UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FLÁVIO HIROSHI SHIRAMA

**Transtornos mentais comuns, uso de psicofármacos e qualidade
de vida em pacientes oncológicos ambulatoriais**

RIBEIRÃO PRETO

2017

FLÁVIO HIROSHI SHIRAMA

Transtornos mentais comuns, uso de psicofármacos e qualidade de vida em
pacientes oncológicos ambulatoriais

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do
título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação
Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a
doença e as práticas terapêuticas

Orientadora: Prof^a Dr^a. Adriana Inocenti Miasso

RIBEIRÃO PRETO
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

SHIRAMA, FLÁVIO HIROSHI

Transtornos mentais comuns, uso de psicofármacos e qualidade de vida em pacientes oncológicos ambulatoriais. Ribeirão Preto, 2017.

130 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Prof^a Dr^a. Adriana Inocenti Miasso

1. Transtornos Mentais. 2. Psicotrópicos . 3. Neoplasias . 4. Quimioterapia. 5. Qualidade de Vida.

SHIRAMA, FLÁVIO HIROSHI

Transtornos mentais comuns, uso de psicofármacos e qualidade de vida em pacientes oncológicos ambulatoriais

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*Aos **pacientes** que lutam contra o câncer.*

*Aos meus **familiares** e **amigos**, que sempre incentivaram a minha caminhada pessoal e profissional.*

*À minha namorada **Taís**, que muito me apoiou ao longo do período de elaboração deste trabalho.*

AGRADECIMENTOS

*À minha orientadora, Professora Doutora **Adriana Inocenti Miasso**, por ter dividido sua sabedoria e conhecimentos, pelo apoio e estímulo nos momentos difíceis e pela compreensão manifestada.*

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela oportunidade de realizar o curso.

*Aos membros da Banca de Qualificação, Professora Doutora **Kelly Graziani Giaccherio Vedana** e Professor Doutor **Paulo Celso Prado Telles Filho**, pela contribuição prestada na elaboração desta Tese.*

Ao Hospital de Câncer de Barretos, por ter permitido a realização desta pesquisa dentro de suas instalações com seus pacientes.

*Ao meu amigo, Professor Doutor **Thiago Buosi Silva**, pelo suporte e viabilização da pesquisa dentro do Hospital de Câncer de Barretos.*

*Aos enfermeiros **Júlio Cesar dos Santos** e **Patrícia Alvarenga de Oliveira** e à técnica em enfermagem e graduanda em odontologia **Jéssica Iamashita de Oliveira**, pelo auxílio na coleta de dados.*

*À **Adriana Borela Bortoletti Arantes**, pelas orientações e auxílio nas questões acadêmicas.*

*A **Jonas Bodini Alonso**, pelo suporte estatístico prestado e análise realizada.*

*À **Mayara Piani**, pela realização da análise estatística.*

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.”
(Mahatma Gandhi)

RESUMO

SHIRAMA, F. H. **Transtornos mentais comuns, uso de psicofármacos e qualidade de vida em pacientes oncológicos ambulatoriais**. 2017. 130 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Este estudo teve como objetivos estimar prevalências de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e de uso de psicofármacos em pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial; verificar associações entre TMC e variáveis sociodemográficas, culturais, uso de psicofármacos e histórico de saúde; verificar associações entre uso de psicofármacos e variáveis sociodemográficas, culturais e histórico de saúde e; avaliar a qualidade de vida e fatores associados nestes pacientes. Trata-se de estudo transversal no qual foram entrevistados 403 pacientes do setor de quimioterapia de um hospital oncológico, com a utilização de questionário para coleta de dados sociodemográficos, culturais, histórico de saúde e uso de psicofármacos, além de instrumentos de rastreamento de Transtornos Mentais Comuns (SRQ-20) e de avaliação de qualidade de vida (EORTC QLQ-C30). Para a abordagem de TMC e uso de psicofármacos como variáveis dependentes, foram realizadas as análises univariada (teste de Qui-quadrado) e regressão logística multivariada. A comparação dos grupos em relação à idade foi realizada por meio dos testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis. Para análise da qualidade de vida foi proposto modelo de regressão quantílica. Para todas as comparações adotou-se nível de significância de 5%. Os resultados revelaram prevalência de 31,5% de TMC e 25,8% de uso de psicofármacos. Por meio do teste Qui-quadrado identificou-se associação entre TMC e as variáveis sexo, escolaridade, renda familiar, uso de psicofármaco e histórico de cirurgia oncológica. Na regressão logística as variáveis sexo (OR=4,86; IC95% 2,27-10,42) e presença de comorbidades (OR= 2,12; IC95% 1,13-4,0) mostraram-se associadas a TMC. O uso de psicofármacos associou-se a sexo, situação de trabalho, histórico de cirurgias oncológicas, tempo de tratamento e comorbidades. Verificou-se que as variáveis sexo (OR= 4,29; IC95% 2,03-9,08), situação de trabalho (OR=0,33; IC95% 0,15-0,75) e comorbidades (OR= 1,73; IC95% 1,05-2,84) exerceram contribuição estatisticamente significativa no modelo de regressão. Casos positivos para TMC apresentaram piores escores de qualidade de vida/saúde global e, entre esses, os que usavam psicofármacos apresentaram pior qualidade de vida do que os que não usavam. Identificou-se pior qualidade de vida em homens e em pessoas com baixo nível educacional. Os casos positivos para TMC apresentaram, também, piores capacidades física, emocional, cognitiva e social, pior desempenho de papel e maior proeminência dos sintomas fadiga, dor, insônia, perda de apetite e dispneia. Pacientes que usavam psicofármacos apresentaram piores funcionamentos físico, emocional e social e maior proeminência de fadiga e dispneia do que aqueles que não usavam tais medicamentos. Indivíduos sem renda ou com rendas mais baixas apresentaram piores funcionamentos cognitivo e social e maior proeminência de dor, insônia e dificuldades financeiras. Pacientes com nível de escolaridade mais baixo apresentaram pior funcionamento social e os analfabetos apresentaram maior proeminência de insônia. A idade influenciou no funcionamento físico. Pacientes que não tinham religião apresentaram maior proeminência de falta de apetite. De forma pioneira, este estudo identificou a forte influência de TMC e uso de psicofármacos na qualidade de vida de pacientes oncológicos que estavam realizando quimioterapia, agregando informações importantes à literatura.

Palavras-chave: Transtornos mentais; Psicotrópicos; Neoplasias; Quimioterapia; Qualidade de Vida;

ABSTRACT

SHIRAMA, F. H. **Common mental disorders, use of psychotropic drugs and quality of life in outpatient oncology patients**. 2017. 130p. Thesis (Doctoral) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

The objective of this study was to estimate the prevalence of Common Mental Disorders (CMD) and the use of psychotropic drugs in oncology patients undergoing outpatient treatment; verify sociodemographic and cultural variables, the use of psychoactive drugs and health history in association with CMDs; verify associations between the use of psychoactive drugs and sociodemographic, cultural and health history variables; evaluate the quality of life and factors associated within these patients. This was a cross-sectional study in which 403 patients from the chemotherapy sector of a cancer hospital were interviewed, using a questionnaire to collect sociodemographic, cultural data, health history and use of psychotropic drugs, as well as screening instruments for Mental Disorders Common (SRQ-20) and Quality of Life assessment (EORTC QLQ-C30). For the approach to CMD and the use of psychotropic drugs as dependent variables, multivariate logistic regression and univariate analysis (Chi-square test) were used. A group comparison in relation to age was performed using the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests. For Quality of Life analysis, a quantile regression model was proposed. For all comparisons, a significance level of 5% was adopted. The results showed a prevalence of 31.5% CMD and 25.8% use of psychoactive drugs. The Chi-square test identified an association between CMD and the variables of gender, schooling, family income, use of psychoactive drugs and history of oncological surgery. In the logistic regression the gender variables (OR=4.86; IC95% 2.27-10.42) and presence of comorbidities (OR= 2.12; IC95% 1.13-4.0) showed to be associated with CMD. The use of psychoactive drugs was associated with gender, employment status, history of oncologic surgeries, time of treatment and comorbidities. It was verified that the variables in gender (OR= 4.29; IC95% 2.03-9.08), employment status (OR=0.33; IC95% 0.15-0.75) and comorbidities (OR= 1.73; IC95% 1.05-2.84) exerted a significant statistical contribution to the regression model. Positive cases for CMD showed the lowest scores in regards to quality of life/overall health and among these, those using psychotropic drugs showed a lower quality of life than those who did not. A poor quality of life was identified in men and in people that had a low education level. Positive cases for CMD also showed the lowest in physical, emotional, cognitive and social abilities, poor role performance and greater prominence of the symptoms of fatigue, pain, insomnia, loss of appetite and dyspnea. Patients using psychoactive drugs had the worse physical, emotional, and social functions and greater prominence of fatigue and dyspnea than those who did not use such medications. Individuals without income or with low income showed the lowest cognitive and social functioning ability and a greater prominence of pain, insomnia and financial difficulties. Patients with a lesser level of education presented low social functioning abilities and those who were illiterate, presented a greater prominence of insomnia. Age had an influence in physical function abilities. Patients who did not have a religion showed a greater loss of appetite. In a pioneering way, this study has identified the strong influence of CMD and the use of psychoactive drugs on the quality of life of oncology patients undergoing chemotherapy, adding important research information to current study literature.

Keywords: Mental Disorders; Psychotropic; Neoplasms; Chemotherapy; Quality of life.

RESUMEN

SHIRAMA, F. H. **Trastornos mentales comunes, uso de psicofármacos y calidad de vida en pacientes oncológicos ambulatorios**. 2017. 130p. Tesis (Doctoral) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Este estudio tuvo como objetivos de estimar prevalencias de Trastornos Mentales Comunes (TMC) y de uso de psicofármacos en pacientes oncológicos en tratamiento ambulatorio; de verificar la asociación entre TMC y variables sociodemográficas, culturales, uso de psicofármacos y el historial de salud; de verificar las asociaciones entre el uso de psicofármacos y variables sociodemográficas, culturales y el histórico de salud y; evaluar la calidad de vida y los factores asociados en estos pacientes. Se trata de un estudio transversal en lo cual se entrevistó a 403 pacientes del sector de quimioterapia de un hospital oncológico, utilizando un cuestionario para la colecta de los datos sociodemográficos, culturales, histórico de salud y uso de psicofármacos, además de instrumentos de rastreo de Trastornos Mentales Comunes (SRQ-20) y de evaluación de Calidad de Vida (EORTC QLQ-C30). Para el abordaje de TMC y el uso de psicofármacos como variables dependientes, se realizaron los análisis univariado (prueba de Chi-cuadrado) y regresión logística multivariada. La comparación de los grupos en relación a la edad, fue realizada por medio del uso de las pruebas de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis. Para el análisis de la Calidad de Vida se propuso un modelo de regresión cuantitativa. Para todas las comparaciones se adoptó un nivel de significancia de 5%. Los resultados revelaron prevalencia de 31,5% de TMC y 25,8% de uso de psicofármacos. Mediante la prueba de chi-cuadrado se identificó una asociación entre TMC y las variables de género, educación, ingresos del hogar, uso de medicamentos psicotrópicos y el historial de la cirugía oncológica. En la regresión logística las variables de género (OR = 4,86; IC95% 2,27-10,42) y la presencia de comorbilidades (OR = 2,12; IC95% 1,13-4,0) muestran estar asociadas al TMC. El uso de psicofármacos se asoció a género, estado de empleo, historial de cirugías oncológicas, tiempo de tratamiento y comorbilidad. Se verificó que los variables de género (OR = 4,29; IC95% 2,03-9,08), estado de empleo (OR = 0,33; IC95% 0,15-0,75) y comorbilidades (OR = 1,73; IC95% 1,05-2,84) ejercieron una contribución estadísticamente significativa en el modelo de regresión. Los casos positivos de TMC presentaron el peor puntuación en la calidad de vida / salud en general y, entre ellos, los que usaban psicofármacos presentaron un peor calidad de vida que los que no usaban. Se identificó el peor calidad de vida entre hombres y personas con bajo nivel educativo. Los casos positivos para TMC también presentaron peores capacidades física, emocional, cognitiva y social, un peor desempeño de papel y mayor prominencia de los síntomas de fatiga, dolor, insomnio, pérdida de apetito y disnea. Los pacientes que usaban psicofármacos presentaron peores funcionamientos físico, emocional y social y tenían mayor prominencia de fatiga y disnea que aquellos que no usaban tales medicamentos. Los individuos sin ingresos o con ingresos más bajas presentaron peores funcionamientos cognitivo y social y un mayor prominencia de dolor, insomnio y dificultades financieras. Pacientes con el nivel educativo más bajo presentaron el peor funcionamiento social y los analfabetos presentaron la mayor prominencia de insônia.. La edad influenció el funcionamiento físico. Los pacientes que no tenían una religión presentaron mayor prominencia de falta de apetito. De forma pionera, este estudio identificó la fuerte influencia de TMC y uso de psicofármacos en la calidad de vida de pacientes oncológicos que estaban realizando quimioterapia, agregando informaciones importantes a la literatura.

Palabras clave: Trastornos mentales; Psicotrópicos; Neoplasias; Quimioterapia; Calidad de Vida;

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma de coleta de dados. Barretos, São Paulo, 2015-2016	35
Figura 2	Resultado do SRQ-20 e uso de psicofármaco segundo o sexo. Barretos, São Paulo, 2015-2016	51
Figura 3	Resultado do SRQ-20 e uso de psicofármaco segundo a escolaridade. Barretos, São Paulo, 2015-2016	51
Figura 4	Resultado do SRQ-20 e uso de psicofármaco segundo a situação de trabalho. Barretos, São Paulo, 2015-2016	52
Figura 5	Resultado do SRQ-20 e uso de psicofármaco segundo a realização de cirurgia oncológica. Barretos, São Paulo, 2015-2016	54
Figura 6	Resultado do SRQ-20 e uso de psicofármaco segundo a presença ou não de comorbidades. Barretos, São Paulo, 2015-2016	54
Figura 7	Resultado do SRQ-20 e uso de psicofármaco, segundo o consumo ou não de medicamento de uso contínuo. Barretos, São Paulo, 2015-2016.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Questões pertencentes às escalas funcionais do EORTC QLQ-C30.....	61
Quadro 2	Questões pertencentes às escalas de sintomas e aos itens individuais do EORTC QLQ-C30.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo as variáveis sociodemográficas e culturais. Barretos, São Paulo, 2015-2016	39
Tabela 2	Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo as variáveis relacionadas ao histórico de saúde. Barretos, São Paulo, 2015-2016 ..	40
Tabela 3	Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo resultado do <i>Self Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20) e as variáveis sociodemográficas e culturais. Barretos, São Paulo, 2015-2016	42
Tabela 4	Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo resultado do <i>Self Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20) e variáveis relacionadas ao histórico de saúde. Barretos, São Paulo, 2015-2016	43
Tabela 5	Modelo de regressão logística para análise de fatores associados aos transtornos mentais comuns em pacientes oncológicos ambulatoriais. Barretos, São Paulo, 2015-2016	44
Tabela 6	Medicamentos em uso pelos participantes da pesquisa, de acordo com a Classificação <i>Anatomical Therapeutic Chemical</i> (ATC). Barretos, São Paulo, 2015 – 2016	45
Tabela 7	Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o uso de psicofármacos e as variáveis sociodemográficas e culturais. Barretos, São Paulo, 2015-2016	46
Tabela 8	Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o uso de psicofármacos e as variáveis relacionadas ao histórico de saúde. Barretos, São Paulo, 2015-2016	47
Tabela 9	Modelo de regressão logística para análise de fatores associados ao uso de psicofármacos em pacientes oncológicos ambulatoriais. Barretos, São Paulo, 2015-2016	49
Tabela 10	Distribuição dos participantes da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas e culturais, por resultado do <i>Self Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20) e uso de psicofármaco. Barretos, São Paulo, 2015-2016	50
Tabela 11	Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo as variáveis relacionadas ao histórico de saúde, por resultado do <i>Self Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20) e uso de psicofármaco. Barretos, São Paulo, 2015-2016	53

Tabela 12	Valores descritivos das escalas do EORTC QLQ-C30, segundo o resultado do SRQ-20. Barretos, São Paulo, 2015-2016	56
Tabela 13	Valores descritivos das escalas do EORTC QLQ-C30, segundo o uso ou não de psicofármacos. Barretos, São Paulo, 2015-2016	58
Tabela 14	Regressão quantílica para comparação da Qualidade de Vida entre os grupos, por meio do EORTC QLQ-C30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.....	60
Tabela 15	Regressão quantílica para comparação do Funcionamento Físico entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.....	62
Tabela 16	Regressão quantílica para comparação do Funcionamento Emocional entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.....	63
Tabela 17	Regressão quantílica para comparação do Funcionamento Cognitivo entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.....	64
Tabela 18	Regressão quantílica para comparação do Funcionamento Social entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.....	66
Tabela 19	Regressão quantílica para comparação do Desempenho de Papel entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.....	67
Tabela 20	Regressão quantílica para comparação do sintoma Fadiga entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.....	69
Tabela 21	Regressão quantílica para comparação do sintoma Dor entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.....	70
Tabela 22	Regressão quantílica para comparação do sintoma Insônia entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.....	71
Tabela 23	Regressão quantílica para comparação do sintoma Perda de Appetite entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.....	72

Tabela 24	Regressão quantílica para comparação de Dificuldades Financeiras entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.....	73
-----------	--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 TRANSTORNOS MENTAIS EM PACIENTES COM CÂNCER.....	16
1.2 SUBDIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM PACIENTES COM CÂNCER	18
1.3 QUALIDADE DE VIDA E SUA RELAÇÃO COM TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E USO DE PSICOFÁRMACOS EM PACIENTES COM CÂNCER	21
2 OBJETIVOS	27
3 METODOLOGIA.....	29
3.1 TIPO DE ESTUDO	30
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	30
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	31
3.4 SUJEITOS DO ESTUDO.....	31
3.5 COLETA DE DADOS.....	32
3.5.1 Instrumentos para coleta de dados.....	32
3.5.1.1 Questionário A: Dados sociodemográficos e culturais, histórico de saúde e uso de psicofármacos.....	32
3.5.1.2 Instrumento SRQ-20.....	33
3.5.1.3 Questionário de qualidade de vida da <i>European Organisation for Research and Treatment of Cancer</i> - EORTC QLQ-C30	34
3.5.2 Fluxograma de coleta de dados.....	35
3.5.3 Análise dos dados	35
4 RESULTADOS.....	37
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	38
4.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS	41
4.3 USO DE PSICOFÁRMACOS E FATORES ASSOCIADOS	45
4.4 RESULTADOS DO SRQ-20, USO DE PSICOFÁRMACOS E FATORES ASSOCIADOS	49
4.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS.....	55
4.5.1. Escalas funcionais do EORTC QLQ-C30.....	61
4.5.2 Escalas de sintomas e itens individuais do EORTC QLQ-C30.....	68
5 DISCUSSÃO	74
6 CONCLUSÕES.....	91
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICES	114
ANEXOS	121

1 INTRODUÇÃO

1.1 TRANSTORNOS MENTAIS EM PACIENTES COM CÂNCER

Inquestionavelmente, o câncer é um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento, pois, espera-se que 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 ocorram nestas populações (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2014).

No Brasil a estimativa para o ano 2017 aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos, sendo que, destes, os tipos mais frequentes em homens serão: próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) figurarão entre os principais (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Desde o diagnóstico, as alterações físicas e psicológicas causadas pelo câncer são evidentes e de grande impacto, com destaque para a ansiedade e a depressão (JADOON et al., 2010). Essas alterações psicológicas podem estar também relacionadas aos efeitos colaterais decorrentes do tratamento. Queda de cabelo, vômitos e diversas alterações corporais frequentemente estão presentes e podem contribuir para a continuidade da depressão. Além disso, trata-se de uma doença estigmatizada por causar sofrimento e muitas mudanças na vida das pessoas (SOUZA et al., 2013). Desse modo, uma proporção significativa de pessoas com câncer em diferentes estágios da trajetória da doença pode desenvolver transtornos mentais, principalmente transtornos afetivos e de ansiedade (NAKASH et al., 2014).

Estudo de revisão sistemática sobre a prevalência de psicopatologias não-psicóticas em populações de pacientes com câncer identificou taxas que variaram de 23% (pacientes com câncer de mama na Turquia) a 53% (pacientes idosos com câncer em Uganda). A estimativa de prevalência combinada foi de 32% (intervalo de confiança de 95%, 27% a 37%). Os autores concluíram que um terço dos pacientes com câncer em hospitais de cuidados agudos sofre de transtornos mentais e necessitam de tratamento adequado (SINGER; DAS-MUNSHI; BRAHLER, 2010).

Outra pesquisa de revisão sistemática analisou 24 estudos com 4007 indivíduos em contextos de cuidados paliativos em sete países e identificou a prevalência meta-analítica combinada de depressão maior definida pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais (DSM) ou episódio depressivo maior pela Classificação Internacional de Doenças (CID) de 16,5%. A prevalência de transtornos de adaptação sozinha foi de 15,4% e de

transtornos de ansiedade foi de 9,8%. A prevalência de todos os tipos de depressão combinados (depressão maior, depressão menor, distímia) foi de 24,6%, de depressão ou transtornos de adaptação 24,7%, e todos os tipos de transtornos de humor 29,0% (MITCHELL et al., 2011). Esta mesma revisão sistemática utilizou-se também de outros 70 estudos com 10.071 indivíduos em contextos oncológicos e hematológicos em 14 países. A prevalência de depressão pelo DSM ou critérios da CID-10 foi de 16,3%. A prevalência de transtornos de adaptação foi de 19,4%, ansiedade 10,3% e distímia 2,7%. Todos os tipos de depressão ocorreram em 20,7% dos pacientes, depressão ou transtornos de adaptação em 31,6% e qualquer transtorno de humor em 38,2% (MITCHELL et al., 2011).

Estudo com 7298 pacientes que objetivou descrever a incidência de ansiedade, depressão e consumo de álcool no ano seguinte ao diagnóstico de câncer, identificou que 15,6% dos pacientes do grupo experimental preenchiam os critérios para morbidades psiquiátricas, contra 1,4% do grupo controle saudável (DESPLINTER et al., 2012).

No contexto nacional, estudo recente com 400 pacientes oncológicos ambulatoriais identificou a depressão maior e os transtornos de ansiedade como sendo os mais prevalentes distúrbios psiquiátricos, com taxas de 16% e 44,5%, respectivamente (OSÓRIO; LIMA; CHAGAS, 2015).

Fato preocupante relacionado ao tema está no prognóstico de indivíduos com câncer. A literatura indica que os transtornos mentais podem ser preditores de mortalidade nestes pacientes (HAMER; CHIDA; MOLLOY, 2009), com destaque para a depressão (LLOYD-WILLIAMS et al., 2009; GOODWIN; ZANG, OSTIR, 2004).

Para examinar o papel de distúrbios psicológicos (ansiedade e depressão) como potencial preditor de mortalidade por câncer, o estudo de Batty et al., (2017) agrupou 16 pesquisas de coorte prospectivas com amostras representativas nacionais (13 inglesas e três escocesas). Foram incluídos no estudo um total de 163.363 homens e mulheres com idade igual ou superior a 16 anos, que inicialmente estavam livres de um diagnóstico de câncer, os quais forneceram uma pontuação auto informada de distúrbios psicológicos por meio do Questionário de Saúde Geral (GHQ-12). Os estudos contribuíram coletivamente com uma média de 9,5 anos de vigilância da mortalidade durante os quais houve 16.267 mortes (4.353 por câncer). Identificou-se que no grupo com maior pontuação para distúrbios psicológicos, a mortalidade para cânceres de todos os locais combinados foi elevada em relação ao grupo com menor pontuação (Razão de risco ajustada multivariável de 1,32; IC 95% de 1,18 a 1,48) (BATTY et al., 2017).

Além disso, os sintomas depressivos são recorrentes em pacientes com câncer e

podem evoluir para um quadro crônico, impossibilitando o indivíduo de desempenhar suas tarefas cotidianas e, em situações mais graves, resultar em suicídio. Nesse sentido, estudo revelou que, em pacientes com câncer, a dor e a depressão estiveram associadas ao risco de suicídio (FANGER et al., 2010).

É essencial o acompanhamento do paciente com o propósito de identificar tais traços comportamentais, incluindo o pensamento suicida, com o objetivo de implementar posterior abordagem farmacológica e/ou não farmacológica (MENESES et al., 2010). Destaca-se que no contexto oncológico, a depressão tem sido o transtorno mental mais estudado (MEYEROWITZ, 2009; NAKASH et al, 2012).

Tendo em vista esta problemática, estudos epidemiológicos têm sido realizados visando estimar prevalências de transtornos mentais entre as mais variadas populações, incluindo aquelas de indivíduos com câncer. Para tal finalidade, instrumentos de rastreamento de morbidades psiquiátricas foram desenvolvidos para auxiliar na produção de dados que podem ser trabalhados, visando a atenção integral ao paciente, especialmente à sua saúde mental. Entretanto, como a gama de transtornos mentais é ampla, estudos epidemiológicos têm focado a atenção aos transtornos mentais mais comumente encontrados na população de forma geral, incluindo pacientes com câncer.

1.2 SUBDIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM PACIENTES COM CÂNCER

Segundo Goldberg e Huxley (1992) existem alguns transtornos mentais que são comumente encontrados em comunidades e em clínicas médicas gerais. Estes transtornos mentais comuns (TMC) são: Episódio depressivo, Transtorno depressivo recorrente, Distímia, Transtornos fóbico-ansiosos, Transtorno de pânico, Ansiedade generalizada, Transtorno misto ansioso e depressivo, Transtorno obsessivo-compulsivo, Transtornos de adaptação, Transtornos somatoformes, Transtorno somatoforme indiferenciado e Neurastenia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994).

Em pesquisa mundial de saúde mental que estudou a comorbidade de transtornos mentais comuns (TMC) e câncer, realizada em 13 países de alta renda e 11 países de baixa e média renda, totalizando uma amostra de 66.387 indivíduos (357 com câncer ativo, 1373 sobreviventes de câncer e 64.657 sem câncer), as taxas de prevalência de TMC nos doze meses precedentes à entrevista foram mais elevadas entre os indivíduos com cânceres ativos

(18,4%) do que entre aqueles sem câncer (13,3%). Os TMC entre os sobreviventes de câncer em comparação com aqueles que não tiveram câncer não diferiram significativamente (NAKASH et al, 2014). Para estimar as taxas de prevalências de TMC o referido estudo utilizou o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) da Organização Mundial de Saúde, uma entrevista totalmente estruturada que pode ser aplicada por leigos treinados (NAKASH et al, 2014).

No cenário brasileiro as estimativas de prevalência dos transtornos mentais comuns têm sido realizadas frequentemente por meio do instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) o qual, segundo a Organização Mundial de Saúde, pode ser utilizado para realizar o rastreamento destas morbidades. Não há nesta ferramenta questões relacionadas a transtornos obsessivo-compulsivos todavia, visto que indivíduos com estes transtornos frequentemente apresentam sintomas depressivos e de ansiedade, esta forma de transtorno pode ser detectada por este instrumento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994).

O SRQ-20 foi criado prioritariamente para uso em ambiente de atenção primária à saúde. Embora essa seja sua aplicação mais indicada, o referido instrumento pode ser utilizado em qualquer população. Como seus resultados dependem de confirmação diagnóstica posterior, ou seja, não fornecem um diagnóstico, mas somente uma suspeita de caso de morbidade mental, o SRQ-20 pode ser utilizado em qualquer ambiente, clínico ou não-clínico. Dessa forma, sua utilidade como ferramenta de pesquisa em estudos em larga escala é indiscutível (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016).

No que diz respeito especificamente à morbidade psiquiátrica em pacientes com câncer que estavam realizando quimioterapia estudo identificou, por meio do SRQ-20, entre indivíduos recentemente diagnosticados com neoplasias (menos de 6 meses), que 25,8% de uma amostra de 279 pacientes foram rastreados como positivos para TMC. Além disso, menos de 40% da amostra procurou qualquer tipo de apoio ou conversou com alguém sobre seus sentimentos, dúvidas e medos (CHAVES et al., 2005). O referido estudo reitera que a não detecção de comorbidades psiquiátricas pode piorar a qualidade de vida do paciente e aumentar a carga da doença para o paciente e sua família (CHAVES et al., 2005).

Apesar do grande impacto negativo que os transtornos mentais podem acarretar na vida e no tratamento oncológico destes indivíduos, estas enfermidades podem estar ocorrendo sem que sejam devidamente identificadas e tratadas.

Pesquisa desenvolvida no Reino Unido, com 2297 pacientes, identificou falhas no diagnóstico de transtornos mentais, com taxa de erro de classificação de 34,7%. Evidenciou,

ainda, que muitas condições psiquiátricas apresentadas pelos pacientes com câncer não foram reconhecidas e, por conseguinte, não tratadas. Os autores concluíram que os médicos precisam de treinamento para identificar problemas durante as consultas e que encaminhamentos apropriados para serviços psicológicos são necessários quando os pacientes que carecem de ajuda são identificados e devem ser parte integrante do tratamento do câncer (FALLOWFIELD, 2001).

Em relação à depressão, uma possível explicação para a dificuldade no diagnóstico pode ser a falta de familiaridade com os seus sintomas, particularmente porque alguns sintomas somáticos, frequentemente associados à depressão, podem resultar do processo maligno subjacente. Além disso, os clínicos podem subestimar sintomas depressivos ao considerarem, equivocadamente, todos os pacientes com câncer “compreensivelmente deprimidos” (FANGER et al., 2010). Ainda, sentimentos de tristeza e desespero podem inibir a procura de cuidado pelos pacientes, dificultando o reconhecimento da depressão (BOTTINO; FRAGUAS; GATTAZ, 2009).

Além da possível não identificação de transtornos mentais e consequente ausência de tratamento adequado às condições que interferem na saúde mental existe, também, a lacuna relacionada ao acesso aos serviços e medicamentos vinculados ao tratamento dessas condições.

O estudo de Nakash et al. (2014) identificou que dos indivíduos com câncer ativo que tiveram TMC nos últimos 12 meses, 59% procuraram serviços para problemas de saúde mental. O padrão de utilização do serviço entre as pessoas com TMC e câncer foi maior entre as pessoas com câncer ativo, menor entre os sobreviventes de câncer e menor ainda entre indivíduos sem câncer.

Nos Estados Unidos, estudo visando obter estimativas nacionais de uso de serviços de saúde mental e a prevalência de problemas mentais entre indivíduos com histórico de câncer, identificou que apenas 35% dos sobreviventes de câncer com problemas mentais acessaram serviços especializados (HEWITT; ROWLAND, 2002). Outro estudo realizado neste mesmo país, identificou, entre pessoas com câncer de um hospital público, que apenas 12% dos diagnosticados com depressão receberam medicamentos antidepressivos e somente 5% consultaram um especialista em saúde mental (ELL et al., 2005).

No contexto populacional geral, também existe a lacuna entre a presença e o tratamento destas morbidades, pois estudo de revisão composto por 37 pesquisas de várias partes do mundo identificou que o não tratamento para depressão maior atingiu 56,3%; distímia, 56,0%; transtorno de pânico, 55,9%; síndrome de ansiedade generalizada, 57,5%; e

transtorno obsessivo-compulsivo, 57,3% (KOHN et al., 2004).

Estudo epidemiológico internacional, realizado em 17 países e conduzido por Wang et al. (2007), também documentou as lacunas na prestação de serviços de saúde mental ao revelar que muitos pacientes que iniciaram o tratamento não receberam seguimento ou tratamento que atendessem a padrões mínimos de adequação. Seus resultados apontaram também que o acesso era menor em países com pobres recursos assistenciais do que em países desenvolvidos.

No Chile, estudo identificou que quase um terço da população maior que 15 anos já havia tido algum transtorno mental e que somente 38,5% daqueles que haviam sido diagnosticados recebiam algum tipo assistência em saúde mental, seja de um especialista ou de um médico de atenção primária (VICENTE; SALDIVIA; PIHAN, 2016).

A alta incidência de câncer e de transtornos mentais afetando tais pacientes bem como as consequências da ocorrência destas comorbidades evidencia que a magnitude destes problemas necessita ser melhor compreendida. Decorre disto, a consciência da necessidade de atenção à problemática, visando a melhoria da assistência à saúde mental em oncologia.

Aliado a isso, a dificuldade em detectar e tratar transtornos mentais coloca em risco os resultados de terapias contra o câncer, diminui a qualidade de vida dos pacientes e aumenta os custos dos cuidados de saúde (ZABORA et al., 2001), fato este que potencializa a preocupação relacionada à saúde mental destes indivíduos.

1.3 QUALIDADE DE VIDA E SUA RELAÇÃO COM TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E USO DE PSICOFÁRMACOS EM PACIENTES COM CÂNCER

Uma das modalidades de tratamento de transtornos mentais, seja em pacientes com câncer ou na população geral, é terapia medicamentosa com psicofármacos, além das terapias não-farmacológicas. Os psicofármacos podem ser definidos como substâncias que alteram a atividade psíquica, melhorando sintomas de morbidades psiquiátricas ou promovendo alterações na percepção e pensamento, diferindo das demais classes de fármacos por exercerem seus efeitos após atravessarem a barreira hematoencefálica (ZILBERMAN; GORENSTEIN, 2008).

Desde a antiguidade, substâncias naturais têm sido utilizadas pelo homem para afetar sua existência. A obra grega *Odisséia* já citava uma mistura de ervas contra a melancolia. Platão descreveu o *phármakon*, substância capaz de alterar a identidade do sujeito

a ponto de torná-la estranha ao que lhe é mais familiar, a própria memória (GELLIS, 2000). Paracelsus, no século XVI, utilizava a cânfora para curar pessoas “lunáticas” (RIGONATTI, 2004). Inúmeras outras substâncias foram e ainda têm sido utilizadas para aplacar a fome, retardar a fadiga, aproximar-se dos outros, alijar o sofrimento moral e, sobretudo, para atingir o prazer (GELLIS, 2000).

A psicofarmacologia moderna iniciou-se após a Segunda Guerra Mundial, no final da década de 40, quando foram introduzidos os primeiros fármacos com a finalidade específica de tratar os transtornos psiquiátricos. Desde então, houve considerável ampliação do arsenal terapêutico, tanto com a expansão do número de compostos dentro de um mesmo grupo farmacológico, como com o surgimento de drogas com perfil de ação diferente das originais (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999).

Esses medicamentos representam, nos Estados Unidos, uma economia de mais de 40 bilhões de dólares, desde 1970 (sendo 13 bilhões nos custos de tratamento e 27 bilhões em custos indiretos). Sem os tratamentos modernos, pacientes psiquiátricos passavam um quarto da sua vida adulta no hospital e metade dela incapacitados (STUART; LARAIA, 2001).

Diversos estudos têm ressaltado a importância do uso de psicofármacos no tratamento de transtornos mentais em pacientes com câncer, proporcionando melhoria dos sintomas, caracterizando-se como importantes ferramentas, visto que estas morbidades podem influenciar negativamente em aspectos tais como a duração de internações hospitalares, no autocuidado, na adesão ao tratamento, na qualidade de vida e na sobrevivência (GARCIA; ALGAR, 2016; ALGAR; GARCIA, 2016; BOTTINO; FRÁGUAS; GATTAZ, 2009).

Apesar do benefício associado à utilização de psicofármacos como modalidade terapêutica, com a sua grande popularização e aumento de consumo surgiram questionamentos referentes à real necessidade de sua utilização (MIGUEL, 2014). Autores referem-se a um processo de medicalização do sofrimento, ou seja, não seria mais “normal” sentir-se triste ou ansioso diante de situações que sabidamente causam estes sentimentos (ORLANDI; NOTO, 2005; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006).

Indício desse processo de medicalização, entendido como o conjunto de mecanismos que levam a tornar médicos certos eventos ou problemas da vida cotidiana (CONRAD, 2007), foi o incremento na prescrição desses medicamentos (SOARES; CAPONI, 2011). Nos Estados Unidos o crescimento nos gastos com antidepressivos foi de 600% na década de 1990 (HORWITZ; WAKEFIELD, 2007). Os psicofármacos, de forma geral, estão entre as categorias de medicamentos mais prescritos no Estados Unidos (MARK, 2010). No Brasil, estudos de base populacional têm estimado prevalências do uso de

psicofármacos entre 6,5% a 10% (QUINTANA et al., 2013; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006; LIMA et al., 2008).

Em pacientes com câncer, a literatura indica que o consumo destes medicamentos é ainda maior. Na pesquisa de Desplenter et al. (2012), com mais de 7000 indivíduos com câncer, os psicofármacos foram prescritos nos 6 meses após o diagnóstico inicial de câncer para 1066 (14,6%) casos contra 161 indivíduos (1,1%) do grupo controle. Além disso, o volume e duração da prescrição de medicamentos psicotrópicos, principalmente ansiolíticos e antipsicóticos, foi significativamente diferente entre casos e controles.

Em outro estudo de coorte com mais de 2000 mulheres com câncer de mama, a prescrição de psicofármacos foi maior em comparação com um grupo controle de 8.129 mulheres sem câncer (DE BOCK et al., 2012).

Além da diferença do uso destes medicamentos entre indivíduos com e sem câncer, a literatura indica também a diferença do uso considerando o tempo de tratamento. Um estudo de caso-controle com 113.887 pacientes com câncer mostrou que uma nova prescrição de psicofármaco foi significativamente inferior nos primeiros três meses depois do diagnóstico de câncer do que nos três meses antes da morte (NG et al., 2013a).

Visto o grande consumo de psicofármacos pela população como um todo e que entre indivíduos com câncer essa ocorrência é ainda maior, o uso racional destes medicamentos deve ser pautado como parte do tratamento. O conceito de uso racional ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo (ROCHA; WERLANG, 2013).

Nesse sentido, estudos sobre o uso de psicofármacos por indivíduos com câncer são importantes, assim como a investigação da sua associação com as morbidades psiquiátricas tais como os transtornos mentais comuns, pois a literatura aponta que a presença de comorbidades psiquiátricas em pacientes com câncer é bastante comum e pode ser associada com a qualidade de vida reduzida, fraca resposta ao tratamento e hospitalização, entre outros fatores (DALTON et al., 2009), como por exemplo, a maior mortalidade, anteriormente citada.

As informações obtidas sobre o tema podem auxiliar no mapeamento e caracterização do uso psicofármacos, visando implementar ações para seu uso racional. Além disso, fato a se considerar é o impacto que o uso de tais medicamentos e comorbidades psiquiátricas podem produzir na vida destes indivíduos. Assim, também faz-se importante analisar a associação destas variáveis com a qualidade de vida de pacientes com câncer.

O conceito de qualidade de vida foi definido pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993, p. 153) como:

Percepções do indivíduo a respeito de sua posição na vida no contexto dos sistemas de cultura em que ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas e valores. É um conceito de alcance abrangente, afetado de forma complexa por sua saúde física, estado psicológico e nível de independência, por suas relações sociais e relações com as características do seu meio ambiente.

O termo qualidade de vida é um conceito multidimensional, que incorpora aspectos de saúde física, desempenho e bem-estar, não se limitando apenas a mensurar os sintomas relacionados à doença e ao seu tratamento (ANDRYKOWSKI et al., 1995). Abrange amplos fatores determinantes que afetam a satisfação global da vida, incluindo a boa saúde, habitação adequada, emprego, segurança pessoal e familiar, educação e lazer. No que diz respeito aos cuidados de saúde, a qualidade de vida tem sido aplicada às preocupações com a dualidade saúde/doença, evidenciando que a vida é mais afetada, frequentemente, por um desses fatores (SANTOS; SAWADA; SANTOS, 2011).

A partir destas preocupações, surgiu o termo qualidade de vida relacionada à saúde (CELLA, 1995), que é a medida em que, tanto o bem-estar tanto físico como emocional e social são afetados por uma condição médica ou pelo seu tratamento. Sua avaliação necessita da atenção para várias dimensões, incluindo as preocupações físicas, capacidade funcional, funcionamento social, o bem-estar familiar e emocional e a sexualidade (ANDRYKOWSKI et al., 2005).

Qualidade de vida trata-se de um parâmetro que tem sido cada vez mais utilizado na área da saúde, como norteador para uma melhor alocação de recursos financeiros, considerando as relações custo-benefício e custo-efetividade para melhor definir os investimentos em saúde. Tem sido utilizado pelo sistema de saúde como um indicador das necessidades do conjunto da sociedade e da melhoria da saúde (BIGATÃO; CARLOTTI; CARLO, 2014).

Na comparação de diferentes opções terapêuticas, a qualidade de vida tornou-se um importante fator, auxiliando na escolha da terapia mais adequada e sendo considerada a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia (modificação da doença pelo efeito da droga) e da segurança (reação adversa a drogas). Além disso, está relacionada ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente (SIMEÃO, 2013). Dessa forma, atualmente as medidas de qualidade de vida são essenciais para avaliar os resultados do tratamento do câncer. O avanço na detecção e no tratamento do câncer, as

atitudes sociais mais otimistas, a melhora da sobrevida, a preocupação com a autonomia, os direitos dos pacientes e os aspectos psicossociais, entre outros, permitiram destaque crescente na avaliação da qualidade de vida destes pacientes (SIMEÃO, 2013).

Ainda, o avanço da ciência e tecnologia possibilitou a melhoria dos meios diagnósticos e tratamento que culminaram na cura e aumento da expectativa média de vida. A utilização destes recursos, aliada ao desenvolvimento socioeconômico, contribuiu para a diminuição da mortalidade por doenças como o câncer e transtornos mentais. Por outro lado, o uso de métodos de diagnóstico e tratamentos altamente sofisticados, ao mesmo tempo em que podem prolongar a vida das pessoas, podem aumentar o seu sofrimento, devido aos efeitos adversos da terapêutica (FONTES; ALVIM, 2008). Este fato pode culminar na piora da qualidade de vida destes indivíduos.

O diagnóstico e tratamento do câncer são experiências altamente estressantes para a maioria dos pacientes. São situações que levam ao aumento da ansiedade, depressão e tristeza afetando, conseqüentemente, sua qualidade de vida (LEÓN-PIZZARO et al., 2007). Além disso, as alterações dos funcionamentos físico, cognitivo, social e familiar, os sintomas causados tanto pela própria doença como pelo tratamento, além de outras dificuldades oriundas do processo de tratamento, como as dificuldades financeiras, são questões que podem influenciar a qualidade de vida destes indivíduos.

Por estas razões, a qualidade de vida é considerada hoje em dia, junto com a sobrevivência livre da doença e a ausência de recidivas, um dos parâmetros mais importantes para poder avaliar o impacto de um determinado tratamento oncológico sobre os pacientes (DORCARATTO et al., 2011).

A crescente discussão sobre a qualidade de vida, em especial dos pacientes com doenças crônicas, revela ser cada vez mais importante o estudo desse tema (MIRANDA; LANNA; FELIPPE, 2015).

Assim, considerando-se a alta incidência de câncer no Brasil e no mundo, a alta prevalência de transtornos mentais entre tais pacientes, as evidências científicas sobre deficiências no diagnóstico e tratamento destes transtornos e o impacto que eles podem causar à qualidade de vida de pacientes oncológicos, é importante a realização de estudos que investiguem tais aspectos, visando produzir dados que sirvam, de forma complementar, ao planejamento de ações direcionadas à atenção holística a estes indivíduos.

É importante ressaltar que não foram encontradas pesquisas que tenham investigado a influência dos transtornos mentais comuns e do uso de psicofármacos na qualidade de vida de pacientes oncológicos ambulatoriais. Assim, este estudo configura-se

como importante fonte de informação por reunir a avaliação destas variáveis, considerando-se a relevância de cada uma delas, o que já foi explicitado com base na literatura.

2 OBJETIVOS

1. Estimar as prevalências de transtornos mentais comuns e de uso de psicofármacos em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico endovenoso;
2. Investigar associações entre transtornos mentais comuns e as variáveis sociodemográficas, culturais, relativas ao histórico de saúde e uso de psicofármacos;
3. Investigar associações entre o uso de psicofármacos e as variáveis sociodemográficas, culturais e relativas ao histórico de saúde;
4. Avaliar a qualidade de vida e fatores associados em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico endovenoso.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo quantitativo, com desenho correlacional descritivo, de corte transversal. O propósito dos estudos descritivos é observar, descrever e classificar aspectos de uma situação, explorando as dimensões, a maneira pela qual é manifestada. O modelo correlacional descritivo busca descrever relações entre as variáveis estudadas. Em relação ao delineamento da dimensão temporal, o estudo é transversal, pois a coleta de dados ocorreu em um determinado e único instante de tempo (POLIT; BECK, 2011). Tal desenho metodológico decorreu das características do estudo e dos objetivos propostos.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no setor de quimioterapia do Hospital de Câncer de Barretos da Fundação Pio XII, uma instituição privada de natureza beneficente sem fins lucrativos. Trata-se de um hospital especializado em oncologia que provê a assistência ao paciente com câncer (englobando promoção de saúde, prevenção e tratamento de câncer e reabilitação), aliada ao ensino e à pesquisa. Atende a pacientes oriundos de todo o país, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A escolha deste serviço decorreu de sua relevância no contexto nacional de atendimento à pessoas com câncer e das suas características inerentes. O setor de quimioterapia recebe pacientes ambulatoriais com idade igual ou superior a 18 anos, com tipos de cânceres variados e, além disso, considera-se que pacientes ambulatoriais apresentam melhores condições clínicas, quando comparados à pacientes internados, o que pode reduzir tanto a exclusão de indivíduos da amostra pelo pesquisador, quanto a resposta negativa em participar do estudo por parte do paciente.

O setor em estudo funciona de segunda à sexta-feira, durante o período diurno e realiza, em média, 3913 procedimentos por mês, incluindo infusão de quimioterapia (3397), hormonioterapia (57), medicação oral (335), imunoterapia com *Bacillus Calmette-Guerin* (BCG) (46) e heparinização (74).

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi avaliado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP e do Hospital de Câncer de Barretos (Anexos A e B). Somente após a autorização da pesquisa por estes órgãos, a coleta de dados foi realizada.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e que os dados obtidos seriam utilizados para a elaboração de um trabalho científico, com posterior publicação. Foram também orientados quanto ao anonimato e sigilo das informações e sobre a liberdade de negar, assim como interromper sua participação a qualquer momento, sem que isso lhe acarretassem algum dano pessoal ou no seu tratamento. Foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido aos participantes, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos.

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Adotou-se, para o presente estudo, o processo de amostragem aleatória estratificada por setor de atendimento. Como medida básica foi utilizada a prevalência de Transtorno Mental Comum de 50%, conforme utilizado em estudo de Lima et al. (2008). Os parâmetros adicionais adotados para o cálculo foram o nível de significância de 95% e o erro relativo de 5%

A fórmula para o cálculo do tamanho amostral foi dada por:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{\varepsilon^2},$$

onde P representa a prevalência do evento de interesse, $z_{\alpha/2}$ representa o nível de significância adotado e o ε é o erro tolerável de amostragem. O cálculo resultou em uma amostra de 384 sujeitos, entretanto, foram entrevistados 403 pacientes.

Os critérios de inclusão no estudo foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, ser capaz de se comunicar verbalmente em português, ter diagnóstico de câncer e estar recebendo quimioterápico endovenoso no local de estudo. Foram considerados critérios de exclusão: apresentar incapacidade de comunicação, por exemplo, impossibilidade de falar.

3.5 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados foram realizadas visitas no setor de quimioterapia, em plantões alternados (manhã e tarde), no período de setembro de 2015 a fevereiro de 2016. Os indivíduos com câncer que compareceram ao setor de quimioterapia no período de coleta de dados e que preencheram os critérios para inclusão no estudo foram convidados a participar da pesquisa.

A coleta de dados seguiu uma sequência pré-determinada. As poltronas das salas de infusão do setor de quimioterapia do local de estudo eram numeradas e a abordagem aos pacientes, convidando-os a participarem do estudo, seguiu esta ordem. A cada dia, era dada continuidade à abordagem aos pacientes a partir da numeração seguinte da última poltrona abordada no dia anterior. Quando chegava-se à última poltrona da última sala de infusão, era reiniciada a abordagem pela poltrona de número 1.

Àqueles que aceitaram, foi solicitado consentimento por escrito para participar. A entrevista estruturada foi realizada durante o procedimento de infusão de quimioterápicos. Durante as entrevistas, os pacientes tiveram a privacidade resguardada por meio do uso de divisórias que os isolavam dos demais. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 40 minutos.

A entrevista foi norteada por questionários estruturados para a coleta das variáveis sociodemográficas, culturais, relacionadas ao histórico de saúde e uso de psicofármacos. Também foi aplicado o instrumento SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire-20*), utilizado para o rastreamento de transtornos mentais comuns (TMC) e o instrumento QLQ-C30 da EORTC (*European Organisation For Research And Treatment Of Cancer*) para avaliação da qualidade de vida. Os referidos instrumentos estão descritos a seguir.

3.5.1 Instrumentos para coleta de dados

3.5.1.1 Questionário A: Dados sociodemográficos e culturais, histórico de saúde e uso de psicofármacos

Este questionário está subdividido em duas partes:

Parte I – Variáveis sociodemográficas, culturais e sobre o histórico de saúde: visa caracterizar

a amostra para posterior correlação com o consumo de psicofármacos, qualidade de vida e presença de TMC. É composta pelas seguintes questões: data de nascimento/idade, escolaridade, estado civil, religião, situação de trabalho/ocupação, renda mensal individual e familiar; número de moradores na casa; local de acometimento primário do câncer, tempo de tratamento oncológico, cirurgias oncológicas prévias, presença de outras enfermidades e uso contínuo de medicamentos (não-psicotrópicos).

Parte II – Variáveis relacionadas ao uso de psicofármacos: visa identificar a prevalência de uso de psicofármacos e variáveis relacionadas aos mesmos. É composta pelas seguintes questões: uso de psicofármacos atualmente, nome(s) do(s) medicamento(s), o tempo de uso, a especialidade do médico prescritor ou se ocorre uso sem prescrição e se realiza tratamento não farmacológico para o problema causador do uso do psicofármaco.

3.5.1.2 Instrumento SRQ-20

O SRQ (*Self-Reporting Questionnaire*) é um instrumento de rastreamento psiquiátrico originalmente composto por 30 itens, desenvolvido por Harding et al. (1980) (Anexo C). A versão brasileira do SRQ (SRQ-20 - versão com as 20 questões para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos) foi validada no início da década de 1980 por Mari e Williams (1986).

Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008) avaliaram o desempenho do SRQ-20 como instrumento de rastreamento psiquiátrico e concluíram o estudo recomendando tal instrumento para ser utilizado na atividade clínica por qualquer dos profissionais que dele necessite, visto que não prescinde de um aplicador clínico e que seu treinamento pode ser feito de forma individual e autônoma, e apresenta custo muito reduzido. Ainda segundo estes autores, o SRQ-20 apresentou como ponto de corte ideal 7/8, com sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%, concluindo que o instrumento configura-se como valiosa ferramenta para estudos de prevalência psiquiátrica, tão necessários no Brasil e em outros países em desenvolvimento. No presente estudo foi adotado este ponto de corte do estudo citado, ou seja, indivíduos que responderam “sim” em oito ou mais questões deste instrumento foram considerados casos positivos (casos suspeitos de transtorno de humor, ansiedade ou somatização) (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016).

3.5.1.3 Questionário de qualidade de vida da *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* - EORTC QLQ-C30

O QLQ-C30 (*Quality of Life Questionnaire da European Organisation for Research and Treatment of Cancer*) é um instrumento desenvolvido para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer. É composto por escalas de itens múltiplos e medidas de item único. Inclui uma escala do estado de saúde global/qualidade de vida (QV), cinco escalas funcionais, três escalas de sintoma, e seis itens individuais. Cada uma das escalas de itens múltiplos inclui um conjunto diferente de itens - nenhum item ocorre em mais de uma escala. As pontuações de todas as escalas e medidas de item único variam de 0 a 100 (AARONSON et al, 1993).

A escala de estado de saúde global/QV é composta por duas questões (itens de números 29 e 30 do QLQ-C30 – Anexo D). Uma pontuação elevada nesta escala representa uma QV elevada. As escalas funcionais são: 1) escala de funcionamento físico, composta por cinco itens (do item 1 ao 5 do questionário); 2) escala de funcionamento cognitivo, composta por dois itens (20 e 25); 3) escala de funcionamento emocional, composta por quatro itens (21 ao 24); 4) escala de funcionamento social, composta por dois itens (26 e 27) e; 5) escala de desempenho de papel, composta por dois itens (6 e 7). Uma pontuação elevada para uma escala funcional representa um nível elevado/saudável de funcionamento. Para avaliação de sintomas, o QLQ-C30 dispõe da escala de fadiga, composta por três itens (10, 12 e 18), da escala de náuseas e vômitos, composta por dois itens (14 e 15), e da escala de dor, também composta por dois itens (9 e 19). Além destas escalas, o QLQ-C30 também dispõe de itens individuais, que são: dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras. Uma pontuação elevada para uma escala de sintomas ou item individual representa um nível elevado de sintomatologia/problemas (FAYERS et al., 2001).

A versão em português deste instrumento foi avaliada por Franceschini et al. (2010), apresentando excelente reprodutibilidade. A validação no Brasil foi feita por Brabo (2006).

Antes do início da coleta de dados, foi solicitada à *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) a liberação do uso do instrumento QLQ-C30, a qual permitiu a sua aplicação neste estudo enviando, via e-mail, os links para acesso ao instrumento e seu manual de utilização, conforme o Anexo E.

3.5.2 Fluxograma de coleta de dados

Para melhor compreensão do procedimento de coleta de dados do presente estudo, foi elaborado o fluxograma a seguir:

Figura 1 - Fluxograma de coleta de dados. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

3.5.3 Análise dos dados

Visando apresentar dados relativos à caracterização da amostra estudada, assim como para estimar as prevalências de transtornos mentais comuns e do uso de psicofármaco, foi utilizada a estatística descritiva e os dados foram expostos por meio de tabelas.

Foram investigadas associações estatísticas entre o resultado do SRQ-20 e o uso

de psicofármacos com as variáveis independentes: sociodemográficas, culturais e as relativas ao histórico de saúde. Para as variáveis qualitativas foi utilizado o teste Qui-quadrado, sendo a hipótese de associação aceita quando “p” encontrado foi menor ou igual a 0,05. Tais análises foram realizadas com o auxílio do software STATA versão 13 e, para todas as comparações, adotou-se um nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$) (STATACORP, 2013). A comparação dos grupos em relação à idade foi realizada por meio do teste de Mann-Whitney, técnica não paramétrica que permite a comparação de dois grupos independentes sem que haja suposições quanto à distribuição dos dados (PAGANO; GAUVREAU, 2004; CONOVER, 1980).

Foram desenvolvidos modelos de regressão logística, a fim de verificar o impacto das variáveis independentes sobre as variáveis dependentes TMC e uso de psicofármacos. Foram incluídas nos modelos todas as variáveis independentes que apresentaram na análise univariada $p < 0,05$ e as variáveis que embora não apresentassem associações significativas fossem fortemente relacionadas com as variáveis dependentes, segundo a literatura. O nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha = 0.05$) e o programa utilizado para efetuar tais análises foi o R versão 3.3.0.

Foi realizada também análise estatística dividindo-se a amostra estudada em quatro grupos: 1) positivos no SRQ-20 e que usavam psicofármacos; 2) positivos no SRQ-20 que não usavam psicofármacos; 3) negativos no SRQ-20 que usavam psicofármacos e; 4) negativos no SRQ-20 que não usavam tais medicamentos. Foram investigadas as associações destes grupos com as variáveis independentes anteriormente citadas. Para isso, foi utilizado o teste Qui-quadrado para as variáveis qualitativas. As comparações dos grupos em relação à idade foram feitas por meio dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (PAGANO; GAUVREAU, 2004; CONOVER, 1980).

Foi avaliada a qualidade de vida geral, assim como os demais domínios do EORTC QLQ-C30, que são: os funcionamentos físico, emocional, cognitivo e social, o desempenho de papel e os problemas fadiga, dor, náuseas/vômitos, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia, dispneia e dificuldades financeiras. Para avaliar os pacientes quanto a estes domínios do QLQ-C30, foi proposto um modelo de regressão quantílica (KOENKER, 1978), uma vez que ele permite a comparação de medianas entre os diferentes grupos de interesse. Para os itens diarreia e dispneia do QLQ-C30 foi necessária a realização do teste de Mann-Whitney. Tais análises foram realizadas com o auxílio do software STATA versão 13, e para todas as comparações adotou-se um nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$) (STATACORP, 2013).

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Participaram da pesquisa 403 pacientes com idade de 18 a 89 anos, procedentes de todas as regiões do Brasil, sendo 42 da região norte, 9 da região nordeste, 63 da região centro-oeste, 284 da região sudeste e 5 da região sul. Identificou-se que a amostra foi composta em sua maioria por mulheres (60,8%), por indivíduos que tinham mais de 40 anos (84,9%), que possuíam companheiros afetivos (61,0%), por católicos (69,0%), por aqueles que não estavam trabalhando (82,1%) e que estavam inseridos em famílias com renda de até três salários mínimos (62,3%). Houve, ainda, maior frequência de indivíduos que sabiam ler e escrever ou tinham até o ensino fundamental incompleto (36,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo as variáveis sociodemográficas e culturais. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	245	60,8
	Masculino	158	39,2
Idade	18 a 19 anos	2	0,5
	20 a 39 anos	59	14,6
	40 a 59 anos	192	47,7
	60 anos ou mais	150	37,2
Escolaridade	Analfabeto	21	5,2
	Ensino fundamental incompleto/sabe ler e escrever	147	36,5
	Ensino fundamental completo/médio incompleto	78	19,4
	Ensino médio completo/superior incompleto	101	25,0
	Ensino superior completo	56	13,9
Situação conjugal	Solteiro	73	18,1
	Casado	219	54,4
	Viúvo	46	11,4
	Amasiado	27	6,7
	Divorciado	38	9,4
Religião	Não tem	13	3,2
	Católica	278	69,0
	Evangélica	97	24,1
	Espírita	13	3,2
	Outras	2	0,5
Situação de trabalho	Desempregado	28	6,9
	Faz trabalhos eventuais (bicos)	10	2,5
	Trabalho regular (informal)	21	5,2
	Trabalho regular (registrado)	34	8,4
	Afastado do trabalho	118	29,3
	Aposentado	145	36,0
	Do lar	23	5,7
	Outros	24	6,0
Renda familiar	Não tem renda	8	2,0
	Até um SM	51	12,8
	Acima de um até três SM	200	50,1
	Acima de três até cinco SM	91	22,8
	Acima de cinco SM	49	12,3
	Não souberam responder = 4		

SM= salário mínimo. Considerou-se o valor do salário-mínimo R\$724,00.

Em relação ao sítio primário, houve maior frequência de câncer do sistema digestivo (34,9%), seguido pelo câncer de mama (29,9%) (Tabela 2). Vale mencionar que considerando apenas as mulheres, o sítio primário mais frequente foi a mama, presente em 48,6% das participantes. Em relação aos homens, o sítio primário mais frequente foi o sistema digestivo (51,3%).

Quanto ao histórico de saúde, a maioria havia iniciado terapia oncológica há até um ano da data da entrevista (n=268; 66,5%), havia realizado pelo menos uma cirurgia oncológica (n=243; 60,3%), fazia uso de medicamento contínuo (n=271; 67,3%) e não tinha comorbidade (n=220; 54,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo as variáveis relacionadas ao histórico de saúde. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Variáveis		N	%
Grupos de sítio primário de câncer de acordo com a classificação TNM*	Cabeça e pescoço	26	6,5
	Digestivo	139	34,9
	Ginecológico	42	10,6
	Mama	119	29,9
	Ossos e partes moles	25	6,3
	Pele	1	0,3
	Pulmão e pleura	28	7,0
	Urológico	18	4,5
	Frequência de Missing = 5		
Tempo de tratamento	Até um mês	28	7,0
	Mais de 1 mês a 6 meses	143	35,6
	7 a 12 meses	97	24,1
	13 a 18 meses	26	6,4
	19 a 24 meses	29	7,2
	25 a 36 meses	20	5,0
	37 a 60 meses	24	6,0
	72 meses ou mais	35	8,7
	Frequência de Missing = 1		
Cirurgias no tratamento oncológico	Não	160	39,7
	Sim	243	60,3
Comorbidades	Não	220	54,6
	Sim	183	45,4
Medicamento contínuo	Não	132	32,8
	Sim	271	67,2

*TNM = Classificação de Tumores Malignos da União Internacional Contra o Câncer (BRASIL, 2004)

4.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E FATORES ASSOCIADOS

O rastreamento de transtornos mentais comuns (TMC) por meio do instrumento SRQ-20 identificou 127 pacientes com resultado positivo. Destaca-se que este número representa uma prevalência de 31,5% (IC95%, 27,0% a 36,0%). Por meio do teste Qui-quadrado, foram pesquisadas associações estatísticas entre os resultados do instrumento citado e as variáveis sociodemográficas e culturais, sendo que aquelas que apresentaram resultado significativo foram: sexo ($p=0,02$), escolaridade ($p<0,01$) e renda familiar ($p<0,01$), conforme a Tabela 3. Para investigar a associação entre TMC e a variável idade, foi realizado o Teste de Mann-Whitney, que não apresentou significância estatística.

Verificou-se que houve maior frequência de pessoas do sexo feminino positivas para TMC (35,9%) em comparação ao sexo masculino (24,7%). No que se refere a escolaridade, houve maior frequência de pessoas positivas para TMC entre os analfabetos (52,4%) e menor frequência entre aqueles com ensino superior completo (14,3%). Em relação a renda familiar, entre as pessoas sem renda houve igual porcentagem daquelas positivas e negativas para TMC e, entre aquelas com renda acima de cinco salários mínimos, houve maior porcentagem de pessoas negativas para TMC (79,6%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo resultado do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e as variáveis sociodemográficas e culturais. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Variáveis	SRQ-20				Total		Valor de p
	Positivo		Negativo		N	%	
	N	%	N	%			
Sexo							
Masculino	39	24,7	119	75,3	158	100,0	0,02
Feminino	88	35,9	157	64,1	245	100,0	
Escolaridade							
Analfabeto	11	52,4	10	47,6	21	100,0	<0,01
Ensino fundamental incompleto/sabe ler e escrever	54	36,7	93	63,3	147	100,0	
Ensino fundamental completo/médio incompleto	25	32,1	53	67,9	78	100,0	
Ensino médio completo/superior incompleto	29	28,7	72	71,3	101	100,0	
Ensino superior completo	8	14,3	48	85,7	56	100,0	
Situação conjugal							
Sem companheiro	46	29,3	111	70,7	157	100,0	0,44
Com companheiro	81	32,9	165	67,1	246	100,0	
Religião							
Não tem	5	38,5	8	61,5	13	100,0	0,75
Católica	83	29,9	195	70,1	278	100,0	
Evangélica	34	35,1	63	64,9	97	100,0	
Outras	5	33,3	10	66,7	15	100,0	
Situação de trabalho							
Não trabalha	110	33,2	221	66,8	331	100,0	0,11
Trabalha	17	23,6	55	76,4	72	100,0	
Renda familiar							
Não tem renda	4	50,0	4	50,0	8	100,0	<0,01
Até um SM*	13	25,5	38	74,5	51	100,0	
Acima de um até três SM	78	39,0	122	61,0	200	100,0	
Acima de três até cinco SM	20	22,0	71	78,0	91	100,0	
Acima de cinco SM	10	20,4	39	79,6	49	100,0	

Valor de p: teste Qui-quadrado. SM= salário mínimo. Considerou-se o valor do salário-mínimo R\$724,00.

Em relação ao histórico de saúde, houve associação significativa entre o resultado do SRQ-20 e o uso de psicofármacos ($p<0,01$) e cirurgias no tratamento oncológico ($p=0,02$). Entre os pacientes que usavam psicofármacos, quase metade (48,1%) apresentou resultado positivo no SRQ-20. Entre aqueles que não usavam psicofármacos, a maioria (74,2%) apresentou resultado negativo no SRQ-20. Verificou-se que entre as pessoas que realizaram cirurgia, houve menor porcentagem de resultados positivos para TMC (27,2%) quando comparadas àquelas que não realizaram cirurgias (38,1%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo resultado do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e variáveis relacionadas ao histórico de saúde. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Variáveis	SRQ-20				Total		Valor de p
	Positivo		Negativo				
	N	%	N	%	N	%	
Grupos de sítio primário							
Cabeça e pescoço	14	53,8	12	46,2	26	100,0	0,07
Digestivo	33	23,7	106	76,3	139	100,0	
Ginecológico	18	42,9	24	57,1	42	100,0	
Mama	39	32,8	80	67,2	119	100,0	
Ossos e partes moles	7	28,0	18	72,0	25	100,0	
Pele	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
Pulmão e pleura	9	32,1	19	67,9	28	100,0	
Urológico	6	33,3	12	66,7	18	100,0	
Tempo de tratamento							
Até 1 mês	9	32,1	19	67,9	28	100,0	0,74
Mais de 1 mês a 6 meses	42	29,4	101	70,6	143	100,0	
7 a 12 meses	35	36,1	62	63,9	97	100,0	
13 a 18 meses	11	42,3	15	57,7	26	100,0	
19 a 24 meses	7	24,1	22	75,9	29	100,0	
25 a 36 meses	5	25,0	15	75,0	20	100,0	
37 a 60 meses	8	33,3	16	66,7	24	100,0	
72 meses ou mais	9	25,7	26	74,3	35	100,0	
Cirurgias no tratamento oncológico							
Não	61	38,1	99	61,9	160	100,0	0,02
Sim	66	27,2	177	72,8	243	100,0	
Outras enfermidades							
Não	68	30,9	152	69,1	220	100,0	0,77
Sim	59	32,2	124	67,8	183	100,0	
Uso de medicamento contínuo							
Não	35	26,5	97	73,5	132	100,0	0,13
Sim	92	33,9	179	66,1	271	100,0	
Uso de Psicofármaco							
Não	77	25,8	222	74,2	299	100,0	<0,01
Sim	50	48,1	54	51,9	104	100,0	

Valor de p: teste Qui-quadrado

Foi também elaborado modelo de regressão logística para avaliar o impacto de uma série de fatores sobre a chance de os pacientes da amostra serem positivos para TMC (Tabela 5). O modelo foi composto por variáveis que se apresentaram significativas ($p < 0,05$) no teste Qui-quadrado (sexo, escolaridade, renda familiar e cirurgias no tratamento oncológico) e por variáveis relevantes, levando-se em conta a literatura sobre TMC

(medicamentos de uso contínuo, comorbidades e sítio primário do câncer).

Constatou-se que duas das variáveis independentes exerceram contribuição estatisticamente significativa para o modelo: sexo e presença de comorbidades. A variável mais forte foi o sexo que apresentou Odds Ratio (OR) de 4,86. Isto indica que as pessoas do sexo feminino tiveram 4,86 vezes mais chances de serem positivas para TMC. Verificou-se que as pessoas com comorbidades apresentaram OR de 2,12 e desse modo, tiveram 2,12 vezes mais chances de serem positivas para TMC.

Tabela 5 - Modelo de regressão logística para análise de fatores associados aos transtornos mentais comuns em pacientes oncológicos ambulatoriais. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Modelo	Estimativas	Erro Padrão	Valor z	P valor	OR	IC 95%	
						Inferior	Superior
(Intercept)	-2,48	1,54	-1,61	0,11			
Sexo (feminino)	1,58	0,39	4,07	0,00	4,86	2,27	10,42
Escolaridade (fundamental incompleto)	0,22	0,63	0,34	0,73	1,24	0,36	4,30
Escolaridade (fundamental completo)	0,12	0,69	0,18	0,86	1,13	0,29	4,35
Escolaridade (médio incompleto)	-2,15	1,24	-1,74	0,08	0,12	0,01	1,32
Escolaridade (médio completo)	0,00	0,67	0,01	1,00	1,00	0,27	3,76
Escolaridade (superior incompleto)	0,34	1,01	0,34	0,73	1,41	0,19	10,31
Escolaridade (superior completo)	-0,02	0,72	-0,02	0,98	0,98	0,24	4,05
Escolaridade (sabe ler e escrever)	-12,89	618,66	-0,02	0,98	0,00	0,00	0,00
Renda familiar (até 1 SM)	-1,18	0,91	-1,30	0,19	0,31	0,05	1,82
Renda familiar (>1 a 3 SM)	-0,60	0,83	-0,72	0,47	0,55	0,11	2,80
Renda familiar (>3 a 5 SM)	-0,37	0,87	-0,42	0,67	0,69	0,13	3,80
Renda familiar (>5 até 10 SM)	-0,89	0,92	-0,96	0,34	0,41	0,07	2,51
Renda familiar (>10 SM)	-0,61	1,31	-0,46	0,64	0,54	0,04	7,12
Cirurgias no tratamento (sim)	0,51	0,27	1,87	0,06	1,66	0,98	2,83
Medicamento de uso contínuo (sim)	-0,34	0,35	-0,98	0,33	0,71	0,36	1,41
Comorbidades (sim)	0,75	0,32	2,33	0,02	2,12	1,13	4,00
Sítio primário – cabeça e pescoço	1,46	1,25	1,16	0,25	4,30	0,37	50,27
Sítio primário – digestivo	0,30	1,17	0,26	0,80	1,36	0,14	13,49
Sítio primário –ginecológico	0,23	1,21	0,19	0,85	1,26	0,12	13,55
Sítio primário –mama	0,35	1,17	0,30	0,77	1,41	0,14	14,07
Sítio primário –ossos e partes moles	0,65	1,27	0,51	0,61	1,92	0,16	23,19
Sítio primário –pulmão e pleura	0,65	1,28	0,50	0,61	1,91	0,15	23,53
Sítio primário –urológico	1,65	1,28	1,30	0,19	5,23	0,43	63,73

4.3 USO DE PSICOFÁRMACOS E FATORES ASSOCIADOS

Foi identificado o uso de psicofármacos por 104 pacientes, representando uma prevalência de 25,8% (IC95%, 21,5% - 30,1%). Segundo a classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017), os psicofármacos mais prescritos foram os antidepressivos (39,84%), seguidos dos antiepiléticos (29,27%) e pelos ansiolíticos (24,39%). Levando-se em consideração o princípio ativo dos medicamentos, o mais consumido foi o clonazepam (n=32; 26,02%), um antiepilético derivado da benzodiazepina (Tabela 6). Ressalta-se que dos 104 pacientes em uso de psicofármacos, 22 usavam dois medicamentos diferentes e três não souberam descrever o nome do medicamento.

Tabela 6 – Medicamentos em uso pelos participantes da pesquisa, de acordo com a Classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC). Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Medicamentos em uso segundo a classificação ATC	N	%
N03A - Antiepiléticos	36	29,27
N03AE - Derivados da benzodiazepina	32	26,02
N03AF - Derivados de carboxamida	1	0,81
N03AG - Derivado de ácido graxo	1	0,81
N03AX - Outros Antiepiléticos	2	1,63
N05A - Antipsicóticos	2	1,63
N05AA - Fenotiazinas com cadeia lateral alifática	1	0,81
N05AN - Lítio	1	0,81
N05B - Ansiolítico	30	24,39
N05BA - Derivados da benzodiazepina	30	24,39
N05C - Hipnóticos e Sedativos	6	4,88
N05CD - Derivados da benzodiazepina	3	2,44
N05CF - Drogas relacionadas à benzodiazepina	2	1,63
N05CH - Agonistas de receptor de melatonina	1	0,81
N06A - Antidepressivos	49	39,84
N06AA - Inibidores não-seletivos da recaptação de monoaminas (Derivados Tricíclicos)	17	13,82
N06AB - Inibidores seletivos da recaptação de serotonina	28	22,76
N06AX - Outros antidepressivos	4	3,25

Quanto aos fatores sociodemográficos e culturais, por meio do teste Qui-quadrado, verificou-se associação significativa entre uso de psicofármacos e as variáveis sexo ($p < 0,01$) e situação de trabalho ($p < 0,01$) (Tabela 7). Para investigar a associação entre uso de psicofármaco e a variável idade, foi realizado o teste de Teste de Mann-Whitney, que não

apresentou significância estatística.

Constatou-se maior consumo de psicofármacos entre as mulheres (33,5%) quando comparadas aos homens (13,9%). No que diz respeito à situação de trabalho, observou-se que entre as pessoas que não trabalhavam houve maior porcentagem de uso de psicofármacos (28,7%) em comparação àquelas que trabalhavam (12,5%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo o uso de psicofármacos e as variáveis sociodemográficas e culturais. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Variáveis	Uso de Psicofármacos				Total		Valor de p
	Sim		Não				
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Masculino	22	13,9	136	86,1	158	100,0	<0,01
Feminino	82	33,5	163	66,5	245	100,0	
Escolaridade							
Analfabeto	4	19,0	17	81,0	21	100,0	0,48
Ensino fundamental incompleto/sabe ler e escrever	42	28,6	105	71,4	147	100,0	
Ensino fundamental completo/médio incompleto	15	19,2	63	80,8	78	100,0	
Ensino médio completo/superior incompleto	26	25,7	75	74,3	101	100,0	
Ensino superior completo	17	30,4	39	69,6	56	100,0	
Situação conjugal							
Sem companheiro	43	27,4	114	72,6	157	100,0	0,56
Com companheiro	61	24,8	185	75,2	246	100,0	
Religião							
Não tem	3	23,1	10	76,9	13	100,0	0,29
Católica	68	24,5	210	75,5	278	100,0	
Evangélica	26	26,8	71	73,2	97	100,0	
Outras	7	46,7	8	53,3	15	100,0	
Situação de trabalho							
Não trabalha	95	28,7	236	71,3	331	100,0	<0,01
Trabalha	9	12,5	63	87,5	72	100,0	
Renda familiar							
Não tem renda	3	37,5	5	62,5	8	100,0	0,40
Até um SM	9	17,6	42	82,4	51	100,0	
Acima de um até três SM	55	27,5	145	72,5	200	100,0	
Acima de três até cinco SM	27	29,7	64	70,3	91	100,0	
Acima de cinco SM	10	20,4	39	79,6	49	100,0	

Valor de p: teste Qui-quadrado. SM= salário mínimo. Considerou-se o valor do salário-mínimo R\$724,00.

A análise das variáveis relacionadas ao histórico de saúde mostrou associação significativa entre uso de psicofármacos e cirurgias oncológicas ($p=0,03$), tempo de tratamento ($p=0,03$) e comorbidades ($p<0,01$) (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo o uso de psicofármacos e as variáveis relacionadas ao histórico de saúde. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Variáveis	Uso de Psicofármacos				Total		Valor de p
	Sim		Não				
	N	%	N	%	N	%	
Grupos de sítio primário							
Cabeça e pescoço	8	30,8	18	69,2	26	100,0	0,16
Digestivo	26	18,7	113	81,3	139	100,0	
Ginecológico	13	31,0	29	69,0	42	100,0	
Mama	40	33,6	79	66,4	119	100,0	
Ossos e partes moles	5	20,0	20	80,0	25	100,0	
Pele	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
Pulmão e pleura	5	17,9	23	82,1	28	100,0	
Urológico	6	33,3	12	66,7	18	100,0	
Tempo de tratamento							
Até um mês	3	10,7	25	89,3	28	100,0	0,03
Mais de 1 mês a 6 meses	36	25,2	107	74,8	143	100,0	
7 a 12 meses	22	22,7	75	77,3	97	100,0	
13 a 18 meses	9	34,6	17	65,4	26	100,0	
19 a 24 meses	6	20,7	23	79,3	29	100,0	
25 a 36 meses	3	15,0	17	85,0	20	100,0	
37 a 60 meses	12	50,0	12	50,0	24	100,0	
72 meses ou mais	12	34,3	23	65,7	35	100,0	
Cirurgias no tratamento oncológico							
Não	32	20,0	128	80,0	160	100,0	0,03
Sim	72	29,6	171	70,4	243	100,0	
Comorbidades							
Não	44	20,0	176	80,0	220	100,0	<0,01
Sim	60	32,8	123	67,2	183	100,0	
Uso de medicamento contínuo							
Não	30	22,7	102	77,3	132	100,0	0,32
Sim	74	27,3	197	72,7	271	100,0	

Valor de p: teste Qui-quadrado

Verificou-se que no tempo de tratamento de 37 a 60 meses houve maior frequência de pessoas em uso de psicofármacos (50%) em comparação aos demais intervalos de tempo de tratamento. Observou-se que, entre os indivíduos que haviam realizado cirurgia

oncológica, a porcentagem de uso de psicofármacos foi maior quando comparada àquela dos indivíduos que não haviam realizado (29,6% vs. 20,0%). Ainda, entre as pessoas com comorbidades houve maior porcentagem de uso de psicofármacos (32,8%) em comparação às aquelas sem comorbidades (20%) (Tabela 8).

Foi elaborado modelo de regressão logística para análise multivariada da associação entre uso de psicofármacos e as variáveis independentes na amostra em estudo. Foram incluídas no modelo as variáveis que tiveram associação estatística com uso de psicofármacos (sexo, situação de trabalho, tempo de tratamento, cirurgias no tratamento oncológico e comorbidades) e aquelas relevantes de acordo com a literatura sobre a temática (renda familiar e sítio primário do câncer).

Verificou-se que as variáveis independentes sexo, situação de trabalho e comorbidades exerceram contribuição estatisticamente significativa para o modelo. Também para o uso de psicofármacos, sexo apresentou forte associação, com OR de 4,28. Isto evidencia que pessoas do sexo feminino tiveram 4,28 vezes mais chances de usar psicofármacos. A variável situação de trabalho apresentou OR de 0,33 o que pressupõe que trabalhar seja um fator protetor no que se refere ao uso de psicofármacos. O OR para a variável comorbidades foi de 1,73 indicando que pessoas com comorbidades apresentaram 1,73 vezes mais chances usar tais medicamentos (Tabela 9).

Tabela 9 - Modelo de regressão logística para análise de fatores associados ao uso de psicofármacos em pacientes oncológicos ambulatoriais. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Modelo	Estimativas	Erro Padrão	Valor z	P valor	OR	IC 95%	
						Inferior	Superior
(Intercept)	-2,38	1,46	-1,63	0,10			
Sexo (feminino)	1,46	0,38	3,80	<0,01	4,28	2,03	9,08
Situação de trabalho (trabalha)	-1,10	0,42	-2,66	<0,01	0,33	0,15	0,75
Tempo de tratamento (13-24 meses)	0,12	0,37	0,33	0,74	1,13	0,55	2,32
Tempo de tratamento (25-36 meses)	-0,69	0,69	-1,01	0,31	0,50	0,13	1,92
Tempo de tratamento (37-48 meses)	0,85	0,65	1,31	0,19	2,34	0,66	8,35
Tempo de tratamento (49 meses ou +)	0,56	0,38	1,46	0,14	1,75	0,83	3,70
Cirurgias no tratamento (sim)	0,42	0,28	1,53	0,13	1,53	0,89	2,64
Comorbidades (sim)	0,55	0,25	2,17	0,03	1,73	1,05	2,84
Renda familiar (até 1 SM)	-1,58	0,92	-1,72	0,09	0,21	0,03	1,25
Renda familiar (>1 a 3 SM)	-0,81	0,83	-0,97	0,33	0,45	0,09	2,29
Renda familiar (>3 a 5 SM)	-0,60	0,86	-0,70	0,48	0,55	0,10	2,93
Renda familiar (>5 até 10 SM)	-0,94	0,91	-1,03	0,30	0,39	0,07	2,34
Renda familiar (>10 SM)	-0,55	1,24	-0,44	0,66	0,58	0,05	6,56
Sítio primário - cabeça e pescoço	1,67	1,26	1,32	0,19	5,29	0,45	62,67
Sítio primário - digestivo	0,48	1,17	0,41	0,68	1,61	0,16	16,05
Sítio primário - ginecológico	0,53	1,21	0,44	0,66	1,71	0,16	18,25
Sítio primário - mama	0,57	1,17	0,48	0,63	1,77	0,18	17,55
Sítio primário- ossos e partes moles	0,78	1,27	0,62	0,54	2,18	0,18	26,09
Sítio primário -pulmão e pleura	0,94	1,28	0,74	0,46	2,56	0,21	31,26
Sítio primário -urológico	1,68	1,29	1,31	0,19	5,36	0,43	66,64

4.4 RESULTADOS DO SRQ-20, USO DE PSICOFÁRMACOS E FATORES ASSOCIADOS

Para melhor observação e estudo das características dos indivíduos positivos e negativos no SRQ-20 que consumiam ou não psicofármacos, foi realizada a análise dividindo-se a amostra estudada nestes quatro grupos: positivos no SRQ-20 e que usavam psicofármacos (Pos_Usa); positivos no SRQ-20 que não usavam psicofármacos (Pos_Não usa); negativos no SRQ-20 que usavam psicofármacos (Neg_Usa) e; negativos no SRQ-20 que não usavam tais medicamentos (Neg_Não Usa).

A Tabela 10 mostra que houve associação significativa entre as variáveis resultado do SRQ-20/uso de psicofármacos e as variáveis sexo ($p<0,01$), escolaridade ($p<0,01$) e situação de trabalho ($p=0,02$).

Tabela 10 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo as variáveis sociodemográficas e culturais, por resultado do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e uso de psicofármaco. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Variáveis	SRQ-20 e Uso de psicofármaco								Valor de p
	Pos_Usa ¹		Pos_Não usa ²		Neg_Usa ³		Neg_Não usa ⁴		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo									
Feminino	42	17,1	46	18,8	40	16,3	117	47,8	<0,01
Masculino	8	5,1	31	19,6	14	8,8	105	66,5	
Escolaridade									
Analfabeto	1	4,8	10	47,6	3	14,3	7	33,3	<0,01
Ensino fundamental incompleto/sabe ler e escrever	24	16,3	30	20,4	18	12,2	75	51,0	
Ensino fundamental completo/ médio incompleto	7	9,0	18	23,1	8	10,3	45	57,7	
Ensino médio completo/ superior incompleto	13	12,9	16	15,8	13	12,9	59	58,4	
Ensino superior completo	5	8,9	3	5,4	12	21,4	36	64,3	
Situação conjugal									
Sem companheiro	18	11,5	28	17,8	25	15,9	86	54,8	0,65
Com companheiro	32	13,0	49	19,9	29	11,8	136	55,3	
Religião									
Não tem	2	15,4	3	23,1	1	7,7	7	53,8	0,3
Católica	29	10,5	54	19,4	39	14	156	56,1	
Evangélica	17	17,5	17	17,5	9	9,3	54	55,7	
Outras	2	13,4	3	20,0	5	33,3	5	33,3	
Situação de Trabalho									
Não trabalha	46	13,9	64	19,3	49	14,8	172	52,0	0,02
Trabalha	4	5,6	13	18,1	5	6,9	50	69,4	
Renda familiar									
Não tem renda	2	25,0	2	25,0	1	12,5	3	37,5	0,08
Até um SM	3	5,9	10	19,6	6	11,8	32	62,7	
Acima de um até três SM	30	15,0	48	24,0	25	12,5	97	48,5	
Acima de três até cinco SM	10	11,0	10	11,0	17	18,7	54	59,3	
Acima de cinco SM	5	10,2	5	10,2	5	10,2	34	69,4	

Valor de p: teste Qui-quadrado. SM= salário mínimo. Considerou-se o valor do salário-mínimo R\$724,00.

1: positivo no SRQ-20 e usa de psicofármaco; 2: positivo no SRQ-20 e não usa psicofármaco; 3: negativo no SRQ-20 e usa psicofármaco; 4: negativo no SRQ-20 e não usa psicofármaco.

A Figura 2 mostra que entre as pessoas que usavam psicofármacos, houve maior proporção de mulheres tanto no grupo dos positivos quanto dos negativos no SRQ-20. Desse modo, o maior consumo de psicofármacos pelas mulheres ocorreu independentemente de terem sido rastreadas ou não com TMC. Entre os pacientes que não usavam psicofármacos, a proporção de homens foi consideravelmente maior no grupo de negativos no SRQ-20.

Figura 2 – Resultado do SRQ-20 e uso de psicofármaco segundo o sexo. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Em relação à escolaridade notou-se que aumentou a proporção de indivíduos que eram negativos para o SRQ-20 e que não usavam psicofármacos conforme o aumento do nível educacional. Com exceção do grupo de indivíduos com ensino fundamental completo/médio incompleto, observou-se que houve tendência à redução da proporção de pacientes que eram positivos no SRQ-20 e que não usavam psicofármacos conforme o aumento da escolaridade (Figura 3).

Figura 3 – Resultado do SRQ-20 e uso de psicofármaco segundo a escolaridade. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Observa-se, na Figura 4, que entre os indivíduos que usavam psicofármacos, tanto positivos quanto negativos para TMC, houve maior porcentagem daqueles que não trabalhavam. Destaca-se que no grupo de negativos para TMC e que não utilizavam psicofármacos houve maior porcentagem de pessoas que trabalhavam.

Figura 4 - Resultado do SRQ-20 e uso de psicofármaco segundo a situação de trabalho.
Barretos, São Paulo, 2015-2016

Foi também realizada a análise estatística das variáveis relacionadas ao histórico de saúde com os quatro grupos já mencionados, sendo encontradas associações destes com realização de cirurgia oncológica ($p < 0,01$), comorbidades ($p < 0,01$) e uso de medicamento contínuo ($p = 0,02$).

Tabela 11 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo as variáveis relacionadas ao histórico de saúde, por resultado do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e uso de psicofármaco. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Variáveis	SRQ-20 e Uso de psicofármaco								Valor de p
	Pos_Usa ¹		Pos_Não usa ²		Neg_Usa ³		Neg_Não usa ⁴		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Grupos de Sítio Primário									
Cabeça e pescoço	5	19,2	9	34,6	3	11,6	9	34,6	0,19
Digestivo	8	5,8	25	18,0	18	12,9	88	63,3	
Ginecológico	8	19,1	10	23,8	5	11,9	19	45,2	
Mama	20	16,8	19	16,0	20	16,8	60	50,4	
Ossos e partes moles	4	16,0	3	12,0	1	4,0	17	68,0	
Pele	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
Pulmão e pleura	3	10,7	6	21,4	2	7,2	17	60,7	
Urológico	2	11,1	4	22,2	4	22,2	8	44,5	
Tempo de tratamento									
Até 1 mês	3	10,7	6	21,4	0	0,0	19	67,9	0,24
Mais de 1 mês a 6 meses	17	11,9	25	17,5	19	13,29	82	57,4	
7 a 12 meses	12	12,4	23	23,7	10	10,3	52	53,6	
13 a 18 meses	5	19,2	6	23,1	4	15,4	11	42,3	
19 a 24 meses	1	3,4	6	20,7	5	17,3	17	58,6	
25 a 36 meses	2	10,0	3	15,0	1	5,0	14	70,0	
37 a 60 meses	4	16,7	4	16,7	8	33,3	8	33,3	
72 meses ou mais	5	14,3	4	11,4	7	20,0	19	54,3	
Cirurgia oncológica									
Não	22	13,8	39	24,4	10	6,2	89	55,6	<0,01
Sim	28	11,5	38	15,7	44	18,11	133	54,7	
Comorbidades									
Não	26	11,8	42	19,1	18	8,2	134	60,9	<0,01
Sim	24	13,1	35	19,1	36	19,7	88	48,1	
Medicamento contínuo									
Não	18	13,6	17	12,9	12	9,1	85	64,4	0,02
Sim	32	11,8	60	22,1	42	15,5	137	50,6	

Valor de p: teste Qui-quadrado. SM= salário mínimo. Considerou-se o valor do salário-mínimo R\$724,00.

1: positivo no SRQ-20 e usa de psicofármaco; 2: positivo no SRQ-20 e não usa psicofármaco; 3: negativo no SRQ-20 e usa psicofármaco; 4: negativo no SRQ-20 e não usa psicofármaco.

A primeira observação quanto a estas associações, foi a maior proporção de indivíduos que haviam realizado cirurgias oncológicas entre aqueles que eram negativos para o SRQ-20 e que usavam psicofármacos. Esta proporção esteve invertida nos outros três grupos analisados (Figura 5).

Figura 5 - Resultado do SRQ-20 e uso de psicofármaco segundo a realização de cirurgia oncológica. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Pacientes sem comorbidades foram mais frequentes no grupo daqueles que eram negativos para o SRQ-20 e que não usavam psicofármaco. Verificou-se que nos grupos que usavam psicofármacos houve maior frequência de indivíduos com comorbidades, tanto entre os positivos como negativos para TMC.

Figura 6 - Resultado do SRQ-20 e uso de psicofármaco segundo a presença de comorbidade. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Entre indivíduos positivos no SRQ-20 e que usavam psicofármacos, assim como entre aqueles que eram negativos e não usavam psicofármacos, a proporção de pacientes que não tomavam medicamento de uso contínuo foi maior. A proporção inversa foi encontrada nos dois outros grupos.

Figura 7 - Resultado do SRQ-20 e uso de psicofármaco segundo o consumo ou não de medicamento de uso contínuo. Barretos, São Paulo, 2015-2016

4.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS

Inicialmente estão apresentadas as tabelas descritivas contendo os valores médios, desvios padrão, medianas e quartis dos domínios do QLQ-C30 encontrados neste estudo. A Tabela 12 apresenta os valores de cada um destes domínios segundo o resultado do SRQ-20. Observando-se os valores médios dos indivíduos positivos e negativos no SRQ-20 nota-se que os resultados, em todos os domínios, foram melhores para os indivíduos negativos. Desse modo, apresentaram valores maiores nas escalas de saúde global/qualidade de vida e nas escalas funcionais, bem como menores valores nas escalas de sintomas/problemas. Ressalta-se que o pior resultado nas escalas de funcionamento em pacientes que tinham SRQ-20 positivo foi o funcionamento emocional e o sintoma mais relevante foi a insônia. Entre indivíduos negativos, a escala funcional com menor pontuação foi a de funcionamento social

e o problema com maior escore foi a dificuldade financeira, ocasionada pela condição física ou pelo tratamento.

Tabela 12 – Valores descritivos das escalas do EORTC QLQ-C30, segundo o resultado do SRQ-20. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

SRQ-20	Variável	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Positivo	Saúde global	127	72,44	21,35	0,00	58,33	75,00	83,33	100,00
	Funcionamento físico	127	68,92	23,80	6,67	53,33	73,33	86,67	100,00
	Desempenho papel	127	62,07	36,47	0,00	33,33	66,67	100,00	100,00
	Funcionamento emocional	127	58,46	28,96	0,00	33,33	66,67	83,33	100,00
	Funcionamento cognitivo	127	72,57	29,06	0,00	50,00	83,33	100,00	100,00
	Funcionamento social	127	63,52	34,55	0,00	33,33	66,67	100,00	100,00
	Fadiga	127	37,88	27,01	0,00	22,22	33,33	55,56	100,00
	Náusea/vômito	127	17,98	26,94	0,00	0,00	0,00	33,33	100,00
	Dor	127	34,51	35,58	0,00	0,00	16,67	66,67	100,00
	Dispneia	127	17,06	28,13	0,00	0,00	0,00	33,33	100,00
	Insônia	127	45,67	40,46	0,00	0,00	33,33	100,00	100,00
	Perda apetite	127	39,11	39,64	0,00	0,00	33,33	66,67	100,00
	Constipação	127	34,12	40,16	0,00	0,00	0,00	66,67	100,00
	Diarreia	127	12,34	29,04	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
	Dificuldades financeiras	127	40,16	39,69	0,00	0,00	33,33	66,67	100,00
Negativo	Saúde global	276	82,61	16,44	25,00	75,00	83,33	100,00	100,00
	Funcionamento físico	276	82,78	17,60	6,67	73,33	86,67	100,00	100,00
	Desempenho papel	276	85,33	25,37	0,00	83,33	100,00	100,00	100,00
	Funcionamento emocional	276	82,40	22,11	8,33	75,00	91,67	100,00	100,00
	Funcionamento cognitivo	276	88,77	19,97	0,00	83,33	100,00	100,00	100,00
	Funcionamento social	276	78,44	28,06	0,00	66,67	100,00	100,00	100,00
	Fadiga	276	15,78	20,99	0,00	0,00	11,11	27,78	100,00
	Náusea/vômito	276	9,66	18,24	0,00	0,00	0,00	16,67	100,00
	Dor	276	13,04	24,18	0,00	0,00	0,00	16,67	100,00
	Dispneia	276	2,54	11,96	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
	Insônia	276	18,48	31,54	0,00	0,00	0,00	33,33	100,00
	Perda apetite	276	15,46	29,03	0,00	0,00	0,00	33,33	100,00
	Constipação	276	15,22	29,85	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
	Diarreia	276	11,11	24,40	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
	Dificuldades financeiras	276	28,62	37,68	0,00	0,00	0,00	66,67	100,00

A Tabela 13 apresenta os valores de cada um dos domínios do QLQ-C30 segundo o uso ou não uso de psicofármacos. Pode-se observar que os resultados dos indivíduos que não usavam psicofármacos foram melhores do que daqueles que usavam, em todos os domínios do QLQ-C30. A escala de funcionamento emocional também foi a mais prejudicada em indivíduos que usavam psicofármacos e a insônia foi o sintoma mais relevante. Entre indivíduos que não usavam psicofármacos a escala funcional com menor pontuação foi a de funcionamento social e o problema com maior escore foi a dificuldade financeira.

Tabela 13 – Valores descritivos das escalas do EORTC QLQ-C30, segundo o uso ou não de psicofármacos. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Uso de Psico-fármaco	Variável	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Sim	Saúde global	104	76,60	20,25	0,00	66,67	75,00	91,67	100,00
	Funcionamento físico	104	69,94	23,19	6,67	53,33	73,33	86,67	100,00
	Desempenho papel	104	66,67	35,98	0,00	33,33	83,33	100,00	100,00
	Funcionamento emocional	104	62,66	29,94	0,00	41,67	66,67	91,67	100,00
	Funcionamento cognitivo	104	77,24	29,29	0,00	66,67	83,33	100,00	100,00
	Funcionamento social	104	66,67	33,82	0,00	50,00	66,67	100,00	100,00
	Fadiga	104	30,77	28,98	0,00	0,00	22,22	55,56	100,00
	Náusea/vômito	104	14,10	27,94	0,00	0,00	0,00	16,67	100,00
	Dor	104	29,17	35,05	0,00	0,00	16,67	50,00	100,00
	Dispneia	104	10,90	24,77	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
	Insônia	104	39,74	40,25	0,00	0,00	33,33	66,67	100,00
	Perda apetite	104	27,24	38,52	0,00	0,00	0,00	66,67	100,00
	Constipação	104	24,04	38,15	0,00	0,00	0,00	33,33	100,00
	Diarreia	104	14,42	28,16	0,00	0,00	0,00	33,33	100,00
	Dificuldades financeiras	104	33,01	38,16	0,00	0,00	33,33	66,67	100,00
Não	Saúde global	299	80,38	18,08	0,00	66,67	83,33	100,00	100,00
	Funcionamento físico	299	81,36	19,02	6,67	73,33	86,67	100,00	100,00
	Desempenho papel	299	81,94	28,39	0,00	66,67	100,00	100,00	100,00
	Funcionamento emocional	299	79,10	24,35	0,00	66,67	83,33	100,00	100,00
	Funcionamento cognitivo	299	85,90	22,04	0,00	83,33	100,00	100,00	100,00
	Funcionamento social	299	76,20	29,62	0,00	50,00	83,33	100,00	100,00
	Fadiga	299	19,96	23,18	0,00	0,00	11,11	33,33	100,00
	Náusea/vômito	299	11,65	19,04	0,00	0,00	0,00	16,67	100,00
	Dor	299	16,56	27,27	0,00	0,00	0,00	16,67	100,00
	Dispneia	299	5,80	17,59	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
	Insônia	299	22,63	34,50	0,00	0,00	0,00	33,33	100,00
	Perda apetite	299	21,4	32,92	0,00	0,00	0,00	33,33	100,00
	Constipação	299	20,18	33,19	0,00	0,00	0,00	33,33	100,00
	Diarreia	299	10,48	25,06	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
	Dificuldades financeiras	299	32,00	38,88	0,00	0,00	0,00	66,67	100,00

Foi realizada a regressão quantílica para a comparação da qualidade de vida entre grupos, utilizando-se as pontuações da escala de saúde global/qualidade de vida do EORTC QLQ-C30. Esta escala é composta por duas questões, a seguir: 1) Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?; 2) Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral, durante a última semana? Nesta escala, quanto maiores os escores obtidos, maior a qualidade de vida.

Foi identificada diferença estatística significativa, no que se refere à saúde global/qualidade de vida, nas variáveis sexo, situação conjugal, escolaridade, resultado do SRQ-20 e uso de psicofármacos (Tabela 14).

Observou-se que pacientes do sexo feminino apresentaram escores de qualidade de vida maiores do que do sexo masculino. Em relação à situação conjugal, os indivíduos sem companheiros avaliaram-se com escores maiores de qualidade de vida do que aqueles que tinham companheiros.

Quanto à escolaridade, de todas as análises realizadas, apresentaram significância estatística as comparações entre indivíduos com ensino fundamental incompleto ou que sabiam ler/escrever com indivíduos que tinham maior nível educacional. Portanto, aqueles que sabiam ler/escrever ou que não haviam completado o ensino fundamental avaliaram sua qualidade de vida com escores menores do que aqueles que tinham maior nível educacional.

Em relação ao uso de psicofármacos e resultado do SRQ-20, destaca-se que os indivíduos positivos para TMC apresentaram pior avaliação de sua qualidade de vida quando comparados a indivíduos negativos, independentemente do uso de psicofármaco.

Chama a atenção o fato de que, entre indivíduos que eram positivos para TMC aqueles que usavam psicofármacos apresentaram pior avaliação de sua qualidade de vida do que aqueles que não usavam. Entretanto, os indivíduos negativos para TMC e que usavam psicofármaco não apresentaram diferença estatística significativa quanto a avaliação da qualidade de vida quando comparados aqueles que eram negativos e que não usavam psicofármaco.

Tabela 14 – Regressão quantílica para comparação da Qualidade de Vida entre os grupos, por meio do EORTC QLQ-C30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Saúde global / Qualidade de Vida	Estimativa	Valor p	IC 95%	
Idade	0,00	0,99	-0,17	0,17
Sexo (Masculino - Feminino)	-8,33	<0,01	-12,71	-3,96
Situação conjugal (Com companheiro - Sem companheiro)	-8,33	<0,01	-12,51	-4,15
Situação de trabalho (Ativo - Inativo)	0,00	0,99	-5,39	5,39
Escolaridade				
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Analfabeto	0,00	0,99	-9,34	9,34
Fundamental completo/médio incompleto - Analfabeto	-8,33	0,11	-18,48	1,81
Médio completo/superior incompleto - Analfabeto	-8,33	0,11	-18,51	1,84
Superior completo - Analfabeto	-8,33	0,15	-19,65	2,98
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Fundamental completo/médio incompleto	8,33	<0,01	2,51	14,16
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Médio completo/superior incompleto	8,33	<0,01	2,71	13,96
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Superior completo	8,33	0,02	1,12	15,55
Fundamental completo/médio incompleto - Médio completo/superior incompleto	0,00	0,99	-6,16	6,16
Fundamental completo/médio incompleto - Superior completo	0,00	0,99	-7,69	7,69
Médio completo/superior incompleto - Superior completo	0,00	0,99	-6,83	6,84
Religião				
Católica - Não tem	8,33	0,16	-3,22	19,89
Evangélica - Não tem	8,33	0,17	-3,53	20,20
Outras - Não tem	0,00	0,99	-15,00	15,00
Católica - Evangélica	0,00	0,99	-4,68	4,68
Católica - Outras	8,33	0,12	-2,30	18,97
Evangélica - Outras	8,33	0,14	-2,79	19,46
Renda familiar				
Até um salário - Não tem renda	0,00	0,99	-15,12	15,12
Acima de um até três salários - Não tem renda	0,00	0,99	-14,40	14,40
Acima de três até cinco salários - Não tem renda	0,00	0,99	-14,86	14,86
Acima de cinco salários - Não tem renda	0,00	0,99	-15,57	15,57
Até um salário - Acima de um até três salários	0,00	0,99	-6,31	6,31
Até um salário - Acima de três até cinco salários	0,00	0,99	-7,40	7,40
Até um salário - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-8,83	8,83
Acima de um até três salários - Acima de três até cinco salários	0,00	0,99	-5,29	5,29
Acima de um até três salários - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-6,97	6,97
Acima de três até cinco salários - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-7,06	7,06
Uso de psicofármaco e SRQ-20				
Usa_Positivo - Não usa_Negativo	-16,67	<0,01	-23,08	-10,26
Usa_Negativo - Não usa_Negativo	0,00	0,99	-6,13	6,13
Não usa_Positivo - Não usa_Negativo	-8,33	<0,01	-13,73	-2,94
Usa_Negativo - Usa_Positivo	16,67	<0,01	8,89	24,45
Não usa_Positivo - Usa_Positivo	8,33	0,03	1,05	15,62
Não usa_Positivo - Usa_Negativo	-8,33	0,02	-15,47	-1,20

4.5.1 Escalas funcionais do EORTC QLQ-C30

Compõe o rol de escalas funcionais do EORTC QLQ-C30 as escalas de funcionamento físico, emocional, cognitivo e social e a escala de desempenho de papel. Nas referidas escalas, uma pontuação elevada representa um nível elevado/saudável do funcionamento que está sendo avaliado (AARONSON et al., 1993). Para melhor compreensão sobre os aspectos avaliados em cada escala, as questões relativas a elas estão listadas na Quadro 1.

Quadro 1 - Questões pertencentes às escalas funcionais do EORTC QLQ-C30

Escalas Funcionais	Questões
<p>Escala de Funcionamento Físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala? • Você tem alguma dificuldade quando faz uma longa caminhada? • Você tem alguma dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa? • Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia? • Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?
<p>Escala de Funcionamento Emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Você se sentiu nervoso/a? • Você esteve preocupado/a? • Você se sentiu irritado/a facilmente? • Você se sentiu deprimido(a)?
<p>Escala de Funcionamento Cognitivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas como ler jornal ou ver televisão? • Você tem tido dificuldade para se lembrar das coisas?
<p>Escala de Funcionamento Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar? • A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?
<p>Escala de Desempenho de Papel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tem sido difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias? • Tem sido difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?

Na escala de funcionamento físico, as variáveis idade, uso de psicofármaco e resultado do SRQ-20 apresentaram significância estatística (Tabela 15). Notou-se que, com o

aumento da idade, houve a redução dos escores de funcionamento físico. Em relação ao uso de psicofármacos, observou-se que apresentaram menores escores de funcionamento físico, os indivíduos que estavam em uso de tais medicamentos. Também apresentaram menores escores os indivíduos positivos para TMC de acordo com o SRQ-20.

Tabela 15 – Regressão quantílica para comparação do Funcionamento Físico entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Funcionamento físico	Estimativa	Valor p	IC 95%	
Idade	-0,29	0,02	-0,53	-0,05
Sexo (Masculino - Feminino)	-1,16	0,72	-7,54	5,22
Situação conjugal (Com companheiro - Sem companheiro)	-3,19	0,30	-9,28	2,90
Situação de trabalho (Ativo - Inativo)	1,52	0,70	-6,34	9,38
Uso de psicofármaco (Sim - Não)	-8,26	0,02	-15,19	-1,33
SRQ-20 (Positivo - Negativo)	-17,90	<0,01	-24,41	-11,39
Escolaridade				
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Analfabeto	-6,74	0,33	-20,24	6,77
Fundamental completo/médio incompleto - Analfabeto	-12,68	0,09	-27,41	2,05
Médio completo/superior incompleto - Analfabeto	-13,62	0,07	-28,37	1,13
Superior completo - Analfabeto	-10,51	0,21	-26,94	5,93
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Fundamental completo/médio incompleto	5,94	0,17	-2,54	14,42
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Médio completo/superior incompleto	6,88	0,10	-1,32	15,08
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Superior completo	3,77	0,48	-6,75	14,28
Fundamental completo/médio incompleto - Médio completo/superior incompleto	0,94	0,84	-8,04	9,92
Fundamental completo/médio incompleto - Superior completo	-2,17	0,70	-13,38	9,03
Médio completo/superior incompleto - Superior completo	-3,12	0,54	-13,08	6,85
Religião				
Católica - Não tem	2,17	0,80	-14,67	19,01
Evangélica - Não tem	-0,58	0,95	-17,87	16,71
Outras - Não tem	-6,75	0,54	-28,55	15,06
Católica - Evangélica	2,75	0,43	-4,05	9,56
Católica - Outras	8,92	0,26	-6,54	24,37
Evangélica - Outras	6,16	0,45	-9,95	22,28
Renda familiar				
Até um salário - Não tem renda	0,65	0,95	-21,39	22,69
Acima de um até três salários - Não tem renda	8,04	0,45	-12,94	29,03
Acima de três até cinco salários - Não tem renda	3,63	0,74	-18,03	25,28
Acima de cinco salários - Não tem renda	5,36	0,64	-17,33	28,06
Até um salário - Acima de um até três salários	-7,39	0,12	-16,59	1,81
Até um salário - Acima de três até cinco salários	-2,97	0,59	-13,76	7,82
Até um salário - Acima de cinco salários	-4,71	0,47	-17,57	8,14
Acima de um até três salários - Acima de três até cinco salários	4,42	0,26	-3,30	12,14
Acima de um até três salários - Acima de cinco salários	2,68	0,60	-7,46	12,82
Acima de três até cinco salários - Acima de cinco salários	-1,74	0,74	-12,02	8,54

Na comparação feita por meio da escala de funcionamento emocional, no modelo

de regressão quantílica, apresentaram diferença estatística significativa as variáveis TMC e uso de psicofármacos (Tabela 16). Evidenciou-se que pacientes positivos para TMC e aqueles que usavam psicofármacos apresentaram menores escores na função emocional.

Tabela 16 – Regressão quantílica para comparação do Funcionamento Emocional entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Funcionamento emocional	Estimativa	Valor p	IC 95%	
Idade	0,00	0,99	-0,29	0,29
Sexo (Masculino - Feminino)	0,00	0,99	-7,54	7,54
Situação conjugal (Com companheiro - Sem companheiro)	0,00	0,99	-7,20	7,20
Situação de trabalho (Ativo - Inativo)	0,00	0,99	-9,29	9,29
Uso de psicofármaco (Sim - Não)	-16,67	<0,01	-24,86	-8,48
SRQ-20 (Positivo - Negativo)	-25,00	<0,01	-32,69	-17,31
Escolaridade				
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Analfabeto	0,00	0,99	-15,97	15,97
Fundamental completo/médio incompleto - Analfabeto	8,33	0,35	-9,08	25,75
Médio completo/superior incompleto - Analfabeto	8,33	0,35	-9,11	25,77
Superior completo - Analfabeto	0,00	0,99	-19,43	19,42
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Fundamental completo/médio incompleto	-8,33	0,10	-18,36	1,69
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Médio completo/superior incompleto	-8,33	0,09	-18,03	1,36
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Superior completo	0,00	0,99	-12,43	12,43
Fundamental completo/médio incompleto - Médio completo/superior incompleto	0,00	0,99	-10,61	10,61
Fundamental completo/médio incompleto - Superior completo	8,33	0,22	-4,91	21,58
Médio completo/superior incompleto - Superior completo	8,33	0,17	-3,44	20,11
Religião				
Católica - Não tem	0,00	0,99	-19,90	19,90
Evangélica - Não tem	0,00	0,99	-20,44	20,44
Outras - Não tem	0,00	0,99	-25,78	25,78
Católica - Evangélica	0,00	0,99	-8,04	8,04
Católica - Outras	0,00	0,99	-18,27	18,27
Evangélica - Outras	0,00	0,99	-19,05	19,05
Renda familiar				
Até um salário - Não tem renda	8,33	0,53	-17,72	34,39
Acima de um até três salários - Não tem renda	8,33	0,51	-16,48	33,14
Acima de três até cinco salários - Não tem renda	0,00	0,99	-25,60	25,60
Acima de cinco salários - Não tem renda	0,00	0,99	-26,83	26,83
Até um salário - Acima de um até três salários	0,00	0,99	-10,88	10,88
Até um salário - Acima de três até cinco salários	8,33	0,20	-4,42	21,09
Até um salário - Acima de cinco salários	8,33	0,28	-6,86	23,53
Acima de um até três salários - Acima de três até cinco salários	8,33	0,07	-0,79	17,46
Acima de um até três salários - Acima de cinco salários	8,33	0,17	-3,65	20,32
Acima de três até cinco salários - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-12,15	12,15

Na regressão quantílica para a escala de funcionamento cognitivo, as variáveis TMC e renda familiar contribuíram de modo significativo para o modelo criado. Pacientes positivos para TMC apresentaram piores avaliações da função cognitiva. Em relação à renda familiar, os piores escores foram entre aqueles que estavam inseridos em famílias sem renda, quando comparados com todas as outras categorias de renda.

Tabela 17 – Regressão quantílica para comparação do Funcionamento Cognitivo entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Funcionamento cognitivo	Estimativa	Valor p	IC 95%	
Idade	0,00	0,99	-0,12	0,12
Sexo (Masculino - Feminino)	0,00	0,99	-3,27	3,27
Situação conjugal (Com companheiro - Sem companheiro)	0,00	0,99	-3,13	3,13
Situação de trabalho (Ativo - Inativo)	0,00	0,99	-4,03	4,03
Uso de psicofármaco (Sim - Não)	0,00	0,99	-3,56	3,56
SRQ-20 (Positivo - Negativo)	-16,67	<0,01	-20,01	-13,33
Escolaridade				
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Analfabeto	0,00	0,99	-6,93	6,93
Fundamental completo/médio incompleto - Analfabeto	0,00	0,99	-7,56	7,56
Médio completo/superior incompleto - Analfabeto	0,00	0,99	-7,57	7,57
Superior completo - Analfabeto	0,00	0,99	-8,44	8,44
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Fundamental completo/médio incompleto	0,00	0,99	-4,35	4,35
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Médio completo/superior incompleto	0,00	0,99	-4,21	4,21
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Superior completo	0,00	0,99	-5,40	5,40
Fundamental completo/médio incompleto - Médio completo/superior incompleto	0,00	0,99	-4,61	4,61
Fundamental completo/médio incompleto - Superior completo	0,00	0,99	-5,75	5,75
Médio completo/superior incompleto - Superior completo	0,00	0,99	-5,11	5,11
Religião				
Católica - Não tem	0,00	0,99	-8,64	8,64
Evangélica - Não tem	0,00	0,99	-8,88	8,88
Outras - Não tem	0,00	0,99	-11,20	11,20
Católica - Evangélica	0,00	0,99	-3,49	3,49
Católica - Outras	0,00	0,99	-7,93	7,93
Evangélica - Outras	0,00	0,99	-8,27	8,27
Renda familiar				
Até um salário - Não tem renda	16,67	<0,01	5,35	27,98
Acima de um até três salários - Não tem renda	16,67	<0,01	5,89	27,44
Acima de três até cinco salários - Não tem renda	16,67	<0,01	5,55	27,78
Acima de cinco salários - Não tem renda	16,67	<0,01	5,02	28,32
Até um salário - Acima de um até três salários	0,00	0,99	-4,72	4,72
Até um salário - Acima de três até cinco salários	0,00	0,99	-5,54	5,54
Até um salário - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-6,60	6,60
Acima de um até três salários - Acima de três até cinco salários	0,00	0,99	-3,96	3,96
Acima de um até três salários - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-5,21	5,21
Acima de três até cinco salários - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-5,28	5,28

No modelo de regressão para a escala de funcionamento social, contribuíram de modo significativo as variáveis TMC, uso de psicofármaco, escolaridade, religião e renda familiar.

Apresentaram menores escores de funcionamento social os indivíduos que usavam psicofármacos, os positivos para TMC, bem como os católicos e evangélicos, quando comparados com indivíduos de outras religiões. Ainda, aqueles que sabiam ler e escrever ou que tinham ensino fundamental incompleto, tiveram maiores escores do que aqueles com ensino fundamental completo ou médio incompleto. No entanto, a comparação entre aqueles com ensino fundamental completo/médio incompleto e aqueles com ensino médio completo/superior incompleto, revelou maiores escores de funcionamento social para indivíduos com maior escolaridade. Indivíduos sem renda familiar tiveram menores escores em relação àqueles com renda familiar acima de um salário mínimo, bem como aqueles que estavam inseridos em famílias com renda de até um salário, quando comparados aos com renda acima de um até três salários mínimos (Tabela 18).

Tabela 18 – Regressão quantílica para comparação do Funcionamento Social entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Funcionamento social	Estimativa	Valor p	IC 95%	
Idade	0,00	0,99	-0,39	0,39
Sexo (Masculino - Feminino)	0,00	0,99	-10,20	10,20
Situação conjugal (Com companheiro - Sem companheiro)	0,00	0,99	-9,75	9,75
Situação de trabalho (Ativo - Inativo)	0,00	0,99	-12,57	12,57
Uso de psicofármaco (Sim - Não)	-16,67	<0,01	-27,75	-5,58
SRQ-20 (Positivo - Negativo)	-16,67	<0,01	-27,08	-6,26
Escolaridade				
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Analfabeto	0,00	0,99	-21,60	21,60
Fundamental completo/médio incompleto - Analfabeto	-16,67	0,17	-40,23	6,90
Médio completo/superior incompleto - Analfabeto	0,00	0,99	-23,60	23,60
Superior completo - Analfabeto	0,00	0,99	-26,28	26,28
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Fundamental completo/médio incompleto	16,67	0,02	3,10	30,23
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Médio completo/superior incompleto	0,00	0,99	-13,12	13,12
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Superior completo	0,00	0,99	-16,82	16,82
Fundamental completo/médio incompleto - Médio completo/superior incompleto	-16,67	0,02	-31,03	-2,31
Fundamental completo/médio incompleto - Superior completo	-16,67	0,07	-34,59	1,25
Médio completo/superior incompleto - Superior completo	0,00	0,99	-15,93	15,93
Religião				
Católica - Não tem	0,00	0,99	-26,93	26,93
Evangélica - Não tem	0,00	0,99	-27,65	27,65
Outras - Não tem	-33,33	0,06	-68,21	1,55
Católica - Evangélica	0,00	0,99	-10,89	10,89
Católica - Outras	33,33	<0,01	8,62	58,05
Evangélica - Outras	33,33	0,01	7,56	59,11
Renda familiar				
Até um salário - Não tem renda	33,33	0,06	-1,92	68,59
Acima de um até três salários - Não tem renda	50,00	<0,01	16,43	83,57
Acima de três até cinco salários - Não tem renda	50,00	<0,01	15,37	84,63
Acima de cinco salários - Não tem renda	50,00	<0,01	13,70	86,30
Até um salário - Acima de um até três salários	-16,67	0,03	-31,38	-1,95
Até um salário - Acima de três até cinco salários	-16,67	0,06	-33,93	0,59
Até um salário - Acima de cinco salários	-16,67	0,11	-37,23	3,89
Acima de um até três salários - Acima de três até cinco salários	0,00	0,99	-12,34	12,34
Acima de um até três salários - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-16,22	16,22
Acima de três até cinco salários - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-16,44	16,44

O modelo de regressão quantílica para a escala de desempenho de papel evidenciou diferença significativa na variável TMC, sendo que os indivíduos positivos no

SRQ-20 apresentaram piores escores de desempenho de papel, quando comparados aos que apresentaram resultados negativos (Tabela 14).

Tabela 19 – Regressão quantílica para comparação do Desempenho de Papel entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Desempenho de papel	Estimativa	Valor p	IC 95%	
Idade	0,00	0,99	-0,32	0,32
Sexo (Masculino - Feminino)	0,00	0,99	-8,38	8,38
Situação conjugal (Com companheiro - Sem companheiro)	0,00	0,99	-8,00	8,00
Situação de trabalho (Ativo - Inativo)	0,00	0,99	-10,32	10,32
Uso de psicofármaco (Sim - Não)	0,00	0,99	-9,10	9,10
SRQ-20 (Positivo - Negativo)	-33,33	<0,01	-41,88	-24,78
Escolaridade				
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Analfabeto	0,00	0,99	-17,74	17,74
Fundamental completo/médio incompleto - Analfabeto	0,00	0,99	-19,35	19,35
Médio completo/superior incompleto - Analfabeto	0,00	0,99	-19,38	19,38
Superior completo - Analfabeto	0,00	0,99	-21,58	21,58
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Fundamental completo/médio incompleto	0,00	0,99	-11,14	11,14
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Médio completo/superior incompleto	0,00	0,99	-10,77	10,77
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Superior completo	0,00	0,99	-13,81	13,81
Fundamental completo/médio incompleto - Médio completo/superior incompleto	0,00	0,99	-11,79	11,79
Fundamental completo/médio incompleto - Superior completo	0,00	0,99	-14,72	14,72
Médio completo/superior incompleto - Superior completo	0,00	0,99	-13,08	13,08
Religião				
Católica - Não tem	0,00	0,99	-22,12	22,12
Evangélica - Não tem	0,00	0,99	-22,71	22,71
Outras - Não tem	0,00	0,99	-28,64	28,64
Católica - Evangélica	0,00	0,99	-8,94	8,94
Católica - Outras	0,00	0,99	-20,30	20,30
Evangélica - Outras	0,00	0,99	-21,17	21,17
Renda familiar				
Até um salário - Não tem renda	0,00	0,99	-28,95	28,95
Acima de um até três salários - Não tem renda	0,00	0,99	-27,57	27,57
Acima de três até cinco salários - Não tem renda	0,00	0,99	-28,44	28,44
Acima de cinco salários - Não tem renda	0,00	0,99	-29,81	29,81
Até um salário - Acima de um até três salários	0,00	0,99	-12,08	12,08
Até um salário - Acima de três até cinco salários	0,00	0,99	-14,17	14,17
Até um salário - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-16,88	16,88
Acima de um até três salários - Acima de três até cinco salários	0,00	0,99	-10,14	10,14
Acima de um até três salários - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-13,32	13,32
Acima de três até cinco salários - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-13,50	13,50

4.5.2 Escalas de sintomas e itens individuais do EORTC QLQ-C30

Compõe o rol de escalas de sintomas do EORTC QLQ-C30 as escalas de fadiga, dor e náuseas e vômitos. Há também itens individuais que são avaliados: insônia, perda de apetite, constipação, dispneia, diarreia e dificuldades financeiras.

Nas referidas escalas, uma pontuação elevada representa maior proeminência do problema que está sendo avaliado (AARONSON et al., 1993). Para melhor compreensão sobre o que é avaliado em cada escala e nos itens individuais, as questões relativas a eles estão listadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Questões pertencentes às escalas de sintomas e aos itens individuais do EORTC QLQ-C30

Escalas de Sintomas / Itens	Questões
Escala de Fadiga	<ul style="list-style-type: none"> • Você precisou repousar? • Você tem se sentido fraco/a? • Você esteve cansado/a?
Escala de Dor	<ul style="list-style-type: none"> • Você tem tido dor? • A dor interferiu em suas atividades diárias?
Escala de Náuseas e Vômitos	<ul style="list-style-type: none"> • Você tem se sentido enjoado/a? • Você tem vomitado?
Insônia	<ul style="list-style-type: none"> • Você tem tido problemas para dormir?
Perda de Apetite	<ul style="list-style-type: none"> • Você tem tido falta de apetite?
Constipação	<ul style="list-style-type: none"> • Você tem tido prisão de ventre?
Dispneia	<ul style="list-style-type: none"> • Você teve falta de ar?
Diarreia	<ul style="list-style-type: none"> • Você tem tido diarreia?
Dificuldades Financeiras	<ul style="list-style-type: none"> • A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?

Apresentaram diferença estatística significativa as escalas de fadiga e dor, além dos itens individuais: insônia, perda de apetite e dificuldades financeiras. A seguir, estão as tabelas com os resultados citados. A escala de náusea/vômitos e os demais itens individuais não apresentaram resultados significativos na regressão. Não houve como realizar a regressão quantílica dos itens dispneia e diarreia devido aos valores de suas medianas e quartis. Foi então realizado o teste de Teste de Mann-Whitney, sendo encontrada diferença significativa

na variável dispneia tanto em relação ao SRQ-20 quanto no uso de psicofármacos ($p < 0,01$ e $p = 0,03$, respectivamente). O item diarreia não apresentou valor significativo.

Quanto à escala de fadiga, evidenciou-se estatisticamente que o uso de psicofármaco e o resultado positivo para TMC favoreceram escores mais elevados de tal sintoma.

Tabela 20 – Regressão quantílica para comparação do sintoma Fadiga entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Fadiga	Estimativa	Valor p	IC 95%	
Idade	0,22	0,09	-0,03	0,47
Sexo (Masculino - Feminino)	2,46	0,46	-4,05	8,97
Situação conjugal (Com companheiro - Sem companheiro)	2,52	0,43	-3,70	8,74
Situação de trabalho (Ativo - Inativo)	-0,56	0,89	-8,58	7,46
Uso de psicofármaco (Sim - Não)	7,59	0,04	0,52	14,66
SRQ-20 (Positivo - Negativo)	26,83	<0,01	20,19	33,47
Escolaridade				
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Analfabeto	4,51	0,52	-9,27	18,30
Fundamental completo/médio incompleto - Analfabeto	8,78	0,25	-6,26	23,81
Médio completo/superior incompleto - Analfabeto	7,56	0,32	-7,49	22,62
Superior completo - Analfabeto	7,66	0,37	-9,11	24,43
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Fundamental completo/médio incompleto	-4,26	0,33	-12,92	4,39
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Médio completo/superior incompleto	-3,05	0,47	-11,42	5,32
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Superior completo	-3,14	0,57	-13,87	7,59
Fundamental completo/médio incompleto - Médio completo/superior incompleto	1,21	0,80	-7,95	10,38
Fundamental completo/médio incompleto - Superior completo	1,12	0,85	-10,31	12,56
Médio completo/superior incompleto - Superior completo	-0,09	0,99	-10,26	10,07
Religião				
Católica - Não tem	1,96	0,82	-15,22	19,14
Evangélica - Não tem	0,56	0,95	-17,08	18,20
Outras - Não tem	7,13	0,53	-15,13	29,38
Católica - Evangélica	1,40	0,69	-5,54	8,35
Católica - Outras	-5,17	0,52	-20,94	10,60
Evangélica - Outras	-6,57	0,43	-23,01	9,88
Renda familiar				
Até um salário - Não tem renda	-0,78	0,95	-23,27	21,72
Acima de um até três salários - Não tem renda	-7,94	0,47	-29,35	13,48
Acima de três até cinco salários - Não tem renda	-3,42	0,76	-25,52	18,67
Acima de cinco salários - Não tem renda	-9,99	0,40	-33,15	13,17
Até um salário - Acima de um até três salários	7,16	0,14	-2,23	16,55
Até um salário - Acima de três até cinco salários	2,65	0,64	-8,37	13,66
Até um salário - Acima de cinco salários	9,21	0,17	-3,91	22,33
Acima de um até três salários - Acima de três até cinco salários	-4,51	0,26	-12,39	3,36
Acima de um até três salários - Acima de cinco salários	2,05	0,70	-8,30	12,40
Acima de três até cinco salários - Acima de cinco salários	6,57	0,22	-3,92	17,06

Em relação à escala de dor, no modelo de regressão quantílica, apresentaram diferenças estatisticamente significativas as variáveis TMC e renda familiar. Indivíduos positivos para TMC e aqueles que estavam inseridos em famílias sem renda apresentaram maiores escores de Dor.

Tabela 21 – Regressão quantílica para comparação do sintoma Dor entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Dor	Estimativa	Valor p	IC 95%	
Idade	0,00	0,99	-0,17	0,17
Sexo (Masculino - Feminino)	0,00	0,99	-4,53	4,53
Situação conjugal (Com companheiro - Sem companheiro)	0,00	0,99	-4,33	4,33
Situação de trabalho (Ativo - Inativo)	0,00	0,99	-5,58	5,58
Uso de psicofármaco (Sim - Não)	0,00	0,99	-4,92	4,92
SRQ-20 (Positivo - Negativo)	16,67	<0,01	12,04	21,29
Escolaridade				
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Analfabeto	0,00	0,99	-9,59	9,59
Fundamental completo/médio incompleto - Analfabeto	0,00	0,99	-10,46	10,46
Médio completo/superior incompleto - Analfabeto	0,00	0,99	-10,48	10,48
Superior completo - Analfabeto	0,00	0,99	-11,67	11,67
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Fundamental completo/médio incompleto	0,00	0,99	-6,02	6,02
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Médio completo/superior incompleto	0,00	0,99	-5,83	5,83
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Superior completo	0,00	0,99	-7,47	7,47
Fundamental completo/médio incompleto - Médio completo/superior incompleto	0,00	0,99	-6,38	6,38
Fundamental completo/médio incompleto - Superior completo	0,00	0,99	-7,96	7,96
Médio completo/superior incompleto - Superior completo	0,00	0,99	-7,08	7,08
Religião				
Católica - Não tem	0,00	0,99	-11,96	11,96
Evangélica - Não tem	0,00	0,99	-12,28	12,28
Outras - Não tem	0,00	0,99	-15,49	15,49
Católica - Evangélica	0,00	0,99	-4,83	4,83
Católica - Outras	0,00	0,99	-10,98	10,98
Evangélica - Outras	0,00	0,99	-11,45	11,45
Renda familiar				
Até um salário - Não tem renda	-16,67	0,04	-32,32	-1,01
Acima de um até três salários - Não tem renda	-16,67	0,03	-31,57	-1,76
Acima de três até cinco salários - Não tem renda	-16,67	0,03	-32,05	-1,29
Acima de cinco salários - Não tem renda	-16,67	0,04	-32,78	-0,55
Até um salário - Acima de um até três salários	0,00	0,99	-6,53	6,53
Até um salário - Acima de três até cinco salários	0,00	0,99	-7,67	7,67
Até um salário - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-9,13	9,13
Acima de um até três salários - Acima de três até cinco salários	0,00	0,99	-5,48	5,48
Acima de um até três salários - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-7,20	7,20
Acima de três até cinco salários - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-7,30	7,30

No que diz respeito à escala de insônia, o modelo de regressão quantílica mostrou como variáveis significativas TMC, escolaridade e renda familiar. Foi identificada a maior ocorrência de problemas para dormir entre pessoas positivas para TMC, analfabetas e sem renda familiar.

Tabela 22 – Regressão quantílica para comparação do sintoma Insônia entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Insônia	Estimativa	Valor p	IC 95%	
Idade	0,00	0,99	-0,20	0,20
Sexo (Masculino - Feminino)	0,00	0,99	-5,13	5,13
Situação conjugal (Com companheiro - Sem companheiro)	0,00	0,99	-4,90	4,90
Situação de trabalho (Ativo - Inativo)	0,00	0,99	-6,32	6,32
Uso de psicofármaco (Sim - Não)	0,00	0,99	-5,57	5,57
SRQ-20 (Positivo - Negativo)	33,33	<0,01	28,10	38,57
Escolaridade				
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Analfabeto	-33,33	<0,01	-44,19	-22,47
Fundamental completo/médio incompleto - Analfabeto	-33,33	<0,01	-45,18	-21,49
Médio completo/superior incompleto - Analfabeto	-33,33	<0,01	-45,19	-21,47
Superior completo - Analfabeto	-33,33	<0,01	-46,54	-20,12
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Fundamental completo/médio incompleto	0,00	0,99	-6,82	6,82
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Médio completo/superior incompleto	0,00	0,99	-6,59	6,59
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Superior completo	0,00	0,99	-8,45	8,45
Fundamental completo/médio incompleto - Médio completo/superior incompleto	0,00	0,99	-7,22	7,22
Fundamental completo/médio incompleto - Superior completo	0,00	0,99	-9,01	9,01
Médio completo/superior incompleto - Superior completo	0,00	0,99	-8,01	8,01
Religião				
Católica - Não tem	0,00	0,99	-13,54	13,54
Evangélica - Não tem	0,00	0,99	-13,90	13,90
Outras - Não tem	0,00	0,99	-17,53	17,53
Católica - Evangélica	0,00	0,99	-5,47	5,47
Católica - Outras	0,00	0,99	-12,42	12,42
Evangélica - Outras	0,00	0,99	-12,96	12,96
Renda familiar				
Até um salário - Não tem renda	-33,33	<0,01	-51,05	-15,62
Acima de um até três salários - Não tem renda	-33,33	<0,01	-50,21	-16,46
Acima de três até cinco salários - Não tem renda	-33,33	<0,01	-50,74	-15,93
Acima de cinco salários - Não tem renda	-33,33	<0,01	-51,58	-15,09
Até um salário - Acima de um até três salários	0,00	0,99	-7,40	7,40
Até um salário - Acima de três até cinco salários	0,00	0,99	-8,68	8,68
Até um salário - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-10,33	10,33
Acima de um até três salários - Acima de três até cinco salários	0,00	0,99	-6,20	6,20
Acima de um até três salários - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-8,15	8,15
Acima de três até cinco salários - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-8,26	8,26

No modelo de regressão quantílica para o item perda de apetite, contribuíram de modo significativo as variáveis TMC e religião. Pacientes positivos para TMC e aqueles que

não tinham religião apresentaram maiores escores de perda de apetite.

Tabela 23 – Regressão quantílica para comparação do sintoma Perda de Apetite entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Perda de apetite	Estimativa	Valor p	IC 95%	
Idade	0,00	0,99	-0,25	0,25
Sexo (Masculino - Feminino)	0,00	0,99	-6,64	6,64
Situação conjugal (Com companheiro - Sem companheiro)	0,00	0,99	-6,34	6,34
Situação de trabalho (Ativo - Inativo)	0,00	0,99	-8,18	8,18
Uso de psicofármaco (Sim - Não)	0,00	0,99	-7,21	7,21
SRQ-20 (Positivo - Negativo)	33,33	<0,01	26,56	40,11
Escolaridade				
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Analfabeto	0,00	0,99	-14,06	14,06
Fundamental completo/médio incompleto - Analfabeto	0,00	0,99	-15,33	15,33
Médio completo/superior incompleto - Analfabeto	0,00	0,99	-15,35	15,35
Superior completo - Analfabeto	0,00	0,99	-17,10	17,10
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Fundamental completo/médio incompleto	0,00	0,99	-8,82	8,82
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Médio completo/superior incompleto	0,00	0,99	-8,54	8,54
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Superior completo	0,00	0,99	-10,94	10,94
Fundamental completo/médio incompleto - Médio completo/superior incompleto	0,00	0,99	-9,34	9,34
Fundamental completo/médio incompleto - Superior completo	0,00	0,99	-11,66	11,66
Médio completo/superior incompleto - Superior completo	0,00	0,99	-10,37	10,37
Religião				
Católica - Não tem	-33,33	<0,01	-50,85	-15,81
Evangélica - Não tem	-33,33	<0,01	-51,32	-15,34
Outras - Não tem	-33,33	<0,01	-56,03	-10,64
Católica - Evangélica	0,00	0,99	-7,08	7,08
Católica - Outras	0,00	0,99	-16,08	16,08
Evangélica - Outras	0,00	0,99	-16,77	16,77
Renda familiar				
Até um salário - Não tem renda	0,00	0,99	-22,94	22,94
Acima de um até três salários - Não tem renda	0,00	0,99	-21,84	21,84
Acima de três até cinco salários - Não tem renda	0,00	0,99	-22,53	22,53
Acima de cinco salários - Não tem renda	0,00	0,99	-23,62	23,62
Até um salário - Acima de um até três salários	0,00	0,99	-9,57	9,57
Até um salário - Acima de três até cinco salários	0,00	0,99	-11,23	11,23
Até um salário - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-13,38	13,38
Acima de um até três salários - Acima de três até cinco salários	0,00	0,99	-8,03	8,03
Acima de um até três salários - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-10,55	10,55
Acima de três até cinco salários - Acima de cinco salários	0,00	0,99	-10,70	10,70

Quanto à escala de dificuldades financeiras, a única variável que contribuiu de modo significativo no modelo de regressão foi a renda familiar. Foi identificado que aqueles com renda familiar de até um salário mínimo apresentaram maiores dificuldades financeiras quando comparados aos que tinham renda familiar acima de três até cinco salários.

Tabela 24 – Regressão quantílica para comparação de Dificuldades Financeiras entre os grupos, por meio do EORTC QLQC-30. Barretos, São Paulo, 2015-2016.

Dificuldades financeiras	Estimativa	Valor p	IC 95%	
Idade	-0,52	0,12	-1,17	0,13
Sexo (Masculino - Feminino)	-2,86	0,74	-19,86	14,13
Situação conjugal (Com companheiro - Sem companheiro)	3,65	0,66	-12,59	19,89
Situação de trabalho (Ativo - Inativo)	3,39	0,75	-17,56	24,33
Uso de psicofármaco (Sim - Não)	-1,30	0,89	-19,77	17,16
SRQ-20 (Positivo - Negativo)	13,80	0,12	-3,55	31,15
Escolaridade				
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Analfabeto	0,26	0,99	-35,74	36,26
Fundamental completo/médio incompleto - Analfabeto	0,00	0,99	-39,27	39,27
Médio completo/superior incompleto - Analfabeto	11,98	0,55	-27,35	51,30
Superior completo - Analfabeto	-0,26	0,99	-44,06	43,54
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Fundamental completo/médio incompleto	0,26	0,98	-22,34	22,86
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Médio completo/superior incompleto	-11,72	0,29	-33,58	10,14
Fundamental incompleto/sabe ler e escrever - Superior completo	0,52	0,97	-27,51	28,55
Fundamental completo/médio incompleto - Médio completo/superior incompleto	-11,98	0,33	-35,91	11,95
Fundamental completo/médio incompleto - Superior completo	0,26	0,99	-29,61	30,13
Médio completo/superior incompleto - Superior completo	12,24	0,37	-14,31	38,79
Religião				
Católica - Não tem	-19,27	0,40	-64,15	25,61
Evangélica - Não tem	-9,64	0,68	-55,72	36,45
Outras - Não tem	-12,24	0,68	-70,37	45,89
Católica - Evangélica	-9,64	0,30	-27,78	8,50
Católica - Outras	-7,03	0,74	-48,22	34,16
Evangélica - Outras	2,60	0,91	-40,36	45,56
Renda familiar				
Até um salário - Não tem renda	-23,70	0,43	-82,45	35,05
Acima de um até três salários - Não tem renda	-42,97	0,13	-98,91	12,97
Acima de três até cinco salários - Não tem renda	-54,43	0,06	-112,15	3,29
Acima de cinco salários - Não tem renda	-54,17	0,08	-114,65	6,32
Até um salário - Acima de um até três salários	19,27	0,12	-5,25	43,79
Até um salário - Acima de três até cinco salários	30,73	0,04	1,96	59,49
Até um salário - Acima de cinco salários	30,47	0,08	-3,79	64,73
Acima de um até três salários - Acima de três até cinco salários	11,46	0,27	-9,11	32,03
Acima de um até três salários - Acima de cinco salários	11,20	0,42	-15,83	38,23
Acima de três até cinco salários - Acima de cinco salários	-0,26	0,99	-27,66	27,14

5 DISCUSSÃO

A prevalência de pessoas identificadas como positivas para TMC foi de 31,5%. Esta porcentagem é superior ao resultado de estudo anteriormente realizado com pacientes oncológicos de um setor de quimioterapia, que identificou a prevalência de 25,8%. O referido estudo também utilizou o SRQ-20 para a detecção de TMC, entretanto, entrevistou pacientes com diagnóstico recente de câncer (até 6 meses da data da entrevista) (CHAVES et al., 2005). Este aspecto pode ter influenciado na diferença de prevalências encontradas.

Outra pesquisa mundial de saúde mental estimou a prevalência de 18,4% TMC em pacientes com câncer ativo. Ressalta-se, porém, que a maioria dos indivíduos foi entrevistada em domicílio e o instrumento de detecção foi o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (NAKASH et al., 2014).

A presença de TMC esteve associada à variável sexo, sendo mais comum entre as mulheres, assim como em outros estudos prévios (QUADROS et al., 2015; COUTINHO et al., 2014; GONÇALVES et al., 2014; SHIRAMA; MIASSO, 2013; JANSEN et al., 2011; ROCHA, 2010; LIMA et al., 2008; GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008). Esta maior prevalência também foi observada em meninas adolescentes (LOPES, 2016) e entre mulheres idosas (BORIM; BARROS, 2011). Ressalta-se que na regressão logística proposta para a presente pesquisa a variável sexo manteve-se associada aos TMC, sendo que as pessoas do sexo feminino tiveram 4,86 vezes mais chances de serem positivas para TMC.

Uma possível justificativa é o fato de que as mulheres expressam com maior facilidade seus sintomas e procuram mais os serviços de saúde (JANSEN et al., 2011). Ademais, nas últimas décadas ocorreram mudanças consideráveis no papel da mulher na sociedade, o que pode estar contribuindo para o aumento dos problemas de saúde mental nessa população. Estudo constatou que as mulheres, além de exercerem as funções no mercado de trabalho formal, são responsáveis pela maior parte das tarefas domésticas e pela educação dos filhos, gerando assim uma sobrecarga de trabalho entre a população feminina. A sobrecarga de atribuições pode gerar situações de conflitos, estresse e sofrimento, e pode estar associada a maior morbidade psíquica (ROCHA, 2010; PINHO; ARAÚJO, 2012).

Destaca-se ainda que, de acordo com a literatura, mulheres com alta sobrecarga doméstica apresentam prevalência de TMC mais elevada do que as mulheres com baixa sobrecarga: 45,6% contra 36,2% (PINHO; ARAÚJO, 2012).

Existe ainda a preocupação relacionada à violência doméstica, que pode ocorrer mais frequentemente entre as mulheres. Nesse sentido, o estudo de Vidal et al. (2013) identificou a associação entre TMC e a história de violência doméstica sofrida por mulheres usuárias de unidades básicas de saúde.

Outra variável associada aos TMC neste estudo foi a escolaridade, resultado este convergente com pesquisas prévias publicadas (QUADROS et al., 2015; COUTINHO et al., 2014; GONÇALVES et al., 2014; PINHO; ARAÚJO, 2012; ROCHA, 2010; COELHO et al., 2009; GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

O acesso à escola tem um efeito direto na saúde psicológica, pois aumenta a possibilidade de escolhas na vida e influencia a autoestima e a possibilidade de aumento da renda familiar (PINHO; ARAÚJO, 2012). Desse modo, a baixa escolaridade, pelo fato de ter relação com condições socioeconômicas, também é um importante fator a se considerar. A principal consequência social desta condição tem sido a falta de oportunidade para as pessoas nessas situações.

Nesse sentido, o presente estudo também identificou a associação entre TMC e renda familiar. A pesquisa de Chaves et al., (2005), também realizada com pacientes oncológicos em quimioterapia, encontrou resultado semelhante, identificando que indivíduos de classes sociais mais baixa apresentaram maior chance de apresentarem TMC. Outras pesquisas também indicam esta associação (QUADROS et al., 2015; GONÇALVES et al., 2014; PINHO; ARAÚJO, 2012; ROCHA, 2010; COELHO et al., 2009).

Indivíduos de baixa renda tendem a apresentar mais preocupações com problemas financeiros do que aqueles com maior renda per capita, estando mais vulneráveis ao estresse, à insegurança e desenvolvimento da ansiedade e da depressão (PINHO; ARAÚJO, 2012).

Segundo Gonçalves e Kapczinski (2008) algumas teorias têm sido usadas para explicar a associação de sexo feminino e indicadores de condições socioeconômicas desfavoráveis com transtornos mentais. A teoria dos eventos de vida produtores de estresse refere-se ao impacto sócio biológico dos eventos estressores nos indivíduos aumentando suas chances de manifestarem sintomas. A teoria dos papéis sociais propõe que situações de desequilíbrio entre dominação e subordinação econômica, política e social agiriam como precipitantes de transtornos mentais (COSTA; LUDERMIR, 2005). Há também a teoria na qual o suporte social agiria como fator protetor, pois minimizaria os efeitos dos estressores de vida e significaria relacionamentos provedores de apoio promovendo bem-estar (SHERMAN, 2003). No entanto não se pode descartar uma causalidade reversa, ou seja, que transtornos mentais sejam os precipitantes e não a consequência de pior performance social, acadêmica e laboral.

Este estudo também avaliou variáveis relacionadas ao histórico de saúde e identificou associação entre TMC e uso de psicofármacos e com a realização de cirurgias oncológicas. O estudo de NG et al, (2013b) também identificou a associação entre transtornos

mentais e uso de psicofármacos em pacientes com câncer terminal. Além disso, outros estudos com pacientes não oncológicos demonstraram a associação entre TMC e uso de psicofármacos (MIGUEL, 2014; SHIRAMA; MIASSO, 2013; LIMA et al. 2008). Tal achado ratifica a maior chance de uso destes medicamentos por indivíduos com sintomas psiquiátricos.

Em relação às cirurgias oncológicas, constatou-se que entre as pessoas que realizaram tal procedimento houve menor porcentagem de resultados positivos para TMC. Tal aspecto pode, em parte, ser explicado pelo achado de maior proporção de uso de psicofármacos por pacientes que haviam realizado cirurgias do que por aqueles que não haviam realizado.

Não foram identificados estudos com resultados semelhantes na literatura, entretanto, considerando que a qualidade de vida pode influenciar a saúde mental dos pacientes, os indivíduos beneficiados por procedimentos cirúrgicos, seja por melhoria funcional, redução da dor, melhoria estética ou outra, poderiam vir a apresentar melhor estado psicológico. Os resultados do estudo de Lufiego (2012) demonstraram uma diminuição dos sintomas depressivos, da ansiedade, desesperança e autoestima mais elevada após a reconstrução mamária. A cirurgia de reconstrução mamária tem impacto positivo na qualidade de vida das pacientes mastectomizadas.

No modelo de regressão logística proposto na presente pesquisa, as pessoas com comorbidades apresentaram 2,12 vezes mais chances de serem positivas para TMC. Estudo prévio que objetivou especificamente verificar a associação entre TMC e enfermidades crônicas identificou que todas as doenças pesquisadas mostraram-se associadas aos transtornos mentais comuns (COELHO et al., 2009). No referido estudo, entretanto, o número de enfermidades apresentadas pelo indivíduo teve maior importância do que cada uma delas individualmente. Os autores destacaram a importância de se atentar para os transtornos mentais em indivíduos com enfermidades crônicas, principalmente naqueles que se apresentam com grande número de doenças. Relatam, ainda, que apesar desta forte ligação, estudos mostram que os médicos tendem a negligenciar transtornos psiquiátricos em pacientes com múltiplas doenças crônicas, uma vez que estas tendem a ser o maior foco de atenção do clínico (COELHO et al., 2009).

Nessa direção, torna-se importante a atenção especial à saúde mental dos pacientes em tratamento oncológico que possuem comorbidades, visto que a presença de outras doenças pode piorar a qualidade de vida destes indivíduos pela simples coexistência e, ainda, pelo fato de estarem associadas aos TMC.

Especificamente em relação à depressão, estudos tem ratificado a associação deste transtorno com as comorbidades clínicas (DUARTE; REGO, 2007; TENG, HUMES, DEMÉRIO, 2005). Há autores que consideram que as doenças clínicas podem contribuir para a patogênese da depressão por meio de efeitos diretos na função cerebral ou por meio de efeitos psicológicos ou psicossociais (ALEXOPOULOS et al., 2002). Outros consideram que esta associação pode ser vista de modo bidirecional, ou seja, a depressão precipitando doenças crônicas e as doenças crônicas exacerbando sintomas depressivos (NAJAS; PEREIRA, 2002).

No presente estudo a prevalência de uso de psicofármacos foi de 25,8%. Os medicamentos mais utilizados foram os antidepressivos, como também identificado em outros estudos (SILVA; HERZOG, 2015; BORGES et al., 2015; ROCHA; WERLANG, 2013; NOIA, 2012).

O uso de psicofármacos esteve associado ao sexo, sendo maior entre as mulheres. O estudo de NG et al. (2013a) encontrou maior uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres com câncer e menor uso de antipsicóticos. Outros estudos também tem observado a associação entre uso de psicofármacos e mulheres de forma geral (NALOTO et al., 2016; SHIRAMA; MIASSO, 2013; LIMA et al., 2008; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006), assim como em mulheres idosas (SILVA; HERZOG, 2015; NOIA et al., 2012). Por meio da regressão logística realizada no presente estudo, identificou-se que sexo foi a variável mais fortemente associada ao uso de psicofármacos, revelando que pessoas do sexo feminino apresentaram 4,28 vezes mais chances de usar psicofármacos.

Ressalta-se que esse maior uso de psicofármaco pode estar relacionado à maior ocorrência de TMC entre as mulheres identificada na literatura (QUADROS et al., 2015; COUTINHO et al., 2014; GONÇALVES et al., 2014; SHIRAMA; MIASSO, 2013; JANSEN et al., 2011; ROCHA, 2010; LIMA et al., 2008; GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008), como também identificada na presente pesquisa.

A situação de trabalho também esteve associada ao uso de psicofármacos, sendo maior o uso de tais medicamentos entre os indivíduos que não trabalhavam. Na regressão logística, esta variável manteve-se associada, revelando que situação de trabalho é um importante fator no uso de psicofármacos. Estudos têm evidenciado a associação de TMC com indivíduos sem ocupação laboral (COUTINHO et al., 2014; GOMES; MIGUEL; MIASSO, 2013), o que poderia aumentar a vulnerabilidade desses indivíduos ao uso de psicofármacos.

Estudo de Gonçalves e Kapczinski (2008) identificou maiores chances de as categorias desempregado, aposentado por invalidez ou em benefício-saúde e dona-de-casa

apresentarem transtornos mentais, tomando-se como referência a categoria trabalhadores em atividade. Esta maior ocorrência de TMC entre estes indivíduos poderia explicar o maior uso de psicofármacos. Apesar do presente estudo não ter identificado essa associação, a porcentagem de TMC rastreados entre os indivíduos que não trabalhavam foi maior do que entre aqueles que trabalhavam (33,2% e 20,8%, respectivamente).

Também foram encontradas associações significativas entre o uso de psicofármacos e cirurgias oncológicas, tempo de tratamento e comorbidades. Consideração a ser feita em relação a estas duas últimas variáveis está relacionada com a possibilidade de maior contato dos pacientes com os profissionais médicos (responsáveis pela prescrição medicamentosa) devido a tais condições. Há possibilidade de pacientes com maior tempo de tratamento, assim como aqueles com comorbidades, realizarem maior número de consultas médicas. Nessa direção é possível cogitar que este maior contato poderia facilitar o acesso à prescrição dos psicofármacos. Nesse sentido, estudos ressaltam que os indivíduos que consultaram médico nos últimos três meses anteriores às coletas de dados apresentaram consumo significativamente maior de psicofármacos do que aqueles que não o fizeram, assim como identificaram também a associação entre o uso de psicofármaco e a presença de doença crônica (hipertensão arterial) (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006; LIMA, 1995). Outros estudos (OHAYON; LADER, 2002; BORGES et al., 2015) também têm identificado a associação entre uso de psicofármacos e patologias clínicas. O estudo de Ohayon e Lader (2002) também identificou que indivíduos portadores de uma doença orgânica crônica têm maior probabilidade de receber uma prescrição de psicofármaco em razão de irem à consulta médica com maior frequência.

Na regressão logística realizada por este estudo, foi possível identificar que as pessoas com comorbidades apresentaram 1,73 vezes mais chances usar psicofármacos.

O estudo de NG et al., (2013a), que investigou o uso de psicofármacos entre pacientes com câncer, também identificou taxa significativamente aumentada de prescrições de fármacos psicotrópicos em pacientes com condições médicas crônicas e sugeriram que o efeito debilitante do câncer e eventos adversos do tratamento podem ser maiores em pacientes com morbidade preexistente.

Para melhor compreensão da ocorrência de TMC e do consumo de psicofármacos, estas variáveis foram analisadas conjuntamente, formando quatro grupos de indivíduos. Os grupos foram subdivididos em indivíduos positivos para TMC que usavam psicofármacos, indivíduos positivos que não usavam psicofármacos, indivíduos que foram negativos para TMC que usavam psicofármacos e aqueles que foram negativos e que não

usavam psicofármacos.

Com exceção da variável tempo de tratamento, as demais anteriormente associadas a TMC e uso psicofármacos se mantiveram dessa forma (sexo, escolaridade, situação trabalho, renda familiar, cirurgias oncológicas e comorbidades). Além destas, a variável uso de medicamento contínuo também apresentou associação com TMC e uso de psicofármacos.

Conforme já descrito, houve maior frequência de consumo de psicofármacos pelas mulheres, tanto entre pessoas positivas para TMC como entre as negativas. Desse modo, o maior consumo de psicofármacos pelas mulheres pode não estar relacionado somente com a maior ocorrência de TMC no sexo feminino. As mulheres procuram mais regularmente os serviços de saúde, preocupam-se mais com a saúde e aceitam melhor a possibilidade de necessitarem utilizar psicotrópicos (NOIA et al., 2012). Essa maior procura das mulheres por tratamento de sintomas psicológicos, que foi identificado no trabalho de Silva e Herzog (2015), pode influenciar neste maior uso. Por outro lado, não se deve descartar que o maior consumo de psicofármacos também por mulheres entre pessoas negativas para TMC pode estar relacionado ao efeito terapêutico dos medicamentos em questão, tornando-as não detectáveis pelo SRQ-20.

No que diz respeito à escolaridade, entre os pacientes que não usavam psicofármacos, observou-se aumento na proporção de resultados negativos para o SRQ-20 e a tendência de redução de resultados positivos, conforme o aumento do nível educacional. Em indivíduos que usavam psicofármacos, essa variação não foi relevante. A literatura indica a associação de TMC com níveis educacionais mais baixos (QUADROS et al., 2015; COUTINHO et al., 2014; GONÇALVES et al., 2014; PINHO; ARAÚJO, 2012; ROCHA, 2010; COELHO et al., 2009; GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008), assim como o presente estudo. Nesse sentido, infere-se que o uso do psicofármacos contribuiu para a redução da detecção de TMC entre os indivíduos usuários, pelo possível efeito destes medicamentos nos sintomas psicológicos.

Em relação à situação de trabalho, este estudo identificou o maior uso de psicofármacos em indivíduos que não trabalhavam, independentemente do resultado do SRQ-20. Contudo, deve ser considerado o fato da maior ocorrência de TMC entre aqueles que não trabalhavam, apesar da não ocorrência de associação estatística significativa, o que já foi anteriormente explanado.

Quanto à realização de cirurgias oncológicas, entre os pacientes que eram positivos no SRQ-20 houve maior proporção de indivíduos que não haviam realizado

cirurgias, independentemente do uso de psicofármacos. Já entre aqueles que eram negativos no SRQ-20 e que usavam psicofármacos, houve a maior proporção daqueles que haviam realizado cirurgias. Entre aqueles negativos no SRQ-20 e que não usavam psicofármacos, a porcentagem de indivíduos que haviam realizado ou não alguma cirurgia oncológica foi semelhante (54,7 e 55,6, respectivamente). Ressalta-se que a variável cirurgia oncológica apresentou associação quando analisada isoladamente com TMC e com o uso de psicofármacos. Não se identificou na literatura estudos que tenham investigado a associação entre tais variáveis. Sugere-se, desse modo, que sejam desenvolvidos estudos específicos que busquem delimitar o foco em tais fatores.

Pacientes sem comorbidades foram mais frequentes no grupo daqueles que eram negativos para o SRQ-20 e que não usavam psicofármaco. Nos grupos que usavam psicofármacos houve maior frequência de indivíduos com comorbidades, tanto entre os positivos como entre os negativos para TMC. Este fato pode ser explicado pela ocorrência da associação estatística entre uso de psicofármacos com as comorbidades, quando analisados isoladamente.

Observou-se, ainda, que o uso de medicamentos contínuos (não psicofármacos) foi proporcionalmente maior entre os indivíduos que usavam psicofármaco. Ressalta-se que, neste estudo, os pacientes estavam usando medicamentos contínuos para outras condições clínicas, as quais apresentaram associação estatística com o uso de psicofármacos, o que também está descrito na literatura (COELHO et al., 2009; DUARTE; REGO, 2007; TENG, HUMES, DEMÉRIO, 2005). Além disso, consideração a ser feita sobre este resultado também reside na maior possibilidade do contato médico-paciente nestes casos, vista a necessidade de acompanhamento do uso do medicamento contínuo em questão, o que poderia favorecer a prescrição dos psicofármacos. Este fato pode ser ratificado pela associação entre o uso de psicofármacos e a utilização de serviços médicos pelos pacientes, encontrada nos estudos de Rodrigues, Facchini e Lima (2006) e Lima (1995).

No que se refere a avaliação da qualidade de vida, o presente estudo apresentou como médias da escala de qualidade de vida/saúde global do EORTC QLQ-C30 os valores de 72,44 e 82,61 pontos para indivíduos positivos e negativos no SRQ-20, respectivamente. Em relação aos psicofármacos, os indivíduos que usavam tais medicamentos apresentaram uma média de 76,6 pontos, enquanto aqueles que não usavam apresentaram a média de 80,38 pontos. Comparativamente, o estudo de Sawada et al. (2009), também realizado com pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia, identificou uma média de 69,71, com desvio padrão de 3,80.

Outra pesquisa realizada com pacientes em tratamento quimioterápico, porém limitada a indivíduos acometidos com cânceres hematológicos, identificou uma média de 82,38 (desvio padrão de 16,28) da escala de qualidade de vida, utilizando o mesmo instrumento (ANDRADE; SAWADA; BARRICHELO, 2013).

Machado e Sawada (2008) realizaram estudo com indivíduos com cânceres de mama e de intestino que realizavam quimioterapia adjuvante e encontraram as médias de 69,8 ($\pm 24,0$) e 75,7 ($\pm 24,3$), no início da quimioterapia e três meses após, demonstrando que o procedimento teve um impacto positivo na qualidade de vida. Este mesmo estudo identificou, porém, uma diminuição nas funções física, emocional, cognitiva e social e aumento nos sintomas fadiga, náuseas e vômitos, dor, insônia, perda de apetite e diarreia.

Já em indivíduos com câncer sem possibilidade de cura, a média encontrada foi de 28,8 (desvio padrão de 20,2) (FREIRE, 2014).

Na avaliação da qualidade de vida por meio da escala de saúde global/qualidade de vida do EORTC QLQ-C30 foi evidenciada a pior qualidade de vida em indivíduos que apresentaram resultado positivo no SRQ-20, independentemente do uso de psicofármaco. Não foi encontrado na literatura outro estudo semelhante em pacientes oncológicos em quimioterapia. Entretanto, o estudo de Miasso et al. (2017) também identificou que a presença de TMC esteve fortemente associada à má qualidade de vida em pacientes vinculados à estratégia de saúde da família. Os adultos jovens com idade entre 18 e 24 anos com TMC também apresentaram pior qualidade de vida em todos os domínios avaliados no estudo de Jansen (2011). A pesquisa de Borges, Hegadoren e Miasso (2015) identificou pior qualidade de vida em mulheres com TMC atendidas em unidades básicas de saúde.

Evidenciou-se também que entre indivíduos que eram positivos para TMC, aqueles que usavam psicofármacos tinham pior qualidade de vida do que aqueles que não usavam. Este achado ratifica o resultado do estudo de Miasso et al. (2017), no qual o uso de psicofármaco foi o principal fator associado à baixa qualidade de vida. Entretanto, os indivíduos negativos para TMC e que usavam psicofármaco não apresentaram diferença estatística significativa quando comparados com aqueles que eram negativos e que não usavam psicofármaco.

A despeito deste resultado, estudos indicam que ausência de tratamento ou o subtratamento de transtornos mentais em pacientes oncológicos está relacionada com pior qualidade de vida e baixa aderência ao tratamento oncológico. Relata-se, ainda, que o uso de psicofármacos pode trazer benefícios para o tratamento dos transtornos mentais (THEKDI; TRINIDAD; ROTH, 2015; CARUSO et al., 2013; GARCIA; ALGAR, 2016).

No entanto, no caso da depressão, pesquisa de revisão sistemática que avaliou a eficácia e aceitabilidade dos antidepressivos no tratamento de sintomas depressivos em adultos com câncer identificou que apesar do impacto da doença sobre as pessoas com câncer, os estudos disponíveis eram escassos e de baixa qualidade (CHENG, 2017). A referida revisão encontrou evidência de muito baixa qualidade para os efeitos destes fármacos em comparação com o placebo, concluindo haver a necessidade de ensaios randomizados maiores e pragmáticos sobre este tópico, incluindo antidepressivos que já são amplamente utilizados na prática clínica. No entanto, o autor salienta que dados de estudos sobre depressão maior, envolvendo a população geral, podem fornecer indicações sobre a eficácia dos antidepressivos e perfis de tolerabilidade (CHENG, 2017).

Estudo de revisão sistemática que objetivou avaliar especificamente a eficácia de antidepressivos e benzodiazepínicos em depressão menor concluiu ser improvável que houvesse uma vantagem clinicamente importante para os antidepressivos em relação ao placebo em indivíduos com depressão menor. Para as benzodiazepinas, não havia evidência disponível e, portanto, não foi possível determinar seu potencial papel terapêutico nessa condição (BARBUI et al., 2011). Para indivíduos com TMC, foi realizado estudo clínico randomizado o qual demonstrou que o desfecho psiquiátrico foi significativamente melhor com o antidepressivo do que com o placebo aos dois meses de tratamento, mas não no período de dois a 12 meses. Os autores pontuaram que a não sustentação da melhor resposta com o antidepressivo no período de 2 a 12 meses pode ter ocorrido devido aos abandonos ocorridos neste período, seja pela melhora apresentada com o tratamento ou pelo medo da ocorrência de reações adversas (PATEL et al., 2003). Ressalta-se que nestes estudos o foco não eram os indivíduos com câncer.

Deve-se considerar também que a influência negativa dos psicofármacos sobre a qualidade de vida pode estar relacionada às características desta classe de medicamentos, sendo conhecido que além dos benefícios conferidos por estes medicamentos, existe a possibilidade da ocorrência efeitos adversos, piorando a qualidade de vida (MIGUEL, 2014).

Em estudo que analisou 219 notificações de suspeita de reações adversas produzidas por medicamentos psicoativos, psiquiatras classificaram como sérias 50 destas reações. Entre estas, houve três mortes, 12 estavam relacionadas à risco de vida, 26 exigiram ou prolongaram hospitalização e nove notificações descreveram invalidez temporária dos pacientes. Os antidepressivos ficaram em primeiro lugar, com 122 reações adversas (RA) notificadas, seguidos dos neurolépticos (46 RA) e anticonvulsivantes (25 RA) (CARLINI; NAPPO, 2003).

Outro fator a se levar em consideração é a possibilidade do uso inadequado destes medicamentos. Dentro desta linha de investigação, Naloto et al. (2016) realizaram um estudo com 330 participantes para avaliar prescrições de benzodiazepínicos, utilizando como indicadores de uso apropriado: medicamento apropriado; posologia adequada; duração de uso adequada; uso de apenas um benzodiazepínico pelo paciente; uso do benzodiazepínico por período menor que três meses como hipnótico, ansiolítico, na abstinência alcoólica e distúrbio neurodegenerativo, exceto no tratamento da epilepsia; uso no tratamento da depressão com antidepressivo; uso por período menor que dois meses quando associado ao antidepressivo; e o não uso de benzodiazepínico de longa ação em idosos. Os resultados desta pesquisa demonstraram que a minoria das prescrições de benzodiazepínicos era apropriada. Ou seja, a maioria dos pacientes usava tais medicamentos de forma inadequada.

Outros estudos destacam ainda ocorrência da obtenção de prescrição de psicofármacos por solicitações junto aos médicos, sem necessidade de consulta formal. A prescrição sem uma avaliação criteriosa pode contribuir com a ocorrência de uso indevido destes medicamentos, o que envolve não apenas o sistema de controle da dispensação, mas uma série de outros fatores, entre os quais as atitudes dos profissionais de saúde (SAASTAMOINEN; ENLUND; KLAUKKA, 2008; ORLANDI; NOTO, 2005).

Outra questão muito importante é a possibilidade da ocorrência de interações medicamentosas. Ressalta-se que, na presente pesquisa, os pacientes estavam em uso de medicamentos quimioterápicos e alguns utilizavam também medicamentos contínuos para outras condições clínicas, assim como os próprios psicofármacos de forma concomitante. O estudo de Yap et al. (2011) identificou que interações entre medicamentos anticancerígenos e psicotrópicos são frequentes. A ocorrência de interações pode ser a causa de aproximadamente 20 a 30% de todas as reações adversas destes medicamentos (YAP; CHUI; CHAN, 2008).

Considera-se que a alta incidência de eventos adversos relacionados às interações medicamentosas podem ser parcialmente atribuídas às alterações fisiológicas que ocorrem em pacientes com câncer. Condições como caquexia, hipoproteïnemia, desidratação ou edema pode levar a variações nos volumes de distribuição e, conseqüentemente, profundas alterações na farmacocinética. Já a hipóxia e o desequilíbrio metabólico pode alterar a sua farmacodinâmica (BUCLIN et al., 2001).

Além disso, os pacientes oncológicos também podem apresentar insuficiência hepática ou renal com possibilidade de acúmulo de drogas anticancerígenas e psicofármacos, elevando os níveis dos fármacos no plasma (RIEHELMANN; SAAD 2006).

Assim, os médicos devem ser vigilantes quando psicofármacos são prescritos concomitantemente com drogas antineoplásicas. O monitoramento dos níveis de fármaco deve ser realizado para evitar a toxicidade no doente, bem como para assegurar um tratamento quimioterapêutico adequado (YAP et al., 2011).

As considerações a respeito do uso de psicofármacos por pacientes oncológicos e as divergências da literatura sobre a eficácia destes medicamentos frente à ocorrência de transtornos mentais apontam para a necessidade de novos estudos, de desenho longitudinal, que investiguem as possíveis causas da pior qualidade de vida em pacientes oncológicos positivos para TMC e que utilizam psicofármacos.

Com relação ao sexo, observou-se melhor qualidade de vida entre as mulheres do que entre os homens. Estudo desenvolvido com pacientes com câncer em tratamento quimioterápico também realizou esta comparação, entretanto não identificou diferenças na avaliação da qualidade de vida no quesito sexo (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012a). No estudo de Miasso et al., (2017) ser do sexo masculino foi o fator que mais contribuiu para melhor qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e ambiental. Entretanto, a importância do gênero na análise da qualidade de vida é um tema controverso (MUHWEZI; OKELLO; TURIHO, 2010) e pesquisadores mostraram que a associação entre gênero e qualidade de vida não era de uma magnitude considerada clinicamente importante (LUBETKIN et al., 2005).

Também apresentaram melhor qualidade de vida os indivíduos que não tinham companheiros. Na literatura não foram identificados estudos que corroborassem tal resultado. Os estudos sobre o tema apontam para a importância do apoio afetivo. Na pesquisa de Miranda, Lana e Felipe (2015) o apoio do cônjuge foi relatado como efetivo no que se refere ao sentimento de pertencer a um meio familiar e de não estar lutando sozinho. Considera-se, também, que este apoio social satisfatório exerce função mediadora do processo saúde-doença, minimizando o impacto que o câncer exerce na vida do paciente, estando associado também à saúde mental (SANTANA; ZANIN; MANIGLIA, 2008). Estudo relata, ainda, que o suporte social em pacientes com câncer está negativamente correlacionado com a solidão, ou seja, a solidão pode ser reduzida aumentando o apoio social dos membros da família (YILDIRIM; KOCABIYIK, 2010) fato este que pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

Foi identificado que indivíduos com ensino fundamental incompleto ou que sabiam ler e escrever tinham pior qualidade de vida quando comparados à indivíduos com qualquer grau de escolaridade completo. Este dado assemelha-se com o resultado de estudo de

Freire (2014) o qual identificou entre pacientes com câncer sem possibilidade terapêutica de cura, maior qualidade de vida entre aqueles com ensino superior. O estudo de Miasso et al. (2017) identificou que baixo nível educacional foi preditor de pior qualidade de vida.

Na presente pesquisa, por meio das escalas funcionais e de sintomas/problemas do EORTC QLQ-C30, ficou evidente a forte influência negativa dos TMC na vida dos pacientes. Em quase todas as escalas em que houve diferença estatística significativa, com exceção do domínio dificuldades financeiras, os indivíduos positivos para TMC apresentaram piores performances. Desse modo, nas escalas funcionais, apresentaram menores pontuações do que os indivíduos negativos para TMC, denotando, portanto, piores funcionamentos físico, emocional, cognitivo e social e pior desempenho de papel. Foi também observado que estes indivíduos apresentaram maiores escores na avaliação de sintomas, revelando maior proeminência de fadiga, dor, insônia, perda de apetite e dispneia.

No que diz respeito à fadiga, estudos têm identificado a correlação entre tal sintoma e a depressão, o que pode explicar o resultado encontrado no presente estudo. Fadiga e depressão estão também relacionadas à piora da qualidade de vida e, ocorrendo concomitantemente, podem ser ainda mais deletérias (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009). Esta correlação é complexa, visto que a fadiga não é apenas um sintoma de muitas doenças somáticas, mas também um dos principais sintomas da depressão. O estudo de Mota e Pimenta (2006) identificou que a fadiga estava presente em 100% dos pacientes com depressão. Outro fator que contribui para a complexidade é a questão da causalidade. A fadiga pode ser o resultado de transtornos de humor, no entanto, a pessoa que percebe sua energia como insuficiente pode se tornar depressiva (VISSER; SMETS, 1998).

Fadiga é descrita como uma sensação desagradável, com sintomas físicos, psíquicos e emocionais e, ainda, um cansaço que não alivia com estratégias usuais de restauração de energia (MOTA, PIMENTA, 2006). O estudo de Freire (2014) identificou que este sintoma foi o mais fortemente associado com a variável quimioterapia em pacientes com câncer sem possibilidade de cura. A fadiga é comum em pacientes com câncer e as consequências do sofrimento produzido pela fadiga levam também à limitação social e diminuição da autoestima, contribuindo para reduzir a qualidade de vida (ISHIKAWA; DERCHAIN; THULE, 2005).

Estudos indicam ainda que a fadiga relacionada ao câncer também está associada à insônia. Embora fadiga e distúrbios do sono sejam condições distintas, elas estão intimamente ligadas em termos de prevalência, muitas vezes ocorrendo como parte de um grupo de sintomas (ROSCOE, 2007).

Da mesma forma que a fadiga, a insônia e a dor podem ser sintomas de transtornos mentais comuns (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) havendo, na presente pesquisa, maior proeminência de tais sintomas entre indivíduos com câncer positivos para TMC.

Estudo que objetivou avaliar as características do sono e os fatores associados à qualidade do sono de pacientes idosos submetidos ao tratamento quimioterápico ambulatorial identificou que os participantes apresentaram o aumento de 21% da probabilidade de apresentar má qualidade do sono a cada acréscimo de um ponto na intensidade da dor (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012b).

A prevalência de insônia é maior entre os pacientes com câncer do que na população geral, e varia entre 30 e 69% (LOH, 2016). Ainda, a submissão do paciente a radioterapia e a quimioterapia está associada a aumento da gravidade deste sintoma (SAVARD, 2015). Pode ocorrer de forma isolada, embora esteja frequentemente presente em um conjunto de sintomas, juntamente com dor, fadiga, angústia, depressão e ansiedade (LOH, 2016). É necessária investigação mais aprofundada para melhor compreender a natureza dos distúrbios do sono, a relação complexa que eles têm com outros sintomas comumente relatados por pacientes com câncer, como fadiga, depressão, dor e ansiedade (ROSCOE, 2007).

Em relação ao tratamento da insônia, deve-se considerar que muitos produtos farmacêuticos aprovados são escolhas de alto risco para adultos mais velhos. Métodos não-farmacológicos para promover o sono são eficazes no controle da insônia e devem ser usados como primeira escolha nestes pacientes (LOH, 2016).

No caso da dor relacionada ao câncer, embora a sua etiologia permaneça obscura, investigadores têm revelado alguns dos processos neuropatológicos que ocorrem na região do crescimento do tumor e no corno dorsal da medula espinhal. Dentro do microambiente do câncer, o tumor e as células imunes produzem e secretam mediadores que ativam e sensibilizam nociceptores aferentes primários. Com essas mudanças periféricas, os neurônios secundários nociceptivos na medula espinhal exibem atividade espontânea aumentada e maior responsividade à estimulação nociva (SCHMIDT et al., 2010).

A despeito do seu mecanismo fisiopatológico em pacientes com câncer, a dor apresenta relação próxima com os transtornos mentais. Estudo demonstrou que os pacientes oncológicos com dor relataram níveis significativamente mais baixos de desempenho de papel, funcionamento emocional e qualidade de vida global. Eles também apresentaram níveis mais elevados de depressão que pacientes que não tinham dor (TAVOLI et al. 2008). Outro

estudo identificou resultado semelhante, onde os pacientes oncológicos que relataram dor foram mais propensos à ansiedade e depressão, sendo a gravidade da dor um forte preditor de ansiedade (LI et al., 2017).

Devido à natureza da dor e dos fatores frequentemente relacionados (por exemplo, depressão, ansiedade, preocupação) existe o questionamento da causa e efeito entre si. Desse modo, questiona-se se a experiência da dor precede ou é o resultado de uma condição psicológica em determinadas situações (BAKER; KROK-SCHOEN; MCMILLAN, 2016). No entanto, independentemente da relação causa e efeito, a ocorrência de transtornos mentais concomitantemente à dor é uma situação que merece atenção especial.

Quanto à perda de apetite, a sua ocorrência em pacientes com câncer envolve alterações em fatores moduladores da ingestão energética mediada por hormônios, neuropeptídeos, citocinas inflamatórias, fator de necrose tumoral alfa [TNF- α] e neurotransmissores (GANGADHARAN 2017), entretanto pode ser também decorrente do tratamento quimioterápico (EZEOK; MORLEY, 2015).

Trata-se de um sintoma de importante impacto, pois está presente em 15 a 20% dos pacientes com diagnóstico de câncer (GANGADHARAN 2017). Além disso, estudos têm identificado a associação entre a perda de apetite com a caquexia oncológica (DUVAL et al., 2015), a qual está associada ao funcionamento físico reduzido, à pior tolerância ao tratamento oncológico e à diminuição da sobrevida (FEARON et al., 2011).

Fato interessante encontrado na presente pesquisa foi a proeminência deste sintoma em indivíduos positivos para TMC. Conforme já mencionado anteriormente, o instrumento SRQ-20 faz o rastreamento de TMC, dentre estes, os transtornos de humor e de ansiedade, além de transtornos somatoformes. Assim, torna-se plausível a ocorrência do resultado encontrado, visto que a perda de apetite pode, também, ser em decorrência destes transtornos mentais mencionados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Dada a importância deste sintoma como fator que pode influenciar na qualidade de vida dos pacientes, assim como na resposta terapêutica ao câncer, com este achado torna-se ainda mais importante a atenção às comorbidades psiquiátricas em pacientes oncológicos.

Situação semelhante aos TMC que influenciaram os resultados das escalas funcionais e de sintomas/problemas do EORTC QLQ-C30 pôde ser observada em pacientes que faziam uso de psicofármacos. Estes apresentaram pior funcionamento físico, emocional e social e maior proeminência de fadiga e dispneia do que os pacientes que não usavam psicofármacos. Não foram identificados estudos que tenham investigado a associação entre as referidas variáveis, todavia é possível cogitar que tal achado pode estar relacionado com a

associação entre TMC e uso de psicofármacos. Destaca-se, todavia, que isoladamente o uso destes medicamentos pode ocasionar situações que tenham contribuído para o referido resultado, seja por reações adversas, interações medicamentosas, ou mesmo por alterações farmacocinéticas ou farmacodinâmicas devido às condições dos pacientes com câncer, conforme já discutido.

Outra variável que destacou-se nas análises estatísticas realizadas foi a renda familiar. Em relação ao funcionamento cognitivo, observou-se pior avaliação daqueles sem renda, quando comparados à indivíduos com qualquer faixa de renda familiar. Em relação ao funcionamento social, os indivíduos sem renda apresentaram piores escores que aqueles com renda familiar acima de um salário mínimo, bem como aqueles que ganhavam até um salário, comparados aos que ganhavam de três a cinco salários. Os indivíduos sem renda familiar também apresentaram de forma mais proeminente os sintomas dor e insônia, quando comparados à indivíduos com qualquer faixa de renda familiar. No domínio dificuldades financeiras, apresentaram significativamente maiores escores, ou seja, maiores dificuldades, os pacientes com renda de até um salário quando comparados aos com renda de três a cinco salários. Este achado confirma uma relação plausível, que já foi encontrada em outro estudo, o qual identificou que quanto menor a renda mensal maior a média para a escala de dificuldades financeiras (ANDRADE; SAWADA; BARRICHELO, 2013).

O fator escolaridade influenciou no funcionamento social e no sintoma insônia. Pacientes que sabiam ler e escrever ou que tinham ensino fundamental incompleto apresentaram maiores escores de funcionamento social do que aqueles que tinham ensino fundamental completo ou médio incompleto. Estes últimos, por sua vez, apresentaram pior funcionamento social do que aqueles com ensino médio completo ou superior incompleto. O estudo de Andrade, Sawada e Barrichelo (2013) também identificou associação entre escolaridade e o funcionamento social, visto que as médias na faixa de escolaridade de ensino fundamental completo foram menores do que na faixa de ensino médio completo. O estudo de Freire (2014) identificou que quanto maiores os níveis de escolaridade, maiores os escores de funcionamento social, embora sem significância estatística. Em relação à insônia, os analfabetos apresentaram maior proeminência de dificuldade para dormir do que aqueles que sabiam ler e escrever ou tinham qualquer nível educacional. Este resultado pode estar relacionado com a associação ocorrida neste estudo entre escolaridade e o resultado do SRQ-20, onde foi identificada maior proporção de indivíduos positivos para TMC entre os analfabetos. O estudo de Andrade, Sawada e Barrichelo (2013) corrobora esta relação, visto ter identificado que a insônia se correlacionou com a escala de funcionamento emocional.

A variável idade influenciou significativamente o domínio funcionamento físico. Quanto maior a idade, pior o escore de funcionamento apresentado pelos pacientes. A literatura indica que o avançar da idade aumenta a probabilidade de o idoso apresentar comprometimento da capacidade funcional (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; MACIEL; GUERRA, 2007). Além disso, as doenças crônicas, como o câncer, também apresentam forte influência na capacidade funcional do idoso. A presença de doenças crônicas provocam consequências funcionais mais visíveis e perceptíveis para os idosos (ALVES et al. 2007).

A variável religião influenciou no sintoma perda de apetite. Pacientes que não tinham religião apresentaram maior proeminência deste sintoma do que os indivíduos que tinham qualquer religião. Não foram encontrados estudos com resultados semelhantes, no que diz respeito especificamente a este sintoma, entretanto, há estudo que indica que espiritualidade está associada positivamente à qualidade de vida assim como está relacionada com melhor resposta ao estresse (DAUGHERTY, 2005).

É importante destacar que os resultados da presente pesquisa devem ser interpretados considerando suas limitações. A primeira limitação consiste no fato de tratar-se de estudo transversal não permitindo, portanto, aferir as relações de causa e efeito entre as variáveis. Ressalta-se, também, que foi realizada uma estimativa da ocorrência dos transtornos mentais comuns (TMC) por meio de instrumento de rastreamento de casos suspeitos. A melhor alternativa seria a identificação de transtornos mentais por meio da entrevista psiquiátrica. Todavia, o SRQ-20, utilizado para rastreamento de TMC possui padrões considerados confiáveis para ser utilizado em estudos de prevalência.

6 CONCLUSÕES

O presente estudo atingiu os objetivos propostos, ou seja, estimar as prevalências e fatores associados a Transtornos Mentais Comuns e ao uso de psicofármacos em pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial, bem como avaliar a qualidade de vida e fatores associados nestes pacientes.

Constatou-se que a prevalência de TMC foi de 31,5% e de uso de psicofármaco de 25,8%.

As variáveis associadas aos TMC foram sexo, escolaridade, renda familiar, uso de psicofármacos e cirurgias no tratamento oncológico. Verificou-se que duas variáveis exerceram contribuição estatisticamente significativa no modelo de regressão logística: sexo e presença de comorbidades. As pessoas do sexo feminino e com comorbidades tiveram, respectivamente, 4,86 e 2,12 vezes mais chances de serem positivas para TMC.

Os psicofármacos mais usados pela amostra investigada foram os antidepressivos, seguidos dos antiepiléticos e dos ansiolíticos. O uso de psicofármacos mostrou-se associado às variáveis sexo, situação de trabalho, cirurgias oncológicas, tempo de tratamento e comorbidades. Todavia, no modelo de regressão somente as variáveis sexo, situação de trabalho e comorbidades exerceram contribuição estatisticamente significativa. Destaca-se que sexo foi o mais fortemente associado, revelando que pessoas do sexo feminino apresentaram 4,28 vezes mais chances de usar psicofármacos. A variável situação de trabalho revelou que trabalhar é possível fator protetor no que se refere ao uso de psicofármacos. Ainda, as pessoas com comorbidades apresentaram 1,73 vezes mais chances usar tais medicamentos.

Na avaliação da qualidade de vida/saúde global, apresentaram piores escores os pacientes que foram positivos para TMC, independentemente do uso ou não de psicofármacos.

Chamou atenção o fato de que entre os indivíduos positivos para TMC, aqueles que usavam psicofármacos apresentaram pior qualidade de vida do que os que não usavam. Já entre os negativos para TMC, não houve diferença estatística significativa no que se refere ao uso de psicofármacos.

Identificou-se, também, pior qualidade de vida de homens, de pessoas com companheiros afetivos e de pessoas que sabiam somente ler e escrever ou que tinham nível fundamental incompleto quando comparadas aos que tinham qualquer outro nível educacional completo.

Os casos positivos para TMC apresentaram piores capacidades física, emocional, cognitiva e social, pior desempenho de papel, assim como mais proeminência dos sintomas

fadiga, dor, insônia, perda de apetite e dispneia.

Os pacientes que usavam psicofármacos apresentaram piores funcionamentos físico, emocional e social e maior proeminência de fadiga e dispneia do que os pacientes que não usavam psicofármacos.

Observou-se pior funcionamento cognitivo entre os pacientes sem renda, quando comparados àqueles com qualquer faixa de renda familiar. Indivíduos sem renda também apresentaram pior funcionamento social que aqueles que tinham renda familiar acima de um salário mínimo, assim como aqueles que ganhavam até um salário, comparados aos que ganhavam de três a cinco salários. Os indivíduos sem renda familiar também apresentaram de forma mais proeminentes os sintomas dor e insônia, quando comparados à indivíduos com qualquer faixa de renda familiar. Além disso, as dificuldades financeiras também foram mais proeminentes em pacientes com renda de até um salário quando comparados àqueles com renda de três a cinco salários.

O fator escolaridade influenciou no funcionamento social e no sintoma insônia. Pacientes com escolaridade mais baixa apresentaram piores escores na escala de funcionamento social, assim como os analfabetos apresentaram maior proeminência de insônia.

A idade influenciou o funcionamento físico, sendo piores os escores nesta escala conforme o avanço no número de anos vividos.

Outra variável que influenciou nos resultados das escalas foi a religião. Pacientes que não tinham religião apresentaram maior proeminência de falta de apetite do que os indivíduos que tinham qualquer religião.

A avaliação da influência de variáveis na qualidade de vida de pacientes oncológicos necessita de investigação mais delimitada e aprofundada, principalmente no que diz respeito a TMC e uso de psicofármacos, visto que este estudo identificou pior qualidade de vida em pacientes positivos para TMC que usavam psicofármacos comparados aos que também eram positivos, mas que não usavam tais medicamentos. Entretanto, esta pesquisa não objetivou avaliar a eficácia do tratamento farmacológico proposto para as morbidades psiquiátricas, bem como não objetivou analisar a qualidade da prescrição do uso dos psicofármacos.

De forma pioneira, esta pesquisa identificou a forte influência de TMC e uso de psicofármacos na qualidade de vida de pacientes oncológicos que estavam realizando quimioterapia, suscitando questionamentos para estudos futuros e agregando à literatura informações relevantes que poderão subsidiar o planejamento de ações voltadas para o

provimento de assistência multidisciplinar e qualificada no tratamento de pacientes oncológicos.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AARONSON, N. K. et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**, Oxford, v. 85, p. 365-376, 1993.

ALEXOPOULOS, G. S. et al. Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment. **Biological psychiatry**, New York, v. 52, n. 6, p.543-58, Sep. 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12361668>>. Acesso em: 06 maio 2017.

ALGAR, M. J. M.; GARCÍA, P. B. Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de câncer. **Psicooncologia**, Pozuelo de Alarcón, v. 13, v. 2-3, p. 227-248, Fev. 2016. Disponível em: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/54434>. Acesso em: 10 jan. 2017.

ALVES, L. C. et al . A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 jan. 2017.

ALVES, L. C.; LEITE, I.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 468-478, June 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2017

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

ANDRADE, V.; SAWADA, N. O.; BARICHELLO, E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 355-361, Ago. 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/12.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

ANDRYKOWSKI, M. A. et al. Long-term health-related quality of life, growth, and spiritual well-being after hematopoietic stem-cell transplantation. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 23, n. 3, p. 599-608. Jan. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15659507>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BAKER, T. A.; KROK-SCHOEN, J. L.; MCMILLAN, S. C. Identifying factors of psychological distress on the experience of pain and symptom management among cancer patients. **BMC Psychology**, London, v. 4, n. 52, Nov. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5093927/?report=classic>>. Acesso em: 08 maio 2017.

BARBUI, C. et al. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 198, n. 1, p. 11-16, Jan. 2011. Supplement 1. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/198/1/11>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BATTY, G. D. et al. Psychological distress in relation to site specific cancer mortality: pooling of unpublished data from 16 prospective cohort studies. **British Medical Journal**, London, v. 356, n. 108, 2017.

BIGATÃO, M. R.; CARLOTTI, C. G.; CARLO, M. M. R. P. Qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com tumores cerebrais primários. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 33-38, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000100033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 fev. 2017.

BORGES, T. L. et al. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 344-349, Aug. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017.

BORGES, T. L.; HEGADOREN, K. M.; MIASSO, A. I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 38, n. 3, p. 195-201, 2015.

BORIM, F.; BARROS, M. Common mental disorders among elderly individuals: prevalence and associated factors. **Journal of epidemiology and community health**, London, v. 65, p. 389, 2011, Supplement 1.

BOTTINO, S. M. B.; FRAGUAS, R.; GATTAZ, W. F. Depressão e câncer. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.36, supl. 3, abril 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000900007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr 2013.

BRABO, E. P. Validação para o Brasil do questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer de pulmão QLQ-LC 13 da Organização Européia para a Pesquisa

e Tratamento do Câncer. 2006. 215f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA - Instituto Nacional de Câncer. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos** / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro, 2004. p.254.

BUCLIN T. et al. Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician. IV. Other psychotropic agents. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 9, n. 4, p. 213–222, Jun. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11430416>>. Acesso em: 06 maio 2017.

CARLINI, E. L. A.; NAPPO, S. The pharmacovigilance of psychoactive medications in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 200-205, Out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 abril 2017.

CARUSO, R. et al. Psychopharmacology in psycho-oncology. *Current Psychiatry Reports*, Philadelphia, v. 15, n. 9, 393, Sep. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23949568>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

CELLA, D. F. Measuring quality of life in palliative care. **Seminars in oncology**, New York, v. 22, n. 2, p.73-81, Apr. 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7537908>>. Acesso em: 10 jan. 2017

CHAVES, A. C. et al. Chance of psychiatric morbidity amongst recently diagnosed cancer outpatients attending a chemotherapy unit. **Brazilian journal of medical and biological research**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 9, p. 1423-1427, Set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2005000900018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2017.

CHENG, L. Antidepressants for the Treatment of Depression in People With Cancer. **Cancer Nursing**, New York, v. 40, n. 2, p. 168–169, March/April 2017. Disponível em: <http://journals.lww.com/cancernursingonline/Fulltext/2017/03000/Antidepressants_for_the_Treatment_of_Depression_in.12.aspx>. Acesso em: fev. 2017.

COELHO, F. M. C. et al. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, Jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2009000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun 2015.

CONOVER, W. J. Practical Nonparametric Statistics. 2ed. New York: Wiley, 1980.

CONRAD, P. **The medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins Press, 2007.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, Fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 abril 2015.

COUTINHO, L. M. S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1875-1883, Set 2014.

DALTON, S.O. et al. Risk for hospitalization with depression after câncer diagnosis: a nationwide, population-based study of câncer patients in Denmark from 1973–2003. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 27, n. 9, p.1440–1445, Mar. 2009. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19224839>>. Acesso em 10 jan. 2017.

DE BOCK, G. H. Psychotropic medication during endocrine treatment for breast cancer **Supportive Care Cancer**, Berlin, v. 20, n. 7, p. 1533–1540. Jul. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3360854/>>. Acesso em: 10 fev. 2017

DESPLINTER, F. et al. Incidence and drug treatment of emotional distress after câncer diagnosis: a matched primary care case–control study. **British Journal of Cancer**, London, v.107, n. 9, p. 1644–1651, Oct. 2012. Disponível em: <<http://images.biomedsearch.com/23059746/bjc2012364a.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIBOKHYOLP4MBMRGQ&Expires=1492819200&Signature=9HgejY5HE%2Bci%2BwSy93XjlBcJ7GM%3D>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

DORCARATTO, D. et al. Quality of life of patients with cancer of the oesophagus and stomach. **Cirugía Española**, v. 89, n.10, p. 635-644, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173507711000639>>. Acesso em 10 jan. 2017.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 maio 2017.

ELL, K. et al. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 23, n. 13, p. 3052–3060, May 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15860863>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

DUVAL, P. A. et al. Prevalência de Caquexia Neoplásica e Fatores Associados na Internação Domiciliar. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 261-267, Set. 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v03/pdf/09-artigo-prevalencia-de-caquexia-neoplasica-e-fatores-associados-na-internacao-domiciliar.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2017

EZEOKE, C. C.; MORLEY, J. E. Pathophysiology of anorexia in the cancer cachexia syndrome. **Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle**, Berlin, v. 6, n. 4, p. 287-302. Oct. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4670736/>>. Acesso em: 08 maio 2017.

FALLOWFIELD, L. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with câncer. **British Journal of Cancer**, London v. 84, n. 8, p. 1011–1015, Apr. 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2363864/>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

FANGER, P. C. et al. Depressão e comportamento suicida em pacientes hospitalizados: Prevalência e fatores associados. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 173-178, 2010.

FAYERS, P. M. et al. **The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual**. 3. ed. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 2001, 86 p. Disponível em: <<http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

FEARON, K.; et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. **Lancet Oncology**, London, v. 12, n. 5, p. 489-495, May 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470204510702187>>. Acesso em: 08 maio 2017.

FONTES, C. A. S; ALVIM, N. A. T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapia antineoplásica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 77-783, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_11.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2017

FRANCESCHINI, J. et al. Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. **Jornal brasileiro de pneumologia**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 595-602, Oct. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2017.

FREIRE, M. E. M. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura**. 2014. 166f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

GANGADHARAN, A. et al. Protein calorie malnutrition, nutritional intervention and personalized cancer care. **Oncotarget**, Orchard Park, v. 8, n. 14, p. 24009-24030, Feb. 2017. Disponível em: <[http://www.impactjournals.com/oncotarget/index.php?journal=oncotarget&page=article&op=view&path\[\]=15103&pubmed-linkout=1](http://www.impactjournals.com/oncotarget/index.php?journal=oncotarget&page=article&op=view&path[]=15103&pubmed-linkout=1)>. Acesso em: 08 maio 2017.

GARCÍA, P. B.; ALGAR, M. J. M. Tratamiento farmacológico de la depresión en câncer. **Psicooncología**, Pozuelo de Alarcón, v. 13, n. 2-3, p. 249-270. Fev. 2016. Disponível em: <<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/54435>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

GELLIS, A. Diagnósticos e psicotrópicos - uma resposta pela psicanálise. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 107-118, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jul. 2015.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock; 1992.

GOMES, V. F.; MIGUEL, T. L. B.; MIASSO, A. I. Common Mental Disorders: socio-demographic and pharmacotherapy profile. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1203-1211, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000601203&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2017.

GONCALVES, D. A. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 623-632, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300623&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2017.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1641-1650, Jul, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Apr. 2015.

GONCALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview* for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, fev. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2008000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar 2013.

GOODWIN, J. S.; ZANG, D. D.; OSTIR, G. V. Effect of depression on diagnosis, treatment, and survival of older women with breast cancer. **Journal of The American Geriatrics Society**, New York, v. 52, n. 1, p. 106-11, Jan 2004. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14687323>>. Acesso em: 20 mar 2013.

GORENSTEIN, C.; SCAVONE, C. Avanços em psicofarmacologia- mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, Mar. 1999.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 jun. 2012.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y-P.; HUNGERBÜHLER, I. (Org.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016. 524p.

HAMER, M.; CHIDA, Y.; MOLLOY, G. J. Psychological distress and cancer mortality. **Journal of psychosomatic research**, Oxford, v. 66, n.3, p. 255-258, Mar. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19232239>>. Acesso em: 25 mar 2013.

HARDING, T.W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, London, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7384326>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

HEWITT, M. ROWLAND, J. H. Mental health service use among adult cancer survivors: analyses of the National Health Interview Survey. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 20, n. 23, p. 4581-4590, Dec. 2002. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12454116>>. Acesso em: 16 jan 2016.

HORWITZ, A.V.; WAKEFIELD, J.C. **The loss of sadness**. New York: Oxford, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2014. **World Cancer Factsheet**. Oxford: Cancer Research UK, 2014. Disponível em:

<http://publications.cancerresearchuk.org/downloads/product/CS_REPORT_WORLD.pdf>. Acesso em: 15 set 2014.

ISHIKAWA, N. M.; DERCHAIN, S. F. M.; THULER, L. C. S. Fadiga em pacientes com câncer de mama em tratamento Adjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 313-318, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao1.pdf>. Acesso em: 20 abr 2017.

JADOON, N. A. et al. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: cross-sectional study. **Biomed Central Cancer**, London, v.10, p. 594, Oct. 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2407/10/594>>. Acesso em: 15 mar 2013.

JANSEN, K. et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 440-448, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abril 2015.

KOENKER, R.; BASSETT, G. Regression quantiles. **Econometrica**, v. 46, n. 1, p. 33-50, Jan. 1978. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/1913643?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 10 fev. 2017.

KOHN, R. et al. The treatment gap in mental health care. **Bulletin of World Health Organization**, Geneva, v. 82, n. 11, p. 858–866, Dec. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15640922>>. Acesso em: 01 fev. 2016.

LEÓN-PIZARRO, C. et al. A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients. **Psycho-oncology**, Chicester, v. 16, n. 11, p. 971-979, Nov. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17311247>>. Acesso em: 10 fev. 2017

LI, X-M. Psychological distress and cancer pain: Results from a controlled cross-sectional survey in China. **Scientific Reports**, v. 7, n. 39397, Jan. 2017. PMC Web. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5225451/#b6>>. Acesso em: 08 maio 2017.

LIMA, M. C. P. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, Ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar 2013.

LIMA, M. **Morbidade psiquiátrica menor e consumo de psicofármacos em Pelotas, RS.** 1995. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1995

LLOYD-WILLIAMS, M. et al. Depression – an independent predictor of early death in patients with advanced cancer. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 113, n. 1, p. 127-32, Feb. 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503270800150X>>. Acesso em: 10 mar 2013.

LOH, K. P. How do I best manage insomnia and other sleep disorders in older adults with cancer? **Journal of Geriatric Oncology**, San Diego, v. 7, n. 6, p. 413–421, Nov. 2016. Disponível em: <>. Acesso em: 08 maio 2017.

LOPES, C. S. et al. ERICA: Prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 1-9, 2016, Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s1/pt_0034-8910-rsp-S01518-87872016050006690.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

LUFIEGO, C. A. F. **Avaliação psicológica pré e pós-cirúrgica em pacientes mastectomizadas submetidas a procedimento reconstrutivo de mama.** 2012. 114 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LUBETKIN, E. I. et al. Relationship among sociodemographic factors, clinical conditions, and health-related quality of life: Examining the EQ-5D in the U.S. general population. **Quality of life research**, Oxford, v. 14, n. 10, p. 2187–2196, Dec. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16328899>>. Acesso em: 20 fev. 2017

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 750-757, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2017

MACIEL, Á. C. C.; GUERRA, R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordestes do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 178-189, June 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2017

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 600-607, Jul-Set 2012a.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Fatores associados à qualidade do sono de idosos submetidos à quimioterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1100-1108. Nov.-Dez. 2012b.

MARI, J., WILLIAMS, P. A. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**, v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986.

MARK, T. L. For what diagnoses are psychotropic medications being prescribed? A nationally representative survey of physicians. **CNS Drugs**, Mairangi Bay, v. 24, n. 4, p. 319-326, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20297856>>. Acesso em 15 jul. 2012.

MENESES, K.; MCNEES, P.; AZUERO, A.; JUKKALA, A. Evaluation of the Fertility and Cancer Project (FCP) among young breast cancer survivors. **Psychooncology**, Chichester v.19, n.10, p.1112-5, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19918959>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

MEYEROWITZ, B. E.; OH, S. **Handbook of Behavioral Science and Cancer: Psychosocial Response to Cancer Diagnosis and Treatment**. Washington DC: American Psychological Association, 2009.

MIASSO, A. I. et al. Quality of Life in Brazil's Family Health Strategy: Common Mental Disorders, Use of Psychotropic Drugs and Sociodemographic Factors. **Archives of Psychiatric Nursing**, Orlando, v. 31, n. 1, p. 68 – 72, 2017. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941716301662>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

MIGUEL, T. L. B. **Fatores Associados a Transtornos Mentais Comuns e Consumo de Psicofármacos em Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto**. 2014. 119f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

MIRANDA, S. L.; LANNA, M. A. L; FELIPPE, W. C. Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. **Psicologia, Ciência E Profissão**, Brasília , v. 35, n. 3, p. 870-885, Sept. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300870&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Fev. 2017.

- MITCHELL, A. J. et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. **Lancet Oncology**, London, v. 12, n. 2, p. 160–174, Feb. 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S147020451170002X?np=y>>. Acesso em: 04 fev. 2017.
- MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Self-report Instruments for Fatigue Assessment: a systematic review. **Research and Theory for Nursing Practice**, New York, v. 20, n. 1, p. 49-78, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16544894>>. Acesso em: 05 abr. 2017.
- MUHWEEZI, W. W.; OKELLO, E. S.; TURIHO, A. K. Gender-based profiling of Quality of Life (QOL) of primary health care (PHC) attendees in central Uganda: a cross sectional analysis. **African Health Sciences**, Kampala, v. 10, n. 4, p. 374-385, Dec. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052806/>>. Acesso em: fev. 2017
- NALOTO, D. C. C. et al. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1267-1276, Apr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401267&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Mar. 2017.
- NAJAS, M.; PEREIRA, F. A. I. Nutrição. In: Freitas, E. V.; Py, L.; Nery, A. L.; Cançado F. A. X.; Gorzoni, M. L.; Rocha, S. M. (Organizadores). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2002. p. 838-845.
- NAKASH, O. et al. Cancer and common mental disorders in the community: Results of the Israel-World Mental Health Survey. **European Journal of Psychiatry**, Zaragoza, v. 26, n. 3, p. 174-184, Sept. 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632012000300004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2017.
- NAKASH, O. et al. Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: findings from the World Mental Health Surveys. **Psycho-Oncology**, Chichester, v. 23, n. 1, p. 40–51, Jan. 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3372/full>>. Acesso em: 06 fev. 2017.
- NG, C. G. et al. Prescription patterns for psychotropic drugs in cancer patients; a large population study in the Netherlands. **Psycho-Oncology**, Chichester, v. 22, n.1, p. 762–767, Feb. 2013a. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3056/epdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

NG, C.G. et al. Psychiatric comorbidity among terminally ill patients in general practice in the Netherlands: a comparison between patients with cancer and heart failure. **The British Journal of General Practice**, London, v. 63, n. 606, p. 63-8, Jan. 2013b. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23336475>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

NOIA, A. ET AL. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no município de São Paulo. **Revista Da Escola De Enfermagem da USP**, v. 46, p. 38-43, 2012. Número Especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/06.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

OHAYON, M. M.; LADER, M. H. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy and the United Kingdom. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 63, n. 9, p. 817-825, Sep. 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12363124>>. Acesso em: 03 fev. 2017.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de Benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 896-902, set./out. 2005. Número especial.

OSÓRIO, F. L.; LIMA, M. P.; A, CHAGAS, M. H. N. Screening tools for psychiatry disorders in cancer setting: Caution when using. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 229, n. 3, p. 739-742. Oct. 2015. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178115005740>>. Acesso em: 03 fev. 2017.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Thomson, 2004.

PATEL, V. et al. Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomised, controlled trial. **Lancet**, London, v. 361, n. 9351, p. 33-39, Jan. 2003. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673603121198>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 560-572, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300010>. Acesso em: 03 fev. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática de Enfermagem**. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUADROS, L. C. M. et al. Social Mobility and Mental Disorders at 30 Years of Age in Participants of the 1982 Cohort, Pelotas, Rio Grande do Sul - RS. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 10, n. 10, Out. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4598184/>>. Acesso em: 03 fev. 2017.

QUINTANA et al. Epidemiology of Psychotropic Drug Use in Rio de Janeiro, Brazil: Gaps in Mental Illness Treatments. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 8, n. 5, May 2013. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0062270>>. Acesso em: 02 fev 2017.

RIEHELMANN, R. P.; SAAD, E. D. A systematic review on drug interactions in oncology. **Cancer Investigation**, New York, v. 24, n. 7, p. 704–712, Nov. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17118781>>. Acesso em: 06 maio 2017.

RIGONATTI, S. P. História dos tratamentos biológicos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 210-212, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n5/22838.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

ROCHA, B. S.; WERLANG, M. C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3291-3300, Nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Mar. 2017.

ROCHA, S. V. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 630-640, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000400008>. Acesso em: 01 ago. 2016.

RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L. A.; LIMA, M. S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 107-114, Feb. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Mar. 2017.

ROSCOE, J. A. Cancer-Related Fatigue and Sleep Disorders. **The Oncologist**, Dayton, v. 12, p. 35-42 May 2007, Supplement 1. Disponível em: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/12/suppl_1/35.long>. Acesso em: 08 maio 2017.

SAAD, I. A. B.; BOTEGA, N. J.; TORO, I. F. C. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos a ressecção pulmonar por neoplasia. **Jornal Brasileiro De Pneumologia**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 10-15, Fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2017.

SAASTAMOINEN, L.; ENLUND, H.; KLAUKKA, T. Repeat prescribing in primary care: a prescription study. **Pharmacy World & Science**, Dordrecht, v. 30, n. 5, p. 605-609. Oct. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18509741>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

SANTANA, J. J. R. A.; ZANIN, C. R.; MANIGLIA, J. V. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 40, p. 371-384, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2017.

SANTOS, C. L. T.; SAWADA, N. O.; SANTOS, J. L. F. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1322-1328, Nov.-Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2017

SANTOS, J.; MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Co-morbidade fadiga e depressão em pacientes com câncer colo-retal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 909-914, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SAVARD, J. et al. Cancer treatments and their side effects are associated with aggravation of insomnia: results of a longitudinal study. *Cancer*, v. 121, n. 10, p. 1703–1711, May 2015. Disponível em: <>. Acesso em: 08 maio 2017.

SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 581-589, Set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2013.

SAWADA, N. O. et al. Quality of life of Brazilian and Spanish cancer patients undergoing chemotherapy: an integrative literature review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2688, May 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692016000100601&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2017.

SCHMIDT, B. L. Mechanism of Cancer Pain. **Molecular Interventions**, Bethesda, v. 10, n. 3, p. 164–178, Jun. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2895277/>>. Acesso em: 10 abr. 2017

SHERMAN, A. M. Social relations and depressive symptoms in older adults with knee osteoarthritis. **Social Science & Medicine**, New York, v. 56, n. 2, p. 247-257, Jan. 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12473311>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

SHIRAMA, F. H.; MIASSO, A. I. Consumption of psychiatric drugs by patients of medical and surgical clinics in a general hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n. 4, p.948 - 955, Jul-Ago. 2013.

SILVA, F. A. **Validação e reprodutibilidade de questionários de qualidade de vida específicos para câncer de mama**. 2008. 126f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Antônio Prudente, São Paulo, 2008.

SILVA, J. C.; HERZOG, L. M. Psicofármacos e psicoterapia com idosos. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 438-448, Aug. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822015000200438&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 fev. 2017.

SIMEÃO, S. F. A. P. et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 779-788, Mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n3/24.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

SINGER, S; DAS-MUNSHI, J; BRAHLER, E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care - a meta-analysis. **Annals of Oncology**, Oxford, v. 21, n. 5, p. 925–930, May 2010. Disponível em: <<https://academic.oup.com/annonc/article-lookup/doi/10.1093/annonc/mdp515>>. Acesso em: 06 fev. 2017.

SOARES, G. B.; CAPONI, S. Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 437-446, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2017.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C.. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, Jun. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 fev. 2013.

SOUZA, B. F. et al . Pacientes em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, Feb. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Apr. 2013.

SPERNER-UNTERWEGER, B. Psycho-oncology - psychosocial oncology: integration in a concept of oncological treatment. **Nervenarzt**, Berlin, v. 82, n. 3, p.371-8, mar 2011. Disponível em: <<http://link.springer-com.ez67.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s00115-010-3163-9>>. Acesso em: 03 fev 2017.

STATACORP. 2013. **Stata Statistical Software**: Release 13. College Station, Texas: StataCorp LP, 2013.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**: princípios e prática. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TAVOLI, A. et al. Depression and Quality of Life in Cancer Patients with and without Pain: The Role of Pain Beliefs. **BMC Cancer**, London, v. 8, n. 177, p. 1-6, Jun. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2443809/>>. Acesso em: 08 maio 2017.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 149-159, Jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 maio 2017.

THEKDI, S. M.; TRINIDAD, A.; ROTH, A. Psychopharmacology in Cancer. *Current Psychiatry Reports*, Philadelphia, v. 17, n. 1, p. 529, Jan. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25417593>>. Acesso em: 10 mar 2017.

VICENTE, B.; SALDIVIA, S.; PIHAN, R. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. **Acta Bioethica**, Santiago de Chile, v. 22, n. 1, p. 51-61, June 2016. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2017.

VIDAL, C. E. L. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 457-464, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000400015>. Acesso em: 03 out. 2016.

VISSER, M. R.; SMETS, E. M. Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: how are they related? **Supportive Care Cancer**, Berlin, v. 6, n. 2, p. 101-8, Mar. 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9540167>>. Acesso em: 10 mar. 2017

WANG, P. S. et al. Worldwide use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders: results from 17 countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. **Lancet**, London, v. 370, n. 9590, p. 841-850, Sept. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2847360/>>. Acesso em: 03 fev. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Norwegian Institute of Public Health. **ATT/DDD Index 2017**. Disponível em: <https://www.whocc.no/atc_ddd_index/>. Acesso em: 10 abril 2017.

_____. Division of mental health and prevention of substance abuse. **A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)**. Geneva: WHO, 1994. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/61113>>. Acesso em: 02 fev 2017.

_____. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). **Quality of Life Research**, v. 2, n.2, p. 153–159, April 1993. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8518769>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

YAP, K. Y. -L.; CHUI, W. K.; CHAN, A. Drug interactions between chemotherapeutic regimens and antiepileptics. **Clinical Therapeutics**, v. 30, n. 8, p. 1385–1407, Aug. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18803983>>. Acesso em: 05 maio 2017.

YAP, K. Y. -L. et al. Clinically relevant drug interactions between anticancer drugs and psychotropic agents. **European Journal of Cancer Care**, Oxford, v. 20, n. 1, p. 6–32, Jan. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20030690>>. Acesso em: 05 maio 2017.

YILDIRIM, Y.; KOCABIYIK, S. The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 19, n.5, p. 832-839, Mar. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20500326>>. Acesso em: 03 fev. 2017.

ZABORA, J. et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. **Psycho-oncology**. Berlin, v. 10, n. 1, p.19–28, Jan.-Feb. 2001. Disponível em:
<[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1%3C19::AID-PON501%3E3.0.CO;2-6/epdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1%3C19::AID-PON501%3E3.0.CO;2-6/epdf)>. Acesso em: 06 fev. 2017.

ZILBERMAN, M. L.; GORENSTEIN, C. Medicamentos psiquiátricos para a lactante. In: ISSLER, H. **O aleitamento materno no contexto atual**: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 514-519.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO A, PARTE I: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CULTURAIS E DE HISTÓRICO DE SAÚDE

Nome: _____

Data da entrevista: ____/____/____

1) Cidade da Residência: _____ Estado: _____

2) Data de nascimento: ____/____/____

3) Idade: _____ anos

4) Sexo:

1. Masculino ()
2. Feminino ()

5) Escolaridade

1. Analfabeto ()
2. Ensino fundamental incompleto ()
3. Ensino fundamental completo ()
4. Ensino médio incompleto ()
5. Ensino médio completo ()
6. Ensino superior incompleto ()
7. Ensino superior completo ()
8. Sabe ler e escrever ()

6) Estado civil

1. Solteiro ()
2. Casado ()
3. Viúvo ()
4. Amasiado ()
5. Divorciado ()

7) Religião

1. Não tem ()
2. Católica ()
3. Evangélica ()
4. Espírita ()
5. Afro-brasileira ()
6. Outra ()

8) Situação de trabalho/ocupação

1. Desempregado ()
2. Faz trabalhos eventuais (“bicos”) ()
3. Trabalho regular (informal) ()
4. Trabalho regular (registrado) ()
5. Afastado do trabalho ()
6. Aposentado INSS ()
7. Outra ()

9) Renda mensal

1. Não tem renda ()
2. Até um salário mínimo (R\$724,00) ()
3. Acima de um salário até três salários mínimos (R\$724,00 a R\$2172,00) ()
4. Acima de três e até cinco salários mínimos (R\$2172,00 a R\$3620,00) ()
5. Acima de cinco até dez salários (R\$3620,00 a R\$7240,00) ()
6. Acima de dez salários (R\$7240,00) ()

10) Renda mensal total da família

1. Não tem renda ()
2. Até um salário mínimo (R\$724,00) ()
3. Acima de um salário até três salários mínimos (R\$724,00 a R\$2172,00) ()
4. Acima de três e até cinco salários mínimos (R\$2172,00 a R\$3620,00) ()
5. Acima de cinco até dez salários (R\$3620,00 a R\$7240,00) ()
6. Acima de dez salários (R\$7240,00) ()

11) Número de moradores da casa, contando com o paciente

1. Mora sozinho ()
2. Duas pessoas ()
3. Três pessoas ()
4. Quatro pessoas ()
5. Outro () especificar.....

12) Qual a localização primária (inicial) do câncer? _____

13) Há quanto tempo faz tratamento contra o câncer? _____

14) Realizou cirurgias como parte do tratamento contra o câncer?

1. Sim (). Qual(is): _____
2. Não ()

15) Possui outras enfermidades?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

16) Faz uso contínuo de medicamentos para as outras enfermidades? (que não os psicofármacos) Quais?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

OBS: Antes de realizar as perguntas o paciente será informado sobre o que são e quais são os medicamentos psicotrópicos.

1. Sim ()

(Se a resposta for sim, anotar informações solicitadas no quadro abaixo)

[illegible]

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

TÍTULO DO ESTUDO:

Transtornos mentais, consumo de psicofármacos e qualidade de vida em pacientes oncológicos ambulatoriais

PESQUISADORES:

Flavio Hiroshi Shirama

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Dr^a. Adriana Inocenti Miasso

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Dr. Thiago Buosi Silva

Departamento de Prevenção – Hospital de Câncer de Barretos

O QUE É ESTE DOCUMENTO?

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo que será realizado no Hospital de Câncer de Barretos - Fundação Pio XII. Este documento é chamado de “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e explica este estudo e qual será a sua participação, caso você aceite o convite. Este documento também fala os possíveis riscos e benefícios se você quiser participar, além de dizer os seus direitos como participante de pesquisa. Após analisar as informações deste Termo de Consentimento e esclarecer todas as suas dúvidas, você terá o conhecimento necessário para tomar uma decisão sobre sua participação ou não neste estudo. Não tenha pressa para decidir. Se for preciso, leve para a casa e leia este documento com os seus familiares ou outras pessoas que são de sua confiança.

POR QUE ESTE ESTUDO ESTÁ SENDO FEITO?

As condições psicológicas podem influenciar na qualidade de vida e no tratamento dos indivíduos com câncer e, sabendo disto, surgiu o interesse em realizar este estudo, buscando conhecer os aspectos emocionais e mentais de pacientes que realizam tratamento contra câncer, para que, futuramente, este conhecimento possibilite uma melhor assistência a estas pessoas, visando tratá-las como um todo, levando em conta todas as suas necessidades, não somente no aspecto físico.

O QUE ESTE ESTUDO QUER SABER?

Busca saber o número de pessoas que podem possuir transtornos mentais e o número de pessoas que utilizam medicamentos psicotrópicos, que são aqueles que agem no sistema nervoso, como por exemplo, os calmantes, os medicamentos para dormir e para depressão. Além disso, o estudo busca saber também o que pode estar relacionado com a existência dos transtornos mentais e com o uso dos medicamentos citados, e a interferência disso na qualidade de vida dos pacientes.

O QUE ACONTECERÁ COMIGO DURANTE O ESTUDO?

Para o desenvolvimento da pesquisa, realizarei uma entrevista com você, onde irei aplicar três questionários com o objetivo de coletar informações para que possa alcançar o objetivo proposto.

Lembramos que a sua identidade será guardada em segredo, não sendo revelada qualquer informação a seu respeito ou que possa identificar você publicamente.

HAVERÁ ALGUM RISCO OU DESCONFORTO SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?

Você poderá sentir-se desconfortável ou constrangido ao responder às perguntas, mas pode interromper a sua participação, caso queira, sem que isso lhe traga algum prejuízo no seu tratamento. Existe ainda o risco de ser quebrado o sigilo das informações coletadas, porém trabalharemos para assegurar a garantia o seu anonimato.

HAVERÁ ALGUM BENEFÍCIO PARA MIM SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?

É possível que este estudo não traga benefícios diretos a você, mas acreditamos que os resultados desse estudo possam fornecer dados para a melhoria da assistência relacionada aos fatores emocionais e mentais de pacientes com câncer.

QUAIS SÃO AS OUTRAS OPÇÕES SE EU NÃO PARTICIPAR DO ESTUDO?

A sua participação neste estudo é voluntária e não é obrigatória. Você pode aceitar participar do estudo e depois desistir a qualquer momento. Isto não tirará nenhum direito do seu tratamento e assistência neste hospital. Você também poderá pedir a qualquer momento que as suas informações sejam excluídas completamente deste estudo e que elas não sejam usadas para mais nada.

Você tem o direito de recusar-se a responder as perguntas que ocasionem constrangimentos de qualquer natureza.

QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS SE EU QUISER PARTICIPAR DO ESTUDO?

Você tem direito a:

- 1) Receber as informações do estudo de forma clara;
- 2) Ter oportunidade de esclarecer todas as suas dúvidas;
- 3) Ter o tempo que for necessário para decidir se quer ou não participar do estudo;
- 4) Ter liberdade para recusar a participação no estudo, e isto não trará qualquer problema para você;
- 5) Ter liberdade para desistir e se retirar do estudo a qualquer momento;
- 6) Ter assistência a tudo o que for necessário se ocorrer algum dano por causa do estudo, de forma gratuita, pelo tempo que for preciso;
- 7) Ter direito a reclamar indenização se ocorrer algum dano por causa do estudo;
- 8) Ser ressarcido pelos gastos que você e seu acompanhante tiverem por causa da participação na pesquisa, como por exemplo, transporte e alimentação;
- 9) Ter acesso aos resultados dos exames realizados durante o estudo;
- 10) Ter respeitado o seu anonimato (confidencialidade);
- 11) Ter respeitada a sua vida privada (privacidade);
- 12) Receber uma via deste documento, assinada e rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador;
- 13) Ter liberdade para não responder perguntas que incomodem você;

SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE OS MEUS DIREITOS OU QUISER FAZER UMA RECLAMAÇÃO, COM QUEM EU FALO?

Fale diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos. Este comitê é formado por pessoas que analisam a parte ética dos estudos e autorizam ele acontecer ou não. Você pode entrar em contato com este Comitê por telefone (17) 3321-0347 ou (17) 3321-6600 - ramal 6647, e-mail (cep@hcancerbarretos.com.br) carta (Rua Antenor Duarte Vilela, 1331, Instituto de Ensino e Pesquisa, 14784-057) ou pessoalmente. O horário de atendimento é de 2ª a 5ª feira, das 8h00 às 17h00, e 6ª feira, da 8h00 às 16h00. O horário de almoço é de 12h00 às 13h00.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo segue a Resolução CNS 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE O ESTUDO, COM QUEM EU FALO?

Fale diretamente com o pesquisador responsável. As formas de contato estão abaixo:

Nome do pesquisador: Thiago Buosi Silva

Formas de contato: Telefone (17) 3321-6600 ramal 7043, e-mail (tbuosi@hcancerbarretos.com.br) ou pessoalmente no Departamento de Prevenção – Hospital de Câncer de Barretos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu entendi o estudo. Tive a oportunidade de ler o Termo de Consentimento ou alguém leu para mim. Tive o tempo necessário para pensar, fazer perguntas e falar a respeito do estudo com outras pessoas. Autorizo a minha participação na pesquisa. Ao assinar este Termo de Consentimento, não abro mão de nenhum dos meus direitos. Este documento será assinado por mim e pelo pesquisador, sendo todas as páginas rubricadas por nós dois. Uma via ficará comigo, e outra com o pesquisador.

CAMPO DE ASSINATURAS

Nome por extenso do participante de pesquisa ou do representante legal	Data	Assinatura
Nome por extenso do pesquisador	Data	Assinatura
Nome por extenso da testemunha imparcial (para casos de analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência visual)	Data	Assinatura

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transtornos mentais, consumo de psicofármacos e qualidade de vida em pacientes oncológicos ambulatoriais.

Pesquisador: Flavio Hiroshi Shirama

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44785515.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.133.473

Data da Relatoria: 17/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de pendências.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as pendências foram adequadas nas novas versões do projeto e TCLE.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem mais pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.133.473

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 196ª reunião ordinária.

RIBEIRÃO PRETO, 01 de Julho de 2015

Assinado por:
Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transtornos mentais, consumo de psicofármacos e qualidade de vida em pacientes oncológicos ambulatoriais.

Pesquisador: Flavio Hiroshi Shiraama

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44785515.0.3001.5437

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.164.207

Data da Relatoria: 30/07/2015

Apresentação do Projeto:

O estudo visa identificar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) entre pacientes com câncer atendidos em uma unidade de quimioterapia do Hospital do câncer de Barretos - SP. Também serão avaliados o consumo de psicofármacos e sua possível associação com a qualidade de vida dos pacientes. A motivação para esse estudo vem de dados da literatura que sugerem alta prevalência de TCM em câncer porem com dificuldade de diagnostico. Serão aplicados questionários sobre variáveis sociodemográficas, farmacoterapêuticas e sobre o histórico de saúde, além de instrumentos de rastreamento de Transtornos Mentais Comuns e de avaliação de qualidade de vida. Estima-se que a pesquisa contribua para o correto diagnóstico da TCM em pacientes oncológicos, acompanhado do tratamento adequado, o que pode interferir

Endereço: Rua Antenor Duarte Vilela, 1331

Bairro: Dr. Paulo Prata

CEP: 14.784-400

UF: SP

Município: BARRETOS

Telefone: (17)3321-0347

Fax: (17)3321-6600

E-mail: cep@hcancerbarretos.com.br

FUNDAÇÃO PIO XII - HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS

Continuação do Parecer: 1.164.207

diretamente na qualidade de vida destes indivíduos.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar em grupo de pacientes atendidos no Hospital do Câncer de Barretos a prevalência de TMC e o consumo de psicofármacos, buscando possíveis associações entre estes e variáveis sociodemográficas, econômicas, e indicador de qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco maior está ligado a desconforto ou constrangimento ao responder as perguntas. Nesse sentido, é previsto interrupção da entrevista a qualquer momento. Os pesquisadores identificam os riscos pertinentes a confidencialidade e se comprometem a zelar por ela.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante com foco em problema de saúde pública ainda pouco explorado, a associação entre transtornos mentais, consumo de psicofármacos, e qualidade de vida em pacientes oncológicos. Os resultados do estudo podem contribuir para a melhoria da atenção à saúde mental de pacientes oncológicos. Estudo de baixo risco aos participantes de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos obrigatórios de forma adequada

Recomendações:

Retirar o item 9 dos direitos dos pacientes, já que não é pertinente o direito de resultado de exames que não serão realizados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências - apenas uma recomendação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII – Hospital do Câncer de Barretos de acordo

Endereço: Rua Antenor Duarte Vilela, 1331

Bairro: Dr. Paulo Prata

CEP: 14.784-400

UF: SP

Município: BARRETOS

Telefone: (17)3321-0347

Fax: (17)3321-8600

E-mail: cep@hccancerbarretos.com.br

FUNDAÇÃO PIO XII -
HOSPITAL DE CÂNCER DE
BARRETOS

Continuação do Parecer: 1.164.207

com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Solicitamos que sejam encaminhados ao CEP:

1. Relatórios semestrais, sendo o primeiro previsto para 28/01/2016.
2. Comunicar toda e qualquer alteração do Projeto e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de participantes deve ser temporariamente interrompida até a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.
3. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer Evento Adverso Grave ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
4. Para projetos que utilizam amostras criopreservadas, procurar o BIOBANCO para início do processamento.
5. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos, após conclusão da pesquisa, para possível auditoria dos órgãos competentes.
6. Este projeto está cadastrado no CEP-HCB sob o número 970/2015.

BARRETOS, 30 de Julho de 2015

Assinado por:
Cleyton Zanardo de Oliveira
(Coordenador)

ANEXO C – INSTRUMENTO SRQ-20

Nome: _____

Data da entrevista: ____/____/____

INSTRUMENTO SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20) PARA DETECÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS (TMC)

1	<i>Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?</i>	Sim()	Não()
2	<i>Assusta-se com facilidade?</i>	Sim()	Não()
3	<i>Sente-se triste ultimamente?</i>	Sim()	Não()
4	<i>Você chora mais do que de costume?</i>	Sim()	Não()
5	<i>Tem dores de cabeça frequentemente?</i>	Sim()	Não()
6	<i>Você dorme mal?</i>	Sim()	Não()
7	<i>Você sente desconforto estomacal?</i>	Sim()	Não()
8	<i>Você tem má digestão?</i>	Sim()	Não()
9	<i>Você tem falta de apetite?</i>	Sim()	Não()
10	<i>Tem tremores nas mãos?</i>	Sim()	Não()
11	<i>Você cansa-se com facilidade?</i>	Sim()	Não()
12	<i>Tem dificuldade em tomar decisão?</i>	Sim()	Não()
13	<i>Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?</i>	Sim()	Não()
14	<i>O seu trabalho traz sofrimento?</i>	Sim()	Não()
15	<i>Sente-se cansado todo o tempo?</i>	Sim()	Não()
16	<i>Tem dificuldade de pensar claramente?</i>	Sim()	Não()
17	<i>Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?</i>	Sim()	Não()
18	<i>Tem perdido o interesse pelas coisas?</i>	Sim()	Não()
19	<i>Tem pensado em dar fim à sua vida?</i>	Sim()	Não()
20	<i>Sente-se inútil em sua vida?</i>	Sim()	Não()
Total		Sim_____	Não_____

Resultado: Positivo () Negativo ()

ANEXO D – INSTRUMENTO EORTC QLQ-C30

PORTUGUESE (BRAZIL)

EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. As informações que você fornecer permanecerão estritamente confidenciais.

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--	--

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
1. Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
6. Tem sido difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

PORTUGUESE (BRAZIL)

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido(a)?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade para se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades <u>sociais</u> ?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.

29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral, durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DA EORTC PARA USO DO INSTRUMENTO EORTC QLQ-C30

from:eortc

E-mail ▾

Mover para a Caixa de Entrada

Mais

ESCREVER

Entrada (8)
Com estrela
Enviados
Rascunhos
_Caixa de saída
_Chats
_Enviados
_Lixeira (10)
_Rascunhos

Fazer login
Se você fizer o login, será conectado ao Hangouts em todos os produtos do Google
Saiba mais

qlqc30@eortc.be
para mim ▾

24/09/2015 ☆

Dear Sir/Madam,
Please find below the links where you can download the documents you requested.
Best regards,
Your data:
Title: Mr
Firstname: Flávio
Lastname: Shirama
Hospital/Institution: Universidade de São Paulo
Address: Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP
County/State: São Paulo
Postal Code: 14040-900
Country: Brazil
Phone: 551633153418
Fax: 551633150518
Email: flavioshirama@usp.br
Protocol: EORTC QLQ-C30
Documents requested:
QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese
QLQ-C30 Scoring Manual
Reference Values: Introduction
Reference Values: All cancer sites
URLs:
<http://www.eortc.be/qol/files/C30/QLQ-C30%20PortugueseBrazilian.pdf>
<http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>
http://www.eortc.be/qol/files/RV/RV01_text.pdf
http://www.eortc.be/qol/files/RV/RV02_all_cancers.pdf
If the links don't work, you can copy and paste the entire URL (so with .pdf included) into your browser and that should work. If you are having other technical difficulties please contact us by email: qlqc30@eortc.be
Ab