

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Fernanda Mara Coelho Cardozo

A influência da depressão e fadiga na qualidade de vida dos pacientes
oncológicos submetidos à quimioterapia

Ribeirão Preto
2011

FERNANDA MARA COELHO CARDOZO

A influência da depressão e fadiga na qualidade de vida dos pacientes
oncológicos submetidos à quimioterapia

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências da Saúde ao Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem Fundamental.

Área de concentração: Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto
com doenças crônico-degenerativas

Orientador: Profa Dra Namie Okino Sawada

Ribeirão Preto
2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Cardozo, Fernanda Mara Coelho

A influência da depressão e fadiga na qualidade de vida dos pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia, 2011.

79 p. : 30 cm

Dissertação (Mestrado), apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Sawada, Namie Okino.

1. Qualidade de vida. 2. Fadiga. 3. Depressão. 4. Paciente oncológico. 5. Tratamento quimioterápico.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CARDOZO, Fernanda Mara Coelho

A influência da depressão e fadiga na qualidade de vida dos pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

Aprovada em: ___/___/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu amado esposo, Roberval,
Pelo amor, carinho, incentivo, apoio e compreensão.

Aos meus amados pais, Noemia e Floriano,
Por me darem a vida e me ensinarem a superar os obstáculos.

Ao meu querido irmão, Fernando,
Por todo carinho.

Aos meus queridos sobrinhos, Emili, Lorena e Flávio,
Pelos momentos de alegria que passamos juntos.

AGRADECIMENTOS

À Deus,
Que sempre ilumina e guia meus passos.

À Prof^ª Dr^ª Namie Okino Sawada,
Por toda paciência e compreensão.
Por ser mais que orientadora, amiga e companheira

Às minhas amigas, Rosa, Flávia e Adriana,
Por sempre me incentivar e apoiar.

À Soraya e à Equipe de Consultoria Científica da BD Medical,
Pela força, incentivo e apoio.

Ao Tsuji e à Equipe do Interior,
Pelo apoio e compreensão.

Oração de São Francisco de Assis

Senhor, fazei-me instrumento de vossa paz.

Onde houver ódio, que eu leve o amor;

Onde houver ofensa, que eu leve o perdão;

Onde houver discórdia, que eu leve a união;

Onde houver dúvida, que eu leve a fé;

Onde houver erro, que eu leve a verdade;

Onde houver desespero, que eu leve a esperança;

Onde houver tristeza, que eu leve a alegria;

Onde houver trevas, que eu leve a luz.

Ó Mestre, Fazei que eu procure mais

Consolar, que ser consolado;

compreender, que ser compreendido;

amar, que ser amado.

Pois, é dando que se recebe,

é perdoando que se é perdoado,

e é morrendo que se vive para a vida eterna.

RESUMO

CARDOZO, F. M. C. **A influência da depressão e fadiga na qualidade de vida dos pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia.** 2011. 79 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

O objetivo deste estudo foi avaliar a frequência e o grau de fadiga e depressão nos pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico, no início, no meio e no final do tratamento e determinar a influência destes sintomas na qualidade de vida destes pacientes. Trata-se de um estudo descritivo prospectivo, com abordagem quantitativa e foram utilizados os instrumentos para levantar os dados sócio-demográficos e clínicos, Escala de Fadiga de Piper- revisada, Inventário de depressão de Beck e o Instrumento da Organização Européia de Pesquisa e Tratamento do Câncer - EORTC QLQ C30, para avaliar respectivamente a fadiga, depressão e qualidade de vida relacionada a saúde nos três momentos. Verificou-se que os instrumentos foram confiáveis para a amostra estudada. Amostra inicial foi constituída de 40 pacientes, sendo que 34 pacientes foram avaliados nos três momentos. Quanto as características sócio-demográficas e clínicas, verificou-se homogenia em relação ao sexo; houve um predomínio de pacientes acima de 40 anos, casados, nível de escolaridade fundamental, religião católica e em relação ao diagnóstico, houve um predomínio de cancer gastrointestinal nos homens e cancer de mama nas mulheres. Os resultados demonstraram aumento da frequência de fadiga e depressão nos três momentos. A depressão aumentou em torno de 10,15% dos pacientes do primeiro até o terceiro momento e a fadiga houve um aumento de 59,7% dos pacientes do primeiro até o terceiro momento. O conjunto dos resultados permitiu visualizar aumento da frequência de fadiga e depressão nos pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico nos três momentos e uma influencia negativa de ambos na qualidade de vida destes pacientes.

Palavras chave: qualidade de vida, fadiga, depressão, paciente oncológico, tratamento quimioterápico

ABSTRACT

CARDOZO, F. M. C. **The influence of depression and fatigue on quality of life of cancer patients who underwent chemotherapy.** 2011. 79 f. Dissertation (Master's Degree) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

The aim of this study was to assess the frequency and degree of fatigue and depression in cancer patients who underwent chemotherapy. The assessment was conducted at the beginning, middle and end of treatment to determine the influence of symptoms on quality of life of these patients. This is a descriptive and prospective study with a quantitative approach. Data was collected using socio-demographic and clinical data, revised Piper Fatigue Scale, Beck Depression Inventory and the European Organization Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30 - EORTC QLQ C30, respectively used to assess fatigue, depression and quality of life related to health at the three mentioned moments. The instruments were reliable for the studied sample. The study started with 40 patients, 36 of them were assessed at the three moments. Regarding socio-demographic and clinical data, gender was homogenous, most were 40-years-old or older, were married, studied an average of 8 schooling years and were catholic. Most men were diagnosed with gastrointestinal cancer and most women were diagnosed with breast cancer. Results showed increased fatigue and depression frequency at the three moments. At the third moment, depression had increased in 10.15% patients and fatigue had increased in 59.7% of patients. The pooled results allowed visualizing the increase in frequency of fatigue and depression in cancer patients who underwent chemotherapy at the three assessed moments, and a negative influence of both on the quality of life of these patients.

Keywords: quality of life, fatigue, depression, cancer patients, chemotherapy

RESUMEN

CARDOZO, F. M. C. **La influencia de fatiga y depresión en la calidad de vida en los pacientes oncológicos sometidos a tratamiento quimioterapéutico.** 2011. 79 f. Tesis (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

El objetivo de este estudio fue el evaluar la frecuencia y el grado de fatiga y depresión en los pacientes oncológicos sometidos a tratamiento quimioterapéutico, al inicio, en medio y al final del tratamiento y determinar la influencia de estos síntomas en la calidad de vida de estos pacientes. Se trata de un estudio descriptivo prospectivo, con un enfoque cuantitativo y fueron utilizados los instrumentos para levantar los datos socio-demográficos y clínicos, la Escala de Fatiga de Piper revisada, el Inventario de depresión de Beck y el Instrumento de la Organización Europea de Investigación y Tratamiento del Cáncer- EORTC QLQ C30, para evaluar respectivamente la fatiga la depresión y la calidad de vida relacionada a la salud en los tres momentos. Se comprobó que los instrumentos fueron confiables para la muestra en estudio. La muestra inicial estaba constituida por 40 pacientes de los cuales 34 fueron evaluados en los tres momentos. En cuanto a las características socio-demográficas y clínicas, se comprobó homogeneidad en relación al sexo; hubo un predominio de pacientes mayores de 40 años, casados, con nivel de escolaridad elemental, religión católica, y en relación al diagnóstico, hubo un predominio de cáncer gastrointestinal en los hombres y cáncer de mama en las mujeres. Los resultados demostraron un aumento de fatiga y depresión en los tres momentos. La depresión aumentó en torno de un 10,15% de los pacientes desde el primer hasta el tercer momento, y en relación a la fatiga hubo un aumento de 59,7% de los pacientes desde el primer hasta el tercer momento. El conjunto de resultados permitió visualizar aumento de la frecuencia de fatiga y depresión en los pacientes oncológicos sometidos a tratamiento quimioterapéutico en los tres momentos y una influencia negativa de ambos en la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: calidad de vida, fatiga, depresión, pacientes oncológicos, tratamiento quimioterapéutico

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 - Distribuição da amostra, segundo dados faltantes relativos ao Inventário de Depressão de Beck- Escala (IDB), Ribeirão Preto, 2009-2010..... 31
- Quadro 2 - Distribuição da amostra, após imputação dos dados relativos ao Inventário de Depressão de Beck- Escala (IDB), Ribeirão Preto, 2009-2010.. 32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Teste de Confiabilidade Alpha de Cronbach nos instrumentos IDB, PIPER e EORTC QLQ-C30 no primeiro e no terceiro momento	34
Tabela 2 -	Teste t de Student do IDB e do PIPER em relação ao EGS do EORTC QLQ-C30.....	34
Tabela 3 -	Caracterização da amostra segundo sexo e faixa etária, Ribeirão Preto, 2009-2010.....	35
Tabela 4 -	Caracterização demográfica e clínica da amostra segundo sexo, ocupação, religião e diagnóstico, Ribeirão Preto, 2009-2010.....	36
Tabela 5 -	Caracterização demográfica da amostra segundo faixa etária e estado civil, Ribeirão Preto, 2009-2010.....	37
Tabela 6 -	Caracterização demográfica da amostra segundo faixa etária e nível de escolaridade, Ribeirão Preto, 2009-2010.....	38
Tabela 7 -	Caracterização demográfica da amostra segundo faixa etária e religião, Ribeirão Preto, 2009-2010.....	38
Tabela 8 -	Avaliação de frequência e percentagem de IBD no primeiro, segundo e terceiro momentos.....	39
Tabela 9 -	Avaliação de frequência e percentagem de PIPER no primeiro, segundo e terceiro momentos.....	39
Tabela 10 -	Medianas e Teste de Friedman para a IDB nos três momentos em relação às variáveis idade, sexo, cirurgia, tipo de cirurgia e tempo de cirurgia.	40
Tabela 11 -	Medianas e Teste de Friedman para o valor total de PIPER nos três momentos em relação às variáveis de sexo, faixa ataria, cirurgia, tipo de cirurgia e tempo de cirurgia.....	41
Tabela 12 -	Distribuição dos escores médios obtidos nos diferentes aspectos da Fadiga e da Depressão nos três momentos.....	42
Tabela 13 -	Valores de P: testes das medianas nos três momentos (Teste de Wilcoxon) ...	43
Tabela 14 -	Coefficiente de correlação de Spearman entre os escores dos instrumentos IDB e PIPER.....	43
Tabela 15 -	Teste de Kruskal-Wallis entre escores dos instrumentos PIPER e IDB nos três momentos	44
Tabela 16 -	Coefficiente de Correlação de Spearman entre EORTC QLQ-C30 e PIPER no primeiro momento	45

Tabela 17 –	Coeficiente de Correlação de Spearman entre as variáveis do EORTC QLQ-C30 e PIPER no segundo momento	46
Tabela 18 –	Coeficiente de Correlação de Spearman entre as variáveis do EORTC QLQ-C30 e PIPER no terceiro momento	47
Tabela 19 –	Coeficiente Correlação de Spearman entre as variáveis do EORTC QLQ-C30 e IDB nos três momentos	48

LISTA DE SÍMBOLOS

$\%$	Porcentagem
n	Numero de sujeitos em uma amostra
p	Valor para significância estatística

LISTA DE SIGLAS

CEON	Centro Especializado de Oncologia de Ribeirão Preto
DCNTs	Doenças crônicas não transmissíveis
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EGS	Estado Geral de Saúde
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Câncer
HBV	Vírus da hepatite
HPV	Papiloma vírus humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Inventário de Depressão de Beck – Escala
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INORP	Instituto de Oncologia de Ribeirão Preto
PIPER	Escala de Fadiga de Piper – Revisada
QLQ- C30	Quality of Life Core-30-Questionnaire
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
STATA	Statistical Software Package Created
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Qualidade de vida, fadiga e depressão	20
2 OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo geral	26
2.2 Objetivos específicos	26
3 MÉTODO.....	27
3.1 Tipo de estudo.....	28
3.2 Amostra	28
3.3 Local do estudo.....	28
3.4 Coleta de dados.....	29
3.5 Instrumentos de coleta de dados	29
3.6 Aspectos Éticos.....	30
3.7 Análise dos dados.....	31
3.8 Imputação dos dados faltantes	31
4 RESULTADOS	33
5 DISCUSSÃO	49
6 CONCLUSÕES.....	56
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICES	67
ANEXOS	70

APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática oncologia me acompanha desde a graduação. Durante o curso tive a oportunidade de participar de atividades de pesquisa e assistência, com bolsas de Iniciação Científica, desenvolvendo pesquisas ligadas ao paciente oncológico. Após a graduação, trabalhei por dois anos na assistência e gerenciamento da equipe de enfermagem de uma Casa de Repouso e tive oportunidade de trabalhar como consultora científica em indústria de materiais médico-hospitalares, conhecendo diversas realidades dos serviços de saúde e da assistência de enfermagem do nosso país.

Motivada por essas questões e a demanda imposta pelo mercado de trabalho, que objetiva a melhoria da qualidade da assistência, cursei a Especialização em Enfermagem em Oncologia oferecida pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP visando o crescimento intelectual, aprimoramento da prática e aprofundamento em oncologia. Essa experiência me possibilitou participar das atividades de extensão de serviços à comunidade do Grupo de Estudos da Reabilitação de Pacientes Cirúrgicos e Oncológicos, coordenados pelas Profas Dras Marcia Maria Fontão Zago e Namie Okino Sawada, cadastrado no CNPq desde 1990. A atuação nesse grupo possibilitou me envolver novamente em pesquisas ligadas à enfermagem oncológica o que aumentou meu interesse e afinidade com a área.

Essas experiências e inquietações durante a minha trajetória acadêmica e profissional me impulsionaram a buscar um aprimoramento ainda maior, realizando o Mestrado em Enfermagem Fundamental na linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Assim, a construção do projeto de pesquisa – nível mestrado foi alicerçado pela aproximação aos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico através do grupo de pesquisa, o conhecimento sobre os efeitos do tratamento, o crescimento da necessidade de oferecermos uma assistência cada vez mais qualificada e focada na qualidade de vida deste grupo de pacientes, e principalmente a grande afinidade e a paixão pela enfermagem oncológica foram os fatores que me motivaram a desenvolver os temas fadiga, depressão e qualidade-de-vida dos pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia.

1 INTRODUÇÃO

A epidemia global das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) ameaça o desenvolvimento econômico e social, bem como a vida e saúde de milhões de pessoas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE- OPAS, 2007).

Segundo a World Health Organization (WHO, 2009), o câncer é a segunda maior causa de morte no mundo. Por outro lado é a doença mais prevenível dentro do grupo de doenças crônicas não-transmissíveis. Em 2005, 7,6 milhões de pessoas morreram por câncer, e as projeções estimam 9 milhões de mortes em 2015 e até 11,5 milhões de mortes em 2030.

No Brasil, desde 2003, as neoplasias malignas se encontram como segunda causa de morte, e em 2007 representou quase 17% dos óbitos notificados. As estimativas para 2011 apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer. Espera-se 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino. Estima-se que o tipo de câncer mais incidente no Brasil é o câncer de pele do tipo não melanoma (114 mil casos novos), seguido pelos tumores de próstata (52 mil), mama feminina (49 mil), cólon e reto (28 mil), pulmão (28 mil), estômago (21 mil) e colo do útero (18 mil) (BRASIL, 2009a).

Em relação à mortalidade, em 2004, o Brasil registrou 141 mil óbitos. As principais causas de morte por câncer em homens foram pulmão, próstata e estômago e em mulheres foram; mama, pulmão e intestino. Em 2005, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 423 mil internações por neoplasias malignas, além de 1,6 milhões de consultas ambulatoriais em oncologia. Mensalmente são tratados cerca de 128 mil pacientes em quimioterapia e 98 mil em radioterapia ambulatorial (BRASIL, 2008).

Nesta direção, é reconhecido que até 40% das mortes por câncer podem ser evitadas pela redução do uso do tabaco, hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física, diminuição do consumo de álcool, eliminação e controle de agentes cancerígenos no local de trabalho e imunização contra o vírus da hepatite B (HBV) e Papiloma Vírus Humano (HPV) (WHO, 2007).

A WHO (2009) no relatório mundial sobre o câncer apontou para a necessidade de uma abordagem abrangente e unificada com vistas ao controle do câncer, contemplando cinco áreas de concentração:

1. Vigilância: fundamental para identificar as necessidades de intervenção de acordo com a incidência do câncer atual e futura; fornecer base científica para a formulação e investigação de planos e prioridades; monitorar os resultados de intervenções preventivas, tratamento do câncer e cuidados paliativos.

2. **Prevenção Primária:** método valioso para melhoria da saúde pública, intervenção rentável e duradoura. Como exemplos: redução do uso de tabaco, controle do sobrepeso e do sedentarismo, redução das exposições ocupacionais a produtos químicos cancerígenos ou poluentes, diminuição da propagação de infecções associadas ao câncer como o vírus da hepatite B (HBV) e do papiloma vírus humano (HPV).

3. **Prevenção Secundária e detecção precoce:** envolve o diagnóstico oportuno em indivíduos sintomáticos e triagem em pessoas assintomáticas de grupos de risco. A educação para aumentar a conscientização sobre sinais e sintomas do câncer é uma parte importante desta estratégia. A detecção precoce de câncer aumenta a possibilidade de tratamento curativo, especialmente para os cânceres de colo do útero, mama, boca, laringe, cólon, reto, testículos e pele.

4. **Diagnóstico e Tratamento:** o diagnóstico requer uma avaliação clínica através da utilização de modalidades como a endoscopia, citologia, diagnóstico por imagem e histopatologia. Os serviços adequados para controlar o câncer e restaurar a saúde do paciente incluem cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou uma combinação destes.

5. **Cuidados paliativos:** abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam o problema associado a uma doença potencialmente fatal, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação, avaliação e tratamento precoce da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

No Brasil, o controle e a prevenção de doenças crônicas, incluindo o câncer, tornaram-se prioridade nacional desde a segunda década do século XXI (BRASIL, 2009b).

O câncer é uma das doenças que mais causam temor na sociedade, por ter como estigmas a mortalidade e a dor (ALMEIDA et al., 2005).

A palavra câncer de origem latina (câncer) significado “caranguejo” deve ter sido empregada em analogia ao modo de crescimento infiltrante, que pode ser comparado às pernas do crustáceo, que as introduz na areia ou lama para se fixar e dificultar sua remoção (BRASIL, 1971).

Diante do exposto, cabe aos profissionais de saúde um foco maior em prol da prevenção e do tratamento dos pacientes oncológicos, visando à qualidade da assistência e priorizando a qualidade de vida destes pacientes.

Estudos relatam que dificilmente existirá outra doença crônica que induza tantos sentimentos “negativos” em qualquer um de seus estágios: o medo do diagnóstico, da cirurgia, da incerteza do prognóstico e recorrência, efeitos da radioterapia e quimioterapia, o

sofrer pela dor e o enfrentamento da possibilidade da morte (FRANZI; SILVA, 2003). Todos esses fatores acentuam o estado de depressão que vamos abordar neste estudo.

Acreditamos que os fatores psicossociais estão fortemente ligados a ocorrência destes efeitos colaterais, portanto uma avaliação minuciosa é importante para prover uma base para o planejamento de uma assistência adequada, visando desenvolver no paciente, habilidades para maior controle desses sintomas, por meio de estratégias que desenvolvam comportamentos de autocontrole e enfrentamento.

A fadiga é outro sintoma comum nos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, e consiste em um fenômeno caracterizado pela diminuição do estado funcional que pode levar a um sentimento de desconforto que se relaciona a diminuição de energia. Os fatores e as dimensões que podem estar envolvidos são: físico, mental, emocional, ambiental, fisiológico e patológico. A fadiga afeta a função cognitiva, física, psicossocial e espiritual (PICKARD-HOLLEY, 1991).

A fadiga e a depressão têm sido largamente investigadas nos pacientes oncológicos (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009; KIN et al., 2006; BROWN; KROENKE, 2009). Estudos desta natureza são importantes para que os profissionais da saúde saibam como avaliar estes sintomas. Avaliar qualidade de vida nos pacientes oncológicos também é de suma importância para orientar as intervenções dos profissionais para uma assistência adequada, visando minimizar os sintomas, avaliar os tratamentos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

Diante do exposto, a realização dessa pesquisa se justifica pela importância de estudos dessa natureza e pela escassez de estudos com delineamento prospectivo que proporcionam um seguimento dos efeitos do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes com câncer.

1.1 Qualidade de vida, fadiga e depressão

Embora não haja um consenso sobre a definição de qualidade de vida (QV), o grupo World Health Organization que estuda qualidade de vida, a conceituou de maneira geral como *“a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL GROUP, 1995).

Observamos que há identificação de duas tendências para QV na área da saúde sendo um conceito mais genérico e outro de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).

O termo QVRS é muito frequente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral. No entanto, implica em aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Auquier et al. (1997) define QVRS como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamento e a organização política e econômica do sistema assistencial. QVRS pode ser definido ainda como a QV dentro do contexto de saúde e doença. (KAGAWA-SINGER; PADILHA; ASHING-GIWA, 2010).

Instrumentos que mensuram QVRS são considerados como uma ferramenta comumente utilizada para a avaliação do impacto da doença nos indivíduos. Considerado um constructo multidimensional que avalia o estado físico, funcional, psicológico, social, espiritual, bem-estar, sexual relevante para algumas doenças crônicas (ASHING-GIWA, 2005).

Os principais instrumentos de QV utilizados na literatura são: WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref; Escala de Performance Karnofsky ou Índice de Karnofsky; The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (MOS SF-36); Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL); European Organization for Research and Treatment of Câncer - Quality of Life Core-30- Questionnaire EORTC QLQ-C30, QLQ-H&N35; SWAL-QOL – Quality of life in Swallowing Disorders e VHI – Voice Handicap Index. (ZANDONAI; CARDOZO; NIETO, 2008).

Zandonai et al. (2010) observaram uma maior frequência na aplicação do instrumento EORTC QLQ-C30 nos artigos avaliados em uma revisão da literatura latino-americana.

Outro estudo de revisão de literatura revelou pior qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia quando comparadas àquelas submetidas à cirurgia conservadora da mama; mulheres mais velhas sentem menos o impacto da doença do que mulheres mais jovens; e que mulheres submetidas à terapia sistêmica, como quimioterapia, apresentam pior escore de qualidade de vida global, saúde geral, função física e social (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

Para vários autores a quimioterapia é utilizada para promover controle local e sobrevivência de pacientes com câncer, sendo que a quimioterapia primária é usada com vistas a diminuir o estágio do tumor e reduzir, ou eliminar as micrometástases (DE LENA et al, 1978; ELTAHIR et al. 1998).

Hurny (1996) investigou o impacto da quimioterapia adjuvante na saúde relacionada à qualidade de vida e os resultados obtidos indicaram que pacientes com câncer de mama

experenciaram problemas em múltiplos domínios da qualidade de vida enquanto realizam o tratamento quimioterápico.

Um estudo que avaliou a QV de pacientes com câncer de mama e intestino, submetidos ao tratamento quimioterápico adjuvante, no início e após três meses, observou um impacto positivo da QV ao final dos três meses, apesar de algumas funções se apresentarem mais prejudicadas como a função física, cognitiva, social e o aumento dos sintomas fadiga, náuseas e vômitos, dor, insônia e diarreia (MACHADO; SAWADA, 2008).

Outro estudo transversal, envolvendo pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico ou radioterápico, que teve por objetivo analisar a ansiedade, a depressão e seus efeitos sobre a qualidade de vida identificou que mais da metade dos participantes tinham ansiedade ou depressão. 15,6% tinham ambos os sintomas psicológicos. A prevalência de ansiedade e/ou depressão foi maior em pacientes submetidos à quimioterapia e ainda demonstraram evidências que os sintomas psicológicos têm um efeito prejudicial em vários aspectos da qualidade de vida de um paciente (SO et al., 2010).

Estudo que teve por objetivo avaliar a ansiedade, depressão e os níveis de qualidade de vida em mulheres turcas com câncer de mama e seus maridos, observou que 29% das pacientes com câncer de mama, eram significativamente mais depressivas que seus maridos, e ainda os níveis de qualidade de vida das pacientes foram menores que de seus maridos, porém não-significativos (ALACACIOGLU et al., 2009).

Ao avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, observou-se que os domínios mais afetados foram insônia, dor e fadiga. A qualidade de vida mostrou-se baixa na função emocional, demonstrando assim, a influência negativa dos efeitos colaterais da quimioterapia (SAWADA et al., 2009).

Ozylkan et al. (1998) aponta que a depressão é uma importante e frequente manifestação resultante do desequilíbrio dos aspectos físicos e psicológicos dos pacientes.

De acordo com Calil e Pires (2005) os instrumentos de avaliação de depressão se dividem em:

- Auto-avaliação: Inventário de Depressão de Beck, Analógica Visual do Humor e Escala de Depressão de Zung;
- Heteroavaliação: Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton e a Escala de Avaliação da Depressão de Montgomery-Åsberg;
- Mistas (auto e hetero): a Escala de Avaliação da Depressão de Três Dimensões de Raskin e Escala de Depressão de Wechsler.

A prevalência da depressão em pacientes com câncer de mama tem variado bastante em diferentes trabalhos, de 4,5% a 50%. Considerando que o ajustamento da vida com tantos fatores negativos envolvidos interfere na qualidade de vida do paciente que almeja a cura do câncer, faz-se necessário, então, correlacionar os aspectos abordados, principalmente os sintomas de depressão à qualidade de vida, pois agrega a assistência uma abordagem além da biológica, mas que integra o ser humano beneficiando o paciente oncológico (SPIEGEL, 2002).

Estudo que teve por objetivo avaliar a qualidade de vida e depressão de pacientes com câncer de mama em quimioterapia apontou mudanças no domínio físico e não evidenciou diferença significativa nos níveis de depressão nas mulheres em tratamento quimioterápico (SILVA et al., 2002).

A fadiga é um fenômeno multifatorial, comum nos pacientes com câncer e não é de fácil tratamento, podendo estar associada à radioterapia, à quimioterapia e às atividades diárias. A fadiga relacionada ao tratamento radioterápico não está somente associada à taxa de radiação e sim como consequência das alterações a nível celular. A fadiga associada à quimioterapia depende da neurotoxicidade, encefalopatia, efeito da droga sobre os hormônios, baixa de magnésio entre outros fatores (CRUCIANI, 2006).

A fadiga pode ainda ser definida como “uma sensação física desagradável, com sintomas cognitivos e emocionais descritos como cansaço, e que não é aliviada com o emprego de estratégias usuais de restauração de energia. A fadiga varia em duração e intensidade e reduz, em diferentes graus, a habilidade para desenvolver as atividades de vida diária” (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005).

Menezes e Camargo (2006) ressaltam que os mecanismos de desenvolvimento da fadiga ainda são pouco conhecidos, e a compreensão desse fenômeno mostra-se como um desafio para a enfermeira oncologista no que se refere a implementação de estratégias de intervenção eficientes que levem à melhoria da qualidade de vida dos pacientes com câncer.

A multifatorialidade e a multidimensionalidade da fadiga são de natureza física, emocional, cognitiva e social. Os sinais e sintomas estão inter-relacionados, isto é, mesmo que um indivíduo desenvolva fadiga física devido a um esforço físico intenso, sua capacidade para engajar-se em atividades mentais é prejudicada. A alteração em uma dimensão afeta outras. Assim, uma boa definição de fadiga deveria prever a múltipla causalidade e manifestação. E sinteticamente, refere que as principais classificações de fadiga são quanto a: temporalidade (aguda e crônica), formas de manifestação (física e mental) e causalidade (esforço físico, depressão, alterações na condução do impulso nervoso e lassitude idiopática ou causas fisiológicas, psicológicas e situacionais) (MOTA, 2003).

Estudo de revisão de literatura identificou que muitos dos estudos revelam a associação significativa da fadiga com vários fatores físicos, biológicos e comportamentais. E que estes estudos avaliados demonstram que a fadiga é comum em pacientes com câncer de mama e aumenta significativamente durante a quimioterapia e radioterapia (ISHIKAWA, et al 2005).

De acordo com o National Comprehensive Cancer Network (NCCN),

a fadiga relacionada ao câncer é um sentimento angustiante, persistente e subjetivo de exaustão ou cansaço físico, psicológico, emocional e/ou cognitivo relacionado ao tratamento do cancer que não é proporcional a atividade física recente e interfere nas funções habituais (NCCN, 2011).

Os principais instrumentos de Fadiga são: CFS = Cancer Fatigue Scale; FACT-F = Functional Assessment of Cancer Therapy-Fatigue; FAQ = Fatigue Assessment Questionnaire; FSI= Fatigue Symptom Inventory; MSAS-F = Memorial Symptom Assessment Scale-Fatigue; PBFFC = Pearson Byards Fatigue Feeling Checklist; PFS= Piper Fatigue Scale; POMS-F= Profile of Mood States Fatigue Scale, RSCL (ISHIKAWA et al., 2005).

Estudo com pacientes laringectomizados demonstrou que a fadiga é um sintoma comum entre os pacientes e de grande importância dentro de sua reabilitação, pois afetam diretamente a qualidade de vida dos mesmos (COELHO; SAWADA, 1999).

Nesta vertente, problemas psicofisiológicos como a angústia, ansiedade e depressão do paciente com câncer tem sido relacionado com a fadiga. A fadiga relacionada ao câncer tem dois aspectos importantes, primeiro que não é consequência do excesso de atividades física e mental e não se restabelece pelo descanso. Frequentemente a fadiga é acompanhada por um conjunto de sintomas como ansiedade, dor, depressão e problemas de sono que provoca um impacto negativo e debilitante na qualidade de vida do paciente (JEAN-PIERRE et al., 2006).

Estudo que teve por objetivo caracterizar e identificar comorbidade, fadiga e depressão em pacientes com câncer de colo-retal, evidenciou correlação positiva para fadiga e depressão. Aproximadamente metade da amostra apresentou algum grau de fadiga e 18% destes apresentaram depressão (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

Diante do exposto a presente pesquisa tem por finalidade avaliar a influência da depressão e da fadiga na qualidade de vida dos pacientes com câncer submetidos à quimioterapia.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral dessa pesquisa é avaliar a frequência e o grau de depressão e fadiga nos pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico em três momentos: baseline (primeiro momento), aproximadamente após três meses (segundo momento) e aproximadamente após seis meses do início do tratamento (terceiro momento) e determinar a influência destes sintomas na qualidade de vida destes pacientes.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra e relacionar as características sexo, idade e associação de cirurgia e outros tratamentos com os sintomas de depressão e fadiga nos três momentos,
- Verificar frequência, associação e correlação de fadiga e depressão deste grupo de pacientes submetidos à quimioterapia nos três momentos,
- Verificar a correlação dos sintomas fadiga e depressão na qualidade de vida dos pacientes com câncer em tratamento quimioterápico nos três momentos.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Este é um estudo descritivo prospectivo, com abordagem quantitativa, sobre a influência da fadiga e depressão na qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico.

3.2 Amostra

Trata-se de uma amostragem composta por pacientes oncológicos de ambos os sexos que iniciaram tratamento quimioterápico no período de junho de 2009 a janeiro de 2010, totalizando oito meses, que atenderam aos critérios de inclusão, e estendendo pelo período do término do tratamento e/ou após seis meses.

Critérios de inclusão: pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, maiores de dezoito anos.

Critérios de exclusão: pacientes com metástase.

3.3 Local do estudo

O estudo foi realizado no CEON- Centro Especializado de Oncologia de Ribeirão Preto e no Instituto Oncológico de Ribeirão Preto – InORP

O CEON faz parte do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Ribeirão Preto, onde realizam atendimentos ambulatoriais, tais como consultas, exames, tratamentos e seguimentos de pacientes oncológicos adultos através do Sistema Único de Saúde (SUS), de convênios e particulares provenientes de Ribeirão Preto e região (NICOLUSSI; SAWADA, 2009).

O InORP é um instituto particular especializado em tratamento e acompanhamento de pacientes oncológicos formado por um conjunto de médicos que oferecem seguimento e tratamento aos pacientes oncológicos particulares e conveniados.

3.4 Coleta de dados

Os instrumentos foram aplicados nos três momentos do tratamento quimioterápico. As entrevistas foram feitas no momento em que o paciente estava recebendo a quimioterapia. O local de coleta de dados foram enfermarias com leitos ou salas com poltronas. Os pacientes encontravam-se acomodados e o ambiente era reservado e tranquilo.

A aplicação dos instrumentos foram na forma de entrevista pela pesquisadora e por uma enfermeira treinada, em que avaliamos a presença de fadiga com a escala de Fadiga de Piper-revisada (Anexo A) adaptado por Mota (2009), a depressão com o Inventário de depressão de Beck – Escala IDB (Anexo B), adaptado no Brasil por Goreinstein (1996) e com o European Organization for Research and Treatment of Câncer - Quality of Life Core-30-Questionnaire - EORTC QLQ-C30 (Anexo C), validado por Brabo (2006) na nossa cultura, para avaliar a qualidade de vida dos pacientes. Para a interpretação dos instrumentos seguiremos os seguintes critérios:

3.5 Instrumentos de coleta de dados

Escala de Fadiga de Piper- revisada (PIPER) é composta por 22 itens que compõe três dimensões: dimensão comportamental (itens 2 a 7), dimensão afetiva (8 a 12) e dimensão sensorial/psicológica (itens 13 a 23). Cada item tem uma pontuação numérica de 0 a 10. O escore total é calculado pela média de todos os itens do instrumento itens 2 a 23 e os escores das dimensões são calculados pela média dos itens de cada dimensão. O escore total e das dimensões são descritos numa escala numérica de 0 a 10, sendo que quanto maior o resultado maior a fadiga. Além dos 22 itens fechados, existem 5 questões abertas adicionais (itens 1 e itens de 24 a 27) que não são computados para o cálculo do escore do instrumento. Esses itens proporcionam uma avaliação adicional mais qualitativa sobre a fadiga, nesse estudo não utilizamos esses itens. Considerando a escala de 0 a 10, seguiremos a nota de corte 4 (MOTA, 2008). Sendo assim consideraremos pacientes sem fadiga de 0 a 4 e com fadiga acima de 4.

Inventário de Depressão de Beck- Escala (IDB) com 21 itens que avalia: 1- humor deprimido, 2- pessimismo, 3-sensação de fracasso, 4- perda de satisfação, 5- sentimento de culpa, 6- sensação de punição, 7- auto- rancor, (ódio, aversão), 8- auto acusação, 9- ideação suicida, 10- choro, 11- irritabilidade, 12- isolamento social, 13- indecisão, 14- imagem corporal alterada, 15- inibição para o trabalho, 16- anormalidade do sono, 17- fadigamento, 18- perda de apetite, 19- perda de peso, 20- preocupações somáticas e 21- perda de libido. A

escala é graduada com afirmações de 0 a 3, onde zero é ausência do sintoma e 3 a presença máxima do sintoma. O escore mínimo é 0 e o máximo é 63. O ponto de corte será sem depressão 0 a 15, Disforia de 16 a 20 e depressão de 21 a 63 (GOREINSTEIN et al., 1996).

European Organization for Research and Treatment of Cancer – (EORTC QLQ - C30) que foi devidamente validado na nossa população. É um instrumento de qualidade de vida para pacientes com câncer, com 30 questões que compõem cinco escalas funcionais: funções física, cognitiva, emocional e social e desempenho de papel, três escalas de sintomas: fadiga, dor e náusea e vômito, uma escala de saúde global/ qualidade de vida e cinco outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer: dispnéia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia, além de um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença. Para analisar os resultados do EORTC QLQ - C30 consideramos que as escalas de estado geral de saúde/ qualidade de vida, função física, desempenho de papel, função emocional, função cognitiva e função social quanto mais próximo de 100, melhores são essas condições, enquanto que nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras quanto mais próximas de 100 significa a presença maior desses sintomas e dificuldades (BRABO 2006).

A fim de obter o perfil dos pacientes (dados sociodemográficos e clínicos) também foi utilizado um roteiro contemplando sexo, faixa etária, estado-civil, ocupação/profissão, procedência, escolaridade, religião, diagnóstico, tratamentos cirurgico e radioterapico e protocolo de quimioterapia (Anexo D).

3.6 Aspectos Éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto sob o protocolo 1017/2009 (Anexo E) e seguiu os procedimentos éticos em relação aos voluntários e as instituições para garantir a Resolução CONEP 196/96 (BRASIL, 1997).

Os pacientes foram selecionados através de visita diária e acompanhamento de agendamentos nos locais do estudo. Os pacientes foram convidados a participar do estudo após os esclarecimentos dos objetivos do presente estudo e assegurados os direitos de sigilo da identidade, continuidade do tratamento e desistência de participação do estudo, então solicitamos o consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) de todos os participantes em duas vias, sendo uma via foi para os pacientes.

3.7 Análise dos dados

Os dados foram analisados de maneira quantitativa. Para testar a confiabilidade dos instrumentos e para as demais análises estatísticas foi utilizado o Statistical Software Package Created (STATA) versão 11. No caso da confiabilidade foi realizado o Teste de consistência interna Alpha de Cronbach com todos os escores dos instrumentos.

A análise dos dados foi realizada com aplicação de testes não paramétricos, os mais adequados para tratamento das variáveis em estudo – escores e variáveis categóricas.

Foram empregados:

- O teste exato de Fisher para investigar existência de associações significativas entre variáveis categóricas. (SIEGEL; CASTELLAN JR, 2006).

- Teste de Friedman para avaliar significância nas diferenças de escores de variáveis medidas em três momentos diferentes. (SIEGEL; CASTELLAN JR, 2006).

- Teste de Wilcoxon (Teste dos postos com sinal de Wilcoxon) para avaliar as diferenças nas escalas entre o primeiro e segundo momentos e entre o segundo e o terceiro. (SIEGEL; CASTELLAN JR, 2006).

- Coeficiente de Correlação de Spearman e respectivas provas de significância: para estimar as correlações entre os escores das escalas. (SIEGEL; CASTELLAN JR, 2006).

Todos os testes foram realizados admitindo-se como probabilidade de ocorrência do erro de primeira espécie o valor de 5%. Isto é, são significantes os resultados cujos p-valores foram inferiores a 0,05.

3.8 Imputação dos dados faltantes

Nas informações relativas ao IDB, foram identificados quatro pacientes com dados faltantes, conforme Quadro 1.

Indivíduo	Avaliação	Número da questão
18	2	19
	3	19
21	3	7
27	3	19
29	2	18

Quadro 1. Distribuição da amostra, segundo dados faltantes relativos ao IDB, Ribeirão Preto, 2009-2010.

Deve-se considerar que é uma pequena proporção: no universo dos 40 respondentes ao IDB, haveria um total de 840 informações. As cinco faltantes representam, portanto 0,6%. No entanto, se os quatro indivíduos forem desconsiderados na amostra devido à não resposta nestes itens, a perda no total das informações será de 8,9%.

Para não descartar todas as informações referentes aos quatro indivíduos, foi aplicado técnica de imputação. Há vários procedimentos sugeridos pela literatura especializada (SCHAFER, 1997; RUBIN, 1996). Neste caso, porém, como se trata de informação pontual, relativa apenas a uma parte de uma das escalas utilizadas, o procedimento foi simplificado e aplicou-se como valor dos itens faltantes o valor mais freqüente nos demais itens da mesma escala.

Deve-se ainda notar que o paciente 18 havia respondido (tanto na avaliação dois como na três) a uma alternativa da questão 19 que não possui codificação. ("Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos"). Este é um detalhe não resolvido no Inventário de Depressão de Beck: esta resposta não pontua, e assim toda a questão 19 fica sem ser valorada. Como há pontos de corte para definir categorias de Sintomas Depressivos pode surgir um problema de classificação a ser resolvido pelo pesquisador. Intuitivamente, o valor a ser atribuído deveria ser zero, já que as demais alternativas apontam para uma perda de peso decorrente da depressão e não por perda de peso intencional. Circunstancialmente, foi este o valor apontado pela “regra do mais freqüente” aqui adotada.

Após a aplicação da técnica, obteve-se o seguinte resultado, conforme apresentado no Quadro 2.

Indivíduo	Avaliação	Número da questão	Valor Imputado	Total Escala Beck(*)
18	2	19	0	6
	3	19	0	3
21	3	7	1	29
27	3	19	1	21
29	2	18	0	15

Quadro 2. Distribuição da amostra, após imputação dos dados relativos ao IDB, Ribeirão Preto, 2009-2010.

(*) após imputação.

4 RESULTADOS

Foram realizados testes de confiabilidade Alpha de Cronbach (α) na amostra dos três instrumentos IDB, PIPER e EORTC QLQ-C30 no primeiro e terceiro momento, os resultados estão apresentados na Tabela 1. Verificou-se que os instrumentos são confiáveis para a amostra estudada, uma vez que o alpha de cronbach foi maior que 0,70.

Tabela 1- Teste de Confiabilidade Alpha de Cronbach nos instrumentos IDB, PIPER e EORTC QLQ-C30 no 1º e no 3º momento.

Alpha de Cronbach (α)	1º Momento	3º Momento
IDB	,903	,924
PIPER	,936	,944
EORTC QLQ-C30	,882	,875

Foi realizado também o Teste t de Student para verificar se existe diferença significativa entre os instrumentos de depressão e fadiga e o instrumento de qualidade de vida, e verificamos que tanto o IDB quanto o PIPER apresentam correlação negativa e altamente significativa em relação ao Estado Geral de Saúde do EORTC QLQ-C30, o que significa que quanto maior a depressão ou fadiga, pior é o estado geral de saúde, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Teste t de Student e Significancia do IDB e do PIPER em relação ao EGS do EORTC QLQ-C30.

Teste t	Correlação	Significancia
IDB / EGS EORTC QLQ-C30	-0,554	0,000
PIPER / EGS EORTC QLQ-C30	-0,571	0,000

EGS – estado geral de saúde

Participaram do estudo 40 pacientes de ambos os sexos, que se enquadravam nos critérios de inclusão, aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Na segunda coleta permaneceram 36 pacientes, sendo que dois faleceram, um mudou para São Paulo e um abandonou o tratamento. Na terceira e última coleta, dois pacientes faleceram, sendo, portanto a amostra final composta por 34 pacientes. Desta forma obtivemos uma perda total de seis pacientes, 15% da amostra inicial. Ressaltamos que os testes estatísticos foram realizados com o número de amostra disponível, ou seja, primeiro momento 40 pacientes, no segundo momento 36 pacientes e no terceiro 34 pacientes.

A amostra foi caracterizada detalhadamente no primeiro momento, conforme os dados demográficos e clínicos de acordo com as tabelas 3 a 7.

A Tabela 3 mostra uma caracterização demográfica comparando sexo (feminino e masculino) e faixa etária. Para essas associações foi utilizado o Teste Exato de Fisher (probabilidade de significancia $p < 0,05$). Observamos que a amostra foi homogênea quanto ao sexo: 50% feminino e 50% masculino. Quanto à faixa etária houve um predomínio de pacientes acima dos 40 anos: seis (15%) entre 18 e 40 anos; 15 (37,5%) pacientes entre 40 e 60 anos e 19 (47,5%) acima de 60 anos. Quando comparados faixa etária e sexo não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,063$).

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo sexo e faixa etária, Ribeirão Preto, 2009-2010.

Faixa etária (anos)	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
18-30	-	2	2
%	-	10,00	5,00
31-40	4	-	4
%	20,00	-	10,00
41-50	5	2	7
%	25,00	10,00	17,50
51-60	5	3	8
%	25,00	15,00	20,00
61-70	2	6	8
%	10,00	30,00	20,00
Mais de 71	4	7	11
%	20,00	35,00	27,50
Total	20	20	40
%	100,00	100,00	100,00

Teste Exato de Fisher = 0,063

Na Tabela 4, observamos diferença estatisticamente significantes entre as variáveis ocupação e sexo ($p = 0,001$), houve predomínio de homens no mercado de trabalho e aposentados em relação as mulheres que predominaram os serviços domésticos.

Com relação à religião, foi encontrado diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p = 0,047$) com predomínio da religião católica nos dois sexos. No sexo feminino a religião evangélica foi maior que no sexo masculino (Tabela 4).

Ao analisarmos o diagnóstico em relação ao sexo encontramos diferença estatisticamente significativa ($p = 0,031$), com predomínio de câncer gastrointestinal nos

homens seguido por câncer de pulmão e nas mulheres, câncer de mama seguido por câncer geniturinário (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização demográfica e clínica da amostra segundo sexo, ocupação, religião e diagnóstico, Ribeirão Preto, 2009-2010.

Variáveis	Sexo		Total	p*
	Feminino	Masculino		
Ocupação				
Aposentado	5	9	14	0,001
%	25,00	45,00	35,00	
Dona de Casa	10	-	10	
%	10,00	-	25,00	
Empregado	5	11	16	0,047
%	25,00	55,00	40,00	
Total	20	20	40	
%	100,00	100,00	100,00	
Religião				
Católico	15	18	33	0,047
%	75,00	90,00	82,50	
Evangélico	5	-	5	
%	25,00	-	12,50	
Espírita	-	1	1	0,047
%	-	5,00	2,50	
Sem religião	-	1	1	
%	-	5,00	2,50	
Total	20	20	40	
%	100,00	100,00	100,00	
Diagnóstico				
Câncer Gastrointestinal	4	7	11	0,031
%	20,00	35,00	27,50	
Câncer Mama	7	-	7	
%	35,00	-	17,50	
Câncer Pulmão	3	6	9	0,031
%	15,00	30,00	22,50	
Câncer Geniturinário	5	3	8	
%	25,00	15,00	20,00	
Câncer Próstata	-	1	1	0,031
%	-	5,00	2,50	
Câncer Cabeça/Pescoço	1	1	2	
%	5,00	5,00	5,00	
Câncer Pele	-	1	1	0,031
%	-	5,00	2,50	
Câncer Sist. Linfático	-	1	1	
%	-	5,00	2,50	
Total	20	20	40	
%	100,00	100,00	100,00	

Na Tabela 5, observamos diferença estatisticamente significativa entre estado civil e idade ($p=0,002$), onde pacientes casados predominam nas faixas etárias acima de 30 anos e pacientes viúvos acima de 70 anos.

Tabela 5 – Caracterização demográfica da amostra segundo faixa etária e estado civil, Ribeirão Preto, 2009-2010.

Faixa etária (anos)	Estado civil			
	Solteiro	Casado	Viúvo	Divorciado
18 a 30	2	-	-	-
%	100,00	-	-	-
31 a 40	2	2	-	-
%	50,00	50,00	-	-
41 a 50	-	5	1	1
%	-	71,43	14,29	14,29
51 a 60	1	5	-	2
%	12,50	62,50	-	25,00
61 a 70	1	7	-	-
%	12,50	87,50	-	-
Acima de 70	-	5	6	-
%	-	45,45	54,55	-
Total	6	24	7	3
%	15,00	60,00	17,50	7,50

Teste Exato de Fisher = 0,002

Na tabela 6, com relação ao nível de escolaridade e idade ($p=0,036$) encontramos o predomínio do nível fundamental na maioria das faixas etárias.

Tabela 6 – Caracterização demográfica da amostra segundo faixa etária e nível de escolaridade, Ribeirão Preto, 2009-2010.

Faixa etária (anos)	Escolaridade		
	Fundamental	Médio	Superior
18 a 30	-	1	1
%	-	50,00	50,00
31 a 40	4	-	-
%	100,00	-	-
41 a 50	2	4	1
%	28,57	57,14	14,29
51 a 60	5	2	2
%	50,00	25,00	25,00
61 a 70	5	1	2
%	62,50	12,50	25,00
Acima de 70	10	-	1
%	90,91	-	9,09
Total	25	8	7
%	62,50	20,00	17,50

Teste Exato de Fisher = 0,036

Na tabela 7, ao compararmos a religião e idade encontramos diferença estatisticamente significativa ($p=0,023$). A religião católica foi predominante com o aumento na faixa etária acima de 40 anos.

Tabela 7 – Caracterização demográfica da amostra segundo faixa etária e religião, Ribeirão Preto, 2009-2010.

Faixa etária (anos)	Religião			
	Católico	Evangélico	Espírita	Sem Religião
18 a 30	2	-	-	-
%	100,00	-	-	-
31 a 40	1	3	-	-
%	25,00	75,00	-	-
41 a 50	6	1	-	-
%	85,71	14,29	-	-
51 a 60	8	-	-	-
%	100,00	-	-	-
61 a 70	6	-	1	1
%	75,00	-	12,50	12,50
Acima de 70	10	1	-	-
%	90,91	9,09	-	-
Total	33	5	1	1
%	82,50	12,50	2,50	2,50

Teste Exato de Fisher = 0,023

Na tabela 8 podemos observar que a frequência de depressão aumentou em todos os momentos. No primeiro momento 7,5% dos pacientes da amostra apresentaram depressão; no segundo momento 16,7% dos pacientes da amostra apresentaram depressão e 17,65% pacientes da amostra apresentaram depressão no terceiro momento.

Tabela 8 – Avaliação de frequência e percentagem de IDB no primeiro, segundo e terceiro momentos.

IDB	Primeiro Momento		Segundo Momento		Terceiro Momento	
	n	%	n	%	n	%
Sem Depressão	35	87,5	25	69,4	22	64,7
Disforia	2	5,0	5	13,9	6	17,65
Depressão	3	7,5	6	16,7	6	17,65
Total	40	100,0	36	100,0	34	100,0

Observamos na Tabela 9 que a frequência de fadiga aumentou em todos os momentos. Apenas 5% dos pacientes da amostra apresentaram fadiga no primeiro momento; no segundo momento 38,9% dos pacientes da amostra apresentaram fadiga e 64,7% dos pacientes da amostra apresentaram fadiga no terceiro momento.

Tabela 9 – Avaliação de frequência e percentagem de PIPER no primeiro, segundo e terceiro momentos.

PIPER	Primeiro Momento		Segundo Momento		Terceiro Momento	
	n	%	N	%	n	%
Sem Fadiga	38	95,0	22	61,1	12	35,3
Com Fadiga	2	5,0	14	38,9	22	64,7
Total	40	100,0	36	100,0	34	100,00

A tabela 10 demonstra o Teste de Friedman para o (IDB) nos três momentos. Relacionando as variáveis de sexo, idade e tipo de cirurgia, encontramos diferença estatisticamente significativa entre os sexos, evidenciando que a mediana do IDB foi maior nas mulheres no primeiro e no segundo momentos.

Com relação à faixa etária as maiores medianas do IDB foram para a faixa etária de 18 a 40 anos, seguida da faixa acima de 61 anos com aumento das medianas ao longo do tratamento (Tabela 10).

Ao relacionar as medianas do IDB com a realização da cirurgia, o tipo e o tempo, encontramos diferença estatisticamente significativa em todos os itens exceto na retirada total de órgão. Foi encontrado medianas maiores do IDB naqueles que não realizaram cirurgia e com tempo acima de sete meses de cirurgia (Tabela 10).

Tabela 10 – Medianas e Teste de Friedman para o IDB nos três momentos relacionando com as variáveis idade, sexo, cirurgia, tipo de cirurgia e tempo de cirurgia.

Variáveis	Mediana			Teste de Friedman (P)
	IDB 1º Momento	IDB 2º Momento	IDB 3º Momento	
Sexo				
Feminino	6,50	10,00	11,50	0,002
Masculino	4,50	9,00	12,00	0,002
Faixa Etária				
18 a 40	6,50	16,00	18,00	0,027
41 a 60	3,00	7,00	9,00	0,015
Acima 61	6,00	11,50	13,00	0,012
Cirurgia				
Não	6,00	9,50	12,00	0,004
Sim	5,00	9,50	11,00	0,001
Tipo cirurgia				
Não realizou	7,00	10,00	12,00	0,006
Retirada Parcial	4,00	9,00	11,00	0,003
Retirada Total	9,00	8,50	10,50	0,113
Implante	25,00	30,0	29,00	n.a.
Tempo cirurgia				
Não fez	7,00	10,00	12,00	0,006
Até 6 meses	4,00	8,00	10,00	0,008
Acima 7 meses	8,00	14,00	17,00	0,027

n.a. – O teste não pôde ser aplicado

A tabela 11 demonstra o teste de Friedman para o valor total da escala de Fadiga nos três momentos com as variáveis sexo, faixa etária e cirurgia, encontramos diferenças estatisticamente significativa em todos os itens exceto nas variáveis retirada total de órgão ($p=0,678$) e cirurgia acima de 7 meses ($p=0,217$) não tiveram diferença estatisticamente significativa em relação ao escore total da escala de Fadiga nos três momentos.

Os resultados mostram que a presença de fadiga foi maior no sexo masculino na faixa etária entre 18 a 40 anos e naqueles que não haviam realizado cirurgia (Tabela 11).

Tabela 11– Medianas e Teste de Friedman para o PIPER nos três momentos segundo as variáveis de sexo, faixa etária, cirurgia, tipo de cirurgia e tempo de cirurgia.

Variáveis	Medianas			Teste de Friedman (P)
	PIPER 1 ^o Momento	PIPER 2 ^o Momento	PIPER 3 ^o Momento	
Sexo				
Feminino	1,55	3,15	4,20	0,008
Masculino	1,45	3,60	4,60	0,004
Faixa Etária				
18 a 40	1,30	2,80	5,00	0,022
41 a 60	1,00	2,60	4,00	0,015
Acima 61	1,90	4,10	4,70	0,016
Cirurgia				
Não	2,30	4,15	4,80	0,022
Sim	1,10	3,05	4,30	0,030
Tipo cirurgia				
Não realizou	2,30	4,20	4,75	0,024
Retirada Parcial	0,95	3,30	4,30	0,005
Retirada Total	1,50	2,90	4,25	0,678
Implante	4,40	6,00	6,00	n.a.
Tempo cirurgia				
Não fez	2,30	4,20	4,75	0,024
Até 6 meses	0,60	3,15	4,25	0,005
Acima 7 meses	2,0	3,10	4,75	0,217

n.a. – O teste não pôde ser aplicado

Observamos na Tabela 12 que todos os escores das escalas de PIPER e IDB aumentaram ao longo do tratamento.

Tabela 12 – Distribuição dos escores médios obtidos nos diferentes aspectos da Fadiga e da Depressão nos três momentos.

Variáveis	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mín	Max
PIPER comportamental					
Primeiro Momento	1,80	2,06	2,01	0,00	7,00
Segundo Momento	3,80	3,17	2,06	0,00	7,80
Terceiro Momento	5,10	4,85	1,96	0,00	7,70
PIPER afetiva					
Primeiro Momento	0,90	1,49	1,79	0,00	8,40
Segundo Momento	4,20	3,91	2,65	0,00	8,60
Terceiro Momento	5,70	5,07	2,78	0,00	8,60
PIPER sensorial					
Primeiro Momento	1,30	1,70	1,39	0,00	5,20
Segundo Momento	2,85	2,72	1,23	0,80	5,20
Terceiro Momento	3,50	3,38	1,06	1,00	5,20
PIPER total					
Primeiro Momento	1,45	1,74	1,42	0,00	5,50
Segundo Momento	3,35	3,27	1,55	0,40	6,00
Terceiro Momento	4,45	4,16	1,57	0,90	6,50
IDB total					
Primeiro Momento	5,50	7,80	7,74	0,00	39,00
Segundo Momento	9,50	12,69	9,40	0,00	49,00
Terceiro Momento	12,00	14,09	8,83	1,00	46,00

De acordo com a Tabela 13 o aumento foi significativo do primeiro momento para o segundo momento e do segundo momento para o terceiro momento.

Tabela 13 – Valores de P: testes das medianas nos três momentos (Teste de Wilcoxon).

Variável	COMPARAÇÕES	
	2ºMomento / 1ºMomento	3ºMomento / 2ºMomento
PIPER Comportamental	< 0,001	< 0,001
PIPER Afetivo	< 0,001	0,002
PIPER Sensorial/psicológico	< 0,001	0,002
PIPER Total	< 0,001	< 0,001
IDB	< 0,001	0,049

Na Tabela 14 verificamos o coeficiente de correlação de Spearman entre os escores dos instrumentos IDB e PIPER e observamos uma correlação positiva entre os instrumentos IDB e PIPER em todos os momentos, demonstrando que o aumento da fadiga está relacionado ao aumento da depressão significativamente em todos os momentos.

Tabela 14 - Coeficiente de correlação de Spearman entre os escores dos instrumentos IDB e PIPER

IDB/PIPER	1º Momento	2º Momento	3º Momento
Comportamental	0,7880*	0,7445*	0,7822*
Afetivo	0,4330*	0,5459*	0,6649*
Sensorial	0,6952*	0,5842*	0,7900*
Total	0,7708*	0,7314*	0,8139*

*p<0,05

Na tabela 15 realizamos o teste de Kruskal-Wallis entre os escores dos instrumentos PIPER e IDB nos três momentos e verificamos que houve um aumento gradativo das medianas de fadiga e depressão entre o primeiro, segundo e terceiro momento, com diferença significativa nos três momentos, demonstrando que o tratamento quimioterápico leva ao aumento da depressão e da fadiga.

Tabela 15- Teste de Kruskal-Wallis entre escores dos instrumentos PIPER e IDB nos três momentos.

PIPER/IDB	Mediana Comportamental	Mediana Afetiva	Mediana Sensorial	Mediana Total
Primeiro momento				
Sem Depressão	1,3	0,6	1,1	1,2
Disforia	4,8	3,2	3,8	3,9
Depressão	5,5	3,0	4,3	4,4
Total	1,8	0,9	1,3	1,5
Teste Kruskal-Wallis (P)	0,013	0,032	0,002	0,002
Segundo momento				
Sem Depressão	3,0	3,2	2,0	2,6
Disforia	5,3	4,0	3,8	4,3
Depressão	5,9	6,1	4,0	5,4
Total	3,8	4,2	2,8	3,3
Teste Kruskal-Wallis (P)	0,001	0,017	0,003	0,001
Terceiro momento				
Sem Depressão	4,7	5,0	3,0	4,0
Disforia	6,3	6,7	4,2	5,0
Depressão	6,8	7,2	4,2	6,0
Total	5,1	5,7	3,5	4,4
Teste Kruskal-Wallis (P)	0,001	0,019	0,001	0,001

*p-valor <0,05

Ao analisarmos a Tabela 16 encontramos a correlação de Spearman positiva entre os escores de PIPER e os sintomas do EORTC QLQ-C30 como fadiga, náuseas, vômitos, dor e dispnéia; essa correlação positiva se justifica, pois as duas escalas variam na mesma direção com relação as suas pontuações, ou seja, quanto maior o escore maior a presença de sintoma, isso significa que a presença de sintomas como náuseas e vômitos, dor, dispnéia estão associadas também a fadiga.

A correlação negativa entre as escalas de estado geral de saúde, funções físicas, cognitivas, emocional e desempenho de papéis em relação à escala PIPER, se justifica por que a escala tem a pontuação inversa a da escala EORTC QLQ-C30, ou seja, quanto maior o escore na escala EORTC QLQ-C30 melhor as funções e QV, enquanto na escala PIPER quanto maior o escore maior a presença de fadiga, portanto os dados demonstram que a presença de fadiga esta relacionada a um pior escore no estado geral de saúde e no desempenho das funções físicas, cognitivas, emocional e desempenho de papel (Tabela 16).

Tabela 16 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre EORTC QLQ-C30 e PIPER no primeiro momento.

EORTC QLQ-C30/PIPER	Dimensão Comportamental	Dimensão Afetiva	Dimensão Sensorial/Psic	Total
EGS	-0,5395*	-0,3096	-0,4635*	-0,5556*
FF	-0,6493*	-0,4470*	-0,6569*	-0,7002*
DP	-0,4847*	-0,2345	-0,3837*	-0,4400*
FC	-0,3191*	-0,1939	-0,4178*	-0,3676*
FS	-0,2285	-0,2014	-0,2223	-0,2336
FE	-0,5738*	-0,2009	-0,3058	-0,4305*
FAD	0,7615*	0,3878*	0,5935*	0,6860*
NAV	0,4539*	0,3960*	0,4404*	0,4954*
Dor	0,5754*	0,2434*	0,4162*	0,4640*
DIS	0,3911*	0,3058	0,2173	0,3298*
INS	0,3245*	0,1190	0,1875	0,2491
PAP	0,3738*	0,1663	0,2306	0,2846
COM	0,1858	0,1248	-0,0056	0,0662
DIA	0,1162	0,2132	0,1003	0,1790
DIF	0,2426	0,1561	0,3103	0,2960

*p-valor: <0,05

** Sigla das Escalas: EGS = Estado Geral de Saúde; FF = Função Física; DP = Desempenho de Papel; FC = Função Cognitiva; FS = Função Social; FE = Função Emocional; FAD = Fadiga; NAV = Náuseas e Vômitos; DIS = Dispneia; INS = Insônia; PAP = Perda de Apetite; CON = Constipação; DIA = Diarréia; DIF = Dificuldades Financeiras.

Na Tabela 17, temos o Coeficiente de Correlação de Spearman entre as variáveis dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e PIPER no segundo momento e observamos correlação negativa significativa das variáveis: Estado Geral de Saúde (EGS); Funções Físicas, cognitiva, social e emocional; e desempenho de papel em relação às dimensões de fadiga; e correlação positiva significativa das variáveis: fadiga; dor e perda de apetite em relação às dimensões de fadiga.

Tabela 17 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre as variáveis do EORTC QLQ-C30 e PIPER no segundo momento.

EORTC QLQ-C30/PIPER	Dimensão Comportamental	Dimensão Afetiva	Dimensão Sensorial/Psic	Total
EGS	-0,4690*	-0,2075	-0,3328*	-0,3943*
FF	-0,5937*	-0,4650*	-0,4101*	-0,5874*
DP	-0,7761*	-0,5715*	-0,5270*	-0,7451*
FC	-0,4516*	-0,3707*	-0,2857	-0,4253*
FS	-0,4791*	-0,0919	-0,5584*	-0,4079*
FE	-0,4343*	-0,1680	-0,4719*	-0,3983*
FAD	0,7340*	0,5283*	0,6121*	0,7213*
NAV	0,1622	0,0700	0,1314	0,1419
Dor	0,4808*	0,0527	0,3291*	0,3541*
DIS	0,4436*	0,4123*	0,3282	0,4840
INS	0,1043	-0,0350	0,3005	0,1414
PAP	0,3704*	0,3173	0,4487*	0,4446*
COM	0,2363	0,2446	0,2829	0,2760
DIA	-0,0766	0,0983	-0,1364	-0,1021
DIF	0,2766	0,0710	0,4155*	0,2942

*p-valor: <0,05

** Sigla das Escalas: EGS = Estado Geral de Saúde; FF = Função Física; DP = Desempenho de Papel; FC = Função Cognitiva; FS = Função Social; FE = Função Emocional; FAD = Fadiga; NAV = Náuseas e Vômitos; DIS = Dispneia; INS = Insônia; PAP = Perda de Apetite; COM = Constipação; DIA = Diarréia; DIF = Dificuldades Financeiras.

A Tabela 18 demonstra o Coeficiente de Correlação de Spearman entre as variáveis dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e PIPER no terceiro momento e observamos correlação negativa significativa das variáveis: Estado Geral de Saúde (EGS); Funções Físicas, cognitiva, social e emocional; e desempenho de papel em relação às dimensões de fadiga; e correlação positiva significativa das variáveis: fadiga; náuseas e vômitos; dor, dispneia, perda de apetite e dificuldades financeiras em relação às dimensões de fadiga.

Tabela 18 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre as variáveis do EORTC QLQ-C30 e PIPER no terceiro momento.

EORTC QLQ-C30/PIPER	Dimensão Comportamental	Dimensão Afetiva	Dimensão Sensorial/Psic	Total
EGS	-0,5581*	-0,5131*	-0,5830*	-0,6031*
FF	-0,7333*	-0,6516*	-0,5554*	-0,7194*
DP	-0,7896*	-0,6725*	-0,5925*	-0,7515*
FC	-0,5857*	-0,6298*	-0,4959*	-0,6314*
FS	-0,4361*	-0,2948	-0,2217	-0,3513*
FE	-0,3993*	-0,3197	-0,2838	-0,4310*
FAD	0,7297*	0,5370*	0,5792*	0,6603*
NAV	0,4128*	0,3706*	0,4762*	0,4631*
Dor	0,6202*	0,4462*	0,5739*	0,5791*
DIS	0,3568*	0,3727*	0,3051	0,3973*
INS	0,0930	-0,0081	0,2168	0,1068
PAP	0,3277	0,2134	0,5211*	0,3700*
COM	0,2666	0,1324	0,0656	0,1661
DIA	-0,0102	-0,0127	-0,2112	-0,0137
DIF	0,4082*	0,4288*	0,3201	0,4169*

*p-valor: <0,05

** Sigla das Escalas: EGS = Estado Geral de Saúde; FF = Função Física; DP = Desempenho de Papel; FC = Função Cognitiva; FS = Função Social; FE = Função Emocional; FAD = Fadiga; NAV = Náuseas e Vômitos; DIS = Dispneia; INS = Insônia; PAP = Perda de Apetite; CON = Constipação; DIA = Diarréia; DIF = Dificuldades Financeiras

A Tabela 19 demonstra através do coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis do EORTC QLQ-C30 e IDB nos três momentos e observamos correlação negativa significativa das variáveis: Estado Geral de Saúde (EGS); Funções Físicas e Emocional; e desempenho de papel em relação aos três momentos; e correlação positiva significativa das variáveis: fadiga; dor e perda de apetite em relação aos três momentos.

Tabela 19 – Coeficiente Correlação de Spearman entre as variáveis do EORTC QLQ-C30 e IDB nos três momentos.

EORTC QLQ-C30/IDB	Primeiro Momento	Segundo Momento	Terceiro Momento
EGS	-0,6427*	-0,4979*	-0,6985*
FF	-0,7463*	-0,5745*	-0,7467*
DP	-0,5675*	-0,4944*	-0,6948*
FC	-0,3255*	-0,3145	-0,3618*
FS	-0,1983	-0,2601	-0,1501
FE	-0,5098*	-0,6179*	-0,4169*
FAD	0,7459*	0,6107*	0,6686*
NAV	0,4957*	0,1739	0,4251*
Dor	0,6087*	0,5317*	0,6769*
DIS	0,2358	0,2848	0,4605*
INS	0,3086	0,4086*	0,3827*
PAP	0,4975*	0,5375*	0,5508*
COM	0,1673	0,3258	0,1184
DIA	0,1742	-0,2941	0,0430
DIF	0,1694	0,3675*	0,1674

*p-valor: <0,05

** Sigla das Escalas: EGS = Estado Geral de Saúde; FF = Função Física; DP = Desempenho de Papel; FC = Função Cognitiva; FS = Função Social; FE = Função Emocional; FAD = Fadiga; NAV = Náuseas e Vômitos; DIS = Dispneia; INS = Insônia; PAP = Perda de Apetite; COM = Constipação; DIA = Diarréia; DIF = Dificuldades Financeiras

5 DISCUSSÃO

De acordo com a Tabela 1, os instrumentos demonstraram consistência interna para a amostra. O Alpha de Cronbach demonstra confiabilidade quando o valor é maior que 0,70 (FAYERS; MACHIN, 2007).

No que tange a Tabela 2, verificamos que tanto o IDB quanto o PIPER apresentam correlação negativa e altamente significativa em relação ao Estado Geral de Saúde do QLQ-C30, o que significa que quanto maior a depressão ou fadiga, pior é o estado geral de saúde.

A Tabela 3 mostra uma caracterização demográfica comparando sexo (feminino e masculino) e faixa etária, que quando comparados não houve diferença significativa. Em relação ao sexo, nossos dados diferem um pouco de dados de países em desenvolvimento que apontam um maior índice em mulheres com câncer do que homens e assemelham-se aos dados de países desenvolvidos, que estimam números aproximados em ambos os sexos (PARKIN et al., 2010; FERLAY et al., 2008).

Em relação à faixa etária (Tabela 3), encontramos dados semelhantes a estudo desenvolvido em uma cidade do interior paulista, que teve por objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes com câncer, assistidos no sistema público de saúde. Foram consultadas 105 fichas cadastrais de pacientes residentes no município, com diagnóstico de neoplasia maligna, maiores de 25 anos, e atendidos no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2008. Foi destacada a elevada incidência de câncer na faixa etária de 45 a 64 anos (57,7%) (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

No que se refere à ocupação e ao sexo (Tabela 4), os dados encontrados corroboram com outro estudo, evidenciando que o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho não as isentou e nem diminuiu suas jornadas com os afazeres domésticos. 90,6% das mulheres brasileiras se ocupam com afazeres domésticos, em relação aos homens esta proporção cai para 51,1% e ainda o grupo etário de maior participação feminina dos afazeres domésticos está entre 50 e 59 anos (SOARES, 2007).

Quanto à religião (Tabela 4) observamos dados semelhantes aos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando que a religião católica é predominante no Brasil, seguida pela Evangélica (IBGE, 2000).

Na análise do diagnóstico em relação ao sexo identificou-se diferença estatisticamente significativa ($p=0,031$), com predomínio de câncer gastrointestinal e câncer de pulmão nos homens e câncer de mama e geniturinário nas mulheres (Tabela 4).

Na Tabela 5, observamos diferença estatisticamente significantes entre estado civil e idade ($p=0,002$), com predomínio de pacientes casados nas faixas etárias acima de 30 anos e

pacientes viúvos acima de 70 anos. Esses dados se assemelham aos dos Registros Cíveis de 2009 (IBGE, 2010), que indicam um aumento da idade média das mulheres ao se casar, representado uma maior taxa de mulheres no grupo etário de 20 a 24 anos, uma queda da taxa do grupo entre 15 e 19 anos e elevação continua na faixa de 25 a 29 anos. E em relação ao sexo masculino, para todos os grupos etários a partir de 30 anos, aumento nas taxas de nupcialidade.

Na tabela 6, com relação ao nível de escolaridade e idade ($p=0,036$) encontramos o predomínio do nível fundamental na maioria das faixas etárias.

De acordo com a síntese de indicadores sociais, a média de anos de estudo das pessoas de 25 anos ou mais revela o *status* de escolaridade de uma sociedade. No Brasil em 2009, a média era de 7,1 anos de estudo neste segmento, o que representa uma escolaridade abaixo da conclusão do ensino fundamental. Para pessoas de 25 a 64 anos aplica-se o conceito de educação continuada que busca mensurar o acesso de adultos à escola, em 2009, a proporção dos que continuam a estudar ficou em torno de 5,7%, entre a faixa etária de 25 a 34 anos, a proporção foi de 10,2%, ou seja, quanto mais se eleva a idade, menor é a frequência a escola (IBGE, 2010).

Na tabela 8 e 9 podemos observar que as frequências de depressão e fadiga aumentaram em todos os momentos.

Estudo envolvendo 182 pacientes em tratamento ambulatorial para câncer de mama, mostrou que 51,6% da amostra apresentou fadiga e 47,2% da amostra dor e ainda. Observou-se ainda, uma correlação positiva moderada entre dor e fadiga (LAMINO; MOTA; PIMENTA, 2011).

Quanto à faixa etária (tabela 10) as maiores medianas do IDB foram para a faixa etária de 18 a 40 anos, seguida da faixa acima de 61 anos com aumento das medianas ao longo do tratamento.

Os resultados encontrados diferem dos de um estudo de revisão sistemática que analisou 22 estudos de mulheres com câncer e depressão, evidenciando que a faixa etária média das participantes variou de 40 a 70 anos sendo predominante a faixa etária de 50 a 55 anos (40,9%) (MORELI et al., 2009).

Ao analisarmos as medianas do IDB com relação à realização de cirurgia, o tipo e o tempo, encontramos diferença estatisticamente significativa em todos os itens exceto na retirada total de órgão. Medianas maiores do IDB foram verificadas naqueles que não realizaram cirurgia e com tempo acima de sete meses de cirurgia (Tabela 10).

Estes dados estão em consonância com outro estudo que teve por objetivo avaliar a qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes com câncer de mama antes e após cirurgia. Foi observado melhora no grau de satisfação de vida das pacientes depois da cirurgia, em relação ao pré-operatório e melhora nas taxas de depressão em média de seis a oito semanas após a cirurgia. O escore que corresponde às preocupações adicionais, ansiedade e depressão correlacionaram-se significativamente entre si nas diversas fases do tratamento e com o bem-estar físico, emocional e funcional (AVELAR et al., 2006).

A tabela 11 demonstra o teste de Friedman para o valor total da escala de Fadiga nos três momentos com as variáveis sexo, faixa etária e cirurgia. Diferenças estatisticamente significante foram observadas em todos os itens exceto nas variáveis retirada total de órgão ($p=0,678$) e cirurgia acima de 7 meses ($p=0,217$). Os resultados mostram que a presença de fadiga foi maior no sexo masculino no segundo e terceiro momento.

Em relação à faixa etária, na Tabela 11, os maiores níveis de fadiga foram nos pacientes acima de 61 anos, exceto no terceiro momento que foi maior na faixa de 18 a 40.

Miaskowski 2004 em uma revisão conclui que são mínimas as pesquisas sobre diferenças de gênero no câncer relacionando a dor, fadiga e depressão, e os estudos existentes estão restritos as diferenças nas taxas de prevalência e escores de gravidade, trazendo em sua maior parte resultados conflitantes.

Em relação à cirurgia, os pacientes que não a realizaram apresentaram maiores níveis de fadiga nos três momentos assim como depressão (Tabela 10 e 11)

Observamos na Tabela 12 que todas as dimensões da escala de Fadiga e depressão aumentaram ao longo do tratamento e de acordo com a Tabela 13 este aumento foi significativo do primeiro momento para o segundo momento, e do segundo momento para o terceiro momento.

Em concordância com estudo de revisão de literatura, que observou aumento de severidade e prevalência de fadiga durante o tratamento quimioterápico (ISHIKAWA et al., 2005).

Na Tabela 14 verificamos o coeficiente de correlação de Spearman entre os escores dos instrumentos IDB e PIPER e observamos uma correlação positiva entre os instrumentos IDB e PIPER em todos os momentos demonstrando que o aumento da fadiga está relacionado ao aumento da depressão significativamente em todos os momentos.

Byar et al. (2006), em um estudo com 25 mulheres caucasianas com câncer de mama submetidas a tratamento quimioterápico identificaram níveis de fadiga com intensidade moderada ao longo do tratamento quimioterápico e redução significativa após o término do

tratamento. Em relação à depressão observaram menores índices no início do tratamento, atingindo um maior pico no quarto tratamento e reduzindo após o término do tratamento. A correlação entre fadiga e depressão foi inconsistente durante o tratamento, mas após o término do tratamento a fadiga foi consistente e significativamente correlacionada com a ansiedade e depressão e os outros sete sintomas físicos.

Outro estudo, envolvendo 154 pacientes ambulatoriais com câncer colorretal, demonstrou correlação positiva moderada e estatisticamente significativa entre fadiga e depressão. 49,4% da amostra experimentaram algum grau de fadiga e foi observada depressão em 7,1% dos pacientes. A comorbidade entre fadiga e depressão, em diferentes magnitudes, variou entre 4,5% e 12,3%. Os achados sugerem ser a fadiga mais importante para a existência de depressão do que a depressão como constituinte da fadiga, tratando-se de dois fenômenos distintos (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

Estudo de revisão sistemática da literatura que teve por objetivo avaliar as evidências sobre associação de fadiga relacionada ao câncer com depressão e ansiedade, encontrou 59 estudos que relatavam correlação destes sintomas. A depressão foi associada moderadamente à fadiga, ressaltando que ao considerar a natureza complexa e a multifatorialidade da fadiga até uma associação moderada é importante. A heterogeneidade do estudo impede conclusões específicas sobre a direcionalidade ou mecanismos subjacentes às relações entre a fadiga, depressão e ansiedade (BROWN; KROENKE, 2009).

Na tabela 15 realizamos o teste de Kruskal-Wallis entre os escores dos instrumentos PIPER e IBD nos três momentos e verificamos que houve um aumento gradativo das medianas de fadiga e depressão entre o primeiro, segundo e terceiro momento, com diferença significativa nos três momentos, demonstrando que o tratamento quimioterápico leva ao aumento da depressão e fadiga.

Os achados deste estudo corroboram com o estudo prospectivo que avaliou os sintomas clusters (dificuldade de sono, fadiga e depressão) em pacientes com câncer de mama durante a quimioterapia. Os achados mostraram que todas as mulheres, independentemente da gravidade ou frequência de suas queixas iniciais, experimentaram maior dificuldade para dormir, mais fadiga e mais sintomas depressivos durante o tratamento em comparação ao valor basal (antes do tratamento). Mostraram ainda, que o grupo que apresentou maiores índices de sintomas clusters antes do tratamento, também apresentou maior gravidade dos sintomas durante o tratamento (LIU et al., 2009).

Estudo com uma abordagem bi-dimencional (excitação e valência) que teve por objetivo compreender a natureza complexa da fadiga e sintomas depressivos em pacientes

com câncer submetidos à quimioterapia mostrou que a associação entre sintomas de fadiga e depressão foi significativamente positiva em cada tratamento e a magnitude da associação permaneceu a mesma. No nível inicial do tratamento, dentre as variáveis demográficas, apenas sexo masculino foi significativamente associada com um maior nível inicial de fadiga e a idade foi significativamente associada com o nível inicial dos sintomas depressivos. Já dentre as variáveis clínicas, os pacientes com câncer de pulmão relataram maiores níveis de fadiga e sintomas de depressão quando comparados aos pacientes com outros tipos de câncer (KIM; HICKOK; GARY, 2006).

Na análise de multinível para mudanças na fadiga e depressão, foi evidenciado que mudanças em fadiga dependem mais da dimensão de valência (por exemplo, ansiedade e confusão), e considerando que a evolução dos sintomas depressivos dependem de ambas as dimensões (valência e excitação), mudanças nas variáveis psicológicas foram significativamente associado com mudanças na fadiga. A mudança na fadiga foi um preditor significativo da mudança na depressão mas a associação foi mais fraca em comparação com outras associações com as mudanças nas variáveis psicológicas (KIM; HICKOK; GARY, 2006).

Estudo envolvendo 1933 mulheres sobreviventes de cancer de mama, evidenciou fadiga moderada a severa em 66,1% das mulheres, 24,9% relataram depressão moderada a grave e 21,9% apresentaram depressão e fadiga. Nesse estudo tanto a fadiga quanto a depressão foram negativamente associadas a qualidade de vida relacionada a saúde dos sobreviventes (KIM et al., 2008).

Ao analisarmos as Tabelas 16, 17 e 18 encontramos a correlação de Spermán positiva entre os escores de PIPER e os sintomas do QLQ-C30 como fadiga e dor nos três momentos; náuseas e vômitos e dispnéia em dois momentos (primeiro e terceiro); perda de apetite, no segundo e terceiro momento e dificuldades financeiras apenas no terceiro momento. Essa correlação positiva se justifica uma vez que as duas escalas variam na mesma direção com relação as suas pontuações, ou seja, quanto maior o escore maior a presença de sintoma, isso significa que a presença de sintomas como náuseas e vômitos, dor, dispnéia estão associadas também a fadiga.

De acordo com as Tabelas 16, 17 e 18 a correlação foi negativa entre os escores estado geral de saúde, funções físicas, cognitivas, emocional e desempenho de papéis em relação a escala de fadiga nos três momentos; e Função Social em dois momentos (segundo e terceiro); e perda de apetite apenas no segundo momento. Esse resultado se justifica por que a escala de Fadiga PIPER tem a pontuação inversa da escala EORTC QLQ-C30, ou seja, quanto

maior o escore na escala EORTC QLQ-C30 melhor as funções e QV, enquanto na escala de Fadiga quanto maior o escore maior a presença de fadiga, portanto os dados demonstram que a presença de fadiga se relaciona a um pior escore no estado geral de saúde e no desempenho das funções físicas, cognitivas, emocional e desempenho de papel.

Estudo que teve por objetivo verificar a relação de fadiga e qualidade de vida em mulheres com câncer de mama submetidas a tratamento quimioterápico mostrou que: no início do estudo, as mulheres que relataram os maiores níveis de fadiga experimentaram níveis mais baixos de qualidade de vida em quatro domínios (papel físico, emocional, mental e vitalidade); 60 dias depois de completar a quimioterapia, as mulheres que experimentam maiores níveis de fadiga relataram qualidade de vida mais baixa em sete dos oito domínios (todos, exceto a dor corporal); menos de um ano após o início da quimioterapia, as mulheres que experimentam fadiga mais intensa, relataram níveis mais baixos de qualidade de vida em todos os domínios, exceto funções físicas e emocionais (BYAR et al., 2006).

A Tabela 19 demonstra o coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis do EORTC QLQ-C30 e IDB nos três momentos e observamos correlação negativa significativa das variáveis: Estado Geral de Saúde (EGS); Funções Físicas e emocionais; e desempenho de papel em relação aos três momentos e Função cognitiva no primeiro e terceiro momentos. O resultado se justifica, pois as escalas são inversamente proporcionais, já que quanto maior o nível de depressão menor os escores de QV.

Há correlação positiva significativa das variáveis: fadiga; dor e perda de apetite nos três momentos; náuseas e vômitos em dois momentos (primeiro e segundo); insônia no segundo e terceiro momentos; dispnéia apenas no terceiro momento e dificuldades financeiras no segundo momento conforme Tabela 19. Esta correlação se justifica, já que estas escalas são diretamente proporcionais, ou seja, quanto maiores os níveis de depressão, maiores serão os sintomas fadiga, dor, perda de apetite.

6 CONCLUSÕES

O conjunto dos resultados permitiu visualizar aumento da frequência de fadiga e depressão nos pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico nos três momentos e uma influencia negativa de ambos na qualidade de vida destes pacientes.

Os objetivos específicos foram alcançados com os seguintes resultados:

O perfil sócio-demográfico e clínico da população estudada mostrou que em relação ao sexo foi uma amostra homogênia, 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino. Houve um predomínio de pacientes acima de 40 anos, maioria casados, nível de escolaridade fundamental e religião católica. Em relação à ocupação houve um predomínio de homens no mercado de trabalho e mulheres em serviços domésticos. Em relação ao diagnóstico, houve um predomínio de câncer gastrointestinal nos homens e câncer de mama nas mulheres.

Os dados demonstraram aumento da frequência de fadiga e depressão nos três momentos. A depressão aumentou em torno de 10,15% dos pacientes do primeiro até o terceiro momento e a fadiga houve um aumento de 59,7% dos pacientes do primeiro até o terceiro momento.

Observamos que a depressão foi maior nas mulheres no primeiro e segundo momento. Em relação à idade encontramos maiores médias do IDB na faixa etária de 18 a 40 anos nos pacientes que não realizaram cirurgia ou realizaram acima de sete meses. Em relação à fadiga observou-se maiores escores em homens no segundo e terceiro momentos, entre 18 e 40 anos e naqueles que não realizaram cirurgia.

Observamos uma correlação positiva entre a depressão e fadiga em todos os momentos, demonstrando que o aumento da fadiga está relacionado ao aumento da depressão. Houve aumento gradativo da depressão e fadiga com diferença significativa nos três momentos demonstrando que o tratamento quimioterápico leva ao aumento da depressão e fadiga.

Houve uma correlação positiva entre fadiga e os sintomas da qualidade de vida, fadiga e dor, nos três momentos. E a correlação foi negativa entre os escores estado geral de saúde, funções físicas, cognitivas, emocional e desempenho de papéis em relação a escala de fadiga nos três momentos.

Observamos correlação negativa significativa entre os escores de depressão e qualidade de vida das variáveis: Estado Geral de Saúde (EGS); Funções Físicas e emocionais; e desempenho de papel em relação aos três momentos. E uma correlação positiva significativa das variáveis: fadiga; dor e perda de apetite nos três momentos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes com câncer experimentam sintomas e sentimentos negativos devido a sua doença e aos efeitos dos tratamentos, e que podem influenciar na sua qualidade de vida

Identificar e quantificar a depressão e fadiga e verificar suas influências na qualidade de vida deste grupo de pacientes se torna importante para a enfermagem buscar meios de prevenir e/ou minimizar estes sintomas a fim de efetivar melhora na qualidade de vida destes pacientes.

O conjunto dos resultados nos permitiu visualizar um impacto negativo da depressão e fadiga na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer, submetidos ao tratamento quimioterápico, e um aumento gradativo e correlacionado entre a depressão e fadiga com o tratamento quimioterápico.

O estudo prospectivo é capaz de demonstrar as mudanças ao longo do tempo, assim este estudo de depressão e fadiga e QVRS pode mostrar a influência do tratamento quimioterápico na vida dos pacientes.

Como limitação deste estudo, destacamos o número reduzido de sujeitos, entretanto os dados encontrados são semelhantes na literatura demonstrando a importância deste estudo, conhecer e identificar a depressão e fadiga se torna importante para o delineamento do tratamento e os resultados direcionam a equipe de oncologia para um melhor planejamento na assistência deste grupo de pacientes e conseqüentemente a melhora da qualidade de vida dos mesmos.

Cabe a equipe oncológica identificar e conhecer fatores que predispõem à fadiga e depressão, bem como direcionar o paciente para tratamentos e/ou técnicas de redução e prevenção destes sintomas, como acupuntura, técnicas de relaxamento, Reiki; com vistas a melhorar a qualidade de vida deste grupo.

REFERÊNCIAS

ALACACIOGLU, A. et al Quality of life, anxiety and depression in Turkish breast cancer patients and in their husbands. **Medical Oncology**, Izmir, v. 26, n. 4, p. 415–419, 2009.

ALMEIDA, V. L. et al. Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o DNA: uma introdução. **Química Nova**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 118-129, 2005.

ASHING-GIWA, K.T. The contextual model of HRQoL: A paradigm for expanding the HRQoL framework. **Quality of Life Research**, Los Angeles, v. 14, n. 2, p. 297–307, 2005.

AUQUIER, P.; SIMEONI, M. C.; MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. **Revue Prevenir**, v. 33, p. 77-86, 1997.

AVELAR, A. M. A. et al. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 11-20, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil: alimentação, nutrição e atividade física**. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009b.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed.atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE (BR). **Mensagem aos médicos**. Câncer Fundamentos, Secretaria da Assistência Médica – Divisão Nacional de Câncer. Brasília (DF), p 7-47, 1971.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**. Estatísticas do Registro Civil, Rio de Janeiro, v. 36, p.1- 186, 2009. IBGE. 2010a.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE Síntese de indicadores sociais** Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro V. 27, 2009. IBGE 2010b.

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. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

BROWN, L. F.; KROENKE, K. Cancer-related fatigue and its associations with depression and anxiety: a systematic review. **Psychosomatics**, Indianapolis, v. 50, n. 5, p. 440-447, 2009.

BYAR, K. L. et al. Impact of Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy on Fatigue, Other Symptoms, and Quality of Life. **Oncology Nursing Forum**, Omaha, v. 33, n. 1, p. E18-E26, 2006.

CALIL, H. M.; PIRES, M. L. N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 240-4, 2005.

COELHO, F. M. R.; SAWADA, N. O. A fadiga nos pacientes com câncer de laringe. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 103-107, 1999.

CRUCIANI, R. A. Understanding and trating câncer-related fatigue. **Journal of Suportive Oncology**, Arizona, v. 4, n. 10, p. 72, 2006.

DE LENA, M. et al. Combined chemotherapy-radiotherapy approach in locally advanced (T3b-T4) breast cancer. **Cancer Chemotherapy and Pharmacology**, v. 1, n. 1, p. 53-59, 1978.

ELTAHIR, A. et al. Treatment of large and locally advanced breast cancers using neoadjuvant chemotherapy. **American Journal of Surgery**, Scotland, v. 175, n. 2, p. 127-132, 1998.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Quality of life- the assessment , analysis , and interpretation of patient-reported outcomes. **Chichester:England John Wiley & Sons**; 2nd ed. p.3-30, 2007.

FERLAY, J. et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. **International Journal of Cancer**, Lyon, v. 127, p. 2893–2917, 2008.

FRANZI, S. A.; SILVA, P. G. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 3, p. 153-158, 2003.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 4, p. 453-7, 1996.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck; propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998.

HURNY, C. Impact of adjuvant therapy on quality of life in women with node-positive operable breast cancer. **Lancet**, Bern, v. 347, n. 9011, p. 1279-1284, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - **Censo Demográfico 2000**. Características gerais da população. Censo demográfico, Rio de Janeiro, p. 1-178, IBGE, 2000.

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.

JEAN PIERRE, P. et al. City-based clinical oncology research trials for cancer-related fatigue. **The Journal of Supportive Oncology**, Morristown, v. 4, n. 10, 2006.

KAGAWA-SINGER, M.; PADILLA, G. V.; ASHING-GIWA, K. Health-related quality of life and culture. **Seminars in Oncology Nursing**, Los Angeles, v. 26, n. 1, p. 59-67, 2010.

KIM, S. H. et al. Fatigue and Depression in Disease-Free Breast Cancer Survivors: Prevalence, Correlates, and Association with Quality of Life. **Journal of Pain and Symptom Management**, Gyeonggi, v. 35, n. 6, p. 644-655, 2008.

KIM, Y.; HICKOK, J. T.; GARY, G. Fatigue and depression in cancer patients undergoing chemotherapy: an emotion approach. **Journal of Pain and Symptom Management**, Gyeonggi, v. 32, n. 4, p. 311-321, 2006.

LAMINO, D. A.; MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 508-514, 2011.

LIU, L. et al. Pre-treatment Symptom Cluster in Breast Cancer Patients is Associated with Worse Sleep, Fatigue and Depression during Chemotherapy. **Psychooncology**, New York, v. 18, n. 2, p. 187-194, 2009.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 750-7, 2008.

MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. A. Qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Belo Horizonte, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.

MENEZES, M. F. B.; CAMARGO, T. C. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 442-7, 2006.

MIASKOWSKI, C. Gender Differences in Pain, Fatigue, and Depression in Patients With Cancer. **Journal of the National Cancer Institute Monographs**, San Francisco, n. 32, p. 139-143, 2004.

MORELI, L. et al. Intervenções utilizadas na promoção de estratégias de Coping na depressão em mulheres com câncer. **Ciencia y Enfermeria**, Concepcion, v. 15, n. 2, p. 41-54, 2009.

MOTA, D. D. C. F. **Instrumentos de auto-relato para avaliação de fadiga: uma revisão sistemática**. São Paulo, 2003. 137p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2003.

MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga: uma análise do conceito. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 285-293, 2005.

MOTA, D. D. C. F. **Fadiga em doentes com câncer colo-retal: fatores de risco e preditivos**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MOTA, D. D. C. F. et al. Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue Scale-Revised. **Supportive Care in Cancer**, v. 17, n. 6, p. 645-652, 2009.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines™) Cancer-Related Fatigue. Version 1-2011. Disponível em: <http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp>. Acesso em: 20 jul. 2011.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 155-161, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Saúde nas Américas**. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde, 2007. 449 p. (Publicação Científica e Técnica, 622).

OZYILKAN, O. et al. The impact of diagnosis and treatment on the quality of life in breast cancer patients. **Neoplasma**, Ankara, v. 44, n. 1, p. 50-52, 1998.

PARKIN, D. M. et al. Fifty years of cancer incidence: CI5 I-IX. **International Journal of Cancer**, Hoboken, v. 127, n. 12, p. 2918-2927, 2010.

PICKARD HOLLEY, S. Fatigue in cancer patients: a descriptive study. **Cancer Nursing**, Florida, v. 14, p. 13-19, 1991.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Belo Horizonte, v. 56, n. 4, p. 431-441, 2010.

RUBIN, D. B. Multiple imputation after 18+ years. **Journal of the American Statistical Association**, v. 91, p. 473-489, 1996.

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 USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, 2009.

SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 581-587, 2009.

SCHAFFER JL. *Analysis of Incomplete Multivariate Data*. Chapman & Hall, London, 1997.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SIEGEL, S.; CASTELLAN JR, N. J. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. (2ª. Ed.). Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVA, P. D. V. et al. Qualidade de vida, depressão e câncer de mama: um estudo piloto da Faculdade de Medicina do ABC. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 17-22, 2002.

SO, W. K. W. et al. Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. **European Journal of Oncology Nursing**, Hong Kong, v. 14, n. 1, p. 17–22, 2010.

SOARES, C. SABÓIA, A. L. Tempo, trabalho e afazeres domésticos : um estudo com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2001 e 2005. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2007.

SPIEGEL, D. Effects oh psychotherapy on cancer survival. **Nature Reviews Cancer**, California, v. 2, n. 5, p. 383-389, 2002.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1447-1462, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The World Health Organization's Fight Against Cancer: Strategies That Prevent, Cure and Care. WHO, 2007

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Cancer Report, 2008. International Agency for Research on Cancer, Lyon. WHO, 2009.

ZANDONAI, A.P.; CARDOZO, F.M.C.; NIETO, I.N.G. **Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana**. Monografia, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Oncologia. 2008.

ZANDONAI, A. P.; CARDOZO, F. M. C.; NIETO, I. N. G. N.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latinoamericana. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 554-561, 2010.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre Esclarecido ao Paciente

1. NOME DA PESQUISA: A influência da depressão e fadiga na qualidade de vida dos pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia.
2. PESQUISADOR: Fernanda Mara Coelho Cardozo, Coren 88452
3. ORIENTADOR: Profa Dra Namie Okino Sawada
4. PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
5. PATROCINADOR QUE APÓIA FINANCEIRAMENTE A PESQUISA:- não há

Estamos convidando você, que encontra-se em tratamento quimioterápico, para participar de uma pesquisa que pretende avaliar se você tem apresentado cansaço excessivo e depressão; o quanto tem apresentado esses sintomas e ainda verificar a influência desses sintomas na sua qualidade de vida. Caso você concorde em participar você terá que responder a algumas perguntas sobre como você se sente no início, durante e no término do tratamento. Esclarecemos que esses procedimentos não irão interferir no tratamento recebido no Hospital. Você poderá responder as perguntas no hospital, durante os retornos para continuidade do tratamento que levará aproximadamente 15 minutos para respondê-las. Se durante o período em que estiver respondendo as perguntas da pesquisa, você sentir algum desconforto, por exemplo, devido a quimioterapia, poderemos parar a nossa conversa e continuar em outro momento, se você quiser. Você não será identificado e as informações que você nos der serão confidenciais. Os resultados deste estudo poderão nos ajudar a entender o cansaço excessivo e a depressão causados pelo tratamento e sua interferência na qualidade de vida. A recusa em participar não trará nenhuma mudança no seu tratamento e você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Informamos que não haverá riscos e nem despesas por participar desta pesquisa e não haverá benefícios diretos por sua participação, mas você estará contribuindo com os resultados dessa pesquisa e poderá ajudar outros pacientes no futuro. Você receberá uma cópia deste termo com a assinatura da pesquisadora.

Fernanda Mara Coelho Cardozo
Rua Maria Aparecida do Amaral, 862 Planalto Verde Ribeirão Preto
Tel.: (16) 3975-2894 / 9131-1977
fer.cardozo@usp.br

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

EU _____, aceito participar desta pesquisa. Sei que quando eu não quiser mais participar, eu posso desistir. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discutí-la com a mesma.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA

APÊNDICE B

Gabarito Dados Socio-demográficos Clínicos

1. Sexo		8. Diagnóstico		14. Protocolo da Quimioterapia	
Feminino	(1)	Ca Gastrointestinal	(1)	Cisplatina	(1)
Masculino	(2)	Ca Mama	(2)	5 FU/Fluoracil	(2)
		Ca Pulmão	(3)	Paclitaxel/Taxol	(3)
2. Faixa Etária		Ca Genito-urinário	(4)	Docetaxel	(4)
18 ----- 30	(1)	Ca Próstata	(5)	Paclitaxel/Taxol+Carboplatina	(5)
31 ----- 40	(2)	Ca Cabeça e pescoço	(6)	Etoposido+Cisplatina	(6)
41 ----- 50	(3)	Ca Pele	(7)	Doxorrubicina	(7)
51 ----- 60	(4)	Ca sist Linfático	(8)	Ciclosfamida	(8)
61 ----- 70	(5)			Cisplatina+Doxorrubicina+rituximab	(10)
≥ 71	(6)	9. Cirurgia		Genizar	(11)
		Não	(1)	Oxaliplatina+Leucovirin	(12)
3. Estado Civil		Sim	(2)	Ciclofosfamida+Methotrexate	(13)
Solteiro	(1)			Carboplatina+Etoposido	(14)
Casado	(2)	10. Tipo Cirurgia		Cisplatina+5FU	(15)
Viúvo	(3)	Não realizou	(1)	Zometa+Docetaxel	(16)
Divorciado	(4)	Biópsia	(2)	Leucovirin+5FU	(17)
Outro	(5)	Ret. parcial do órgão	(3)	Carboplatina	(18)
		Ret. total do órgão	(4)	Paclitaxel/Taxol+Cisplatina	(19)
4. Profissão/ Ocupação		Implante	(5)	Ciclofosfatina	(20)
Aposentado	(1)			Doxorrubicina+Ciclofosfamida	(21)
Dona de Casa	(2)	11. Tempo da Cirurgia		Ciclofosfamida+Oncovin	(22)
Empregado	(3)	(em meses)		Cisplatina+Doxorrubicina	(23)
Desempregado	(4)	Não realizou	(1)	Etoposido+Ciclofosfamida	(24)
Não especificado	(5)	< 6 meses	(2)		
		7 a 12 meses	(3)		
5. Cidade		13 a 24 meses	(4)		
Ribeirão Preto	(1)	> 24 meses	(5)		
Região RP	(2)				
Outro Estado	(3)	12. Radioterapia			
		Não	(1)		
6. Nível de Escolaridade		Sim	(2)		
Fundamental	(1)				
Médio	(2)	13. Sessões de			
Superior	(3)	Radioterapia			
		Não realizou	(1)		
7. Religião		Até 10 sessões	(2)		
Católico	(1)	11 a 20 sessões	(3)		
Evangélico	(2)	21 a 30 sessões	(4)		
Espírita	(3)	> 31 sessões	(5)		
Sem religião	(4)	Não soube inf	(6)		

ANEXO A

Escala de Fadiga de Piper – revisada

Instruções: Para cada questão a seguir, circule o número que melhor descreve a fadiga que você está sentindo AGORA.

Por favor esforce-se para responder cada questão da melhor maneira possível. Muito obrigada.

1. Há quanto tempo você está sentindo fadiga? (*assinale some UMA resposta*)

Dias ___

Semanas ___

Meses ___

Horas ___

Minutos ___

Outro (*por favor descreva*): ___

2. Quanto estresse a fadiga que você sente agora causa?

Nenhum estresse

Muito

estresse

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Quanto de fadiga interfere na sua capacidade de completar suas atividades de trabalho ou escolares?

Nada

Muito

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Quanto a fadiga interfere na sua habilidade de visitar ou estar junto com seus amigos?

Nada

Muito

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Quanto a fadiga interfere na sua habilidade de ter atividade sexual?

Nada

Muito

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. De modo geral, quanto a fadiga interfere na capacidade de realizar qualquer tipo de atividade que você gosta?

Nada

Muito

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Como você descreveria a intensidade ou a magnitude da fadiga que você está sentindo agora?

Leve

Intensa

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Como você descreveria a fadiga que você está sentindo agora?

8.

Agradável

Desagradável

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9.

Aceitável

Inaceitável

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10.												
Protetora												Destruidora
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
11.												
Positiva												Negativa
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
12.												
Normal												Anormal
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
13.Quanto você está se sentindo...												
Forte												Fraco
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
14.Quanto você está se sentindo...												
Acordado												Sonolento
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
15.Quanto você está se sentindo...												
Com vida												Apático
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
16. Quanto você está se sentindo...												
Com vigor												Cansado
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
17. Quanto você está se sentindo...												
Com energia												Sem energia
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
18. Quanto você está se sentindo...												
Paciente												Impaciente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
19.Quanto você está se sentindo...												
Relaxado												Tenso
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
20.Quanto você está se sentindo...												
Extremamente feliz												Deprimido
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
21.Quanto você está se sentindo...												
Capaz de se concentrar												Incapaz de se concentrar
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

22.Quanto você está se sentindo...

Capaz de se lembrar

Incapaz de se
lembrar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23.Quanto você está se sentindo...

Capaz de pensar com clareza

Incapaz de
pensar com
clareza

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. De modo geral, o que você acha que contribui ou causa sua fadiga?

25.De modo geral, o que mais alivia a sua fadiga é:

26..Existe mais alguma coisa que você gostaria de dizer para descrever melhor sua fadiga?

27.Você está sentindo qualquer outro sintoma agora?

() Não () Sim. Por favor descreva

ANEXO B

Inventário de Depressão de Beck

Neste questionário existem grupos de frases.

Escolha, em cada grupo, a frase que melhor descreve como você se sentiu na semana que passou, incluindo o dia de hoje.

Leia atentamente cada frase de cada grupo antes de fazer sua escolha.

1.	0	Não me sinto triste.
	1	Sinto-me triste.
	2	Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.
	3	Estou tão triste ou infeliz que não posso agüentar.
2.	0	Não estou sem coragem para o futuro.
	1	Sinto-me sem coragem quanto ao futuro.
	2	Sinto que não tenho nada por que esperar.
	3	Sinto que o futuro é sem esperança e as coisas não podem melhorar.
3.	0	Não me sinto fracassado(a).
	1	Sinto que falhei mais que o indivíduo médio.
	2	Quando olho para trás em minha vida, tudo que vejo é uma porção de fracassos.
	3	Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.
4.	0	Obtenho tanta satisfação nas coisas como costumava ter.
	1	Não gosto das coisas como costumava gostar.
	2	Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma.
	3	Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.
5.	0	Não me sinto particularmente culpado(a).
	1	Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.
	2	Sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo.
	3	Sinto-me culpado(a) o tempo todo.
6.	0	Não sinto que esteja sendo castigado(a).
	1	Sinto que possa ser castigado(a).
	2	Espero ser castigado(a).
	3	Sinto que estou sendo castigado(a)
7.	0	Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
	1	Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
	2	Sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a).
	3	Eu me odeio.
8.	0	Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
	1	Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
	2	Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas.
	3	Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem.
9.	0	Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.
	1	Tenho pensamentos sobre me matar, mas não os levaria adiante.
	2	Gostaria de me matar.
	3	Eu me mataria, se tivesse uma oportunidade.
10.	0	Não costumo chorar mais que o habitual.
	1	Choro mais agora do que costumava fazer.
	2	Atualmente choro o tempo todo.
	3	Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que eu queira.

11.	0	Não me irrita mais agora do que em qualquer outra época.
	1	Fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
	2	Atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo.
	3	Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12.	0	Não perdi o interesse nas outras pessoas.
	1	Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
	2	Perdi a maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
	3	Não consigo mais tomar decisão alguma.
13.	0	Tomo decisões mais ou menos tão bem como em qualquer outra época.
	1	Adio minhas decisões mais do que costumava.
	2	Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
	3	Não consigo mais tomar decisão alguma.
14.	0	Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
	1	Preocupo-me por estar parecendo mais velho(a) e sem atrativos.
	2	Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
	3	Considero-me feio(a).
15.	0	Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
	1	Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
	2	Tenho que me forçar muito até fazer qualquer coisa.
	3	Não consigo fazer nenhum trabalho.
16.	0	Durmo tão bem quanto de hábito.
	1	Não durmo tão bem como costumava.
	2	Acordo 1 ou 2 horas mais cedo que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir.
	3	Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17.	0	Não fico mais cansado(a) que de hábito.
	1	Fico mais cansado(a) com mais facilidade do que costumava.
	2	Sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa.
	3	Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.
18.	0	Meu apetite não está pior que de hábito.
	1	Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
	2	Meu apetite está muito pior agora.
	3	Não tenho mais nenhum apetite.
19.	0	Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
	1	Perdi mais de 2,5 Kg.
	2	Perdi mais de 5 Kg.
	3	Perdi mais de 7,5 Kg.
		() Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos.
20.	0	Não me preocupo mais que de hábito com minha saúde.
	1	Preocupo-me com problemas físicos, como dores ou aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
	2	Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso.
	3	Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21.	0	Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
	1	Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava.
	2	Estou bem menos interessado(a) em sexo atualmente.
	3	Perdi completamente o interesse no sexo.

ANEXO C

EORTC QLQ – C30 (Versão 3.0)

Iniciais do nome: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data da coleta |_|_|_|_|_|

Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

	Não	Pouco	Modera damente	Muito
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade, quando faz uma grande caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta 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. Você se sentiu limitado/a para realizar seu trabalho ou cumprir suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Você se sentiu limitado/a em suas 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 nauseado/a?	1	2	3	4

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:

	Não	Pouco	Modera damente	Muito
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4
16. Você tem ficado constipado?	1	2	3	4
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 sente tenso/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 familiar?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?	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, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica em 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 global, durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

ANEXO D**Dados Sócio-demográficos e Clínicos**

1-NOME DO PACIENTE: _____

1.2-SEXO () FEM () MASC

1.3-IDADE: _____

1.4-ESTADO CIVIL () SOLTEIRO () CASADO () OUTRO ESPECIFICAR: _____

1.5-PROFISSÃO: _____

1.6-ENDEREÇO: _____

1.7-TELEFONE: _____

1.8.-CIDADE / ESTADO: _____

1.9.NÍVEL DE ESCOLARIDADE: () FUNDAMENTAL () MÉDIO () SUPERIOR

1.10-RELIGIÃO: _____

2- NÚMERO DO REGISTRO: _____

3- DIAGNÓSTICO: _____

4-FEZ CIRURGIA () SIM () NÃO

5-QUAL CIRURGIA: _____

6-DATA DA CIRURGIA: _____

7-FEZ RADIOTERAPIA () SIM () NÃO QUANTAS SESSÕES: _____

8-INÍCIO DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO: _____

9-QUAL SESSÃO ESTÁ REALIZANDO: _____

10-PROTOCOLO DA QUIMIOTERAPIA: _____

11-EFEITOS COLATERAIS DA QUIMIOTERAPIA: _____

ANEXO E

COMITÊ



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 118/2009

Ribeirão Preto, 01 de junho de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 01 de junho de 2009.


Protocolo: nº 1017/2009

Projeto: A INFLUÊNCIA DA DEPRESSÃO E FADIGA NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS À QUIMIOTERAPIA.

Pesquisadores: Namie Okino Sawada
Fernanda Mara Coelho Cardozo

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Enfª Maria Antonieta Spino Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP