como veremos adiante) e da religiosidade nos diferentes momentos do percurso da doença.

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 os efeitos do tratamento que inclui, via de regra a mutilação (HOLMBERG-1989, MORRIS-1977, FALLOWFIELD-1993). O impacto do diagnóstico, segundo os autores da literatura é devastador para diversos aspectos psicológicos das pacientes exigindo ajustamento e suporte para enfrentamento. Futuros estudos são necessários para a obtenção de mais dados sobre este impacto. Este desajustamento também poderia ser entendido como uma desestruturação das questões de ordem religiosa. Tentamos também aqui aproximar o entendimento de nossos resultados, onde a população pré-cirúrgica apresentou altos escores de depressão e a religiosidade, e outros aspectos não se mostraram como protetor

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 sub-populações 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. 9 apresentaram sintomas psicossomáticos (cardíacos, cefaléias). Foi revelado também que estas pacientes apresentavam no período inicial da doença (pré-cirúrgico) um alto grau de dificuldade de expressar emoções, uma hipervalorização da moral e de valores religiosos, autopunição, depreciação, e excessiva queda da auto-estima. Este trabalho

apresenta resultados que discordam do nosso trabalho onde os valores religiosos se mostraram significativos na população em estágio inicial da doença. No nosso trabalho os valores religiosos não foram valorizados pelas pacientes nos estágios iniciais da doença.

Após o diagnóstico, as pacientes passam por diversas etapas e por situações de extrema confusão, ansiedade e depressão.(SARDELL-1993, RUCKDESCHEL-1994). Estes trabalhos também contribuem para o entendimento dos resultados de nosso trabalho. A desestruturação emocional e a confusão mental que são referidas pelos autores dos trabalhos citados acima, mostram que no momento do diagnóstico existem muitos aspectos ainda sem aprofundamento. Estes aspectos poderiam ter alguma correlação com os aspectos levantados nos resultados do nosso trabalho onde a religiosidade não foi fator de proteção contra a depressão no período pré-cirúrgico.

A falta de opção de tratamento também é um fato de grande sofrimento para as pacientes. LEE-1994, revela que as pacientes sofrem desajustamentos que incluem a modificação da performance no trabalho, distanciamento interpessoal, dependência submissa, simbiose familiar e ansiedade e que as pacientes que sofreram cirurgia com conservação da mama acabaram apresentando menos distúrbios de humor e outros transtornos mentais.

FOLLOWFIELD (1986), encontrou dados que sugerem que para a maioria das mulheres o medo da morte é mais importante que a perda da mama. A religiosidade está ligada com os aspectos que convergem para as questões da vida e da morte. Visto por este ângulo, poderíamos pensar em uma possível associação entre a religiosidade sendo relevante para a proteção contra a depressão no período pré- cirúrgico em nossas pacientes

e este temor da morte que acomete as pacientes com diagnóstico de câncer. De alguma forma as pacientes poderiam sentir, em um primeiro momento, uma decepção e frustração, já que sua religiosidade não as protegeu do câncer e da morte. Em um momento seguinte, após a cirurgia, esta mesma decepção poderia se transformar em reafirmação e reconhecimento dos aspectos religiosos, já que mesmo com o diagnóstico de câncer elas estão vivas e "possivelmente" curadas. Naturalmente estas hipóteses poderão ser exploradas e aprofundadas em trabalhos futuros. Neste momento apenas levantaremos algumas pequenas questões que afloram durante a leitura dos trabalhos pertinentes ao assunto.

ARÁN-1996, em um estudo sobre as representações das pacientes mastectomizadas sobre a doença e a mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama nos diz que os temores relativos à mutilação, uma reedição emocional de casos familiares de perdas e de sofrimento, bem como as representações do medo da morte que o diagnóstico de câncer exalta podem interferir no tratamento precoce da doença. No nosso trabalho, esta informação nos auxilia, na medida em que as pacientes em pré-operatório encontram-se em um mosaico de dúvidas e que as questões emocionais (ansiedade, medo da morte e da mutilação), podem afastá-la temporariamente do pensamento religioso. Após a cirurgia, quando todas estas questões do impacto do diagnóstico voltam a um patamar emocional "administrável", a fé retoma seu curso, (já que a maioria das pacientes são consideradas como religiosas pelo nosso método). Mais estudos poderiam lançar novas luzes sobre esta questão.

Outros fatores que poderiam justificar este resultado (menor ocorrência da religiosidade na população pré- cirúrgica), está no fato que, como HOLLAND e LEWIS (1997) descrevem é que no momento do diagnóstico de câncer existe uma imensa corrida por tratamentos alternativos e /ou “complementares”. Esta procura pelos tratamentos não convencionais (nutricionais, mentais, imunológicos, metabólicas desintoxicantes, imagens mentais, entre outros.), podem também interferir nas práticas e na busca religiosa das pacientes. Após a cirurgia, as pacientes possivelmente voltam a reestruturar seu universo de crenças e selecionar as experiências da sua religiosidade .

Questões de ordem inconscientes poderiam ser fruto de reflexão nesta discussão, já que em 1999, GONÇALVES, FERRAZ E GIGLIO, em um trabalho de estudo dos mecanismos de defesa do ego em pacientes mastectomizadas apontam que a anulação foi um dos mecanismos mais usados pelas pacientes. Podemos inferir que a **DESTRUÇÃO (ANULAÇÃO)**, ou seja um mecanismo de defesa que envolve uma protelação dos “males” através de uma compensação voluntariamente assumida e executada foi bastante utilizada pelas pacientes . Este mecanismo de defesa utilizado pelas pacientes do grupos estudados poderia convergir também para a questão da religiosidade através das praticas de promessas, juramentos, rituais e outras “negociações” com um ser superior, no sentido de se conseguir uma cura ou uma diminuição do sofrimento. A prática religiosa poderia atuar nas categorias de questionamento que envolvem a morte e a morbidade.

O ponto de intercessão da prática religiosa e da qualidade de vida das pacientes seria um campo de pesquisa, já que a satisfação de vida, bem como a aceitabilidade da doença poderia estar ligada à um credo ou uma filosofia de vida que desse sustentáculo aos

infortúnios trazidos pela patologia e a melhor adaptação da paciente às novas condições impostas pela doença e a mutilação.

A adaptação é um ponto nodal de discussão na teoria psicanalítica e um aprofundamento desta questão coloca-nos diante de outras tendências de pensamento que trazem como via de tratamento a supressão do sintoma, como na escola francesa de psicanálise.(que poderia ser até mesmo um mecanismo de defesa) para a expressão do sujeito do inconsciente. Nesta vertente a adaptação e o ajustamento deixariam de ter um papel relevante para o sujeito. Entretanto deixaremos o aprofundamento destas discussão para trabalhos posteriores em conjunto com autoridades da área de psicanálise.

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A RELIGIOSIDADE E  
OS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS**

**ESTUDO DA RELIGIOSIDADE ASSOCIAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE,  
VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS & TRANSTORNO DEPRESSIVO**

TABELA 7 - RELIGIOSIDADE COM AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS.

<i>Religiosidade e Aspectos Psicossociais</i>	<i>Grupo Pré- Cirúrgico P. Value.</i>	<i>Grupo Pós- Cirúrgico P. Value.</i>
<i>Religiosidade e Idade</i>	<i>0.2</i>	<i>0.5</i>
<i>Religiosidade e Estado Civil</i>	<i>0.4</i>	<i>0.3</i>
<i>Religiosidade Profissão</i>	<i>0.5</i>	<i>0.7</i>
<i>Religiosidade e Escolaridade</i>	<i>0.5</i>	<i>0.04 *</i>
<i>Religiosidade e Doença Infantil.</i>	<i>0.3</i>	<i>0.5</i>
<i>Religiosidade e Doenças 10 Anos</i>	<i>0.6</i>	<i>0.07</i>
<i>Religiosidade e Câncer Na Família</i>	<i>0.4</i>	<i>0.5</i>
<i>Religiosidade e Filhos</i>	<i>0.08</i>	<i>0.3</i>
<i>Religiosidade e Renda</i>	<i>0.6</i>	<i>0.7</i>
<i>Religiosidade e Sexualidade</i>	<i>0.2</i>	<i>0.02 *</i>
<i>Religião e Tempo Cirurgia</i>	<i>00</i>	<i>0.8</i>

Esta tabela correlaciona a religiosidade com os fatores psicossociais. Está descrita nos resultados de P. value para as correlações.

**PEQUENO LEVANTAMENTO DA RELIGIOSIDADE NO BRASIL**

Verificamos apenas alguns dados estatísticos da religião no Brasil para podermos situar a nossa população de estudo.

A preocupação de fundo de diversas discussões giram em torno das recentes transformações porque passa o campo religioso brasileiro.

ANTONIASI (1989), faz um trabalho sobre o catolicismo no Brasil e evidencia o fato de que *“Toda religião, mesmo a religião católica, é na realidade um pluralidade de religiões distintas e freqüentemente contraditórias”*.

Segundo o anuário estatístico do IBGE (Instituto brasileiro de geografia e estatística)						
temos: População brasileira segundo a religião:						
Censo de :	1872	1890	1940	1950	1970	1980
Católica	99.7%	98,9%	95%	93.5	91.8%	88.4%
Evangélicas	---	1.0%	2,6%	3,3%	5.2%	7,0%.

Existe uma preocupação por parte das instituições religiosas no auxílio e na continência das questões relacionadas com a saúde.

A forma como as pastorais de saúde lidam com a doenças (mentais e orgânicas) podem ser expressadas por um “manual” para samaritanos anônimos (pessoas voluntárias que atuam na área da saúde).

Esta preocupação , em função das condições sócio- econômicas brasileiras não deve ser desprezada e sim cultivada, para uma melhor continência daqueles que não possuem dificuldades para o acesso ao tratamento.

A afiliação religiosa e a continência aos doentes por parte das instituições religiosas podem ser escopo de e outros trabalhos de pesquisa.

Neste trabalho nós tentamos encontrar uma correlação entre a religiosidade e os diversos aspectos psicossociais que envolvem as pacientes acometidas com câncer de mama tendo em vista um aprofundamento das nuances que a religiosidade pode assumir na vida das pacientes acometidas com câncer.

Avaliando a religiosidade e os aspectos psicossociais o nosso trabalho encontrou dados significativos na população pós- cirúrgica, ou seja, nossos resultados mostram que a escolaridade tem alguma correlação com a vida religiosa. As pacientes com alto nível de escolaridade, nesta população apresentam um alto escore de religiosidade.

A associação com fatores psicossociais/câncer e religiosidade vem sendo realizada em diversas partes do mundo. Em Jerusalém, EGAN -1996, associou as crenças espirituais e a qualidade de vida. Ele mostra resultados onde o sistema imunológico poderia responder melhor em pessoas religiosas, levando em conta a diminuição da ansiedade em função da continência. por parte dos "irmãos". Neste trabalho também foi apontado que os pacientes que possuem uma continência por parte das instituições religiosas são tratados e não lhes falta boa alimentação e cuidados necessários, o que favorece a recuperação. (EGAN-1996).

GOLLEMAN(1997) aponta que o clima cultural atual, que também enfatiza a responsabilidade do pacientes com relação à sua doença, associada a uma crescente desconfiança na medicina tradicional, contribui para que um grande número de pacientes procurem tratamentos alternativos quando recebem o diagnóstico de câncer.

Um dos maiores atrativos destes tratamentos, segundo o autor é que eles são rotulados de “naturais” ou atóxicos, em oposição aos tratamentos convencionais (cirurgia, radiação quimioterapia).

Estudos atuais Office Technology assessment (OTA), mostra que pacientes sofisticados e afluentes tem procurado mais estes tratamentos que os pacientes mais pobres e menos instruídos.

As orações, percepções existenciais, a crença em um ser superior e a afiliação à uma comunidade religiosa são componentes diferentes da religiosidade e se inter-relacionam. O apoio da comunidade religiosa é um outro fator considerado de grande importância na produção de um efeito positivo da espiritualidade na luta contra o câncer (GOLEMAN-1997).

As Tabelas 10 e 11 nos mostram a distribuição do fator psicossocial estado civil nas populações pré e pós cirúrgicas. Fizemos as correlações para as pacientes com e sem companheiro .

O estado civil não foi significante inter-grupos: (p.value em Mantel Haenzel foi 0.95,e em Yates foi 0.89. ).

As tabelas 12 e 13 representa a distribuição da escolaridade das populações pré e pós cirúrgica. Foram selecionadas pacientes com escolaridade acima ou abaixo do primeiro grau.

A escolaridade foi avaliada dentro dos critérios já estabelecidos no trabalho de tese de Mestrado de GONÇALVES em 1996, onde as pacientes foram divididas em: Pacientes com escolaridade até o primeiro grau completo e pacientes com escolaridade acima do Primeiro grau.

Para o fator escolaridade não houve significância inter-grupos. (P.value no Mantel Haenzel foi 0.7 e em Yates foi 0.9)

Alguns trabalhos como o de VAZQUEZ-BARQUERO (1988) associam o nível de escolaridade com a prevalência de doenças somáticas.

VAZQUEZ-BASQUERO(1988) conseguiu também detectar que aspectos sócio culturais como estado civil, status social, nível de escolaridade, integração social e integração religiosa estão relacionados ao aparecimento de doenças somáticas.

Neste trabalho o alto nível de escolaridade em mulheres está relacionado com um maior aparecimento de doenças somáticas.

MANGIZI (1989) faz um levantamento sociocultural das pacientes com câncer de mama do Hospital do INAMPS do Rio de Janeiro encontrando um escore de 46% de pacientes com escolaridade elementar.

Os escores encontrados no nosso trabalho apontam que 81,5 apresentam nível elementar de escolaridade (até 1º grau).

Refletindo sobre estes dados podemos enveredar por diversas outras questões onde a escolaridade poderia ser um fator relevante no tratamento e diagnóstico do câncer. A capacidade de elaboração, entendimento dos passos do tratamento, discernimento para as escolhas, procura do tratamento, compreensão do prognóstico e dos riscos cirúrgicos (incluindo a mutilação) podem de alguma forma estar envolvidos com o prognóstico e com o tratamento. Entretanto, no momento não temos um trabalho que faça uma real elucidação destes fatores. Na nossa opinião outros trabalhos que enfoquem este evento deveriam ser realizados para podermos abordar com maior clareza os fatores agravantes sugeridos em nosso trabalho.

As tabelas 14 e 15 trazem os resultados da distribuição da atividade profissional nas populações pré e pós cirúrgica.

Aqui fizemos as avaliações para as pacientes que trabalham fora e as que trabalham no lar.

No tocante à profissão na nossa população houve uma significativa redução do número de pacientes que trabalham fora. (inter-grupos), ou seja no grupo pré cirúrgico havia uma porcentagem maior de pacientes que trabalhavam fora de casa em relação ao grupo das pacientes após a cirurgia.

Os valores de P.value foram os descritos a seguir para as diferentes técnicas:  
Uncorrect <0.01, Mantel Haenzel <0.01, Yates < 0.01

Esse dado poderia ser justificado pela recuperação pós cirúrgica, pela dificuldade que as pacientes tem de um ajustamento após a mastectomia, pois esta é uma cirurgia mutilante.

GOLLEMAN(1997) relata que a história médica de uma pessoa pode interferir em sua vida profissional e no progresso profissional. Nos EUA pessoas com história de câncer sentem receio de mudar de emprego, mesmo que para melhor porque os seguros saúde poderiam não aceitar a história de câncer anterior. Estes pacientes sentem que a contratação pode ser de risco, mesmo quando a pessoa se livrou do câncer há 20 anos.

FOLLOWFIELD (1993) refere que existem distúrbios psicossociais como seqüelas da mastectomia radical. Segundo ele a adaptação da saúde psicológica inclui:

- 1- Enfrentar os efeitos imediatos do diagnóstico de câncer.
- 2- Lidar com os efeitos paralelos do tratamento.
- 3- Ajustar-se a um futuro incerto.

MORRIS (1977), YOKOE(1993), discutem os aspectos psicossociais enfatizando a dificuldade da adaptação e a qualidade de vida das pacientes submetidas à mastectomia. Para estes autores o ajuste social diante da mutilação merece novas abordagens de tratamento e de continência e novas técnicas de atendimento, seguimento e manutenção devem ser usadas na tentativa de minimizar o impacto da mutilação.

No nosso trabalho, pela significância encontrada nos tempos pré e pós cirúrgico fica clara a influência sobre a qualidade de vida e ajuste social das pacientes após a mastectomia.

As tabelas 16 e 17 nos apresenta a frequência das doenças graves na infância das populações pré e pós cirúrgica.

Nesta avaliação não houve significância inter-grupos, mas é notável o decréscimo do número de pacientes que apresentam diagnóstico de câncer e a correlação com as doenças infantis. Nota-se que um pequeno número de pacientes com diagnóstico de câncer apresentaram doenças graves na infância.

Poderíamos levantar hipótese sobre questões que envolvem a imunologia, porém no nosso trabalho não iremos nos aprofundar nestes dados. Apenas gostaríamos de salientar que este dado sugere a necessidade de uma investigação mais pormenorizada dos aspectos imunológicos relacionados com o câncer.

Temos acima as tabelas 18 e 19 que nos mostram a presença de doenças graves nos últimos 10 anos nas populações pré e pós cirúrgica respectivamente. Encontramos uma significância inter-grupos.

Os valores de P.value nas diferentes técnicas estão descritos a seguir:

uncorrect < 0.01, Mantel Haenzel < 0,01, Yates < 0.01. (O significado destes índices já foi explicado anteriormente).

As pacientes em estágio pré- cirúrgico apresentam menos doenças graves no últimos 10 anos. Uma provável interpretação destes dados seria a desconsideração das eventuais doenças que ocorreram nos últimos 10 anos em função da ansiedade frente a

cirurgia. As patologias anteriores podem ter sido minimizadas frente ao diagnóstico de câncer.

BJORDALL,KAASA (1995) discutem a modificação do funcionamento cognitivo, do funcionamento emocional e social, e do funcionamento físico diante do diagnóstico de câncer e concluíram que as pacientes apresentam sérias modificações nestas áreas e necessitam de assistência profissional para auxiliar no ajustamento à nova realidade e na condução do tratamento.

O pensamento de BJORDAL sobre a modificação do funcionamento cognitivo das pacientes frente ao impacto do diagnóstico e medo da mutilação aponta mais uma reflexão que pode ser investigada em futuros trabalhos.

MILLAR(1995) já aponta que o tratamento do câncer de mama é intrusivo e devastador no plano físico, bem como no plano emocional e na vida social. Para o autor , para que haja uma promoção da qualidade de vida para pacientes com diagnóstico de câncer, deve ser observado pelos profissionais de saúde a reação dos pacientes ao diagnóstico, bem como a reação da paciente à proposta do tratamento , ou seja, para a decisão sobre o tratamento devem ser avaliadas também as reações que o paciente apresentar frente ao primeiro impacto do diagnóstico.

Como não existem trabalhos totalmente conclusivos no que diz respeito às modificações do plano emocional e na vida social das pacientes acometidas com câncer de mama nos trabalhos da literatura, nos restringimos em apontar a necessidade de aprofundamento das pesquisas sobre este assunto.

As tabelas 20 e 21 nos mostram a frequência de câncer familiar nas populações pré e pós cirúrgica.

Para este evento (câncer familiar) não houve significância. (P.value foi 0.08 em Mantel Haenzel e em Yates foi 0.1 ), logo não entraremos em uma discussão mais pormenorizada destes dados.

As tabelas 22 e 23 mostra a frequência de filhos na população pré e pós cirúrgica. Para este fator não existiu significância (P.value em Mantel Haenzel foi 0.11 e em Yates foi 0.18.), e também não iremos nos aprofundar nesta questão.

As tabelas 24 e 25 mostram a distribuição renda familiar na população pré e pós cirúrgica. Fizemos a distinção nas populações com renda familiar até (2) dois salários mínimos e acima de (2) dois salários mínimos.

**Foram encontrados valores de significância para a renda familiar inter-grupo. (P.value < 0.01 para esta correlação.)**

Nas população em estágio pós cirúrgico existe um valor significativamente maior de pacientes com renda familiar até 2 salários mínimos. Verificamos também que o número de pacientes que exercem função doméstica é significativamente maior também nesta população.

Este resultado está em concordância com o resultado das atividades profissionais que também sofreram mudanças significativas em nosso trabalho, ressaltando a queda do nível social das pacientes após o tratamento. Isso cria uma certa inquietude com

relação aos agravantes sociais que o tratamento de câncer e a mutilação pode vir a exercer no ajustamento social destas pacientes .

Diversos autores da literatura apresentam resultados sobre as dificuldades de ajustamento psicossocial das pacientes que são submetidas ao tratamento radical (mastectomia). (MAGUIRE-1978, HOOPWOOD, FOLLOWFIELD-1993, RAZAVI-1995, YOKOE-1993, HOLMBERG-1989, WELLISH-1978) dentre outros, e na nossa população fica evidente que a atividade profissional e a renda familiar de alguma forma tendem a um decréscimo significativo nestas pacientes.

As tabelas 26 e 27 mostra a freqüência das alterações sexuais nas populações pré e pós cirúrgica. No tocante à sexualidade não houve modificações significantes inter-grupos. P.value em Mantel Haenzel foi 0.38, e em Yates foi 0.49.

Para a variável Tempo de cirurgia temos a verificação da população do grupo II, ou seja, da população pós cirúrgica. Avaliamos estas pacientes tendo em vista o primeiro anos de cirurgia. Alguns autores da literatura mencionam que existe modificações nos fatores psíquicos e psicossociais das pacientes no decorrer do primeiro anos de cirurgia.(MORRIS-1977, LEE-1994)

Avaliaremos agora a associação depressão e idade:

Nesta população não encontramos significância para a associação idade e depressão, ou seja, a idade não é uma fator que influencie os Transtornos depressivos.

P.value em Mantel Haenzel foi 0.66, e em Yates foi 0.86

Associação da Idade e Depressão na População no Pós-Cirúrgico ; P. value em Mantel Haenzel foi 0.8 e em Yates foi 0.9.

Nesta população também não houve significância para a variável idade, ou seja, a idade não tem nesta amostra um valor relevante diante dos transtornos depressivos.

A mastectomia radical tem sido amplamente discutida em função dos efeitos devastadores que ocasiona .

TIMOTHY (1990), refere que a mastectomia radical é mais traumática para jovens socialmente ativas, atraentes do que para pacientes idosas. A amputação da mama pode produzir efeitos negativos nos sentimentos de feminilidade, auto-estima e auto-imagem.

Tabela 31- Associação Estado Civil e Depressão Pré-Cirúrgico

(P. Value em Mantel Haenzel Foi 0.65.E Em Yates FOI 0.86.)

Tabela 32-

TABELA 32 - Correlação estado civil e depressão no pós cirúrgico.

P .value em Mantel Haenzel foi 0.34, e em Yates foi 0.5.)

Neste estudo não houve significância com relação à correlação estado civil e depressão

MORRIS (1997), estuda o ajustamento social de pacientes após 2 anos de cirurgia radical e não encontra significância para o estado civil. Nosso trabalho concorda com estes dados.

A condição de ter ou não um companheiro envolve questões de ordem pessoal e social.

GONÇALVES, FERRAZ, GIGLIO (1996), encontraram um valor significativamente maior de depressão em pacientes mastectomizadas que não possuíam companheiro.

Nosso trabalho sugere a necessidade de se criar uma atenção maior por parte dos departamentos de saúde mental para estas pacientes.

VAZQUEZ-BARQUERO (1988) em um estudo sobre a prevalência das comorbidades psiquiátricas em pacientes com alterações somáticas teve um resultado com alta significância para os pacientes com companheiro, ou seja, as pacientes com companheiro apresentavam um escore significativamente maior de comorbidades psíquicas daquelas que não tinham companheiro.

PISTRANG & BAKER (1995) refere que a má adaptação à patologia e o bem estar das pacientes não estão ligados à um suporte social, mas estão ligados à fatores individuais. Estes fatores, segundo o autor poderiam estar ligados à questões de ordem inconscientes.

Em 1999 GONÇALVES, FERRAZ, GIGLIO estudaram os mecanismos de defesa do ego em pacientes mastectomizadas e altos escores de afiliação (mecanismo de defesa que tem como característica o vínculo feito à instituições, clubes, pessoas, e outros), foram encontrados em pacientes da população de estudo (24 no grupo A- mastectomizadas até 6 meses de cirurgia e 29 no grupo B - mastectomizadas após 6 meses de cirurgia).

Segundo a nossa opinião, este trabalho sugere a demanda de solidariedade e atenção destas pacientes, que através deste mecanismo poderiam estar buscando realizar vínculos afetivos na tentativa de minimizar a tensão imposta pela patologia e pela mutilação.

Os aspectos psicossociais do câncer tem sido estudados por diversos autores. PISTRANG e BAKER-1995 discutem o suporte e o bem estar das pacientes e uma certa inconsistência têm sido apontada na ocorrência de uma má adaptação à patologia. A boa comunicação com o parceiro, foi enfatizada como um importante aspecto na adaptação e aceitabilidade da patologia.

ZEMORE & SHEPEL (1989) estudaram o suporte emocional e ajustamento psicossocial em pacientes mastectomizadas, com um grupo controle de doença benigna da mama. O resultado deste trabalho revelou que as pacientes com neoplasia mamária encontravam um maior suporte psicossocial do que as do grupo controle. Este dado nos faz refletir sobre o alto escore de afiliação (mecanismo de defesa do ego caracterizado por realização de vínculo à instituições, religiões, e outros). na população estudada como um dos motivos desta maior continência social.

O suporte social, de amigos companheiros e família foi revisto por ROBERTS (1994) em 135 pacientes com diagnóstico de neoplasia mamária. O resultado mostrou que havia uma certa correlação entre o desajustamento e o baixo suporte social. Quando as variáveis de personalidade foram verificadas, revelou-se um decréscimo do desajustamento. As características da personalidade foram consideradas como relevantes no ajustamento. Neste trabalho, os autores solicitam uma atenção aos profissionais para que atuem no sentido de desenvolver a força do ego para obterem uma melhor adaptação à doença.

As Tabelas 33 - Escolaridade e Transtornos Depressivos.

Para a população pré-cirúrgica temos : (P.value em Mantel Haenzel foi 0.9 e em Yates foi 0.9), e

A Tabela 34, correlaciona a depressão com a escolaridade nas populações pós cirúrgica. Consideramos as populações até o primeiro grau e acima do primeiro grau. (P. Value em Mantel Haenzel foi 0.04 (significante) ,e em Yates foi 0.05

*No nosso trabalho sugere que a escolaridade atuou como fator de proteção contra a depressão de maneira significativa na população pós cirúrgica.*

Este dado pode nos levar à reflexão do quanto as condições psicossociais podem influenciar as pacientes de câncer , e esta interferência pode ser motivo de protelações para o diagnóstico precoce da doença, entre outros fatores de relevância para o tratamento.

O ajustamento psicossocial de pacientes com câncer de mama tem sido alvo de estudos por diversos autores .(FOLLOWFIELD-1986,MORRIS-1977, HOLMBERG-1989)

VAZQUEZ-BARQUERO(1988) apresentou resultados significantes também no tocante à escolaridade em um estudo onde foram avaliados o nível educacional e outros fatores sociais, correlacionados com doenças somáticas e comorbidades psiquiátricas. Neste trabalho o autor mostra que pacientes com doenças somáticas e que tinham baixa escolaridade apresentavam também alto nível de comorbidades psiquiátricas.

Os fatores cognitivos podem desempenhar um papel importante na reabilitação de pacientes com câncer. (BJORDAL-KAASA-1995) .

Em nosso trabalho a escolaridade parece ter atuado como um fator de proteção contra a depressão nas pacientes pós cirúrgicas. Uma tentativa de explicação para este dado poderia ser que a compreensão e a tomada de consciência das limitações, a necessidade da ressecção da mama pode ter uma aceitabilidade maior em pacientes com maior nível de escolaridade no estágio pós cirurgia.

Na população pré cirúrgica o fator escolaridade não foi significativa.

As pacientes na fase pré cirúrgica apresentam um escore de depressão bem maior que na população pós cirúrgica.

Autores como MORRIS-1977 se esforçaram para compreender o ajustamento de pacientes pós mastectomia. As pacientes frente ao diagnóstico de câncer de mama reagiam de 5 formas.

1- negação: Desenvolviam uma rejeição sobre qualquer evidencia de seu diagnóstico.

2- Espirito de luta- Apresentavam uma atitude de esperança acompanhada de pesquisas e informações sobre a doença.

3- Aceitação estoica- Levam uma vida sem alterações ,como se nada estivesse acontecendo.

4- Aceitação com distúrbios de depressão e ansiedade. Recebiam o diagnóstico com excessiva ansiedade ou depressão; tentavam receber informações, mas as interpretavam com pessimismo.

5- Ajuda/esperança- Sentiam-se afundadas por seu diagnóstico e despedaçadas por seus receios, mas procuravam ajuda de profissionais.

FALLOWFIELD (1993) estuda o ajustamento das pacientes de câncer de mama:

A adaptação da saúde psicológica para ele inclui:

1- Enfrentar os efeitos imediatos do diagnóstico de câncer.

2- Lidar com os efeitos paralelos do tratamento

3- ajustamento à um futuro incerto.

O medo de recorrência é um aspecto muito relevante para as pacientes acometidas com neoplasia mamária.

No nosso trabalho, pelos resultados encontrados, podemos inferir que a escolaridade pode ser um dos fatores que auxiliam pacientes mastectomizadas a terem um melhor ajustamento psicológico.

#### Associação Atividade Profissional e Depressão

As tabelas 35 ( P.value em Mantel Haenzel igual a 0.7) e 36 (P.value em Mantel Henzel igual a 0.6, ) associam a profissão com a depressão na populações pré e pós cirúrgicas ,respectivamente.

O fator profissão não agiu como sugestivo de proteção contra a depressão. O ajustamento psicossocial das pacientes com câncer de mama tem sido relatado na literatura como sendo devastador para a vida psicossocial das pacientes. (HOLMBERG-1989)

A interferência do impacto do diagnóstico, da cirurgia e do medo da recorrência são fatores que acabam por interferir nas atividades normais das pacientes, entretanto no nosso trabalho a profissão não teve um resultado significativo.

Novos estudos enfocando mais de perto este fator poderiam clarear mais esta questão.

#### Associação - Doenças Infantis e Depressão.

As Tabelas 37 E 38 correlacionam a depressão com as doenças graves na infância. nas populações de estudo. Como podemos observar, não houve significância para esta associação, P.value em Mantel Haenzel foi de 0.9 , e P.value em Mantel Haenzel foi 0.7 , respectivamente. Pré e Pós cirúrgicas.

Nosso pensamento nesta avaliação foi de que talvez pacientes que passaram por experiências de doenças em tenra idade poderiam ter alguma variação com relação ao ajustamento e transtornos depressivos . Como não tivemos significância para esta análise verificamos que esta associação não nos trouxe novas respostas.

#### As Tabelas 39 e 40 - Doenças Graves nos Últimos 10 Anos.

Estas tabelas mostram as correlações das doenças graves nos últimos 10 anos com os transtornos depressivos.

A associação não foi significativa para esta variável.

A plasticidade, flexibilidade e elasticidade diante de eventos estressantes foram estudados por MAGUIRE -1978, e foi levantada a possibilidade da plasticidade ser um fator de proteção contra a depressão.

As doenças infantis e as doenças nos últimos 10 anos poderiam estar ligadas à uma experiência de superação de obstáculos e de um “treino” onde a esperança e a tolerância ao tratamento protegeriam as pacientes de um transtorno depressivo.

Os eventos estressantes de vida que apresentam dados muito controversos na literatura (GONÇALVES-1996), poderiam estar aqui também relacionados como protetores contra depressão.

Neste trabalho não houve significância para este fator, o que não esgota o questionamento, pois a metodologia para um estudo mais pormenorizado destes dados talvez tenha de ser focalizada sob outro desenho.

Acreditamos que novos estudos são necessários para elucidar estas questões, em concordância com CARVALHO-1995 que observa a necessidade de pesquisas prospectivas para um estudo mais apurado.

As Tabelas 41 e Tabela 42 - Historia Familiar de Câncer e Depressão

Tabela 41 : (P.value em Mantel Haenzel foi de 0.55, e em Yates foi 0.75.)

Tabela 42 = (P.value em Mantel Haenzel foi de 0.55.),

Estas tabelas mostram as correlações da história familiar de câncer com os transtornos depressivos.

No nosso trabalho a história familiar de câncer não obteve um escore significativo como provável protetor contra a depressão.

Algumas pessoas, segundo GOLLEMAN(1997), tem dificuldade de lidar com câncer devido às experiências anteriores com a doença. Relata alguns casos onde casos de câncer na família na tenra infância de algumas pacientes influenciaram e ameaçaram o tratamento precoce de câncer de mama.

LERMAN (1995) aponta que a realização de testes genéticos em pacientes com história familiar de câncer de mama tem sido realizados no sentido de um acompanhamento mais próximo.

As pacientes com história familiar de câncer, segundo o autor aceitam bem este acompanhamento, porém o impacto psíquico ainda não foi estudado.

Em 1996, realizamos um trabalho com a avaliação de pacientes com história familiar de câncer e também não obtivemos resultado significantes de proteção contra a depressão para este fator .

A familiaridade com o câncer foi um dos fatores levantados naquele trabalho, já que as pacientes poderiam ter uma alteração no ajustamento frente ao tratamento. Ainda vemos que esta questão deve ser vista por outros enfoques.

#### Tabela 43- Associação: Filhos Na População Pré-Cirúrgica

Tabelas 43 = (P.value em Mantel Haenzel foi de 0.36)

Tabela 44 = (P.value em Mantel Haenzel foi de 0.2),

Estas tabelas mostram a presença ou ausência de filhos nas populações pré e pós cirúrgicas e demonstra a associação deste dado com a depressão.

A continência familiar poderia ser um fator de relevância no tocante à proteção contra a depressão.

Pesquisadores estudam os conceitos de família desde a antigüidade e os fatores que levaram os grupos a se unirem nestas células que constituem as famílias.(DURKHEIN-1971).

Nós, neste momento não iremos nos aprofundar nestas questões, mas apontar que a família do paciente com câncer sofre, e que este sofrimento apresenta características próprias. (CARVALHO-1994).

A importância das relações afetivas tem sido amplamente comprovada como um fator relevante para o bem estar de qualquer ser humano. No caso de câncer no seio de uma família essa importância assume proporções mais graves, uma vez que já está constatada uma profunda dor que atinge o grupo todo .(CARVALHO-1994).

A família dos pacientes com câncer normalmente é vista como um fator importante nos cuidados necessários ao paciente.

A função dos filhos na vida de uma pessoa pode estar ligada a uma vivência do futuro e de responsabilidade. No paciente com câncer o medo da morte poderia ser um

coadjuvante da depressão no sentido de que a paciente estaria de alguma forma “abandonando” a família.

A luta pela sobrevivência, entretanto poderia ser uma reação a este pensamento.

No nosso trabalho não houve uma significância para o fator “filhos”.

A partir disso mais trabalhos devem ser realizados, já que os filhos e a família em nossa sociedade são vistos como um dos valores mais respeitados, podendo ser um apoio na continência do tratamento.

As Tabelas 45 e Tabela 46 Renda Familiar e Depressão

Tabela 41 = (P.value em Mantel Haenzel foi 0.13)

Tabela 46 = P.value em Mantel Haenzel foi 0.7,

Estas tabelas associam a depressão com a renda familiar com corte para pacientes com até 2 salários mínimos e acima de 2 salários mínimos.

No nosso trabalho a renda familiar não esteve correlacionada significativamente à depressão. As dificuldades das populações de baixa renda ao acesso ao tratamento (passagens de transporte), bem como para a realização de mamografias de controle, e uma tendência ao abandono do tratamento por falta de suporte e orientação adequada foram alvo de estudo de ROWLAND (1994).

FORSÉN(1991) encontrou achados interessantes na análise de sobrevivência de pacientes que tinham eventos de vida estressantes 12 meses antes do aparecimento de

câncer. Ele observou que pacientes com câncer de mama de classe social mais baixa estavam associadas com menor chance de se ver livre da doença, apesar do controle dos fatores clínicos. Na análise, a morte e a recorrência foram significativamente maior em pacientes com situação sociocultural mais baixa. As dificuldades da situação de vida é um dos fatores apontados como causador de stress nas pacientes. Ele vislumbra a necessidade de estudos prospectivos para reforçar estes dados.

Temos assistido campanhas do Ministério da saúde no auxílio do combate ao câncer. O exame periódico cada vez mais é preconizado para a mídia que tem condição de veicular rapidamente as informações para um grande número de pessoas. Estas campanhas deveriam ser ampliadas, e também a criação de serviços específicos de continência para o paciente com câncer tem sido apontados como uma solução para o auxílio.

Os programas de combate ao câncer tem de ser levado até a população de baixa renda, bem como o acesso dos pacientes aos ambulatórios devem ser incentivados por programas de assistência social .

O combate ao câncer hoje encontra-se dentro das prerrogativas de medicina preventiva, e a multidisciplinaridade, ou seja, a associação de diversos profissionais trabalhando em conjunto é um tipo de atendimento que cada vez mais se mostra necessário.

HEYRMAN (1995) apresenta também este raciocínio enfatizando também o importante papel da multimídia como uma alternativa de orientação para os tratamentos, pois através de programas e campanhas de esclarecimentos pode-se obter um maior cuidado

por parte da população para as questões da saúde O autor cita as campanhas veiculadas pela TV e outros meios de comunicação do auto-exame, por exemplo.

As tabelas 47 e 48, mostram a correlação da depressão com as alterações da sexualidade nas populações pré e pós cirúrgica. (P.value em MH foi 0.001. Em Yates foi 0.004) e (P.value em MH foi 0.02, e em Yates foi 0.04 - Para a técnica de Fisher o valor foi de 0.02) , respectivamente pré e pós cirúrgica.

A alteração da sexualidade está presente nas pacientes no pré e pós cirúrgico de câncer de mama. Diversos estudos na literatura demonstram o efeito avassalador do diagnóstico de câncer e da mastectomia. (FALLOWFIELD-1993, THIMOTY-1990).

O fator estético foi estudado por SCHOVER(1994) A aparência, os atrativos estéticos e as atividade sexual para as mulheres são mais valorizadas em mulheres jovens que nas idosas.

THIMOTY,(1990) em um estudo refere que as mulheres com mais de 50 anos, obesas, e nas que foram abandonadas pelo marido não existe uma grande importância com a perda da mama. O autor revela que nas mulheres jovens e atraentes, a perda da mama é vista com muita ansiedade . Estes dados, segundo o autor necessitam de mais trabalhos para serem melhor esclarecidos.

MAGUIRE E LEE (1978), fazem um estudo onde os aspectos psicossociais da alteração da sexualidade nas pacientes acometidas de câncer de mama e revela que ainda não existem nos serviços de saúde uma continência adequada para este tipo de paciente..

WANDERLEY-(1994), nos diz que quando a mama, símbolo corpóreo carregado de sensualidade é danificada, pode existir uma alteração da auto-imagem com sentimentos de inferioridade e de rejeição. Segundo ele, quanto mais importância que a mama tem para a mulher, maior é o impacto do sentimento de perda após a cirurgia.

As pacientes ainda relatam que se sentem envergonhadas, mutiladas e sexualmente repulsivas.

FALLOWFIELD (1993) aponta que existe um decréscimo no funcionamento sexual após a cirurgia e isto se deve à uma alteração na qualidade, quantidade e satisfação sexual. A perda da libido também é uma fator muito observado nas pacientes mastectomizadas, mas esta perda ainda não está bem elucidada .

O papel do companheiro, também tem sido estudado. WELLISH.(1978), realizou um trabalho onde sob a perspectiva masculina existe uma queda da satisfação, e da frequência das atividades sexuais. O estresse do tratamento tem sido descrito como um dos pontos nodais deste desajustamento. Neste trabalho ele entrevistou homens cujas esposas foram submetidas à mastectomia. Em uma escala de valores eles caracterizaram as atividades sexuais após a mastectomia como:

14.3%	mal
21.4%	muito mal
57%	modificou, mas não de todo
7.1 %	bom.

Para 84% das pacientes do trabalho não houve uma alteração das mulheres no potencial de orgasmo, e 16% indicaram que as mulheres estavam com mais dificuldade de ter orgasmo.

As mulheres após a mastectomias, segundo os parceiros, apresentam uma imensa dificuldade para despir-se.

Também existe uma dificuldade por parte dos homens de lidar com a cirurgia... “Eu não posso olhar para o local da operação” ou “ela tem medo de mostrar-me o local da cirurgia”... são explicações freqüentes...

Não houve mudanças significativas na busca de relações extraconjugais após a mastectomia no trabalho citado.

WANDERLEY-(1994), faz a consideração que os reflexos da cirúrgica sobre a vida do casal dependem muito da situação emocional de ambos antes da cirurgia e da qualidade de relacionamento sexual que caracteriza o envolvimento conjugal.

Informações de que a aceitação dos companheiros também estão relacionadas com a aceitação da mulher frente à mastectomia. A aceitação da retirada da mama pela mulher levará à uma maior aceitação do companheiro também. (WANDERLEY-1994).

M OMNE PONTEN, HOLMBERG, BERGSTRON (1993) revelam que é imprescindível que haja uma integração entre a paciente, seu companheiro e a equipe médica em todas as fases do tratamento. Com a mutilação, proveniente da cirurgia, a mulher tem a auto-imagem alterada, o que interfere em sua autoconfiança e auto-estima. Ela se sente diminuída em sua feminilidade, atratividade e sexualidade, sendo importante a presença do companheiro na reestruturação de sua integridade.

As alterações sexuais nas pacientes em fase pré ou pós operatório envolvem uma complexa rede que vai desde a auto-estima, e auto-imagem até o medo da morte. Notamos que até mesmo as pacientes religiosas apresentam esta disfunção, devendo portanto, esta ser uma das prioridades dos serviços de saúde. ROWLAND (1994) e outros autores como MORRIS (1977), MAGUIRE (1990), FOLLOWFIELD(1993), descritos em nosso trabalho, insistem no trabalho interdisciplinar e na importância de um aconselhamento e de um tratamento de saúde mental para estas pacientes. Nós estamos em concordância com este raciocínio, e vemos que no nosso país, a atenção à saúde mental para os pacientes com câncer se tornam imperativas, mais uma vez reforçados pelos achados de estudo das populações acometidas com esta patologia.

MAGUIRE (1978) associa à mastectomia, além de ansiedade e de depressão, uma alta frequência de alterações sexuais. Após um ano da cirurgia, as pacientes ainda apresentavam um desajuste de moderado à grave nas funções sexuais. Ao procurarem

auxílio, revelaram uma inabilidade por parte dos serviços de saúde para abordarem as questões associadas ao câncer; perda da mama etc. As pacientes relataram que os cirurgiões, segundo suas observações, tinham por função tratar apenas os problemas físicos.

MAGUIRE neste trabalho afirma que existe a necessidade de um auxílio por parte das assistentes sociais, enfermeiras, psicólogas e outros profissionais de estarem identificando os problemas emocionais das pacientes e tentar orientá-las.

Em trabalho de GONÇALVES, FERRAZ e GIGLIO em 1996, em pacientes mastectomizadas do hospital de Taubaté, houve uma significativa alteração das funções sexuais após a cirurgia. Já naquele trabalho os autores apontam a necessidade de um atendimento complementar de saúde mental para as pacientes mastectomizadas.

MORRIS(1977) também demonstra um alto índice de desajustamento sexual entre as pacientes mastectomizadas.

No nosso trabalho houve uma alteração significativa das funções sexuais, e uma forte correlação com depressão. A distinção exata da influência da depressão e da alteração sexual ainda não está clara pois um dos sintomas frequentes da depressão é exatamente a perda da libido e uma alteração das atividades sexuais. Trabalhos mais focalizados sobre esta questão podem trazer outras informações sobre estas dúvidas.

O ajustamento à mastectomia quando avaliado por MORRIS (1977) demonstra que após 2 anos de cirurgia o desajustamento sexual persistiu e o autor também reconhece a necessidade de uma ajuda adicional à estas pacientes.

GOLLEMAN(1997) relata que tanto os pacientes como os médicos relutam em tratar os problemas da sexualidade que ocorrem durante ou após o tratamento. O desconforto físico, o medo, ansiedade e sentimentos de falta de atração decorrentes do câncer ou do tratamento podem ser minimizados quando existe a procura por profissionais especializados neste enfoque. Ele marca que o parceiro do doente também necessita de acompanhamento.

Como podemos notar, a discussão de cada dado em particular poderia ser escopo de incontáveis outros trabalhos. Seria impossível discutir profundamente todos estes dados. Tentamos nos atrelar aos objetivos do trabalho levando em consideração os dados que foram repetição dos dados obtidos na tese de mestrado de 1996 ( GONÇALVES, FERRAZ E GIGLIO).

Este nosso trabalho , alem dos resultados obtidos, tenta mostrar o quanto existe de idéias ainda não exploradas para o auxílio da população que passa pela experiência de serem acometidas de neoplasia mamária.

A NECESSIDADE DE SUPORTE PSÍQUICO E ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DESTAS PACIENTES É REFORÇADA EM NOSSOS DADOS E EM NOSSOS RESULTADOS.



## CONCLUSÃO

O nosso trabalho teve como objetivo investigar se a religiosidade seria considerada um fator de proteção contra a depressão em pacientes com diagnóstico de câncer de mama ( antes e após a cirurgia).

A população em período pré-cirúrgico não apresentou associações significantes quando se comparou religiosidade com depressão, avaliadas pela metodologia proposta. Entretanto, na população que estava em pós operatório obtivemos resultado estatisticamente significativo para a mesma associação, ou seja, o nosso trabalho sugere que aparentemente a religiosidade atuou como fator de proteção das pacientes contra os transtornos depressivos.

Com relação às correlações psicossociais, encontramos resultados significantes no que diz respeito às atividades profissionais das pacientes. Nosso trabalho revelou que as pacientes têm um decréscimo significativo das atividades profissionais e da renda familiar. Esta queda pode interferir na qualidade de vida e na manutenção do tratamento , devendo, portanto estar encabeçando as listas de necessidades dos serviços de atendimento à saúde da mulher, no tocante ao rastreamento e a facilitação do acesso aos serviços de saúde. As implicações da falta de atenção a estas necessidades implicam em agravos de saúde e dificuldade de detecção de recidivas.

Outro achado de nosso trabalho foi que as pacientes apresentam alterações sexuais significativas. Este dado é confirmado pelos diversos autores relatados acima, bem como em trabalho realizado em 1996 por GONÇALVES,FERRAZ e GIGLIO, que reconfirmam esses dados.

Um dado relevante do nosso trabalho diz respeito à escolaridade.. Encontramos uma diferença na população pós cirúrgica com relação à escolaridade. As pacientes que tinham escolaridade acima do primeiro grau tiveram menor escore de depressão (estatisticamente significativo), do que as que tinham escolaridade abaixo ou no primeiro grau. Estes achados deverão ser objeto de futuras pesquisas

Esta tese concluiu que as pacientes com câncer merecem ter, além do cuidados clínicos e cirúrgicos , uma maior atenção, pelos aspectos psicossociais que apresentam, pela urgência de diagnóstico e intervenção rápida que o câncer exige.

Os nossos dados revelam também que as pacientes com câncer podem se beneficiar com a religiosidade na proteção contra a depressão em um dado período de sua doença (pós-operatório). Com isso, uma possível proposta é que as comunidades religiosas sejam convidadas a participarem da luta contra o câncer como um reforço de ambas as partes (médica e religiosa). As pessoas (pacientes) com câncer podem ter um apoio da afiliação religiosa e em contrapartida, a medicina com seus pacientes (pessoas), necessita da força das comunidades religiosas para veiculação de informações para o auxílio na prevenção, através da detecção de casos precoces. Esta aliança tem como horizonte a possibilidade de inúmeros trabalhos conjuntos ...

1. ...  
2. ...  
3. ...  
4. ...  
5. ...  
6. ...  
7. ...  
8. ...  
9. ...  
10. ...  
11. ...  
12. ...  
13. ...  
14. ...  
15. ...  
16. ...  
17. ...  
18. ...  
19. ...  
20. ...  
21. ...  
22. ...  
23. ...  
24. ...  
25. ...  
26. ...  
27. ...  
28. ...  
29. ...  
30. ...  
31. ...  
32. ...  
33. ...  
34. ...  
35. ...  
36. ...  
37. ...  
38. ...  
39. ...  
40. ...  
41. ...  
42. ...  
43. ...  
44. ...  
45. ...  
46. ...  
47. ...  
48. ...  
49. ...  
50. ...  
51. ...  
52. ...  
53. ...  
54. ...  
55. ...  
56. ...  
57. ...  
58. ...  
59. ...  
60. ...  
61. ...  
62. ...  
63. ...  
64. ...  
65. ...  
66. ...  
67. ...  
68. ...  
69. ...  
70. ...  
71. ...  
72. ...  
73. ...  
74. ...  
75. ...  
76. ...  
77. ...  
78. ...  
79. ...  
80. ...  
81. ...  
82. ...  
83. ...  
84. ...  
85. ...  
86. ...  
87. ...  
88. ...  
89. ...  
90. ...  
91. ...  
92. ...  
93. ...  
94. ...  
95. ...  
96. ...  
97. ...  
98. ...  
99. ...  
100. ...

## **9. Referências Bibliográficas**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, P. BENHART,F.,CHATELET,F. *A Filosofia Pagã..* História da Filosofia. Publicações Dom Quixote- mar-1983- LISBOA.
- ALLEBECK, P., BOLUND, C., RINGBACK, G. Increased suicide rate in câncer patient: a cohort study based o the Swid cancer - environment register. *J. Clin Epidemy.*, 42-611-16, 1989 -SWEDSH CANCER- ENVIROMENT REGISTER).
- AMARO, J F. Filosofia e religião- *Revista Brasileira de Psiquiatria Clinica*; 21(3) 72-79,1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATIONS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* (DSMIII- R). Washington, D.C.APA. 1987.
- ANTONIASI, A., MENDONÇA, A.G., BARRETO, A.M. ROLIN, C., F.,SOARES.L.E.; **SINAIS DO TEMPO** Tradições religiosas no Brasil - Leilah Landin (org),Editora ISER- RJ. 1989
- ARAM. R., ZAHAR.S. VIEGAS.M. Representações de pacientes mastectomizadas sobre doença e mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce de cancer de mama. *J. Br. Psi.* 45(11) 633-639- 1996.
- BAIDER. L.,S ARELL M. Perceptions and causal atributions of israeli women with breast cancer concerning their illness: the effect s of ethnicity and religiosity.*Psychoter psychossom* 39(3): 136-43.1983

- BECK, P e col. An Inventory for measuring depression. *Archive Gen. Psych*.4: 53-63.1961
- BJORDDAL, K. KAASA, S. Psychological distress in head and neck cancer patients 7-11 years after curative treatment. *British Journal of Cancer*- 71- 592, 1995.
- BRIZER, D.A- Religiosity and drug abuse among psychiatric patients. - *Am. J Drug Alcohol Abuse*. 19(3): 337-45,1993.
- BRAAM.A.W, BEEKMAN A.T., DEEG D.J., SMIT.J.H.,TILBURG,W. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands. *Acta psych. scandi*. sep;96(3):1990205. 1997
- CABRAL, .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 descritivo de 62 histórias de vida de presidiários confinados em cárceres superpopulosos na região de Campinas, (Tese - Livre Docência - UNICAMP),
- CARVALHO, T.F.R., SOUGEY, E.B, -Psiconeuroendocrinologia dos distúrbios depressivos- Eixo Hipotálamo-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.

- CARVALHO .M.M., - **Introdução à psicooncologia**, 1º edição. Editora PSI, 1994.
- CHAITCHIK.S. KREITLER.S. Induced versus spontaneous attendance of breast cancer screening tests by women . *J. Can. education*. vol.6. n.1. pp 43-53- 1991.-1991.
- CHARAVEL.M. BREMOND A. Problem of perception and denial of illness in women who had breast cancer. *bull cancer jul* -638-44-1994
- COATES. A. prognostic implications of quality of life . *Cancer treatmente reviewsa*. 19-sup.A 53-57 1993.
- COMSTOCK, G.W. PARTRIDGE, K.B. "Church attendance and heath" *Jornal of chronic disease* : 25,665-672- 1972
- DEIN, S. STYEGAL, J. Des being religious help or hibder coping with chronic illness? A critical literature review. *Palliative Med*. 11(4):291-8,1997 .jul.
- DURCKHEIN, A: *As Formas Elementares da Vida Religiosa*, Ed, Cultrix,pp.492;1971.
- EGAN, KM, MEWCOMB.PA., LONGNEKER MP, TRETHAN-DIETZ A., BARON, JA., TRICOPOULOS D., STAMPFER MJ, WILLET WC. Jewish religion and risk of breast cancer. *Lancet* 1996 jun 15 ;347 (9016):1645-6.1996.
- ELLIS J.B., SMITH P.C. .Spiritual well-bein, soscial desirability and reasons for living:is there a connection? *Int. J.Soc. psychiatry*. spring; 37(1): 57-63-1991.
- ELLISON.C.G. Race,religious involvement and depressive syntomatology in a southeastern U.S. community. *Sco sci med*. jun. 40(11):1561-72

EVANS, D.L., MAC CARTNEY, C.F.,- HOGGERTY,J.J. et al, Treatment of depression in cancer patients is associated with better life adaptation: a pilot study. *Psic. Med.* 50:72-76. 1988.

FOLLOWFIELD. L. D. Effects of conservation on psychological morbidity associated a diagnosis and treatment for early breast cancer. *Br.MED.*293,,1331-34.(1986).

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

FARBEROW, N.L., GANZLER, S., CUTTER,F. An eighth yyear survey of hospitals suicides . *Life-Treat Behav.* 1:184-201- 1971.

FORSÉN .A. Psychological stress as risk for breast cancer. *Psychoter Psychosom.* 55: 176-85 1991.

FEHRING.RJ, MILLER FJ., SHAW,WI-Spiritual well-being, religisity, hope, depression, and othes mood estates in elderly people coping with cancer.1997.*ONCOL NURS FORUM.*24(4):663-71,1997.MAY).1997.

FERRARO, K.F., ALBRECHT- JENSEN, C.M. Does religion influence adult heath?- *Journal for the Scientific Study of Religion-* 1992- 2002- (1991).

FREUD s. Thoughts for the times or war and death. *Standart edition* 14-275- 300-1915.

- GAMBA, A., ROMANO, M., GROSSO, I., TAMBURIBI, M., CANTU, G. MOLINARI, R., VENTAFRIDDA, V. Psychological adjustment patients surgically treated for head and neck cancer.- *HEAD AND NECK* may/jun- pg218-223 -1992 .
- GANS P. Quality of life and the patients with cancer. *Cancer*, 74:1445-52- 1994.1994.
- 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.
- GOLLEMAM.D. GURIN.J. Equilíbrio mente - corpo como usar a mente para uma saúde melhor. *CAMPUS* Ed. 1º edição -1997.
- GONÇALVES,FERRAZ & GIGLIO. Estudo dos transtornos depressivos em pacientes mastectomizadas após diagnóstico de neoplasia mamária” Trabalho de tese de mestrado UNICAMP – Sp. 1996
- GONÇALVES, FERRAZ E GIGLIO. Estudo dos mecanismos de defesa do ego em pacientes mastectomizadas após diagnóstico de neoplasia mamária. *Revista de Ciências biológicas da UNITAU* , vol 1 , 2º b. 1999.
- GREER-S. MORRIS.T. PETTINGALLI.K.W. Psychological response to breast cancer *Lancet*, pp. 785-787- 1979.
- GRINKER R. Psychosomatic aspects of cancer problem.- *Annals new York of Sciences* p876-881-1972

- HALTED M.T.; MICKLEY. JR. attempting to fathom the unfathomable: descriptive views of spirituality. *Sem. onc. nurs.* nov. 13(4):225-30; 1997.
- HEYRMAN.J. Multidisciplinarity and Multimedia in quality of care- education. *Eur. Cancer*, vol 31A, Supl.6, pp s11-s14, 1995.
- HIGHFIELD M.F.; Spritual asessment across the cancer trajetory: methods and refleitions. *Semi. onco. nurs.* nov.13(4):237-41- 1997.
- HOLLAND JC., KASC CM< PASIK.S. BAIDER L. FOX.B. A brief spitirual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *psychooncology* 1998 nov-dec,7(6):460-9.
- HOLLAND.C., LEWIS.S. (Emoções e Câncer: o que sabemos realmente)- *Equilibrio corpo e mente, como usar sua mente para uma saúde melhor* Daniel Goleman e Joel Gurin (organizadores)- tradução de Ana Maria Rodrigues e Priscila Martins Celest- Rio de janeiro - Campus - 1997 (pg 73-93),
- 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, 1989.
- 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

- HOUSE, J.S., ROBINS, C. METZNER, H.L. The association of social relationships and activities with mortality. Prospective evidence from the Tecumseh community health study. *American Journal of Epidemiology*, 114,129- 1984.
- HOWLAND J.H. Psycho-oncology and breast cancer: a paradigm for reaserch and interventions. *Breast cancer and treatment*. 31: 315-24, 1994.
- IPPOLITI.F. NATALIA.S.M., POZZI.V., PARIS.D., LOCOCO.E., COSTA.E. Psychological behavior an Immunodepression in womwn with breast cancer. *Brith, J. Cancer*. 483-490. 1991.
- JONES, E., LUND, M.S. HOWARD.M.P. GRENBERG.M.R., PSCH.M.M. Mc . Quality of life in patients treated surgically for head and neck cancer. *Journal of laryngology and otology* march, vol.106,238-242-1992
- JUAREZ G., FERREL B. BORNERNMAN.T. Perceptions of quality of life in spanic patients with cancer. *Cancer pratic*. nov6(6): 318-324.(1995)
- KAPLAN. R. M. Quality of life assessment for costutility studies in *cancer.Cancer treat. Reviews* 19 (Sup)A 85-96. 1993
- KARNIOL.I.G.; MATOS.E.G. Sintomatologia depressiva em paceutnes alcoolatras internados . *J.Bras. Psiq.* :123-26,1984
- KAUFFMAN,J.H. Social correlates of spiritual maturity among North Amercian mennorities. *Spiritual- well being* (pp.237-254). Washington. DC. University Press of America . 1979.

- KLEITER, S., CHAITCHIKS., RAPOPORT Y., KLEITER.H. ALGOR,R. Lidew satisfations and heath in cancer patiests, ortopedic patients and hezthy individuals. *Soc. SCI. Med.* 36 (4): 547-56, feb; 1993.
- KREITLER, S., Pshychological aspects in cancer. *Soc. Sci Med.* vol 36 n4 pp-547-556-1993.
- KIM. G.M., SPECK p. THOMAS A. spiritual and religious beliefs in acute illness--is this a feasible area for study. *Soc. Sci. med.* feb.;38(4):631-6 1994.
- KOENIG H.G., PARGAMENT K.I. NIELSEN J. Religious coping and heath status in medically ill hospitalized older adults. *J. Mental desease.* 186/513-21- sep. 1998.
- KOENING.H.G. LARSON.D.B. Use of hospital services, religious attendance, and religious affiliation. *South Med J.* Oct; 91(10):925-32-1998.
- KOENIG HG, MUSICK MA HAYS JC, COHEN HJ. Religious activity and depresin among community-dwelling elderly persons with cancer: the moderating effect of race. *J gerontolo B. psychol sci soc sci* 1998 jul;53(4): S218-27.
- LAKATOS.E. *SOCIOLOGIA GERAL*. Editora Atlas, 6\* edição Spp179-182.:1991.
- LANDIN.L., ANTONIASI.A., MENDONÇA,A.G., BARRETO,M A. SOARES.L.E.- SINAIS DO TEMPO- Tradições religiosas no Brasil-. Editora ISER- RJ. 1989
- LARSON,D.B. The forgotten factor in physical and Mental health. What does the reaserch show? *An independent study.seminar.* p 75:1992.

LARSON,D.B. KAPLAN,H.B. Systematic Analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982 *American Journal of Psychiatry*, 143:3, march 1986.

LEE, S.M. LOVE,S.B. MITCHEL J., PARKER M., RUBENS R., WATSON J., FENTIMAN I., 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.

LEVIN, J.S., & SCHILLER, P.L.. Is There a religious factor in health? *Journal of Religion and Health*, 26(1), 9-35.(1987)

LEVIN, S.L., & VANDERPOOL.H.Y. Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. *Social Science Medicine*, 24(7), 589-600- 1987.

LEVIN, J. L & SHILLER, P. L. "Is there a religious factor in health?" *Journal of religions and health* 26(1),9-35(1987).

LUKOFF,D. PROVENZANO.R. LU.F.,TURNER.R. Religious and spiritual case reports on medicine: a systematic analysis of records from 1980-1996. *Alternative Ther Health Med.* jan.5(1):64-70 1999

MAC DONALD, N. A proposed matrix for organizational changes to improve quality of life in oncology *Eur. Journ. of Cancer*, suppl, 6,pp S18-21, 1995. html

- MacMILLAN SC., WEITZNER M., Quality of life in cancer patients: use of revised hospice index. *Cancer pratc.* 1998 Sep,6(5):282-288.
- MAGUIRE G.P. Breast conservation versus mastectomy, 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
- MAGUIRE P.SELBY.P. Assessing quality of life in caner patiests. *Brithish Journal of Cancer* 6):437-40.1990.
- MATHEWS D.A., MACCULLOUGH M.E., LARSON D.B., KOENING H.G,SWYERS J.P., MILANO. M.G. Religious commitment and heath status: a rewiwvs of research and implications for family medicine. *Arch.farm.med.* Mar- apr 7(2): 118-24-1998.
- MERMANN .A.C. Spiritual aspects of death and dying. Yale *J.Biol. Med.* mar-ap/65(2) 137-42. 1992
- MIN.S. The relationship between maturity of chistian faith and anxiety of patients with cancer. *Kanho hachoe Chi.* april. 19(1):118-26.
- MANGISI. LRev. .M.V - Câncer de mama, ainda um desafio. *Hosp. Onc.*1 (3) :,180-182, 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.

MILLAR K. JELICICM., 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.

MICLEY,J. SOEKEN,K. Religionesss and hope I spanic - and anglo-american wonem with breast cancer. *Oncol. nurs*, sep,20(8):1171-7- 1992

MOSHELLA, V, D. Cancer Questionary-<http://vail.is.mcw.edu/cancer/cancer>

MORRIS.T. GREER.S. WHITE Psychological and Social Adjustment to mastectomy- a two year Follow-up Study. *Cancer* 40: 2381-87-1977.

NARAYANASAMY.A. Spiritual care of cronically ill patients. *Br.J.Nurs* Apr.11-24(7):411-6 1996.

NEELEMAN J. LEWIS.G Religious identity and comfort beliefs in three groups of psychiatric patiets and a group of medical controls. *Int J.psychiatric* summer; 40(2):124--34-1994.

NEUHAUS W., Psychological adjustament in breast cancer, *Arch. Ginec. Obst.* 255: 201-209, 1994.

- PESSINI, L.A. - *VIDA, ESPERANÇA E SOLIDARIEDADE* - Subsídio para profissionais e agentes de pastoral da saúde e dos enfermos, para o trabalho domiciliar, hospitalar e comunitário. Leonir Pessini- Aparecida - SP, Editora Santuário- 1992.)
- PINTO, D. Uma análise linguística da adaptação brasileira do Inventário de beck para depressão , *J. Bras. Psiquiatria* 46(5),249-253,1997
- PISTRANG N.; BARKER C. The parter relationship in psychological response to breast cancer. *SOC. SCIMED.* 40(6): 789-97, mar. 1995).
- PRESSMAN, P.LYOUN, J.S., LARSON, D.B., STREIN, J.J.; Religious belief, depression, and ambulatory status in elderly women with broken hips. *American journal of psychiatry*, 147(6),758-760.1990
- RAZAVI D; DELVAX N; The pshichiatric perspective on quality of life and quality of care in oncology: concepts, symptom management, communication Issues *Eur. J. Cancer* Suppl 6 S25-S29, 1995.
- ROMANO, B. Qualidade de vida- Teoria e prática. *Rev. Soc. Card. Est. SP.*, vol3, n\*6, (SUPL.A.), nov/dez/ 1993.
- ROWLAND JH. Psychooncology and breast cancer: a paradigm for research and intervention. *BREAST CANCER RES TREAT.* 31(2-3): 315-24, 1994.
- 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.

- RUOSTOEN,T.; MOUN. T.; Reability and validity of the norwegian version of the nowotny hope scale. A nursing tool for measuring hope in cancer patients. *Scand J. caring. Sci.* 11(1):33-41. 1997
- 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) :
- RUCKDESCHEL, J.C. et al. Psychosocial Oncology reaserch : *Cancer suppl.:* vol 74,n4: Aug. 1994.
- SARDELL.AN. Disclosing the cancewr diagnostic. *Cancer;* vol 72;n.11.Dec.1993.
- SATOH,S. TANAGUSHI.N. SOJIM., SAKAIL.,SENO.E., MNAITO.S., TOMITA.H., HARA.J., KONISHI.T., KANO.K. Depression in members of anew religious sect in japan.: *Jpn psychiatric neurology:* sep.;44(3):541-9. 1990.
- SCHOVER,M, Sexuality and body image in younger womens with breast cancer . Monogr. Matl. *Cancer int.* (16) 177-1994
- SCHUETZ.B. Spirituality and palliative care.*Aust fam physician* May;24(5):775-7. 1995.
- SHEPHANEK, M.E., DERGOTIS, L.P. SHOW, A. A psychological distress among oncology out patients. *Psychosomatics* 28-530-39, 1987.
- SILBERFARB. p.m. Mood an clinical status in patients with multiple myeloma. *J. Clin Oncol.* dec.9 (22)19-24) 1991

- SORRI, H. HENRICKSON, M. LONNQVSTR Religiosity and suicide: findings from a nationwide psychological autopsy study. *CRISIS* 17(3) 123-7-1996.
- SPIEGEL, D, HEALTH CARING. Psicological suport for patiests with cancer. *Cancer Supplement, (LANCET)*, 1453-1457- 1994.
- SPIEGEL, D. Health caring. *Cancer* -vol 74, n4, aug. 1994.
- 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
- STRAYHIORN, J.M., WEIDMAN, C.S., LARSON, D.B. A measure of religiousness, and its relation to parent and child mental heath variables. *Jornal for comunity psychology* volume 18 january, p.34-43-1990.
- STEINDL-RAST- CAPRA- **Pertencendo ao Universo**. CULTRIX/AMANASP/1991.
- THYMOTI, F. Psychological aspects of breast reconstrutuin. In: 2nd. National Conference on Human Values and Cancer (*Proc. Am. Cancer Soc.*) Chicago USA, p 132- 1990.
- VAZQUEZ-BARQUERO J.J.PENÃ, c. MANRIQUE, J.F. ARENAL, A. QUINTANAL, R. SAMANIEGO, C.- The influence of sociocultural factors on the interaction between physucal and mental disturbances in a rural community. in: *Soc. Psychiatry an Psyquiatry epidemiology*, 195-201-1988.

- VERSIANI, M. Princípios gerais básicos das escalas de avaliação, Escala de avaliação para monitorização para tratamento para psicofármacos, Centro de pesquisa em psicologia clínica, (coord), São Paulo, Ave Maria 1989.
- WANDERLEY, K.S. Aspectos psicológicos do câncer de mama. INTRODUÇÃO À PSICOONCOLOGIA- Maria Margarida de Carvalho . (COORD). Editorial psy Campinas. Sp- 1994
- WEISMAM, A.G., LOPEZ, S.R. Families values, religiosity and emotional reactions to schizophrenia in Mexican and Anglo-American cultures *Fam process*; .35(2):227,237; jul; 1996.
- WEISSMAN, M.M. et al. The epidemiology of dysthymia in life communities: rates, risks, comorbidity and treatment. *Am. J. Psych.* 145: 815-19, 1988.
- WELLS, D.K., JAMISON, K., PASNAU, R. Psychosocial aspects of mastectomy: II The man's perspective. *Am J. Psych.* 135:5 May-1978
- WILLIAMS, R.W., LARSON, D.B., BUCKLER, R.E., HECKMAN, R.C., PYLE, C.M. Religion and psychological distress in a community sample. *Social Science Medicine* -32(11), 1257-1262, 1991.
- WOLDOFGEL, S. Spirituality in medicine *Prim care.* dec(24(4)):963-76 1997.

YOKOE,T., ISHIDA.T., TOMINAGA.S., KUROISHI.T., MARIMOTO.T., TASHIRO.H.,  
ITO.H.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.

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. Analyse de la  
qualit de la vie chez des patientes traites pou un cancer du sein. *JOURNAL*  
*GYNECOL OBSTET REPROD. (PARIS)*,24, 157- 64, Aug. 1994.

ZUCKERMAN, D.M., KASL, S.V., OSTEFELD, A.M., Psychological predictors of  
mortality among the elderly poor. *American Journal of Epidemiology*, 119, 410-423.  
1984.

10. Anexos

## 10. Anexos

## ANEXOS

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO POR JUÍZES

Taubaté , 12/07/1998

Prezado Sr.

Temos o prazer de convidá-lo para a validação dos questionários sobre religiosidade.

Temos 2 questionários: LARSON e VICENT MOSHELA.

O questionário de Larson já foi amplamente utilizado nos Estados Unidos e Inglaterra . Já foram realizados testes de consistência interna e externa , e validados em diversas populações (pais de crianças em escola de primeiro grau, pacientes e outros).

O questionário do Dr Vicent Moshella está sendo utilizado e validado pela Dra . Margareth Hoopwood, da Wisconsin University, que tem diversos trabalhos publicados em todo o mundo sobre pacientes com Câncer. A consistência interna e externa também já foram avaliadas.

Para podermos utilizar os questionários em nosso país necessitamos de sua ajuda , pois para fazer um teste por juizes precisamos de uma pessoa que tenha profundo conhecimento nas áreas de psicologia e /ou psiquiatria e religião.

O seu nome foi escolhido para a realização deste trabalho, e sua participação será de grande valor para o prosseguimento de nossa pesquisa, pois só aplicaremos os questionários em nossos pacientes ( neste trabalho especificamente em pacientes com câncer de mama), se eles tiverem um score de avaliação em níveis estatisticamente apreciáveis .

O estatístico que realizará a avaliação será O Professor Doutor Cristiano de Azevedo Marques, atual Diretor geral do Instituto Adolfo Lutz de São Paulo ( este professor tem profundo conhecimento em estatística e epidemiologia), e foi escolhido justamente por seu gabarito nesta área.

Contando com sua colaboração desde já agradeço em meu nome e de meus orientadores.

Dra Márcia Gonçalves  
Prof. Dr. Marcos Pacheco de Toledo Ferraz  
Prof. Dr. Joel Sales Giglio.

### ESCALA DE STAYHORN, WEIDMAN , LARSON

A escala de Strayhorn, Weidman e Larson . (\*SWL)

\* - De agora em diante será usada esta sigla para esta escala.

A SWL, traduzida para o português, pelo Professor Dr. Paulo Dalgalarondo, consta de 12 questões que abordam fatores objetivos ( extrínsecos), afiliação à instituições religiosas, bem como fatores subjetivos (intrínsecos), que avaliam a fé ( critério transcendente).

Foi realizada uma Back-translation , ou seja, uma tradução realizada por uma pessoa nativa da língua inglesa, e que tem profundo conhecimento da língua portuguesa.

Algumas questões serão adicionadas à escala para uma melhor abordagem dos objetivos do trabalho, sendo esta denominada então Escala Modificada de Strayhorn, Weidman, Larson.

### ESCALA DE VICENT MOSHELLA

Esta escala esta sendo desenvolvida pela Univesidade de Wisconsin sob os cuidados do Prf. Dr. Vicent Moshella, que está vinculado ao Departamento de Bioética .

O processo de validação está aos cuidados da Dra . Margareth HOOPWOOD ( PHD), autora de diversas publicações na área de pesquisa em Câncer.

Esta escala foi solicitada ao próprio autor que consentiu em sua utilização ( com participação nos resultados do trabalho).

### ANÁLISE DA RELIGIOSIDADE :

Para a análise da religiosidade dos pacientes através da escala descrita no anexo I serão realizadas 3 questões para cada item da escala e será realizada uma avaliação por juizes.

Os juizes serão profissionais que possuem um reconhecido conhecimento em religião e saúde mental. Serão solicitados 3 juizes.

Tentaremos rastrear as propriedades da escala como objetividade, operacionalidade, fidedignidade ( reprodutividade das medidas, sua estabilidade, consistência e segurança), e validade ( expressão da extensão com o qual o instrumento mede aquilo que pretende medir Existem dois tipo de validade em psiquiatria... de conteúdo. extensão pelo qual instrumento incorpora todos os elementos do fenômeno estudado, e de critério: capacidade de um instrumento em classificar corretamente os positivos (sensibilidade), e capacidade de classificar os negativos (especificidade).( Centro de pesquisa em psicobiologia clinica - Dep. da UNIFESP)- Escalas de Monitorização de tratamento com psicofármacos- 1989.SP.

A partir das notas atribuidas para cada item consideraremos o escore 5 (de 0 a 10) ou acima de 5 a questão como suficiente para a inclusão no trabalho.

Após a realização do método de juizes, o método estatístico utilizado será o de correlação/regressão linear para a correlação da depressão com a religiosidade .

A partir daí será realizada a discussão dos aspectos quantitativos e qualitativos dos resultados.

**Prezado Professor:**

**Por favor , responda as questões sobre as perguntas ( uma a uma) da escala, e atribua uma nota de 0 a 10 para cada questão..**

**9.2- ESCALA DE VICENT MOSHELLA.**

**1- Voce tem religião ? ( ) Sim . qual? \_\_\_\_\_ Não ( )**

**JUIZ-**

**Questão 1.**

**Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?**

**NOTA ( )**

**Questão 2**

**Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .**

**(religiosidade). NOTA ( )**

**Questão 3**

**Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento )?**

**NOTA ( )**

**2- Voce foi educado em qual religião?**

**Questão 1.**

**Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?**

**NOTA ( )**

**Questão 2**

**Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .(religiosidade).**

**NOTA ( )**

**Questão 3**

**Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?**

**NOTA ( )**

**3- Como voce se considera?**

**a ( ) Muito religioso ( espiritualista)**

**b ( ) Um pouco religioso.**

c ( ) Não muito religioso

d ( ) nada religioso.

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento) NOTA ( )

**4-Voce frequenta a igreja ?**

a ( ) mais de uma vez por semana

b ( ) uma vez por semana

c ( ) menos que uma vez por semana

d ( ) de vez em quando

e ( ) nunca

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento) NOTA ( )

**5- Quantas vezes voce reza quando não frequenta as igrejas?**

a ( ) uma vez por dia

b ( ) mais de uma vez por semana

c ( ) uma vez por semana

d ( ) menos que uma vez por semana

d ( ) menos que uma vez por semana

e ( ) de vez em quando  
f ( ) nunca.

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**6- Voce acredita em alguma forma de vida após a morte?**

Sim ( ) não ( )

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**7- Sua doença modificou sua prática religiosa?**

a ( ) Eu vou menos na igreja

b ( ) Eu vou mais na igreja

c ( ) Nada mudou

d ( ) Outros \_\_\_\_\_

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**8-Em que sua doença modificou seu comportamento religioso?**

a ( ) eu rezo mais agora que antes

b ( ) Eu rezo menos

c ( ) Nada mudou

d ( ) outros \_\_\_\_\_

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**9- De que maneira sua doença modificou sua fé em Deus?**

a( ) eu perdi a fé em Deus.

b ( ) Eu aumentei minha fé em Deus

c ( ) Nada mudou

d ( ) outros \_\_\_\_\_

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?  
NOTA ( )

**10-Voce tem discutido seus sentimentos sobre religião ou suas necessidades espirituais com seu médico desde que sua doença começou?**

( )sim ( ) não.

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade)

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**11- Seu médico se interessou em perguntar sobre a importancia da religião ou espiritualidade em sua vida ?**

( ) sim ( ) não

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**12- De que maneira voce acredita que um médico deveria agir neste aspecto?**

a ( ) Os médicos deveriam perguntar a respeito dos credos religiosos dos pacientes

b ( ) Os médicos não deveriam perguntar sobre as crenças religiosas de seus pacientes.

c ( ) Os médicos deveriam dizer aos seus paciente sobre seus próprios credos religiosos.

d ( ) Os médicos deveriam rezar com seus pacientes.

e ( ) Os médicos deveriam ter um contato com os líderes espirituais de seus pacientes.

f ( ) outro \_\_\_\_\_

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**13-Voce tem discutido suas necessidades espirituais com suas enfermeiras desde que sua doença começou?**

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**14-Que tem lhe ajudado a enfrentar sua doença?**

a ( ) minha familia e ou amigos

b ( ) minha religião ( fé)

c ( ) meus médicos

d ( ) minhas enfermeiras

e ( ) eu não tenho nada que me ajude a enfrentar minha doença.

f ( ) outros \_\_\_\_\_

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**15- Algumas pessoas acreditam que seu sofrimento significam mais do que apenas dor física.. ( sofrimento mental por exemplo).. medo da morte, medo do futuro, outros medos ou sentimentos. Voce acredita que seus sofrimentos são punição de Deus**

sim ( )

não ( )

não sei ( )

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**16-Voce acredita que Deus o fez sofrer para ser uma pessoa melhor**

sim ( ) não ( )

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?  
NOTA ( )

**17- Voce acredita que a recompensa de seus sofrimentos virão no ceu?**

sim ( ) não ( ) .

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**18- Voce acredita que Deus está envolvido de alguma forma com seus sofrimentos?**

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**19- Desde que eu fiquei doente, eu acredito que Deus esta testando minha fé. não ( ) sim ( ) .**

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade.)

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?  
NOTA ( )

**20-Voce acredita que Deus o abandonou?**

sim( ) não ( )

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**21-Voce está bravo (revoltado) com Deus porque ficou doente**

sim ( ) não ( )

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**22-Voce se considera uma pessoa de fé?**

sim ( ) não ( ) Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**23-O que é fé para voce?**

---

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**24- Como voce acha que uma pessoa que tem fé deveria agir com relação à sua doença**\_\_\_\_\_

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**25-Voce acredita em milagres?**

Sim ( ) não ( )

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento )?

NOTA ( )

**26-Quais as obrigações de uma pessoa que se considera UMA pessoa de fé?**

\_\_\_\_\_.

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**27-Se voce fosse Deus como voce agiria consigo mesmo?**

\_\_\_\_\_.

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**28-Voce acredita que Deus ajuda quem se ajuda?**

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**29-Voce acredita em Santos?**\_\_\_\_\_.

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**30-Voce acredita em anjos ?**\_\_\_\_\_.

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**31-Voce acredita em duendes, fadas e magos? Sim ( ) não ( ).**

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**32- Acredita em magia, trabalhos feitos ( macumba), etc?**

sim ( ) não ( ) .

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**33-Voce já procurou auxilio de alguma vidente ou cartomante?**

Sim ( ) não ( )

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**34-Voce gosta de ler jogos como tarot, búzios, etc?**

sim ( ) não ( )

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?  
NOTA ( )

### **9.3. ESCALA DE RELIGIOSIDADE ( STRAYHORN, WEIDMAN, LARSON.)**

**1- Voce é uma pessoa religiosa?**

- 1 ( ) não
- 2- ( ) não muito
- 3- ( ) um pouco.( regular)
- 4-( ) bastante
- 5-( ) realmente muito.

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?  
NOTA ( )

**2- Com que frequência voce lê ou estuda a bíblia, ou outros livros sobre religião.**

- 1- ( ) nunca.
- 2- ( ) raramente
- 3- ( ) ocasionalmente.
- 4- ( ) frequentemente ( pelo menos uma vez por semana, mas não diariamente ) .
- 5- ( ) diariamente.

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?  
NOTA ( )

**3- Sem contar com as refeições, com que frequência você ora? ( reza ou medita) para Deus ( ou para sua força superior, divina) sozinho?**

- 1- ( ) nunca
- 2- ( ) raramente
- 3- ( ) as vezes ( ocasionalmente)
- 4- ( ) diariamente
- 5- ( ) muitas vezes por dia

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**4- Quando voce é tentado a fazer algo errado, com que frequência voce pede a Deus ( ou a uma força superior, evnergia ou entidade superior) forças para fazer as coisas certas?**

- 1- ( ) nunca
- 2- ( ) raramente
- 3- ( ) as vezes
- 4- ( ) frequentemente
- 5- ( ) muito frequentemente.

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**5- Se você tem que tomar uma decisão no seu dia a dia, com que frequência você pergunta a você mesmo o que Deus ( ou uma força superior) gostaria que você fizesse, ou pede a Deus ( ou uma força superior) ajuda para tomar a decisão.**

- 1-( ) nunca
- 2-( ) raramente

- 3-( ) as vezes
- 4-( ) frequentemente
- 5-( ) muito frequentemente

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**6- Em média, com que freqüência você foi ao culto ( missa, celebração) de sua igreja no último ano?**

- 1-( ) nunca
- 2-( ) umas poucas vezes no ano
- 3-( ) uma vez por semana ( ou quase uma vez por semana)
- 4-( ) mais de uma vez por semana.

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**7- Quanto de seus ganhos financeiros ( salário, mesada, bolsa ) você doa por ano a sua igreja, ou a uma organização religiosa?**

- 1-( ) nada
- 2-( ) uma quantia muito pequena com relação aos meus ganhos
- 3-( ) uma quantia pequena com relação aos meus ganhos
- 4-( ) uma doação média com reação aos meus ganhos.
- 5-( ) uma doação grande com relação aos meus ganhos.

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**8 - Com que freqüência você serve a ( ou participa) em sua igreja ( ou outra organização religiosa ) em trabalhos religiosos como por exemplo escola dominical, grupo de jovens, grupo de crianças, catecismo, ou outra atividade deste tipo.**

1 - ( ) nunca

2 ( ) poucas vezes no ano

3- ( ) uma ou duas vezes por mês

4- ( ) semanalmente ou quase semanalmente

5- ( ) mais de uma vez por semana.

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?

NOTA ( )

**9-Como você diria que é sua relação com Deus ( ou a uma entidade superior ou força superior- divina)**

1( ) Não me relaciono com Deus, não penso ou não acredito em Deus.

2 ( ) Tenho uma relação distante com Deus.

Questão 1.

Na sua opinião esta questão é clara para o entendimento?

NOTA ( )

Questão 2

Até que ponto a questão avalia a intenção geral do questionário .( religiosidade).

NOTA ( )

Questão 3

Esta questão é tendenciosa ( poderia induzir o paciente a algum tipo de pensamento)?  
 NOTA ( )

#### BIBLIOGRAFIA

LARSON,D.B. The forgotten factor in physical and Mental health. What does the reaserch show? An independent study.seminar. p 75:1992.

LAST,J.M,MOSER.,T. KALTON. N. A Dicionary of Epidemiology. Oxford, University press, New York- 1983.

MOSHELLA ,V, D. Cancer Questionary-http:// vail. is. mcw. edu/ cancer /cancer.html

#### 9.4. AVALIAÇÃO POR JUÍZES.

Notas atribuídas pelos juizes aos questionários de religiosidade.

De acordo com a média obtida pelas notas atribuídas pelos três juizes consideramos que as questões que obtiveram notas superior ou igual a 6.0 (Notas estas dadas pelos três juizes simultaneamente) foram consideradas aptas para serem aplicadas em nosso país.

A - Questão nº 1 respondida pelos juizes - Foram dadas notas de 1,0 a 10,0

B - Questão nº 2 respondida pelos juizes - Foram dadas notas de 1,0 a 10,0

C - Questão nº 3 respondida pelos juizes - Foram dadas notas de 1,0 a 10,0

Questões	JUIZ 1			JUIZ 2			JUIZ 3			Média Nota	Média Nota	Média Nota
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Questão1	9	9	9	10	6	1	10	5	10	9,6	6,6	6,6
Questão2	9	8	6	10	6	0	10	6	10	9,6	6,6	5,3
Questão3	9	9	9	10	9	1	9	8	9	9,3	8,6	5,3
Questão4	9	9	6	8	8	8	10	5	10	9,0	8,3	8

Questão5	9	8	7		8	8	8		9	6	10		8,6	7,3	8
Questão6	9	9	9		9	9	1		10	8	10		9,3	8,6	6
Questão7	9	9	8		10	8	0		8	7	9		9,0	8	5,6
Questão8	8	9	8		8	8	1		9	8	10		8,3	8,3	6,3
Questão9	8	7	7		10	9	1		10	8	9		9,3	8	5,6
Questão 10	8	7	9		10	1	1		10	5	10		9,3	4,3	6
Questão 11	7	7	9		10	1	0		10	0	10		9	2,6	6,3
Questão 12	8	7	9		9	3	1		10	6	10		9	5,3	6,6
Questão 13	9	8	8		10	4	0		10	7	10		9,6	6,3	6
Questão 14	8	8	8		3	7	4		10	7	10		7	7,3	7,3
Questão 15	8	8	9		10	5	5		10	5	10		9,3	6	8
Questão 16	9	9	9		10	6	2		10	3	10		9,6	6	7
Questão 17	9	8	9		6	7	2		9	4	10		8,3	6,3	7
Questão 18	9	9	9		7	8	1		10	4	10		9	7	6,6
Questão 19	8	8	9		8	8	1		10	4	10		8,6	6,6	6,6
Questão 20	9	9	9		9	6	1		10	4	10		9,3	6,3	6,6
Questão 21	8	8	9		10	7	1		10	0	10		9,3	5	6,6
Questão 22	7	9	9		10	9	1		10	9	8		9	9	6
Questão 23	8	8	8		10	7	0		10	9	10		9,3	8	6
Questão 24	7	7	8		10	8	7		10	9	8		9	8	7,6
Questão 25	9	9	9		8	4	5		10	3	10		9	5,3	8
Questão 26	9	9	9		7	7	5		9	1	10		8,3	8,6	8
Questão 27	6	8	9		3	1	8		10	4	10		6,6	4,3	9
Questão	7	8	7		8	2	4		10	7	10		8,3	5,6	7

28															
Questão 29	9	8	9		6	6	1		10	4	10		8,3	6	6
Questão 30	9	8	9		9	7	0		10	3	8		9,3	6	5,6
Questão 31	9	8	9		2	2	7		10	3	10		7	2,3	8,6
Questão 32	9	7	9		8	4	4		10	3	10		9	4,6	7,6
Questão 33	7	8	8		10	2	1		10	3	10		9	4,3	6,3
Questão 34	9	8	9		10	2	1		10	2	7		9,6	4	5,6
LARSON															
Questão 1	9	8	9		10	9	1		8	7	7		9	8	5,6
Questão 2	9	9	7		10	9	6		9	3	10		9,3	7	7,6
Questão 3	9	9	7		10	10	0		8	4	10		9	7,6	5,6
Questão 4	6	8	9		10	8	2		9	7	10		8,3	7,6	7
Questão 5	6	9	9		10	9	2		7	6	7		7,6	8	6
Questão 6	9	9	8		9	9	1		10	4	10		9,3	7,3	6,3
Questão 7	9	7	7		8	6	2		10	3	10		9	5,3	6,3
Questão 8	8	7	7		9	8	2		10	4	10		9	6,3	6,3
Questão 9	8	8	9		0	0	10		6	6	7		4,6	4,6	8,6
Questão															

### 9.5. RESULTADOS – Avaliação do questionário.

#### RELIGIOSIDADE – MOSCHELLA – LARSON – (ML) .

#### NOTAS ATRIBUÍDAS A CADA QUESTÃO.

Você tem religião ? (10 ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_ Não (00 )

(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, desistéria, 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.

eu perdi completamente o interesse em sexo.

## ABSTRACT

ABSTRACT – According to the literature, patients with mamary neoplasy show a higher score of depression than found in population ( 30% versus 8% average).

This work has the objective to study patients with mamary neoplasy (pré e pós mastectomy) and evaluate if religiosity could act as a protection factor against depression in these patients. Beck's scale was used for depression and modified scales of Stayhorn & Larson & Vincent Moschella for religiosity, after back-translation and judges validations in our country.

Other psycho/social aspects as sexuality, civil status of patients were also studied with the objective of getting more data about possible protection factors against depression. The results show that religiosity was a protection against depression for the post-surgical population and for the previous surgical population a hypothesis that the anxiety told by the literature as significant in this phase of treatment about death and mutilation could be a obstacle of expression of religious continence against depression.

Following, the results showed that patients with mamary neoplasy show a significant decreasing of familiar income and labour activities after surgery. These data showed how relevant is observation and support to the social/economic aspects of patients with the mamary neoplasy, since these aspects could work as an obstacle in the searching and treatment, and also for the life quality of patients. Important changes in sexuality were also observed in both populations studied, confirming the need already showed in our work of post graduation theses, of a higher continence of the public social health services in order to give these patients the support they need. The high level of instruction of patients of post surgical population was another factor of protection against depression and as the high

levels of religiosity demonstrate the need of other studies for more and clear information about the protective factors against depression.