

**Sara Mota Borges Bottino**

**PREVALÊNCIA E IMPACTO DO TRANSTORNO DO  
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NA QUALIDADE DE  
VIDA DE MULHERES RECÉM DIAGNOSTICADAS  
COM CÂNCER DE MAMA**

**Tese apresentada à Faculdade de Medicina  
da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Doutor em Medicina  
Área de concentração: Medicina Preventiva  
Orientador: Prof. Dr. Júlio Litvoc**

**São Paulo  
2009**

**Sara Mota Borges Bottino**

**PREVALÊNCIA E IMPACTO DO TRANSTORNO DO  
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NA QUALIDADE DE  
VIDA DE MULHERES RECÉM DIAGNOSTICADAS  
COM CÂNCER DE MAMA**

**Tese apresentada à Faculdade de Medicina  
da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Doutor em Medicina  
Área de concentração: Medicina Preventiva  
Orientador: Prof. Dr. Júlio Litvoc**

**São Paulo  
2009**

**As pacientes que me ensinaram como nascem fortes as  
mulheres**

**A minha mãe, que sempre lutou pela saúde  
de todos**

**Ao Cássio, e ao nosso amor  
forte**

**Aos meus filhos, Antonio e Lucas, pelo carinho e  
compreensão,**

**A minha família de laços  
em São Paulo**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador Prof. Dr. Júlio Litvoc pelo ensino cuidadoso, detalhista, modelo de professor;

Ao Prof. Dr. Cássio Bottino, pela co-orientação desse trabalho;

Ao Prof. Dr. Luis Henrique Gebrim, diretor do Centro de Referência da Saúde da Mulher, pelo apoio na execução do trabalho e orientações precisas;

Agradeço a Profa. Dra. Marianne Pinotti e ao Prof. Dr. Luis Carlos Teixeira, que perceberam a importância da Interconsulta Psiquiátrica no atendimento do Centro de Alta Resolutividade –CARE, e incentivaram a realização desse trabalho;

Aos colegas oncologistas e mastologistas, Dr. Elias Abdo, Dr. Francisco Marziona, Prof. Dr. Roberto Euzébio dos Santos, Dr. André Mattar, Dra. Maura Alambert, que me ajudaram em vários momentos e por serem colegas afetuosos;

Aos funcionários do Pérola Byington, porque buscam a excelência no atendimento às pacientes, porque trabalham com satisfação, por serem bons colegas, e pelos laços afetivos que fizemos enquanto trabalhamos;

A banca de qualificação pelas sugestões valiosas: Prof. Dr. Heráclito Barbosa de Carvalho, Prof. Dr. Marcelo Feijó, Profa. Dra. Laura Helena S.G de Andrade, Prof<sup>a</sup>. Dra. Vanessa Cítero;

Aos professores, alunos e funcionários do Departamento de Medicina Preventiva, um ambiente que vai deixar saudades;

A Miriam, da informática por ajudar a construir o meu banco de dados;

Ao Eduardo Nakano, estatístico, pela análise cuidadosa;

Aos meus sogros, pelo apoio em todos os momentos;

A Nera e Dalva, meus anjos em casa;

A Carla Alves, que por muito tempo esteve ao meu lado, participando e ajudando a minha vida profissional;

A Alessandra do PROTER, pelo entusiasmo e gratidão.

# SUMÁRIO

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

SUMMARY

1. INTRODUÇÃO .....	2
1.1 Diagnóstico de Câncer de Mama: Um Evento Traumático?.....	3
1.2 Sintomas de Resposta Traumática ao Diagnóstico de Câncer e o Modelo de Rede .....	4
1.3 Epidemiologia e Critérios Diagnósticos do Transtorno do ..... 7	7
Estresse Pós-Traumático .....	7
1.4 Prevalência e Impacto do Transtorno do Estresse Pós-Traumático em Pacientes com Câncer .....	10
1.5 JUSTIFICATIVA.....	15
1.6 HIPÓTESES.....	16
2.OBJETIVOS .....	18
3. MÉTODOS .....	20
3.1 Desenho.....	20
3.2 Local.....	20
3.3 População de Estudo .....	20
3.4 Critérios de Inclusão .....	21
3.5 Critérios de Exclusão .....	21
3.6 Amostra.....	21

3.7 Piloto .....	22
3.8 Instrumentos .....	23
3.8.1 “Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version” (PCL-C).....	23
3.8.2 Escala do Impacto do Evento (IES) .....	25
3.8.3 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).....	27
3.8.4 Questionário de Qualidade de Vida: SF-36 (Versão Brasileira).....	28
3.9 Procedimentos .....	31
3.10 Variáveis Estudadas .....	32
3.10.1 Sócio-demográficas .....	32
3.10.2 Clínicas.....	32
3.10.3 Sintomas Psiquiátricos .....	33
3.10.3.1 Sintomas de Estresse Pós-Traumáticos.....	33
3.10.3.2 Gravidade dos Sintomas de Intrusão e Evitação .....	33
3.10.3.3 Sintomas de Ansiedade e Depressão.....	33
3.10.4 Qualidade de Vida.....	34
3.11 Processamento dos Dados .....	34
3.12 Aspectos Éticos .....	34
3.13 Análise Estatística .....	35
4. RESULTADOS.....	39
4.1 Características sócio-demográficas e clínicas da amostra .....	39
4.2 Frequência dos Sintomas de Estresse Pós-Traumáticos.....	42
4.3 Prevalência de TEPT-Câncer e TEPT-Câncer Subsindrômico .....	43
4.4 Gravidade dos Sintomas de Evitação e Intrusão .....	44
4.5 TEPT e Transtornos Mentais Comórbidos: Ansiedade, Depressão e Uso de Substâncias.....	45
4.6 Características Sócio-Demográficas e Clínicas, Qualidade de Vida e TEPT .....	47
5. DISCUSSÃO .....	52
5.1 Frequência e Intensidade dos Sintomas de Estresse Pós- Traumático.....	54
5.2 Prevalência e Impacto do TEPT-Câncer: Comorbidades Psiquiátricas .....	58
5.3 Impacto do TEPT-Câncer na Qualidade de Vida.....	61
5.4 Limitações da Pesquisa .....	65

6. CONCLUSÕES .....	67
7. ANEXOS .....	69
ANEXO I .....	70
Estadiamento Clínico do Câncer de Mama.....	71
CrITÉrios DiagnÓsticos para Transtorno do Estresse Pós-Traumático (DSM-IV).....	72
ANEXO II.....	73
“Pos-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version”: PCL-C.....	74
Escala do Impacto do Evento.....	75
Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.....	76
Questionário sobre qualidade de vida SF – 36.....	78
ANEXO III.....	81
Freqüência dos Sintomas de Estresse Pós Traumático em Mulheres Diagnosticadas com Câncer de Mama (n=290).....	82
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ABIPEME	Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado
ANCOVA	análise de co-variância
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CARE	Centro de Alta Resolutividade
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CCI	Coefficiente de Correlação Intraclasse
CRSM	Centro de Referência da Saúde da Mulher
DSM-III	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. 3 <sup>a</sup> Edição
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4 <sup>a</sup> Edição
GHQ	General Health Questionnaire
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
IES	Escala do Impacto do Evento
INCA	Instituto Nacional do Câncer
PCL-C	Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version
SCID	Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV
SF-36	Questionário de Qualidade de Vida
TEPT	Transtorno do Estresse Pós Traumático



## LISTA DE TABELAS

Tabela I	Prevalência de TEPT em Mulheres com Câncer de Mama nos Estágios Iniciais.....	13
Tabela II	Características sócio-demográficas e clínicas.....	40
Tabela III	Intervalo de dias entre o diagnóstico de câncer e aplicação das escalas.....	41
Tabela IV	Prevalência do TEPT-Câncer e TEPT-Câncer subsindrômico de acordo com a PCL.....	43
Tabela V	Gravidade dos Sintomas de Intrusão e Evitação.....	44
Tabela VI	Frequência de Ansiedade e Depressão.....	46
Tabela VII	Características Sócio-demográficas, Clínicas e Qualidade de Vida das mulheres com TEPT e TEPT Subsindrômico .....	48
Tabela VIII	Resultados da ANCOVA dos escores da Qualidade de Vida nas mulheres sem TEPT, com TEPT subsindrômico e TEPT.....	51

## RESUMO

Bottino, S.M.B. *Prevalência e impacto do transtorno do estresse pós-traumático na qualidade de vida de mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. 90 pgs.

O diagnóstico de câncer é uma experiência traumática que pode precipitar sintomas do Transtorno de Estresse Pós Traumático – TEPT. São poucos os estudos que avaliaram a prevalência e o impacto do TEPT na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama, antes do início dos tratamentos. Este trabalho teve como objetivos estimar a prevalência e o impacto dos sintomas do TEPT Agudo na qualidade de vida de mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama, investigando as variáveis sócio-demográficas e clínicas associadas ao TEPT. Foi realizado um estudo do tipo corte transversal no Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington. Os sintomas de TEPT foram avaliados com a “Post-Traumatic Stress Disorder Checklist- Civilian Version”, os sintomas de Ansiedade e Depressão com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, e a Qualidade de Vida com o SF-36. Comparamos as variáveis sócio-demográficas e clínicas nas mulheres com TEPT, TEPT Subsindrômico e sem TEPT. Foi feita uma análise de co-variância, com comparação pos-hoc pelo método de Tukey, para avaliar o impacto do TEPT sobre a qualidade de vida. Identificamos que 81% das mulheres apresentaram ao menos um sintoma de estresse pós-traumático clinicamente significativo, 17,9% tinham sintomas de TEPT e 24,5% de TEPT subsindrômico. As características sócio-demográficas e estadiamento do câncer não estavam associadas ao TEPT. História de tratamentos psiquiátricos mostrou uma tendência de associação ( $p < 0,056$ ), enquanto os escores das escalas de ansiedade e depressão estavam significativamente associados ao TEPT ( $p < 0,001$ ). Pacientes com TEPT tinham prevalência de Ansiedade seis vezes maior (Razão de Prevalência - RP = 6,56), e de Depressão quatorze vezes maior (RP = 14,41), do que as pacientes sem TEPT. As mulheres com TEPT e TEPT subsindrômico apresentaram os piores escores em todos os domínios da qualidade de vida, comparadas àquelas sem TEPT, mesmo controlando para a influência das variáveis sócio-demográficas e clínicas. Os domínios Capacidade Funcional e Aspecto Social estavam significativamente reduzidos nas mulheres com TEPT e com TEPT subsindrômico comparados ao grupo sem TEPT ( $p < 0,05$ ) quando adicionamos no modelo os sintomas de ansiedade e depressão. Os sintomas de TEPT foram prevalentes e repercutiram negativamente na qualidade de vidas das mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama, sugerindo que a avaliação destes sintomas nessa fase da doença é importante, pelas possibilidades de intervenção precoce.

Descritores: Neoplasias da Mama; Transtorno do Estresse Pós-Traumático; Qualidade de Vida; Comorbidades.

## SUMMARY

Bottino SMB. *Prevalence and impact of the Post Traumatic Stress Disorder on the quality of life of women newly diagnosed with breast cancer* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2009. 90 pgs.

Descriptors: PTSD; breast cancer; quality of life; comorbidity;

Receiving a diagnosis of cancer is a traumatic experience which may trigger Post Traumatic Stress Disorder – PTSD. To date, few studies have assessed the prevalence and impact of PTSD on the quality of life in women with breast cancer prior to commencement of treatment. The present study aimed to estimate the prevalence and impact of Acute PTSD symptoms on the quality of life in women recently diagnosed with breast cancer, while investigating the socio-demographic and clinical variables associated to PTSD. A transversal, cross-sectional type study was conducted at a Reference Center for Women’s Health “Byington Pérola Hospital”. The PTSD symptoms were assessed using the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version, the Anxiety and Depression symptoms were evaluated with the Hospital Anxiety and Depression Scale, while Quality of Life was evaluated by the SF-36 questionnaire. The socio-demographic and clinical variables of the women with PTSD, Subsyndromal PTSD, and without PTSD were compared. Co-variance analysis was performed to assess the impact of the symptoms of PTSD on quality of life, independently from the potential effects of socio-demographic and clinical variables or psychiatric comorbidities, followed by Tukey’s post-hoc comparison. We found a high prevalence of clinically significant post-traumatic stress symptoms. A total of 81% of women presented at least one symptom, 17.9% were diagnosed with PTSD, and 24.5% with subsyndromal PTSD. The socio-demographic characteristics and clinical staging of cancer were not associated with PTSD. Prior history of treatment and consultations for psychiatric problems presented a tendency toward association ( $p < 0.056$ ), while scores on the anxiety and depression scales were significantly associated with PTSD ( $p < 0.001$ ). We identified high comorbidity among PTSD, Anxiety and Depression. Patients with PTSD had a six-fold higher prevalence of Anxiety (Prevalence Ratio – PR = 6.56), and a fourteen-fold higher rate of Depression (PR = 14.41) compared to patients without PTSD. Scores on domains of the quality of life scale were significantly lower in women with PTSD and subsyndromal PTSD. After controlling for influence of socio-demographic variables, cancer staging and psychiatric history, scores across all domains of the quality of life scale remained significantly lower in PTSD and subsyndromal PTSD groups. In the final step of the co-variance analysis, when anxiety and depression symptoms were included, the scores on the Functional Capacity and Social Aspect domains remained significantly lower in PTSD and subsyndromal PTSD groups than in the group without PTSD ( $p < 0.05$ ). PTSD symptoms were prevalent and had a negative impact on the quality of life of women recently diagnosed with breast cancer, suggesting that the assessment of these symptoms during this stage of the disease is important to enable early intervention.

## **1. INTRODUÇÃO**

## 1. INTRODUÇÃO

Os pacientes têm interesse especial em saber de que forma uma doença poderia afetar suas vidas. A Medicina também. O Prognóstico é a predição do curso futuro de uma doença, após a sua instalação. Para os médicos, “evitar expressar o prognóstico de modo vago quando poderia ser preciso, e de modo definitivo, quando seria enganoso” (Fletcher, 1996), constitui-se em uma tarefa difícil, porém indispensável. O diagnóstico de câncer pode violar suposições pré-existentes sobre o bem estar do sujeito, uma vez que o seu aparecimento é imprevisível. A incerteza prognóstica pode impedir o restabelecimento da ‘segurança’ dos pacientes que têm que conviver com um estressor grave, por um período prolongado de tempo, aumentando os riscos de reações patológicas graves ao estresse (Kangas et al., 2002).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o mais comum entre as mulheres. O número de casos novos estimado para o Brasil em 2008 foi de 49.400, com uma incidência de 51 casos a cada 100 mil mulheres adultas (Instituto Nacional de Câncer: INCA, Incidência de câncer no Brasil, 2008), e sobrevida global de 80 a 87,7% das mulheres brasileiras com câncer de mama (Einsenberg et al., 2001; Moraes et al., 2006). A sobrevida é maior quando as mulheres são diagnosticadas nos estágios clínicos iniciais I, II e III, comparadas aos estágios IV, com a presença de metástases (classificação TNM, ver Anexo I). No estudo de Moraes et al. (2006) a sobrevida em cinco anos no estágio I foi de 97%, no estágio II: 96%, e no estágio III: 73% (n=252). Estudos americanos estimam a sobrevida em cinco anos de 90% para as mulheres diagnosticadas com câncer de mama nos estágios I e II, e de 80% nos estágios II e III (American Cancer Society, 2007). Portanto, o câncer de mama, quando diagnosticado nos estágios iniciais, pode

ser considerado de bom prognóstico. Entretanto, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil (10,9/100.000 habitantes) muito provavelmente porque a doença ainda seja diagnosticada em estágios avançados (Sistema de Informações sobre Mortalidade da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde – SIM/SVS/MS, 2005).

### **1.1 Diagnóstico de Câncer de Mama: Um Evento Traumático?**

Apesar do câncer de mama ser uma doença potencialmente curável, a experiência do diagnóstico de câncer de mama tem sido considerada traumática para a maioria das mulheres. Em um estudo multicêntrico, as três experiências consideradas mais estressantes por mulheres com câncer de mama, desde a descoberta do nódulo na mama, realização dos exames (biópsias), até a indicação médica e/ou escolha da paciente da cirurgia conservadora ou mastectomia, em ordem, foram: “quando o médico me falou que eu tinha câncer de mama”, “esperando os resultados da cirurgia e/ou dos nódulos axilares”, e “período de espera, antes da cirurgia de mama” (Green et al., 1998). A amostra era constituída de mulheres com escolaridade e nível sócio-econômico altos, foram diagnosticadas nos estágios iniciais e já tinham terminado tratamentos para o câncer de mama, sugerindo a importância do impacto subjetivo do diagnóstico de câncer de mama, mesmo em mulheres com acesso às informações relativas ao câncer e com recursos sócio-econômicos favoráveis.

O “temor à doença” foi uma das dimensões identificadas em um estudo sobre as crenças associadas à prática do auto-exame da mama em mulheres brasileiras de baixa renda, realizado por Gonçalves & Dias (1999), que considerou a implicação

dessa crença no estigma freqüentemente associando o câncer como sinônimo de "morte". O câncer é uma doença grave, freqüentemente associada à morte, e o seu aparecimento é imprevisível. Essas características podem contribuir para as respostas agudas e graves de estresse que ocorrem na época em que as mulheres são diagnosticadas com câncer de mama (McBride et al, 2000).

O diagnóstico de câncer de mama foi considerado uma experiência inesperada e incontrolável por 87% das mulheres entrevistadas (n=127), durante o pós-operatório da mastectomia e/ou quadrante (Mehnert & Koch, 2007). Além do diagnóstico de câncer e suas implicações, como medo da morte e da perda da mama, as mulheres se deparam com vários estressores como os procedimentos diagnósticos (biópsias, mamotomia), tratamentos invasivos (quadrantectomia e mastectomia), efeitos colaterais e aversivos da quimioterapia e radioterapia (fadiga, perda do cabelo, náusea), e repercussões na sexualidade e fertilidade (McBride et al., 2000; Hann et al., 1998, Jacobsen et al., 1993; Kaplan HS, 1994). As manifestações de ansiedade e medo das possíveis recorrências persistem durante e após os tratamentos, com a permanência, em alguns pacientes, de sintomas crônicos de estresse (Cordova et al., 1995). Quando os sintomas de estresse agudo ou crônico não são tratados podem contribuir para o sofrimento emocional e redução da qualidade de vida (Andrykowski et al. 1998; Green e cols, 2000).

## **1.2 Sintomas de Resposta Traumática ao Diagnóstico de Câncer e o Modelo de Rede**

Segundo os modelos cognitivos de desenvolvimento do processamento da informação e condicionamento, diante de uma situação vivenciada como ameaçadora ou traumática, ocorre uma ativação da 'rede de medo' na memória. A rede é

composta da informação sobre o evento traumático, das reações fisiológicas ao trauma e da informação enteroceptiva que conecta esses estímulos aos elementos de resposta. A resolução do ‘trauma’ acontece com sucesso quando a rede de medo é ativada tornando possível o acesso de informações que são incompatíveis com o ‘trauma’. A integração dessas informações na rede de medo promove modificações nas estruturas da memória, com a correção e resolução da rede de medo. No entanto, algumas características do evento traumático como a gravidade, a imprevisibilidade e a impossibilidade de controle, podem levar às interrupções no processo cognitivo de atenção e memória, impedindo a integração das informações com as estruturas de memória existentes, resultando na formação de uma memória fragmentada (Foa et al., 1989; Brewin et al., 1996). Dependendo da *gravidade do estressor*, o processo cognitivo de atenção e memória pode ser interrompido, levando a formação de uma memória fragmentada, dificultando a integração com as estruturas de memória. Os sintomas do Transtorno do Estresse Pós-Traumático: TEPT surgiriam quando as informações na rede de medo são incompatíveis com as estruturas de memória pré-existentes.

As características descritas no modelo de rede para explicar o TEPT também estão presentes e potencialmente descrevem a experiência associada ao câncer, como aparecimento imprevisível, ameaça de morte, tratamentos desfigurantes e aversivos, isolamento social, desamparo, as quais podem promover um campo fértil para o surgimento do Transtorno do Estresse Pós-Traumático. A incerteza prognóstica associada ao diagnóstico de câncer pode impedir que a correção da informação sobre a segurança do sujeito seja integrada na sua *‘rede de medo’* (Kangas et al., 2002). Quando um evento é inesperado, maior é a chance do desenvolvimento de sintomas



de TEPT. Quando a recorrência era percebida como inesperada, a incidência de sintomas de estresse pós-traumáticos como Evitação e Intrusão era maior do que em pacientes que de acordo com o prognóstico, tinham possibilidade de recorrência (Cella et al, 1990). A Intrusão e a Evitação são mecanismos cognitivos, que de acordo com a intensidade, podem ser considerados sintomas de estresse pós-traumáticos. Os sintomas intrusivos são pensamentos que invadem a mente, imagens e sonhos, que relembram constantemente aspectos da doença e do tratamento. Os sintomas de evitação são caracterizados pela esquiva persistente de estímulos associados com o trauma, evitar pensamentos, sentimentos ou conversas, atividades, locais ou pessoas que ativem a recordação do trauma.

Evitar pensar e conversar com o médico, fazer perguntas sobre os tratamentos, não aceitar ou adiar os tratamentos, são reações observadas em pacientes diagnosticados com câncer. Adicionalmente, a negação, que muitos pacientes apresentam, pode inibir o processamento emocional e cognitivo da ‘ameaça’ do diagnóstico de câncer. A negação e/ou evitação poderia limitar a ativação das memórias aversivas e os afetos associados a elas, impedindo a instalação e a correção da rede de medo, resultando em reações patológicas, relacionadas à tentativa de evitar ou suprimir a ativação da rede de medo (Wool, 1998, citado por Kangas et al., 2002). O diagnóstico de câncer ou a recorrência foi incluído entre as *doenças* que ameaçam a vida como um evento traumático grave, compatível com os critérios do DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, American Psychiatry Association, 1994), que pode precipitar o Transtorno de Estresse Pós Traumático – TEPT.

### **1.3 Epidemiologia e Critérios Diagnósticos do Transtorno do Estresse Pós-Traumático**

A característica essencial do TEPT é o desenvolvimento de sintomas específicos após a exposição a um evento traumático. Para o DSM-IV, os eventos traumáticos são definidos não apenas em função das características objetivas da experiência vivida, mas também em função da resposta subjetiva de intenso medo, impotência ou horror diante do evento (Mello & Fiks, 2006). O evento traumático era originalmente descrito no DSM-III como experiências catastróficas, *raras e externas*, que diferia das experiências comuns como o luto, *doença crônica*, perdas comerciais ou conflitos matrimoniais (Figueira e Mendlowicz, 2003). Apenas eventos muito específicos e de clara repercussão sobre pessoas ou grupos eram considerados no DSM-III como experiências traumáticas: tortura, combate militar, aprisionamento em campos de concentração, desastres naturais, acidentes automobilísticos, estupro, agressão física, violência doméstica, entre outros (Ribeiro et al., 2006).

No entanto, as pesquisas subsequentes demonstraram que *os eventos traumáticos não eram raros, nem preponderantemente externos*, com taxas elevadas, de 40 a 70% na população americana (Breslau, 2002). Um estudo norte-americano, o “National Comorbidity Survey” (NCS), constatou que naquele país, 50% das pessoas experimentarão uma vivência traumática no decorrer de suas vidas, especialmente entre os homens (60,7%) (Kessler, 1995). Em estudo realizado no Brasil, 81,5% dos pacientes entrevistados (n=54), em um serviço de atenção primária de uma comunidade pobre da periferia de Porto Alegre, relatou exposição a um evento traumático, e 59,3% preencheram critério para o TEPT ao longo da vida. As variáveis freqüentemente associadas ao TEPT são as seguintes: gênero feminino,

condição social menos favorecida, baixo nível educacional e intelectual, antecedentes psiquiátricos e história extensa de eventos de vida no passado (Brewin et al., 2000; Ribeiro et al., 2006).

São duas as características centrais do TEPT: 1) ***a presença do evento traumático***: exposição a um evento que envolva a ocorrência ou a ameaça consistente de morte ou ferimentos graves para si ou para outros, associada a uma resposta intensa de medo, desamparo, ou horror; 2) ***a tríade psicopatológica***: em resposta ao evento traumático, desenvolvem-se três dimensões de sintomas: **o re-experimentar do evento traumático, a evitação de estímulos a ele associados, e a presença persistente de sintomas de hiperestimulação autonômica** (Anexo II).

O evento traumático é persistentemente revivenciado na forma de imagens, pensamentos, percepções, sonhos ou recordações angustiantes, além de intensa reatividade psicológica ou fisiológica, quando da lembrança do evento. Esses sintomas fazem parte do critério de ‘Re-Experimentação’. A esquiva persistente de estímulos associados com o trauma, evitar pensamentos, sentimentos, conversas, locais ou pessoas, e o entorpecimento da resposta, sensação de distanciamento, redução do interesse em atividades significativas, devem estar presentes desde o trauma, e constituem os sintomas do critério de ‘Evitação’. Os sintomas de excitabilidade aumentada, como dificuldade em concentrar-se, conciliar ou manter o sono, irritabilidade, resposta de sobressalto exagerada, também devem estar presentes desde o trauma, constituindo o critério de ‘Hiperestimulação’. Os sintomas podem surgir logo após o trauma, e se resolverem espontaneamente. Nesses casos, o reaparecimento após um ano é comum, assim como os casos em que os sintomas somente aparecem após seis ou mais meses depois do evento traumático, ou seja, o

retorno dos sintomas de TEPT é bastante comum, mesmo em quadros em que aparentemente há cura. O mais comum é que surjam tardiamente, até meses depois do acontecimento (Mello e Fiks, 2006).

De acordo com DSM-IV (1994), o TEPT é definido como uma síndrome que ocorre após um evento traumático (critério A), com a presença de pelo menos um sintoma de re-experimentação, *também chamado de Intrusão* (critério B), três sintomas de *Evitação* e/ou entorpecimento (critério C) e dois sintomas autonômicos de Hiperstimulação (critério D). Esses sintomas têm de persistir por quatro ou mais semanas (critério E). A intensidade desses sintomas deve causar prejuízo no funcionamento social ou ocupacional, ou em pelo menos uma área importante da vida do indivíduo (critério F).

Essas regras podem ser excessivamente restritivas, considerando que muitos pacientes manifestam quase todos os sintomas exigidos nos critérios do DSM-IV para o TEPT, apresentam sofrimento clinicamente significativo, e prejuízo funcional (Stein et al. 1997). Nesse estudo, utilizando amostras comunitárias, os indivíduos com TEPT subsindrômico tinham mais problemas sociais, dificuldades com o emprego e familiares. Em outro estudo, Ciechanowski et al, 2004 et al. avaliaram as mulheres de uma organização para manutenção da saúde, “Health Maintenance Organization”, e encontraram pior qualidade de vida nas mulheres com TEPT subsindrômico. Em uma revisão de trabalhos sobre TEPT e Câncer, foi observado porcentagens de até 50% com diagnóstico de TEPT subsindrômico (Gurevich et al, 2002). Apesar da alta prevalência do TEPT subsindrômico, os códigos de classificação ainda não especificaram critérios diagnósticos, o que tem levado a diferentes propostas. Alguns autores consideram a presença de pelo menos um dos

sintomas do critério B, C e D (Stein et al., 1997), enquanto outros propõem que os sintomas devem preencher dois dos três critérios do DSM-IV, ou seja BC ou BD (Blanchard et al., 1996). O conceito de TEPT parcial foi proposto por Mylle e Maes (2004) para pacientes que apresentam sintomas clinicamente significativos, com repercussões no funcionamento psico-social, em um período inferior a um mês, considerando que, embora não preencham o critério de tempo (F), podem necessitar de um tratamento profissional. O TEPT está associado à problemas de ajustamento no trabalho e no ambiente familiar, ao prejuízo físico e redução da qualidade de vida (Kessler et al., 1995; Mehnert e Koch, 2008). Existem evidências que os indivíduos com TEPT subsindrômico também apresentam sofrimento e prejuízo clinicamente significativo (Mylle e Maes (2004).

#### **1.4 Prevalência e Impacto do Transtorno do Estresse Pós-Traumático em Pacientes com Câncer**

Desde a inclusão do diagnóstico de câncer como evento traumático que pode desencadear o TEPT, alguns estudos têm avaliado a prevalência de TEPT associado ao Câncer. Em um estudo pioneiro, Alter et al. (1996) avaliou a prevalência de TEPT em sobreviventes de câncer de vários tipos e em um grupo controle, utilizando uma entrevista clínica estruturada. Embora a prevalência de TEPT-Câncer atual tenha sido baixa, de 4%, a prevalência de TEPT ao longo da vida foi de 22%, uma porcentagem maior do que as prevalências de TEPT em amostras comunitárias, que variam entre 7,8% (Kessler et al., 1995) e 11,2% (Norris et al., 2000). No grupo controle, nenhum indivíduo preencheu critério para TEPT atual (não significativo) e para TEPT ao longo da vida ( $p < 0,02$ ) (Alter et al., 1996). A amostra era pequena ( $n=27$ ), e o intervalo de tempo decorrido entre o diagnóstico de câncer e a realização do estudo

foi longo, 5,4 anos após o diagnóstico inicial, e 4,6 anos após os tratamentos. Além disso, as pacientes não estavam fazendo tratamento ‘ativo’ (quimioterapia/radioterapia), fatores estes que podem estar relacionados à baixa prevalência de TEPT-Câncer atual. Por outro lado, a prevalência de TEPT ao longo da vida foi alta, indicando a importância desse diagnóstico em outras fases do tratamento.

Em estudo realizado no Brasil, a prevalência de sintomas de estresse pós-traumático foi estimada em 13% dos pacientes com doença hematológica maligna (n=107), e estava associada à menor suporte social e desemprego. Pacientes com diagnóstico recente tinham sintomas de Intrusão significativamente maiores do que aqueles diagnosticados há mais de um ano, e aqueles com Mieloma Múltiplo tinham pior de qualidade de vida (Santos et al., 2006).

Andrykowsky & Cordova (1998) estudaram a prevalência e os fatores de risco para os sintomas de TEPT em sobreviventes com câncer de mama, com a escala “Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version”: PCL-C, que avalia sintomas de TEPT que correspondem aos critérios para o TEPT de acordo com o DSM-IV. Utilizando o ponto de corte na PCL-C  $\geq 50$ , foram encontradas 5% das mulheres com diagnóstico provável de TEPT, e, 5% com TEPT subsindrômico. Os sintomas de TEPT estavam associados a menor suporte social, maior número de estressores traumáticos antes do câncer, menor tempo desde o término do tratamento e doença mais avançada na ocasião do diagnóstico. Embora os sintomas de TEPT tenham sido avaliados de 6 a 72 meses após o término do tratamento do câncer, os fatores, menor tempo após o término do tratamento e doença avançada na ocasião do diagnóstico, podem indicar a importância de avaliar a manifestação dos sintomas de

TEPT na fase inicial do diagnóstico e tratamento, um período que tem sido associado às respostas agudas e graves de estresse, para a maioria das mulheres.

Green et al., (1998) pesquisaram a prevalência de TEPT em mulheres com câncer de mama, utilizando uma entrevista estruturada para o diagnóstico, além de questionários de auto-avaliação, no período de 4 a 12 meses, após o término dos tratamentos. Sintomas de TEPT foram comuns, porém apenas 2,5% das mulheres entrevistadas foram diagnosticadas com TEPT. Esses autores levantam dúvidas a respeito da inclusão do diagnóstico de câncer de mama como um evento traumático relacionado ao TEPT e consideram que as mulheres apresentaram ‘distress’ clinicamente significativo, e deveriam ser diagnosticadas com um Transtorno de Ajustamento. O distress pode ser definido como um desgaste e ruptura do bem estar do indivíduo relacionado à incapacidade para superar a vivência de experiências estressantes. Experiências estressantes podem induzir formas benéficas de estresse, ‘eustress’, ou danosas, chamadas de ‘distress’ (Sparrenberg et al., 2003). Esses autores discutem a utilidade prática desse conceito, além de relatar dificuldades na definição do desfecho ‘distress’ e na verificação das associações em um estudo de prevalência do distress psicológico no Brasil (n=3942).

Na revisão feita por Kangas (2002) foram identificados 13 estudos sobre a prevalência de TEPT e Câncer. Em dois desses estudos, a prevalência de TEPT-Câncer em pacientes com vários tipos de câncer, variou entre 5% a 6% (Smith et al., 1999; Widows et al., 2000). Dez estudos foram realizados com pacientes com câncer de mama, cinco deles com enfoque nos estágios iniciais da doença (Andrykowski et al., 1998; Andrykowski et al., 2000; Cordova et al., 1995; Green et al., 1998). A

metodologia e os resultados dos estudos realizados em pacientes com câncer de mama nos estágios iniciais, estão apresentados na Tabela I.

**Tabela I Prevalência de TEPT em Mulheres com Câncer de Mama nos Estágios Iniciais\***

<i>Estudo</i>	<i>Desenho</i>	<i>Amostra</i>	<i>Avaliação</i>	<i>Fase do Tratamento</i>	<i>Incidência de TEPT</i>
Cordova et al.,1995	Corte-transversal Entrevista por telefone	N=55 Estágios I-III	PCL-C, IES, MOS-20	30,5 meses após o tratamento	10,9% TEPT PCL-C sintoma
Andrykowski & Cordova, 1998	Corte-transversal Entrevista face a face	N=82 Estágios I-III	PCL-C, DUKE-SSQ	37,3 meses após o tratamento	6% TEPT PCL-C sintoma
Andrykowski et al., 1998	Corte-transversal Entrevista por telefone	N=82 Estágios I-III	SCID-DSM-IV: Módulo de TEPT, PCL-C	37 meses após o tratamento	6% TEPT atual e 4% TEPT ao longo da vida 6% PCL-C sintoma
Green et al.,1998	Corte-transversal Entrevista Face a face	N=160 Estágios I-II	SCID-DSM-IV, Trauma History Questionnaire, IES, BSI, SIE	6,5 meses após o tratamento	Critério restritivo 1,9% TEPT atual 3% TEPT ao longo da vida. Critério padrão: 2,5% TEPT atual 5% TEPT ao longo da vida (SCID). 6% TEPT PCL-C sintoma)
Andrykowski et al., 2000	Corte-transversal e longitudinal Entrevista por telefone	N=46 Estágios I-III	PCL-C, DUKE-SSQ	T1= 29,8 meses após o tratamento T2=12 meses de follow-up	T2=6,5% TEPT (PCL-C ponto de corte)

\* Adaptado de Kangas et al., 2002

A maioria dos trabalhos utilizou a “Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version” (PCL-C) e a prevalência encontrada teve uma variação entre 5% e 8,5% (ponto de corte) e 6% a 19% (método de sintomas). Nos trabalhos que utilizaram a Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV (SCID), a prevalência de TEPT foi menor entre 0% e 6%. A PCL-C é um instrumento de rastreio, sensível e



auto-aplicável, que pode superestimar a prevalência de TEPT, em comparação com a SCID, uma entrevista diagnóstica, específica, e aplicada por entrevistadores com experiência clínica. Entretanto, a SCID pode ter menor sensibilidade quando utilizada em pacientes com doenças somáticas, subestimando a prevalência.

## 1.5 JUSTIFICATIVA

Ainda há muita controvérsia se as manifestações de respostas ao estresse que se seguem ao diagnóstico de câncer deveriam ser consideradas como transtornos de ajustamento ou como respostas de estresse pós-traumáticas. Existem evidências de que uma parte dos pacientes desenvolve TEPT relacionado ao câncer. Contudo alguns autores consideram que, para a maioria dos pacientes, o diagnóstico de Transtorno de Ajustamento parece mais apropriado, porque este diagnóstico se refere a um estressor psicossocial conhecido, além de ‘uma experiência subjetiva de distress’, com a qual muitos pacientes têm que lidar’ (Mehnert & Koch, 2007). Outros autores consideram que o conceito de resposta traumática ao estresse pode ser útil e preciso para avaliar as respostas psíquicas à mensagem de ter um câncer de mama. De acordo com Epping-Jordan et al. (1994), a evitação e os pensamentos intrusivos são indicadores mais sensíveis das respostas psicológicas afetivas e cognitivas *do estresse associado com o diagnóstico e tratamento do câncer de mama*, do que os aspectos descritivos do estresse afetivo, como raiva, ou medidas gerais de sofrimento psicológico como “distress”, depressão e ansiedade. Encontramos poucos trabalhos que avaliaram os sintomas de TEPT logo após o diagnóstico de câncer de mama. A maioria dos trabalhos foi realizada muito tempo após o término dos tratamentos. Considerando que os sintomas de TEPT são indicadores sensíveis das respostas psicológicas afetivas e cognitivas associadas ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, e representam um tipo particular de morbidade, a identificação desses sintomas e a avaliação de sua repercussão na qualidade de vida podem orientar intervenções precoces que impeçam a evolução para um Transtorno do Estresse Pós-Traumático.

## **1.6 HIPÓTESES**

H<sub>0</sub>=Hipótese nula: A frequência dos sintomas do Transtorno do Estresse Pós-Traumático não tem impacto na qualidade de vida de mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama

H<sub>1</sub>=Hipótese alternativa: A frequência dos sintomas do Transtorno do Estresse Pós-Traumáticos tem impacto na qualidade de vida de mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama

## **2. OBJETIVOS**

## **2. OBJETIVOS**

Estimar a prevalência e o impacto dos sintomas do Transtorno do Estresse Pós-Traumático Agudo na qualidade de vida de mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama, antes do início dos tratamentos, investigando as variáveis sócio-demográficas e clínicas associadas ao TEPT

### **3. MÉTODOS**

## **3. MÉTODOS**

### **3.1 Desenho**

Foi realizado um estudo do tipo corte transversal para avaliar a prevalência dos sintomas de TEPT-Câncer e o impacto na qualidade de vida de pacientes recém-diagnosticadas com câncer de mama do Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington

### **3.2 Local**

Esse trabalho foi realizado no Centro de Referência da Saúde da Mulher-Hospital Pérola Byington, no ambulatório denominado Centro de Alta Resolutividade – CARE.

### **3.3 População de Estudo**

No CARE são avaliadas de 800 a 1000 mulheres, com suspeita clínica de câncer de mama por mês, provenientes dos postos de saúde da capital e do interior de São Paulo, dos ambulatórios do Centro de Referência da Saúde da Mulher e ainda, de todas as regiões do Brasil uma vez que o atendimento no CRSM não é regionalizado. As mulheres são encaminhadas por alterações clínicas benignas e malignas ou por alterações mamográficas. Dos casos avaliados, cerca de 10% são diagnosticados com câncer de mama.

### **3.4 Critérios de Inclusão**

- 1) Mulheres diagnosticadas com câncer de mama, através de biópsia.
- 2) Idade igual ou superior a 18 anos.
- 3) Estágios clínicos: I, II ou III, segundo os critérios do ‘TNM’ da União Internacional Contra o Câncer, que utiliza os seguintes parâmetros: T: tamanho do tumor; N: ausência ou presença de metástases em linfonodos regionais; M: ausência ou presença de metástases à distância (Anexo I).

### **3.5 Critérios de Exclusão**

- 1) História de qualquer tipo de câncer no passado, antes do diagnóstico atual de câncer de mama
- 2) História de transtornos psiquiátricos ou neurológicos graves que pudessem prejudicar a compreensão das questões das escalas
- 3) Doenças clínicas comórbidas graves

### **3.6 Amostra**

A amostra de pacientes desse estudo foi retirada da população de mulheres que tiveram o diagnóstico confirmado de câncer de mama, através de biópsia, e que se encontravam nos estágios clínicos I, II e III (ausência de metástases). No período de 14/08/06 a 23/03/07 foram incluídas, consecutivamente, 311 mulheres atendidas e



diagnosticadas com câncer de mama no CARE. Os registros do hospital permitiram estimar a cobertura do nosso estudo em 89% de todas as mulheres diagnosticadas com câncer de mama nos estágios I, II e III, do CRSM. Além do atendimento especializado no CARE, 11% das mulheres foram diagnosticadas nos ambulatórios do CRSM.

Das 311 mulheres elegíveis, 290 (93,3%) participaram do estudo e 21 (6,7%) foram excluídas, pelas seguintes razões: seis já tinham iniciado o tratamento para o câncer de mama; sete não quiseram se submeter a entrevista e alegaram ‘falta de tempo’, ou ‘não estar se sentindo bem’; duas relataram diagnóstico e tratamento prévio para câncer; duas preferiram fazer o tratamento em outro hospital; uma foi encaminhada por problemas clínicos concomitantes graves, uma apresentou dificuldades para compreender as questões formuladas, duas foram excluídas, uma com transtorno psiquiátrico grave (Psicose), e outra sofreu um assalto. As mulheres que não participaram não diferiram significativamente daquelas incluídas no presente estudo, com relação à idade, educação, cor da pele, nível sócio-econômico, estado marital, estágio ou tipo de tratamento para câncer.

### **3.7 Piloto**

Realizamos um piloto com o objetivo de padronização na aplicação dos instrumentos: “Pos-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version” (PCL-C); Escala do Impacto do Evento (IES); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e o Questionário de Qualidade de vida: SF-36 (versão brasileira). Esse treinamento foi conduzido por dois pesquisadores, com experiência na área, com

nível de mestrado e doutorado, e consistiu da leitura dos itens contidos nesses instrumentos, esclarecimentos e discussão das dúvidas que surgiram entre os entrevistadores. Em seguida esses instrumentos foram aplicados em voluntários que não tinham câncer, e em três pacientes que tiveram câncer de mama. Para avaliarmos a qualidade do treinamento, as escalas foram aplicadas pelas três entrevistadoras, de maneira independente, em 11 pacientes recém-diagnosticadas com câncer de mama. A concordância entre os entrevistadores foi obtida pelo coeficiente de correlação intraclasse (CCI), que apresentou valores altos em todas as escalas. Os resultados obtidos foram: PCL-C: CCI= 0,99; IES: CCI=0,99; HADS: CCI= 1,00 da HAD e SF-36: CCI= 0,97.

### **3.8 Instrumentos**

A seguir descreveremos as propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados nesse estudo.

#### **3.8.1 “Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version” (PCL-C)**

A PCL-C foi desenvolvida para avaliar as conseqüências de diversos tipos de experiências traumáticas na população civil, e tem sido bastante utilizada no rastreamento de TEPT em pacientes com câncer de mama (Wheathers et al., 1993; Berger et al., 2004). A versão original apresentou boa sensibilidade e especificidade: 0,82 e 0,83, respectivamente, quando comparada com a ‘*Structured Clinical Interview*’ para o DSM-III-R (SCID). No trabalho de adaptação transcultural da PCL-C para o

português, essa escala foi considerada de fácil compreensão e aplicabilidade, além de apresentar boa consistência interna ( $\alpha=0,89$ ) e confiabilidade teste-reteste ( $r=0,83$ ) (Berger et al., 2004; 2007).

A PCL-C consiste de 17 itens que correspondem aos sintomas do DSM-IV para o diagnóstico de TEPT (Anexo II). Os indivíduos devem indicar o quanto eles têm sido perturbados por esses sintomas no último mês, utilizando uma escala de gravidade que varia de 1 a 5 (nada, até muito). Um sintoma é considerado clinicamente significativo quando recebe um escore maior ou igual a 3 (médio) em qualquer um dos 17 itens. Podemos utilizar a PCL-C para rastrear casos de TEPT e TEPT subsindrômico, utilizando dois métodos: cluster de sintomas e ponto de corte. O método de cluster de sintomas considera que o indivíduo deve apresentar um ou mais sintomas do cluster B (revivescência), três sintomas do cluster C (evitação/esquiva) e dois sintomas do cluster D (hiperestimulação) para ser considerado como TEPT. Quando o indivíduo preenche critérios de dois clusters de sintomas é considerado TEPT-subsindrômico. O método de ponto de corte utiliza a soma dos escores obtidos na escala, e considera o ponto de corte  $\geq 50$  na identificação de casos de TEPT e  $\geq 40$  para o TEPT subsindrômico (Andrykowski et al (1998) avaliaram a utilidade da PCL-C para avaliar o TEPT em uma amostra de 82 pacientes com câncer de mama, e compararam essa escala com a Structured Clinical Interview, Nonpatient Version Posttraumatic Stress: SCID, uma entrevista clínica estruturada que continha os critérios do DSM-IV. As prevalências de TEPT-Câncer e TEPT-Câncer subsindrômico, com a SCID, foram 6% e 9%, e com a PCL-C (método de sintomas) 6% e 13%, respectivamente. Utilizando o método de cluster de sintomas, a sensibilidade e a especificidade foram 0,60 e 0,97, semelhantes aos

valores obtidos com o método de ponto de corte, 0,60 e 0,99, respectivamente. Esses autores consideraram a PCL-C um instrumento útil para identificar ‘indivíduos que apresentavam sintomas de TEPT e mereceriam receber o diagnóstico de TEPT’, além de ressaltar que caso fosse utilizado um ponto de corte de 30, todas as pacientes seriam diagnosticadas, uma vez que foram identificados falsos-negativos no seguimento do estudo, com ponto de corte 50 .

No presente estudo, utilizamos o método de cluster de sintomas para identificar os casos prováveis de TEPT e TEPT subsindrômico. Adicionalmente, também obtivemos o número de casos de TEPT e de TEPT subsindrômico, com a soma dos escores da escala e ponto de corte  $\geq 50$  e  $\geq 40$ , respectivamente. Antes da aplicação da escala, as mulheres foram orientadas a considerar especificamente “sua experiência de ter sido diagnosticada com câncer de mama”. Por exemplo, foi solicitado em um dos itens que elas indicassem o quanto tinham sido perturbadas por “memórias, pensamentos, e imagens resultantes da experiência do diagnóstico de câncer”. A consistência interna da PCL-C na amostra estudada ( $n=290$ ), avaliada pelo alpha de cronbach foi boa,  $\alpha= 0,89$ .

### **3.8.2 Escala do Impacto do Evento (IES)**

A IES foi construída com base na teoria de Horowitz et al (1979) sobre a síndrome de resposta ao estresse (Anexo II). Essa escala avalia a frequência e intensidade dos pensamentos intrusivos e comportamentos evitativos, apresentados por pessoas, após terem vivenciado eventos traumáticos específicos. Tem sido utilizada para rastrear sintomas de TEPT em pacientes diagnosticadas com câncer de

mama, além de avaliar a evolução desses sintomas em sobreviventes de câncer de mama (Joseph, 2000; Kangas et al, 2002).

A IES é composta de duas escalas: Intrusão e Evitação. A escala de **Intrusão** descreve como os pensamentos e impressões do evento traumático re-aparecem na mente do paciente, relacionados à perda do controle voluntário sobre a ‘corrente’ de informação e regulação do pensamento, além das falhas nos processos de defesa. É composta de 7 itens que avaliam pensamentos e imagens aflitivas, sonhos perturbadores e comportamento repetitivo. A escala de **Evitação** avalia o comportamento caracterizado pela negação do significado e conseqüências do evento traumático. É composta de 8 itens que avaliam a restrição das idéias, inibição comportamental e emocional. As respostas são pontuadas de 0 a 5 (nunca até sempre). Utilizando a soma dos itens em cada uma das escalas, a intensidade dos sintomas de intrusão e evitação, pode ser considerada como: **leve:** 0 a 8, **moderada:** 9 a 19, e **grave:** acima de 19.

Essa escala foi adaptada para o uso em pacientes com câncer de mama durante o piloto desse estudo. Essa adaptação consistiu da análise da tradução da IES para o português, feita por Ito (2000), e da versão da IES *adaptada* e validada em nosso meio para o uso com pacientes queimados, feita por Guanilo (2005). De posse dessas duas traduções, um grupo de profissionais que atendem pacientes oncológicos, composto por uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga e duas psiquiatras, e também de três pacientes que tinham terminado o tratamento do câncer de mama, fizeram uma análise dos itens da escala. Foram feitas pequenas alterações da tradução existente, essa versão foi re-traduzida para o inglês e enviada para o

autor, que aprovou a nova versão. Essa escala foi testada durante o projeto piloto desse estudo, e obteve uma boa concordância entre os entrevistadores (CCI=0,99.)

No presente estudo, a IES foi utilizada para avaliar a frequência e intensidade dos sintomas de Intrusão e Evitação. As pacientes foram orientadas a responder os itens da escala, considerando ‘a experiência de ter sido diagnosticada com câncer de mama’. A consistência interna dos itens das escalas da IES (n=290), avaliada pelo alpha de cronbach foi: Evitação:  $\alpha= 0,73$  e Intrusão:  $\alpha= 0,82$ .

### **3.8.3 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)**

Essa escala tem sido bastante utilizada para avaliar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com doenças físicas (Zigmond et al., 1983) (Anexo II). A HADS contém duas escalas, a HAD-A que avalia ansiedade e a HAD-D, que avalia depressão, sem recorrer a itens contendo sintomas vegetativos que podem decorrer tanto de doença física quanto mental como: fadiga, insônia, taquicardia, falta de ar, anorexia, diminuição da libido, confundindo assim o diagnóstico. A HADS foi inicialmente desenvolvida para avaliar pacientes internados em hospitais clínicos, não-psiquiátricos, sendo posteriormente utilizada em pacientes ambulatoriais. Moorey et al. (1991) fizeram uma análise fatorial da HAD, em uma amostra de pacientes com vários tipos de câncer, em diferentes fases do tratamento, e obtiveram dois fatores que correspondiam às escalas HAD-A e HAD-D.

A HADS foi validada em nosso meio por Botega et al. (1995) em uma amostra de pacientes clínicos (n=78). Utilizando um ponto de corte de 8/9 em cada uma das escalas, HAD-A e HAD-D, a consistência interna dessas escalas foram  $\alpha= 0,68$  e  $\alpha=$

0,77; e a sensibilidade e especificidade da HAD-A foram de 93,7% e 72,6%, e da HAD-D, foram de 84,6% e 90,3%, respectivamente.

A HADS contém 14 questões, com sete itens que avaliam ansiedade (HAD-A), e outros sete itens que avaliam depressão (HAD-D). O paciente deve responder como tem se sentido na última semana, atribuindo nota de zero a três para cada resposta. A soma dos itens em quaisquer das escalas, HAD-A e HAD-D, cujos valores forem iguais ou maiores do que oito ( $\geq 8$ ), corresponde a possíveis casos de ansiedade ou de depressão. Alguns autores têm defendido a utilização do ponto de corte  $\geq 11$ , para identificar casos prováveis de Ansiedade e Depressão, que também poderia indicar a necessidade de avaliação psiquiátrica e de tratamento com antidepressivos (Carroll et al., 1993).

No presente trabalho, utilizamos ponto de corte  $\geq 8$  nas escalas HAD-A e HAD-D para identificar casos possíveis de Ansiedade e de Depressão, respectivamente, e ponto de corte  $\geq 11$  na identificação de casos prováveis de Ansiedade e Depressão. No presente estudo, a consistência interna dos itens, avaliada pelo alpha de cronbach, da HAD-A foi de  $\alpha = 0,79$  e da HAD-D foi de  $\alpha = 0,80$ . Quando foram considerados todos os itens da escala, a consistência interna da HADS foi de  $\alpha = 0,89$ .

#### **3.8.4 Questionário de Qualidade de Vida: SF-36 (Versão Brasileira)**

A “Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey”: SF-36 é um instrumento de qualidade de vida relacionado à saúde (Ware e Sherbourne, 1992). Os trinta e seis itens desse instrumento avaliam os eventos ocorridos nas quatro últimas semanas, que agrupados, configuram oito domínios, independentes entre si, que são:

Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral da Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental (Anexo II). O SF-36 foi traduzido e validado e adaptado no Brasil (Ciconelli et al., 1999). O SF-36 tem sido bastante utilizado em estudos clínicos com pacientes com câncer e outras doenças crônicas (Golden-Kreutz et al., 2005).

A seguir, apresentamos os itens de cada dimensão do SF-36:

*Capacidade Funcional:* Dimensão que corresponde ao bloco número três do SF-36, abrangendo 10 itens sobre a capacidade de lidar com as necessidades físicas da vida, tais como caminhar e flexibilidade corporal. Itens: 3a, 3b, 3c, 3d, 3f, 3g, 3h, 3i e 3j.

*Aspectos físicos:* Dimensão que corresponde ao bloco número quatro do SF-36, abrangendo quatro itens que avaliam em que extensão a capacidade física limita a realização de tarefas ou atividades de vida diária. Itens: 4a, 4b, 4c e 4d.

*Dor:* Dimensão que corresponde aos blocos número sete e oito, que avaliam a percepção da quantidade de dor e em que extensão essa dor interfere nas atividades de trabalho. Itens: 7 e 8

*Estado Geral da Saúde:* Dimensão que corresponde aos blocos número um e onze (abrangendo quatro itens), que avaliam a percepção pessoal da saúde geral. Itens: 1, 11a, 11b, 11c e 11d.

*Vitalidade:* Dimensão que corresponde ao bloco número nove, abrangendo quatro itens, que avaliam as sensações de vigor e energia, fadiga e cansaço. Itens: 9a, 9e, 9g e 9i.



*Aspectos Sociais:* Dimensão que corresponde aos blocos número seis e dez, que avaliam a extensão e quantidade de tempo em que os problemas de saúde física ou emocional interferiram nas relações sociais. Itens: 6 e 10.

*Aspectos Emocionais:* Dimensão que corresponde ao bloco número cinco do SF-36, abrangendo três itens, que avaliam a extensão em que os fatores emocionais interferiram no trabalho ou em outras atividades. Itens: 5a, 5b e 5c.

*Saúde Mental:* Dimensão que corresponde ao bloco número nove, abrangendo cinco itens, que avaliam os sentimentos de ansiedade e depressão, tranquilidade e felicidade. Itens: 9b, 9c, 9d, 9f e 9h.

Essas dimensões podem ainda ser agrupadas em dois componentes: saúde física e saúde mental. O componente físico é constituído das dimensões: *Capacidade Funcional*, *Aspectos Físicos* e *Dor*. O componente mental é constituído das dimensões *Aspectos Sociais*, *Aspectos Emocionais* e *Saúde Mental*. As dimensões, *Estado Geral de Saúde* e *Vitalidade*, pertencem aos dois componentes.

No presente estudo, utilizamos as oito dimensões da SF-36 para avaliar a qualidade de vida em mulheres sem TEPT, com TEPT-Câncer e TEPT-Câncer Subsindrômico. Para efeito de análise, a quantificação de cada uma das dimensões do SF-36 foi efetuada separadamente, realizando inicialmente a inversão de alguns itens, de modo que o maior número da Escala de Likert correspondesse sempre à melhor situação de Qualidade de Vida. A seguir realiza-se a conversão dos escores brutos em escores padronizados, utilizando a seguinte equação:  $\text{escore padronizado} = [(\text{escore bruto} - \text{escore mínimo}) / \text{amplitude do escore}] \times 100$ . Dessa forma todos os escores brutos de cada uma das dimensões do SF-36 foram transformados em valores

que se situam entre 0 a 100, sendo que valores maiores são mais favoráveis aos aspectos de saúde incluídos no SF-36.

### **3.9 Procedimentos**

Os mastologistas do CARE foram informados da realização desse projeto de pesquisa e encaminharam as pacientes diagnosticadas nos estágios I, II e III de câncer de mama. As pacientes foram contatadas no mesmo dia em que receberam o diagnóstico de câncer de mama, por uma agente de saúde que estava presente em todos os períodos de funcionamento do CARE. Em seguida recebiam informações sobre os objetivos da pesquisa, e caso concordassem em participar do estudo, preenchiam o termo de consentimento esclarecido. Os prontuários foram consultados para confirmar o estágio clínico e os tratamentos indicados para o câncer de mama.

As pacientes forneceram informações sócio-demográficas e o histórico de tratamento psiquiátrico atual ou passado. As escalas foram aplicadas 30 dias após a confirmação do diagnóstico de câncer de mama e antes do início dos tratamentos, para evitar que o impacto dos tratamentos cirúrgicos ou os efeitos colaterais da quimioterapia interferissem na avaliação das respostas das pacientes ao evento traumático “ter sido diagnosticada com câncer de mama”. Algumas pacientes foram entrevistadas em intervalo inferior a 30 dias, porque iniciaram os tratamentos do câncer antes desse intervalo. Embora fossem auto-aplicáveis, as escalas foram aplicadas por três entrevistadoras: assistente social, psicóloga e psiquiatra, que trabalham com pacientes oncológicos. Essa estratégia foi utilizada para contornar

dificuldades na compreensão das questões, além de enfatizar que as respostas nas escalas deveriam considerar o evento ‘ter sido diagnosticada com câncer de mama’.

### **3.10 Variáveis Estudadas**

**3.10.1 Sócio-demográficas:** idade, escolaridade, cor da pele, estado civil, ocupação, e classe sócio-econômica. Utilizamos o questionário CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil) da Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado (ABIPEME)<sup>1</sup>. Esse questionário estima o poder de compra das pessoas e das famílias urbanas, diferenciando-as, de acordo com escores, em classes econômicas A, B, C, D e E.

**3.10.2 Clínicas:** Estadiamento Clínico do câncer (I, II e III) e tratamento indicado para o câncer (quimioterapia neo-adjuvante, cirurgia conservadora: quadrantectomia ou radical: mastectomia), antecedente familiar de câncer de mama e histórico de tratamento psiquiátrico (atual ou passado). O tratamento psiquiátrico foi avaliado com as seguintes perguntas: a) se a participante estava utilizando medicações para depressão e/ou ansiedade; b) se estava fazendo tratamento psiquiátrico, e quando possível, indicasse o nome da doença e medicamento em uso; c) se tinha feito qualquer tratamento psiquiátrico no passado para ansiedade, depressão ou problemas de sono e quando possível, indicasse o nome da doença e medicamento em uso; d) se tinha feito qualquer tratamento psiquiátrico no passado para ansiedade, depressão ou problemas de sono. O tratamento psiquiátrico foi codificado como uma variável dicotômica, considerando uma ou mais respostas afirmativas indicando a presença de tratamento psiquiátrico (atual ou passado) e todas as respostas negativas, indicando a ausência de tratamento psiquiátrico. O uso de substâncias, fumo e álcool, tanto uso

atual, como passado, foram investigados. Abuso de álcool foi avaliado com um instrumento de rastreio, o CAGE, que é um teste composto por quatro questões: Você alguma vez sentiu que deveria parar de beber “**cut down**” (C); as pessoas aborrecem você por criticar sua forma de beber “**annoyed**” (A); Alguma vez você se sentiu mal ou culpado por seu hábito de beber “**guilty**” (G) Alguma vez você bebeu pela manhã para controlar seus nervos ou se livrar de uma ressaca “**eye-opener**” (E). Respostas positivas a duas ou mais questões são consideradas como suspeitas de dependência de álcool.

### **3.10.3 Sintomas Psiquiátricos**

**3.10.3.1 Sintomas de Estresse Pós-Traumáticos:** avaliados pela PCL-C, com o método de cluster de sintomas para identificar os casos prováveis de TEPT e TEPT subsindrômico. Adicionalmente, também obtivemos com a soma dos escores da escala, o número de casos de TEPT e de TEPT subsindrômico, com ponto de corte  $\geq 50$  e  $\geq 40$ , respectivamente.

**3.10.3.2 Gravidade dos Sintomas de Intrusão e Evitação:** avaliados com a IES. Utilizando a soma dos itens em cada uma das escalas de Intrusão e Evitação, a intensidade dos sintomas foi considerada como, leve: 0 a 8, moderada: 9 a 19, e grave: acima de 19.

**3.10.3.3 Sintomas de Ansiedade e Depressão:** avaliados com a HADS, utilizando escores da HAD-A para avaliar sintomas de Ansiedade, com ponto de corte  $> 8$  na identificação de possíveis casos de Ansiedade. Os escores da HAD-D

para avaliar sintomas de Depressão, com ponto de corte  $> 8$  na identificação dos possíveis casos de Depressão.

**3.10.4 Qualidade de Vida:** escores dos oito domínios do SF-36: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral da Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Funcionais e Saúde Mental

### **3.11 Processamento dos Dados**

Os dados foram digitados duas vezes, procedimento conhecido como ‘dupla digitação’. A seguir foram construídas tabelas de frequência simples, para verificar a consistência dos dados. Todo o banco de dados foi revisado para conferência de possíveis erros de digitação pela pesquisadora.

### **3.12 Aspectos Éticos**

Este projeto de pesquisa e o termo de consentimento esclarecido foram aprovados pelo comitê de pesquisa do Hospital Pérola Byington e pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foi entregue uma breve descrição do estudo, e todos os pacientes foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa. Os pacientes que concordaram, assinaram o Termo de Consentimento, antes do início da entrevista.

### 3.13 Análise Estatística

Realizamos uma análise descritiva da amostra, a partir das médias das variáveis contínuas e frequências das variáveis categóricas. A consistência interna das escalas PCL-C, IES, e HADS foi avaliada pelo alpha de Cronbach. Apresentamos o cálculo da prevalência e o intervalo de confiança de 95%, para os grupos diagnósticos (TEPT, TEPT Subsindrômico e sem TEPT), e calculamos a razão de prevalência e o intervalo de confiança de 95%, para avaliar a associação entre TEPT, ansiedade e depressão. Comparamos as frequências das variáveis categoriais nos três grupos: mulheres com TEPT, TEPT Subsindrômico e sem TEPT, com o Qui-quadrado de Pearson ( $X^2$ ) ou Teste Exato de Fisher, e comparamos as médias das variáveis contínuas, nos três grupos diagnósticos com a análise de variância (ANOVA: F). Para avaliar o impacto dos sintomas do TEPT sobre a qualidade de vida, independente dos efeitos potenciais das variáveis sócio-demográficas, clínicas e comorbidades psiquiátricas foi feita uma ANCOVA, seguida por uma comparação pos-hoc, com método de Tukey. As seguintes variáveis de controle foram incluídas passo a passo, na ANCOVA: 1) sócio-demográficas - idade (anos), escolaridade (quatro faixas), classe sócio-econômica (três faixas), presença de esposo ou companheiro (não vs. sim); 2) clínicas: estadiamento do câncer (I vs. II ou III), antecedente psiquiátrico (não vs sim); 3) comorbidades psiquiátricas: sintomas de depressão (score na HAD-D), sintomas de ansiedade (score na HAD-A).

A análise estatística foi realizada com o software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows, versão 14.0, e o nível de significância utilizado foi menor do que 5%.

No estudo piloto para a padronização da aplicação dos instrumentos: “Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version” (PCL-C); Escala do Impacto do Evento (IES); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e o Questionário de Qualidade de vida: SF-36 (versão brasileira), a concordância entre as três entrevistadoras foi avaliada pelo coeficiente de correlação intraclass (CCI).

Realizamos uma análise descritiva da amostra, a partir do cálculo de medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas, e de frequência para variáveis categóricas. Apresentamos as médias e os desvios-padrão das variáveis contínuas, e as frequências das variáveis categoriais. A consistência interna das escalas PCL-C, IES, e HADS, na amostra estudada, foi avaliada pelo alpha de Cronbach.

Apresentamos o cálculo da prevalência e o intervalo de confiança de 95%, para os grupos diagnósticos (TEPT, TEPT Subsindrômico e sem TEPT), e calculamos a razão de prevalência e o intervalo de confiança de 95%, para a avaliação da associação entre o diagnóstico de TEPT, e os possíveis casos de ansiedade e depressão.

Comparamos as frequências das variáveis categoriais nos três grupos: mulheres com TEPT, TEPT Subsindrômico e sem TEPT, com o Qui-quadrado de Pearson ( $X^2$ ) ou Teste Exato de Fisher, e comparamos as médias das variáveis contínuas, nos três grupos diagnósticos com a análise de variância (ANOVA: F), ou com a análise de co-variância (ANCOVA), quando apropriado. Para avaliar o impacto dos sintomas do TEPT sobre a qualidade de vida, independente dos efeitos potenciais das variáveis sócio-demográficas, clínicas e comorbidades psiquiátricas foi feita uma ANCOVA, seguida por uma comparação pos-hoc, com método de

Tukey. As seguintes variáveis de controle foram incluídas passo a passo, na ANCOVA: 1) sócio-demográficas - idade (anos), escolaridade (quatro faixas), classe sócio-econômica (três faixas), presença de esposo ou companheiro (não vs. sim); 2) clínicas: estadiamento do câncer (I vs. II ou III), antecedente psiquiátrico (não vs sim); 3) comorbidades psiquiátricas: sintomas de depressão (escore na HAD-D), sintomas de ansiedade (escore na HAD-A).



## **4. RESULTADOS**

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Características sócio-demográficas e clínicas da amostra

A amostra final consistiu de 290 mulheres. A idade média foi de 53,3 anos de idade (dp=12,7), extremos 23 e 92. Na **Tabela II** apresentamos as características sócio-demográficas e clínicas da amostra.

A porcentagem de mulheres dessa amostra de pacientes de um centro especializado em oncologia feminina, com idade acima dos 50 anos, foi ligeiramente superior (56,2%) ao das mulheres com até 50 anos, e o antecedente familiar de câncer de mama estava presente em 22,8% das mulheres. Em relação à escolaridade, 8,6% das mulheres eram analfabetas, que somadas com as mulheres com até quatro anos de escolaridade (41,4%), representaram a metade da amostra estudada. A amostra foi constituída principalmente de mulheres provenientes das classes sócio-econômicas intermediária: C (50%) e baixas: D e E (41,4%). Um pouco mais da metade das mulheres (56,4%) tinham companheiro e 59,3% não estavam trabalhando.

**Tabela II – Características sócio-demográficas e clínicas de mulheres recém-diagnosticadas com câncer de mama - 2006**

	N	%
<b>Idade</b>		
Até 50 anos	127	43,8
51 ou mais	163	56,2
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	48	16,6
Mora com companheiro	163	56,4
Viúva	39	13,5
Separada / divorciada	39	13,5
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	25	8,6
1-4	120	41,4
5-8	70	24,1
9 ou mais anos	75	25,9
<b>Trabalha Remunerado</b>		
Não	172	59,3
Sim	118	40,7
<b>Cuida de Alguém</b>		
Sim	91	31,6%
Não	197	68,4%
<b>Classe Social</b>		
D+E	120	41,4
C	145	50,0
B	25	8,6
<b>Antecedente Familiar de Câncer de Mama</b>		
Não	220	77,2
Sim	65	22,8
<b>Tratamento Psiquiátrico (atual ou passado)</b>		
Não	259	89,3
Sim	31	10,7
<b>Uso de cigarros</b>		
Não	153	52,9
Sim	136	47,1
<b>Uso de Álcool</b>		
Não	248	85,8
Sim	41	14,2
<b>Estadiamento TNM*</b>		
I	40	13,8
II	149	51,0
III	92	31,7
<b>Tratamento Indicado</b>		
Cirurgia conservadora	82	29,1
Mastectomia	108	38,3
Quimioterapia	108	38,3

TNM: Classificação que utiliza o tamanho do tumor (T), número de linfonodos comprometidos (L) e presença de metástases (M).

A maioria das mulheres foi diagnosticada nos estágios clínicos I e II: 65,6% e um terço no estágio III: 34,6%. Os tratamentos indicados para o câncer de mama tiveram a seguinte distribuição (tratamento inicial): cirurgia conservadora foi indicado em 82 pacientes, 82 (29,1%), a mastectomia em 108 pacientes (38,3%) e quimioterapia em 92 pacientes (32,6%). Das 290 pacientes, 31 (10,7%) relataram que estavam fazendo tratamento psiquiátrico, com os seguintes quadros sindrômicos: 21,6% ansiedade, 42,9% depressão e 21,5% ‘nervosismo’. Quase a metade das mulheres 136 (47,1%) declararam ser fumantes ou ex-fumantes e 153 (52,9%) nunca haviam fumado cigarros. Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, 41 (11%) faziam uso de álcool e 4 (1,4%) foram considerados possíveis casos de problemas relacionados ao uso de álcool (CAGE).

O intervalo de tempo médio entre o dia em que as pacientes receberam a confirmação do diagnóstico de câncer de mama e a aplicação das escalas foi de 24,51 dias (dp=13,65. O menor intervalo foi de 9 dias, e o maior, de 104 dias. Conforme pode ser observado na Tabela III, a maioria (61%) das pacientes foi entrevistada de duas a quatro semanas após o diagnóstico de câncer de mama.

**Tabela III - Intervalo de dias entre o diagnóstico de câncer e aplicação das escalas**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentual %</b>
Até 14 dias	41	14,1
15-21 dias	131	45,2
22-29 dias	46	15,9
30 ou mais dias	72	24,8
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Passamos a descrever os resultados obtidos com as escalas que avaliaram os sintomas do Transtorno do Estresse Pós-Traumático: PCL-C e IES e os sintomas de Ansiedade e Depressão: HADS.

#### **4.2 Frequência dos Sintomas de Estresse Pós-Traumáticos**

Os sintomas do Transtorno do Estresse Pós-Traumático foram avaliados com a PCL-C. Essa escala contém 17 itens que correspondem aos sintomas do DSM-IV para o diagnóstico de TEPT. O escore médio da PCL-C, considerando toda a amostra foi alto: 32,6 (dp=13,15), com extremos entre 17 e 77. Os sintomas de TEPT clinicamente significativos estavam presentes em 81,03% das pacientes (pelo menos um sintoma). Os sintomas de hiperestimulação foram os mais frequentes na amostra - 63,1% das pacientes apresentavam sintomas como dificuldade em conciliar ou manter o sono, irritabilidade, dificuldade de concentrar-se, resposta de sobressalto, entre outros. Os sintomas de revivescência também estavam presentes em mais da metade amostra - 59,6% das pacientes apresentavam recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, além de sofrimento psicológico intenso e reatividade fisiológica quando expostos aos indícios internos ou externos que lembram algum aspecto do evento. Finalmente, os sintomas de evitação, estavam presentes em 58,28% das pacientes, caracterizados como evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma, e esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma, além de redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas, sensação de distanciamento, entre outros. No Anexo III apresentamos uma Tabela com a

freqüência de todos os sintomas de estresse pós-traumáticos apresentados pelas pacientes nesse estudo.

#### 4.3 Prevalência de TEPT-Câncer e TEPT-Câncer Subsindrômico

Utilizando a PCL-C, 52 mulheres, 17,9% da amostra (n=290) apresentaram sintomas de TEPT de acordo com os critérios do DSM-IV. Das 52 mulheres com TEPT, 20 não tiveram o critério temporal, de quatro ou mais semanas após o evento traumático. O número de dias da aplicação das escalas após o diagnóstico de câncer não foi diferente no grupo de mulheres com TEPT comparado ao grupo de mulheres sem TEPT ( $F = 1,63$ ;  $p = 0,19$ ). Setenta e uma mulheres, 24,5% apresentaram dois dos três clusters de sintomas, sendo classificadas como TEPT subsindrômico.

Quando utilizamos a soma dos escores da PCL-C, 12,4% da amostra (36 mulheres) apresentavam TEPT e 24,8% (72 mulheres) apresentavam TEPT subsindrômico, com pontos de corte menor ou igual a 50 e 40, respectivamente (Tabela IV). Utilizando os dois métodos (sintomas e ponto de corte) 11% das mulheres da amostra seriam identificadas com TEPT.

**Tabela IV - Prevalência do TEPT-Câncer e TEPT-Câncer subsindrômico de acordo com a PCL em mulheres recém diagnosticadas com Câncer de Mama**

<b>Categorias diagnósticas</b>	<b>Crítérios PCL-C</b>	<b>N</b>	<b>Pr %</b>	<b>Intervalo de confiança 95%</b>
<b>TEPT-Câncer</b>	PCL - Critério de sintomas	52	17,9	13,5 – 22,4
	PCL - Ponto de corte 50	36	12,4	8,6 – 16,2
<b>TEPT-Câncer Subsindrômico</b>	PCL - Critério de sintomas	71	24,5	19,5 – 29,5
	PCL - Ponto de corte 40	72	24,8	19,8 – 29,8

Amostra: n = 290; Pr: Prevalência; PCL-C: “Pos-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version”

A seguir, apresentaremos os resultados dividindo a amostra em três grupos: TEPT, TEPT subsindrômico e sem TEPT,

#### 4.4 Gravidade dos Sintomas de Evitação e Intrusão

No presente estudo, a IES foi utilizada para avaliar a frequência e intensidade dos sintomas de Intrusão e Evitação. O escore médio do impacto do diagnóstico de câncer de mama, avaliado através da soma de todos os itens da IES, foi de 30,82 (dp=16,78). O escore médio da escala de Evitação: 17,4 (dp=10,05) foi maior do que o escore médio da escala de Intrusão, que foi de 13,43 (dp=9,2).

Na Tabela V apresentamos a gravidade dos sintomas de Evitação e Intrusão nas mulheres sem TEPT, com TEPT Subsindrômico (TEPT-S) e TEPT.

**Tabela V – Gravidade dos Sintomas de Intrusão e Evitação**

Sintomas	Sem TEPT N=167		TEPT-S n=71		TEPT n=52		Total n=290		Teste estatístico
	N	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Intrusão</b>									
Leve	92	55,1	10	14,1	4	7,7	106	36,6	$X^2 = 89,60$ $p < 0,001$
Moderado	59	35,3	34	47,9	15	28,8	108	37,2	
Grave	16	9,6	27	38,0	33	63,5	76	26,2	
<b>Evitação</b>									
Leve	54	32,3	9	12,7	3	5,8	66	22,8	$X^2 = 39,97$ $p < 0,001$
Moderado	59	35,3	20	28,2	11	21,2	90	31,0	
Grave	54	32,3	42	59,2	38	73,1	134	46,2	

leve: 0 a 8 pontos; moderado: 9 a 19 pontos; grave: acima de 19 pontos

$X^2$ : Qui-quadrado de Pearson

As mulheres com TEPT apresentaram uma proporção significativamente maior de sintomas de Evitação graves, 73,1%, comparadas às mulheres com TEPT

subsindrômico, 59,2%, e sem TEPT, 32,3%. Essa diferença foi ainda maior quando consideramos os sintomas graves de Intrusão, que estavam presentes em 63,5% das mulheres com TEPT, 38% com TEPT subsindrômico e apenas 9,6% das mulheres sem TEPT ( $p < 0,001$ ).

#### **4.5 TEPT e Transtornos Mentais Comórbidos: Ansiedade, Depressão e Uso de Substâncias**

A HADS contém 14 questões, com sete itens que avaliam ansiedade (HAD-A), e outros sete itens que avaliam depressão (HAD-D). A média dos escores da HADS nessa amostra foi de 10,9 ( $dp=8,3$ ).

Os ‘casos’ de ansiedade e depressão foram detectados utilizando o ponto de corte 8 em cada uma das subescalas: HAD-A e HAD-D. Utilizando a escala HAD-A, 100 mulheres (34,5%) apresentavam sintomas significativos de ansiedade. Utilizando a escala HAD-D, 62 mulheres (21,4%) apresentaram sintomas de depressão.

A porcentagem de ‘casos’ de ansiedade e depressão foi maior nas pacientes com TEPT-Câncer, conforme pode ser observado na Tabela VI.



**Tabela VI. Frequência de Ansiedade e Depressão**

	<b>Não TEPT (n=167)</b>	<b>TEPT-S (n=71)</b>	<b>TEPT (n=52)</b>	<b>Total (n=290)</b>
<b>Ansiedade</b>				
Não caso	147 (88,0%)	32 (45,1%)	11 (21,2%)	190 (65,5%)
Caso	20 (12,0%)	39 (54,9%)	41 (78,8%)	100 (34,5%)
<b>Depressão</b>				
Não caso	159 (95,2%)	53 (74,6%)	16 (30,8%)	228 (78,6%)
Caso	8 (4,8%)	18 (25,4%)	36 (69,2%)	62 (21,4%)

Verificamos que mais de dois terços das pacientes com TEPT-Câncer (78,8%) também foram identificadas como ‘casos de ansiedade’ e 69,2% como ‘casos de depressão. Apesar da elevada comorbidade entre TEPT, Ansiedade e Depressão, foi observado que 21,2% das pacientes com TEPT não apresentavam Ansiedade e 30,8% não apresentavam Depressão. A associação entre TEPT, Depressão e Ansiedade, foi avaliada calculando a razão de prevalência (RP) entre os grupos com e sem TEPT. Observamos que as pacientes com TEPT tinham uma prevalência de Ansiedade 6,5 vezes maior do que as pacientes sem TEPT (RP = 3,181; Intervalo de Confiança de 95% = 5,32 A 17,53). Essa associação foi ainda maior para a Depressão. As pacientes com TEPT tinham prevalência de Depressão 14,2 vezes maior do que as pacientes sem TEPT (RP = 3,914; Intervalo de Confiança de 95% = 5,50 A 14,57).

O uso de substâncias foi investigado perguntando sobre o hábito de fumar atual e passado. Quase a metade das mulheres fumava ou era ex-fumantes: 47,1% (136). Não houve associação entre o uso de cigarros e a presença de TEPT ( $X^2 = 2,63$ ;  $p=0,28$ ). O uso de álcool atual ou passado estava presente em 38 mulheres (13,1%), dessas apenas três casos foram rastreadas como possíveis casos de

alcoolismo utilizando o CAGE. Não Houve associação entre uso de álcool e a presença de TEPT (Teste exato de Fisher=1,53; p=0,38)

#### **4.6 Características Sócio-Demográficas e Clínicas, Qualidade de Vida e TEPT**

Os resultados da comparação das características demográficas e clínicas das mulheres com sem TEPT, com TEPT subsindrômico e TEPT-Câncer estão apresentados na Tabela VII.

**Tabela VII - Características Sócio-demográficas, Clínicas e Qualidade de Vida das mulheres com TEPT e TEPT Subsindrômico**

	Sem TEPT n = 167		TEPT-S n = 71		TEPT n = 52		Teste estatístico
<b>Variáveis Sócio-demográficas</b>							
	m	dp	m	dp	m	dp	
<b>Idade</b>	54,17	13,23	52,14	10,69	51,79	11,80	F = 1,15 p = 0,32
	n	%	n	%	n	%	
<b>Escolaridade</b>							
Nenhum	14	8,4	4	7,7	7	9,9	X <sup>2</sup> = 2,34 p = 0,88
1-4 anos	67	40,1	21	40,4	32	45,1	
5-8 anos	41	24,6	11	21,2	18	25,4	
9 ou mais anos	45	26,9	16	30,8	14	19,7	
Companheiro	76	45,5	25	49,0	25	35,2	X <sup>2</sup> = 2,88 p = 0,23
Sem Companheiro	91	54,5	26	51,0	46	64,8	
<b>Classe Social</b>							
B	11	6,6	7	13,5	7	9,9	X <sup>2</sup> = 4,94 p = 0,29
C	90	53,9	20	38,5	35	49,3	
D + E	66	39,5	25	48,1	29	40,8	
<b>Características Clínicas</b>							
	n	%	n	%	n	%	
<b>Antecedente Psiquiátrico</b>							
Não	149	89,2	43	82,7	55	77,5	X <sup>2</sup> = 5,76 p = 0,056
Sim	18	10,8	9	17,3	16	22,5	
<b>Antecedente Familiar de Câncer de Mama</b>							
Não / não sei	133	80,6	34	66,7	53	76,8	X <sup>2</sup> = 4,31 p = 0,12
Sim	32	19,4	17	33,3	16	23,2	
<b>Estadiamento do Câncer de Mama</b>							
I	21	52,5	7	17,5	12	30,0	X <sup>2</sup> = 0,75 p = 0,69
II e III	140	58,3	43	17,9	57	23,8	
<b>Comorbidades Psiquiátricas</b>							
	m	dp	m	dp	M	dp	
<b>Ansiedade</b>	3,84	2,86	11,64	4,47	8,44	3,91	F = 117,14 p < 0,001
<b>Depressão</b>	2,34	2,54	9,92	4,74	5,79	4,07	

<b>Domínios da Escala SF-36</b>							
Capacidade Funcional	77,46	24,76	74,15	27,50	55,87	27,06	F = 13,95 p < 0,001
Aspectos Físicos	69,01	38,24	50,35	42,36	34,13	38,68	F = 17,43 p < 0,001
Dor	73,84	25,57	63,20	27,33	52,42	25,05	F = 17,77 p < 0,001
Estado Geral da Saúde	79,51	17,60	70,27	20,83	62,13	22,38	F = 17,88 p < 0,001
Vitalidade	73,50	18,77	59,72	23,62	40,19	24,09	F = 51,76 p < 0,001
Aspectos Sociais	79,51	17,60	70,27	20,83	62,13	22,38	F = 57,11 p < 0,001
Aspectos Emocionais	81,04	34,61	55,75	42,89	30,13	40,83	F = 38,08 p < 0,001
Saúde Mental	78,11	15,66	59,38	19,11	42,00	23,52	F = 86,90 p < 0,001

X<sup>2</sup>: Qui-quadrado de Pearson

F: ANOVA; SF-36

Como podemos observar, as características sócio-demográficas e o estadiamento clínico não estavam associadas ao TEPT. Observamos que na variável antecedente psiquiátrico o valor de “p” foi de 0,056, bastante próximo do nível de significância. Com relação aos sintomas de ansiedade e depressão, os escores das escalas HAD-A e HAD-D foram significativamente diferentes nos três grupos, sendo mais elevados: no grupo com TEPT comparado ao grupo sem TEPT (p<0,001); no grupo com TEPT subsindrômico comparado ao grupo sem TEPT (p<0,001); e no grupo com TEPT subsindrômico comparado ao grupo com TEPT (p<0,001).

Quando comparamos os três grupos sem TEPT, TEPT e TEPT subsindrômico, constatamos diferenças estatisticamente significativas nos escores de qualidade de vida em todos os domínios utilizando o teste de ANOVA. Para avaliar o impacto dos sintomas do TEPT sobre a qualidade de vida, independente dos efeitos potenciais das variáveis sócio-demográficas, clínicas e comorbidades psiquiátricas foi feita uma ANCOVA, seguida por uma comparação pos-hoc, com método de Tukey. As variáveis de controle foram incluídas passo a passo, obedecendo a seguinte ordem: 1) sócio-demográficas - idade (anos), escolaridade (quatro faixas), classe sócio-econômica (três faixas), presença de esposo ou companheiro (não vs. sim); 2) clínicas: estadiamento do câncer (I vs. II ou III); 3) antecedente psiquiátrico (não vs sim); e 4) comorbidades psiquiátricas: sintomas de depressão (escore na HAD-D), e sintomas de ansiedade (escore na HAD-A). Observamos que mesmo controlando para a influência das variáveis sócio-demográficas, estadiamento do câncer e antecedente psiquiátrico, as diferenças entre os grupos sem TEPT, com TEPT, e TEPT subsindrômico, em relação à qualidade de vida mantiveram-se significativamente diferentes em todos os domínios. Finalmente, adicionamos as variáveis ansiedade e depressão ao modelo anterior e observamos diferença estatisticamente significativa apenas na Capacidade Funcional e Aspecto Social ( $p < 0,05$ ).

Tabela VIII. Resultados da ANCOVA dos escores da Qualidade de Vida nas mulheres sem TEPT, com TEPT subsindrômico e TEPT

	Anova		Ancova*		Ancova**		Ancova***		Ancova****	
	p	Post	p	Post	P	Post	p	Post	p	Post
<b>Capacidade Funcional</b>	<0,001	NT>T TS>T	<0,001	NT>T TS>T	<0,001	NT>T TS>T	<0,001	NT>T TS>T	0,013	NT>T TS>T
<b>Aspectos Físicos</b>	<0,001	NT>TS NT>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	0,137	---
<b>Dor</b>	<0,001	NT>TS NT>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	0,288	---
<b>Estado Geral da Saúde</b>	<0,001	NT>TS NT>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	0,649	---
<b>Vitalidade</b>	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	0,359	---
<b>Aspectos Sociais</b>	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	0,000	NT>T S NT>T TS>T
<b>Aspectos Emocionais</b>	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	0,162	---
<b>Saúde Mental</b>	<0,001	NT>TS NT>T TP>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	<0,001	NT>TS NT>T TS>T	0,113	

Ancova controlando por Idade, Escolaridade, Classe sócio-econômica, Companheiro/Sem companheiro e Estado Civil;

\*\* Ancova controlando por (\*) e Estadiamento; \*\*\* Ancova controlando por (\*\*) e Antecedente Psiquiátrico; \*\*\*\* Ancova controlando por (\*\*\*) e Depressão e Ansiedade (contínuo); NT: Não TEPT; TS: TEPT Subsindrômico; T: TEPT.

## 5. DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado em um centro de referência especializado em oncologia feminina do Sistema Único de Saúde – SUS, que recebe mulheres provenientes de várias regiões da capital e do interior de São Paulo, e também do território nacional. Por ser um centro de referência no atendimento de mulheres com alterações clínicas e/ou mamográficas, algumas características epidemiológicas relacionadas ao câncer de mama devem ser observadas na amostra estudada. Embora 80% dos cânceres de mama sejam diagnosticados em mulheres com mais de 50 anos (Stoll, 1991), no presente estudo a porcentagem de mulheres nessa faixa etária foi de 56,2%. O histórico de antecedente familiar, um fator de risco importante para o câncer de mama foi relatado por 22,8% das mulheres. Na população feminina brasileira, a presença de um antecedente familiar de câncer de mama foi estimada em 4% (Instituto Nacional de Câncer, 2006). Por ser uma referência no tratamento do câncer de mama, as pacientes chegam ao serviço encaminhadas por médicos, portanto, os casos são triados, e podem explicar esse perfil epidemiológico. Mais da metade das mulheres avaliadas tinha até quatro anos de escolaridade e eram provenientes de classes sócio-econômicas intermediárias e baixas. A alta taxa de cobertura obtida sugere que a amostra estudada é representativa das mulheres atendidas no CRSM nos estágios iniciais do câncer de mama, I, II e III, uma vez que não foram incluídas aquelas em estágios avançados, ou no estágio IV.

Nesse estudo, a PCL-C foi utilizada para avaliar sintomas de TEPT especificamente relacionados ao diagnóstico, como, por exemplo, ter pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores relacionados ao evento traumático ter sido diagnosticada com câncer de mama. Para Kangas et al. (2002) a implicação dessa perspectiva é que o diagnóstico do câncer em si mesmo pode ser reconhecido como estressor, mais do que as potenciais ameaças que se seguem após o diagnóstico. O evento traumático no TEPT em pacientes com câncer, é interno e não pode ser evitado. A ameaça à integridade física não é imediata, e o desfecho está orientado para o futuro. Entretanto, os sintomas de TEPT-Câncer avaliados em pacientes após os tratamentos podem estar relacionados à gravidade da doença, ao tipo ou estágio do câncer, a agressividade e/ou efeitos colaterais dos tratamentos e a possibilidade de recorrência, dificultando a identificação do evento traumático que pode precipitar o TEPT (Gurevich, 2002). Este trabalho traz uma contribuição para os estudos de TEPT-Câncer porque foi realizado antes dos tratamentos, sendo possível avaliar os sintomas de estresse pós-traumáticos decorrentes especificamente do diagnóstico de câncer de mama.

Identificamos uma alta prevalência de sintomas de estresse pós-traumático, clinicamente significativos, uma vez que 81% das mulheres apresentava ao menos um sintoma de TEPT. Além disso, 17,9% das mulheres poderiam ser diagnosticadas com TEPT, de acordo com os critérios do DSM-IV. Adicionalmente, 24,5% apresentavam quase todos os critérios para o TEPT, constituindo casos subsindrômicos. As características sócio-demográficas e o estadiamento clínico não estavam associados ao TEPT. A história prévia de tratamentos ou consultas por



problemas psiquiátricos apresentou uma tendência de associação ( $p < 0,056$ ), enquanto os escores das escalas de ansiedade e depressão estavam significativamente associados aos sintomas de TEPT e TEPT subsindrômico ( $p < 0,001$ ). As mulheres com TEPT tinham uma prevalência três 6,5 vezes maior de Ansiedade e 14,2 vezes maior de Depressão, do que as pacientes sem TEPT. A análise do impacto dos sintomas de TEPT na qualidade de vida identificou que mulheres com TEPT e TEPT-Subsindrômico apresentaram pior qualidade de vida em todos os domínios da escala SF-36, mesmo quando as características sócio-demográficas foram controladas. No último passo da análise, quando os sintomas de ansiedade e depressão foram incluídos, as mulheres com TEPT e TEPT subsindrômico apresentavam pior qualidade de vida nos domínios Capacidade Funcional e Aspecto Social da escala SF-36. A alta frequência dos sintomas do estresse pós-traumático e o impacto na qualidade de vida das mulheres investigadas neste estudo reforçam a importância da inclusão do diagnóstico de câncer de mama como um evento traumático relacionado ao TEPT.

### **5.1 Frequência e Intensidade dos Sintomas de Estresse Pós- Traumático**

A PCL-C foi utilizada para avaliar os grupos de sintomas considerados nos critérios para o TEPT: Re-experimentação, Evitação e Hiperestimulação. Considerando toda a amostra, os sintomas de hiperestimulação, tais como: irritabilidade, insônia, dificuldade de concentração, hipervigilância, foram os mais frequentes: 63,1%. Os sintomas caracterizados como Revivescência (imagens, memórias, pensamentos intrusivos) e Evitação (evitar sentimentos, pensamentos, locais ou pessoas, que lembrem o evento traumático) estavam

presentes em mais da metade das mulheres, 59,6% e 58,3%, respectivamente. Algumas considerações da apresentação clínica desses sintomas em pacientes com câncer merecem ser discutidas, tanto por questões clínicas, como também epidemiológicas, uma vez que, embora a frequência dos sintomas de TEPT em pacientes com câncer seja alta, as prevalências desse diagnóstico encontradas nos estudos têm sido baixas.

A hipervigilância pode ser comum em sobreviventes de câncer por causa da natureza do estressor, que é interna, levando muitos pacientes a se tornarem atentos a qualquer sintoma somático, dada às suas preocupações com as possíveis recorrências (Green et al, 1998). Podemos considerar que a alta frequência dos sintomas de hiperestimulação, em mulheres recém diagnosticadas, principalmente a hipervigilância, pode ser atribuída ao aparecimento do câncer, considerado incontrolável e inesperado por mulheres que estavam no início do tratamento, conforme foi descrito por Mehnert e Koch (2007). A imprevisibilidade e a impossibilidade de controle podem repercutir na sensação de ‘segurança’ do sujeito, com aumento da atenção para os sintomas somáticos, e redução na concentração para as outras atividades, levando à irritabilidade, e repercutindo no funcionamento social. O critério de revivescência dos sintomas (Critério B) considera que os pensamentos intrusivos e os afetos são decorrentes do evento que ocorreu. Porém, no contexto do câncer, os pensamentos intrusivos podem estar orientados para o futuro, relacionados à ameaça que a doença representa para a saúde do indivíduo. O trabalho de Green et al. (1998) evidenciou esse aspecto no relato das pacientes, que avaliaram a informação sobre o seu prognóstico como muito mais ameaçadora do que os tratamentos que elas tinham recebido. Kangas et al. (2002) considera que essas

preocupações orientadas para o futuro podem ser consideradas como uma revivescência dos sintomas e que elas têm ótima sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de TEPT. Os sintomas de evitação, como *evitar lembranças sobre o estressor*, pode não ser apropriado para pacientes diagnosticadas com câncer, que necessitam ir às consultas médicas e fazer exames pré-operatórios. A *incapacidade de recordar um aspecto importante do trauma (amnésia dissociativa)* pode ser apropriada para eventos traumáticos únicos, mas, para pacientes com câncer, apresentar amnésia sobre a experiência que estão vivenciando, dificilmente ocorreria. A *sensação de futuro abreviado* não possui especificidade em pacientes com câncer, porque muitos deles podem temer o futuro por razões de ordem médica e não psicológicas (Kangas et al., 2002). Portanto, o grupo de sintomas do critério C pode trazer dificuldades diagnósticas, e é o mais difícil de ser preenchido, por causa de suas características e do número de sintomas necessários, três de sete sintomas, podendo levar a uma diminuição do número de pacientes diagnosticados com TEPT.

No presente estudo, utilizamos a IES para avaliar a frequência e a gravidade dos sintomas de intrusão e evitação. Embora a Intrusão e a Evitação possam ser considerados mecanismos psíquicos adaptativos da resposta ao estresse em pacientes com câncer (Gurevich et al., 2002), a intensidade pode resultar em sofrimento psicológico importante, principalmente os pensamentos intrusivos. As mulheres com TEPT apresentaram uma elevada frequência de sintomas de intrusão e evitação graves: 63,5% e 73,1%, respectivamente. O grupo com TEPT subsindrômico apresentou frequências intermediárias das intensidades dos sintomas de evitação e intrusão em relação aos outros dois grupos. Baider e De Nour, 1997, encontrou altos de evitação e intrusão em pacientes com câncer de mama (=238). Os pensamentos

intrusivos contribuíram com 30% da variabilidade do sofrimento psicológico, enquanto a correlação entre escores altos de evitação foi ‘mínima’. A relação entre a intensidade desses sintomas em pacientes com câncer de mama e o TEPT foi observada em um estudo prospectivo. Um dia antes da cirurgia do câncer, 44% das mulheres apresentaram sintomas graves de Intrusão e 29% sintomas graves de Evitação, além de 38,7% com escores altos no General Health Questionnaire” (GHQ), indicando problemas psicossociais clinicamente importantes. Os escores da escala de Intrusão tinham uma relação positiva com os escores do GHQ, mas não com os escores da escala de Evitação. Seis semanas após a cirurgia, os sintomas de estresse traumáticos estavam significativamente reduzidos, embora fosse possível estimar o TEPT em 14% das mulheres. Um ano após a cirurgia, 12% das mulheres apresentavam o TEPT. Um terço das pacientes, um ano após a cirurgia, relataram ter problemas, descrito em um dos itens da IES, como: “Eu dificilmente consigo pegar no sono e continuar dormindo, porque as imagens e pensamentos sobre o câncer retornam a minha mente”, comparada com metade das pacientes seis semanas após o diagnóstico (Tjemsland et al. 1996a; 1996b; 1998). Os sintomas graves de intrusão estavam presentes em 63,5% das mulheres com TEPT, e apenas 9,6% das mulheres sem TEPT. Os resultados dos trabalhos desses autores, e os do presente estudo, reforçam a idéia de que os pensamentos intrusivos graves estão associados ao sofrimento psicológico, e apontam para a necessidade de intervenções precoces que evitem a permanência desses sintomas em mulheres com câncer de mama (Epping-Jordan et al., 1994; Baider & De-Nour, 1997).

## 5.2 Prevalência e Impacto do TEPT-Câncer: Comorbidades Psiquiátricas

A prevalência de TEPT-Câncer no nosso estudo foi de 17,9%, maior do que as prevalências encontradas em dois estudos avaliando mulheres com câncer de mama, coma a PCL-C, que foram 10,9% e 6%, respectivamente (Cordova et al., 1995; Andrykowski et al., 1998). O nosso estudo pesquisou sintomas de TEPT após o diagnóstico de câncer de mama, antes do início dos tratamentos, enquanto nos estudos citados, o TEPT foi investigado em um período de 6 a 72 meses após o término dos tratamentos. É possível que a realização dos tratamentos para o câncer de mama, como a cirurgia e/ou a quimioterapia, diminua a intensidade da ameaça representada pelo diagnóstico de câncer, possibilitando a resolução das respostas traumáticas inicialmente apresentadas por mulheres diagnosticadas com câncer de mama, e possa explicar a diferença entre a prevalência de sintomas de TEPT-Câncer encontrada no presente estudo, comparada aos estudos citados. A relação temporal dos sintomas de TEPT com o término dos tratamentos e com a gravidade da doença são marcadores que podem estar relacionados à vulnerabilidade e ameaça de recorrência, intensificando os sintomas de estresse pós-traumáticos.

Ansiedade e Depressão estavam significativamente associados ao TEPT, enquanto houve apenas uma tendência da associação para histórico de tratamento psiquiátrico prévio ( $p < 0,056$ ). Nos outros dois estudos, as variáveis associadas ao TEPT foram: idade jovem, renda, estágios avançados, intervalo menor após o término dos tratamentos, suporte social baixo e estressores traumáticos prévios (Cordova et al., 1995; Andrykowski et al., 1998). Encontramos uma diversidade de fatores associados ao TEPT, entretanto, antecedente psiquiátrico e histórico de traumas, são os mais consistentes (Brewin et al., 2000). A comorbidade entre TEPT,

transtornos do humor e ansiedade pode ser considerada uma “regra, e não, exceção”, de acordo com Magris (2003). Nos estudos de TEPT-Câncer, essa comorbidade também é freqüente, e está associada a pior qualidade de vida de sobreviventes com câncer (Shelby, 2008).

Em outro estudo 47% das mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama preencheram pontos de corte estabelecidos para a positividade do diagnóstico psiquiátrico ou “distress”, e 11% tinham sintomas sugestivos de depressão maior, em uma amostra com alta escolaridade, sem complicações médicas, e bom nível de funcionamento social e ocupacional (Hegel, 2006). O nosso estudo rastreou depressão em 21,4% das mulheres, com um instrumento diferente do utilizado no estudo desses autores, e amostra com características sócio-demográficas diferentes que podem ter contribuído para essa diferença.

A prevalência de TEPT-Câncer no presente estudo, 17,9% foi semelhante a obtida no estudo de Mehnert e Koch (2007), avaliando mulheres no pós-operatório de cirurgia conservadora e/ou mastectomia (n= 127), 18,5%, quando foi utilizada a IES-R, um instrumento auto-aplicável. Entretanto, quando esses autores utilizaram a SCID, a porcentagem de TEPT-Câncer agudo foi de 2,4 % e da Reação Aguda ao estresse foi de 2,4%. Embora a prevalência de TEPT fosse baixa, 23% das pacientes foram diagnosticados com outros transtornos mentais comórbidos e o risco de ter uma segunda doença mental em mulheres diagnosticadas com Reação Aguda ao Estresse (REA) ou TEPT-Câncer foi significativamente maior, do que nas mulheres que não tinham REA ou TEPT-Câncer (OR: 22,2). É possível que algumas pacientes no nosso estudo, caso fossem avaliadas com uma entrevista clínica, não tivessem o diagnóstico de TEPT confirmado. Identificamos 34,5% de casos de Ansiedade e

21,4% de casos de Depressão e observamos que as pacientes com TEPT tinham uma prevalência de Ansiedade 6,5 vezes maior do que as pacientes sem TEPT (RP = 3,18). Essa associação foi ainda maior para a Depressão (RP = 14,2). Os efeitos do TEPT como facilitador do início de transtornos psiquiátricos subseqüentes, como transtorno por uso de substância ou transtorno de humor, foram observados no “National Comorbidity Survey”. A análise desse “survey” demonstrou que o aumento do risco para o desenvolvimento de um segundo transtorno desaparecia com a remissão dos sintomas de TEPT. Separando-se duas amostras, uma com indivíduos com TEPT ativo e outro grupo com este transtorno em remissão, observou-se que apenas aqueles com transtorno ativo teriam risco aumentado para ocorrência de um segundo transtorno (Kessler, 2000).

Alguns sintomas presentes no TEPT assemelham-se aos encontrados nos Transtornos do Humor, como alterações do sono, irritabilidade, menor interesse em participar de atividades, entre outros, o que reforça a importância da avaliação de todos os sintomas presentes, para uma adequada formulação diagnóstica e estratégia de tratamento. As elevadas taxas de comorbidade podem diminuir as chances de que se diagnostique o TEPT, pois, muitas vezes, quadros mais conhecidos são diagnosticados primeiro. De posse de um diagnóstico que explique parcialmente o sofrimento do paciente, uma investigação mais criteriosa, que evidenciaria um quadro de TEPT, pode ser retardada, ou mesmo nunca ser feita. As conseqüências da demora para diagnosticar adequadamente o TEPT, incluiriam o contínuo sofrimento do paciente e a eventual cronificação de seu quadro (Margis, 2003).

### 5.3 Impacto do TEPT-Câncer na Qualidade de Vida

As respostas ao diagnóstico do câncer e os efeitos dos tratamentos do câncer na qualidade de vida têm sido bastante estudados (Jacobsen et al., 1993; Kaplan et al., 1995; Hann et al., 1998). O uso do conceito do TEPT para avaliar a interpretação subjetiva dos pacientes da ameaça representada pelo câncer e das suas repercussões na qualidade de vida é um tópico recente e promissor devido às possibilidades de intervenção precoce.

O diagnóstico de câncer pode violar as suposições pré-existentes do indivíduo sobre o seu bem estar, uma vez que o seu aparecimento é imprevisível. Qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde – OMS, 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” (The Whoqol Group, 1994). A *percepção do indivíduo* da ameaça representada pelo diagnóstico de câncer pode levar a dúvida sobre a continuidade da vida, além de preocupações sobre os efeitos dos tratamentos na saúde física, na imagem corporal, na capacidade de cuidar dos filhos e trabalhar.

No presente estudo, observamos que as mulheres com TEPT e TEPT subsindrômico apresentavam os piores escores em todos os domínios da qualidade de vida, comparadas com aquelas sem TEPT, mesmo controlando para a influência das variáveis sócio-demográficas, estágio do câncer e antecedente psiquiátrico. Em outro estudo, longitudinal e prospectivo, os sintomas de estresse pós-traumático, na *fase inicial do diagnóstico* e cirurgia, estavam significativamente correlacionados a pior qualidade de vida das mulheres com câncer de mama e foram preditores da piora dos aspectos psicológicos e físicos da qualidade de vida, quatro meses e até um ano após



o diagnóstico. Esse resultado se manteve mesmo quando as variáveis sócio-demográficas e clínicas foram controladas. Nesse estudo, também foram avaliados os efeitos dos eventos de vida traumáticos e os efeitos do estresse global (que avalia a percepção do indivíduo da sua vida como estressante, sem referência a evento ou estressor específico). Medir a avaliação global do estresse é importante porque a experiência do câncer não ocorre isolada, mas no contexto de vida diária dos pacientes. Os níveis de estresse altos estavam associados à redução na qualidade de vida física e psicológica, na fase do diagnóstico e cirurgia, durante o tratamento adjuvante (quimioterapia/radioterapia), e também quando esses tratamentos terminam e a começa a recuperação (Golden-Kreutz et al., 2005). Importante observar que a amostra era constituída de mulheres com nível educacional elevado, que pertenciam às classes média e alta e estavam aguardando a participação em uma intervenção psicológica e comportamental, portanto com condições favoráveis para um melhor ajustamento, diferentes da nossa amostra, constituída por mulheres com poucos recursos sócio-econômicos, nas quais o impacto do diagnóstico na qualidade de vida pode ser ainda maior.

Os sintomas de ansiedade e depressão contribuíram para as diferenças entre os grupos nos escores de qualidade de vida, em todos os domínios da qualidade de vida. Entretanto, quando adicionados ao modelo de análise reduziram a associação entre TEPT e qualidade de vida a dois domínios do SF-36: 'Capacidade Funcional' e 'Aspecto Social'. Considerando que os sintomas de ansiedade e depressão fazem parte do espectro da morbidade psiquiátrica desencadeada pelo diagnóstico de câncer, seria esperado que os efeitos desses sintomas tivessem influência na qualidade de vida. Os sintomas do TEPT fazem parte de um transtorno de ansiedade,

e embora tragam consigo sofrimento, prejuízo clinicamente significativo, são sintomas conceitualmente distintos da qualidade de vida.

As questões que avaliam a ‘Capacidade Funcional’ no SF-36 estão relacionadas à extensão em que a saúde do indivíduo traz dificuldades para realizar atividades de vida diária, como fazer caminhadas, carregar objetos, subir escadas, realizar tarefas domésticas, além da flexibilidade corporal (curvar-se, tomar banho). A outra dimensão ‘Aspecto Social’, que estava associada especificamente com os sintomas de TEPT, avalia a extensão e quantidade de tempo em que os problemas de saúde física ou emocional interferiram nas relações sociais. Consideramos que essas dimensões possam estar relacionadas em um transtorno agudo, como na amostra estudada, embora possam se manifestar de forma diferente em sobreviventes com câncer de mama. Entretanto, essas são especulações, dado o caráter transversal do presente estudo.

O diagnóstico de uma doença grave remete a idéia da perda da força relacionada à saúde. As mulheres evitariam atividades de vida diária porque associam a doença à fraqueza, e também ao desconforto, como dor na região onde foi realizada a biópsia da mama, aumentando a atenção para a presença do ‘câncer’, e trazendo re-vivências, que, ao mesmo tempo, são evitadas. Essa percepção da doença também pode ser compartilhada pelos familiares, e a realização de algum esforço físico pode ser evitado, para não trazer uma atenção ou preocupação, além de recomendações dos familiares, no sentido dos cuidados que elas devem ter com a saúde. Evitar esses contatos sociais pode evitar perguntas e comentários que intensifiquem os sintomas de estresse pós-traumático. Essas considerações podem ser apoiadas nos resultados de um estudo qualitativo com mulheres brasileiras de baixa

renda, diagnosticadas com câncer de mama há pelo menos três meses. Os autores identificaram que a elaboração da experiência de ficar doente era influenciada por uma ‘associação automática entre o câncer de mama e um processo de deterioração física e dolorosa’, relacionada à falta de informação. Essa atitude pode ter causado déficits no desempenho de habilidades produtivas e na percepção da competência para realizar atividades de vida diária, além de repercussões na adesão à prevenção secundária (Peres e Santos, 2007). No estudo de Amir et al. (2002), foram avaliadas sobreviventes de câncer de mama, diagnosticadas com intervalo de cinco ou mais anos, observando-se que os sintomas de TEPT estavam associados aos piores escores de qualidade de vida, tanto nos domínios físicos como psicológicos, comparados as mulheres que não tinham sido expostas à doenças crônicas. Quando as mulheres com câncer de mama foram comparadas com o grupo controle, sem o subgrupo de pacientes com TEPT, as diferenças entre os escores da escalas que avaliaram sintomas de ansiedade, depressão, obsessivos e compulsivos desapareceram, com exceção da escala de somatização. Esses autores consideram que a somatização pode ser uma ‘seqüela’ natural e provavelmente não modificável do câncer, que deve ser conhecida e aceita pelos sobreviventes e profissionais (Amir et al., 2002).

A repercussão da doença no tempo disponível para os contatos sociais pode ser decorrente da realização de exames pré-operatórios, que demandam idas constantes ao hospital. Pacientes com TEPT evitam contatos sociais, porque podem ser estímulos de lembranças associadas ao trauma, que podem piorar os sintomas de excitabilidade, além de apresentarem dificuldade de concentração. Dificuldades em conciliar ou manter o sono, irritabilidade, resposta de sobressalto exagerada, também repercutem na realização das atividades de vida diária, e nos contatos sociais, e esses

sintomas de hiperestimulação foram os mais freqüentes na nossa amostra. Pacientes com TEPT evitam ter pensamentos, sentimentos, conversas, locais ou pessoas, e redução do interesse em atividades significativas. Esses sintomas estão implicados em prejuízo do domínio 'Aspecto Social' da escala de qualidade de vida.

#### **5.4 Limitações da Pesquisa**

O intervalo de tempo entre o diagnóstico de câncer de mama e a aplicação da PCL-C nesse estudo foi, em média, de 24 dias, devido ao início dos tratamentos para o câncer (cirúrgicos e/ou quimioterapia). Esse intervalo foi menor do que as quatro semanas consideradas nos critérios diagnósticos do DSM-IV para o diagnóstico do TEPT, e pode ter elevado a prevalência do TEPT no presente estudo. Em virtude da restrição associada a estes critérios, algumas pacientes não preencheram completamente os critérios para o TEPT, por uma ou duas semanas. Entretanto, foram consideradas como casos, uma vez que a probabilidade dos sintomas desse transtorno se manter é alta. Por outro lado, os casos de TEPT subsindrômico podem evoluir para TEPT, uma vez que existem casos protraídos que somente se iniciam meses depois (Mello e Fiks, 2006).

Foram incluídas apenas pacientes com câncer de mama, e não sabemos se esses resultados podem ser generalizados para os cânceres de outros sítios. Entretanto, considerando os vários eventos traumáticos associados ao câncer, o presente trabalho pode trazer uma contribuição importante para os estudos de TEPT-Câncer, porque especifica o evento traumático relacionado ao TEPT.

No presente estudo, a presença de TEPT foi avaliada considerando um único evento traumático. Entretanto, a freqüência de eventos traumáticos é alta na população

e pode ter contribuído para o aumento da frequência e da intensidade dos sintomas apresentados. Talvez pudéssemos considerar que o nosso estudo identificou sintomas incidentes de TEPT-Câncer, uma vez que esses sintomas surgiram após o diagnóstico de câncer de mama. Por outro lado, é possível que esses sintomas já estivessem presentes durante o processo de investigação diagnóstica, realização de mamografias, biópsias, com piora ou intensificação desses sintomas, após a confirmação diagnóstica do câncer de mama, e por essas razões foram considerados como sintomas prevalentes.

Os efeitos do TEPT na qualidade de vida devem ser interpretados com cautela, considerando a bi-direcionalidade dos efeitos e causas e o tempo curto da avaliação realizada.

## 6. CONCLUSÕES

As respostas de estresse pós-traumático ao câncer foram avaliadas em mulheres, que podem apresentar uma melhora espontânea dessas respostas traumáticas, embora os trabalhos revisados apontam para uma cronificação destes sintomas em uma parcela significativa das mulheres.

Tradicionalmente, os estudos de pacientes com doenças físicas utilizam escalas de sintomas que resultam em uma avaliação global da sintomatologia, e sofrimento emocional significativo. Entretanto, a utilidade clínica dessas medidas pode ser de valor limitado para identificar o grande número de pacientes que apresentam sintomas psiquiátricos e cujos estados clínicos requerem intervenções específicas. Avaliar as reações ao diagnóstico de câncer da perspectiva do TEPT, pode orientar o desenvolvimento de intervenções específicas para essa fase, principalmente em populações onde a escassez de recursos, a desigualdade social e os altos índices de violência, podem contribuir tanto para o aumento do TEPT em geral, como também para o TEPT relacionado às condições médicas.

Os resultados desse estudo podem alertar os médicos para a importância da investigação do TEPT em pacientes com câncer. Esse conceito é pouco utilizado pelos profissionais de saúde, por desconhecimento desse transtorno, e também por valorizar as comorbidades associadas a esse diagnóstico, como os transtornos de ansiedade, depressão, dissociação e pânico. A interferência na qualidade de vida ocasionada pelo TEPT, somada ao prejuízo provocado pelas comorbidades, causam sofrimento, além do dano potencial associado ao eventual retardo para a realização do adequado diagnóstico e tratamento destes pacientes.

Alguns estudos sugerem que o acesso a recursos de tratamento e suporte poderia minimizar os efeitos do trauma sobre a saúde mental das populações. Os conceitos de vulnerabilidade, resiliência e mecanismos de enfrentamento (*coping*) vêm ganhando importância para a compreensão da adaptação ao trauma. A investigação de mediadores, que possam interferir ou melhorar os mecanismos de enfrentamento e resiliência em pacientes com câncer, podem melhorar a sensação de controle das pacientes sobre o evento traumático.





**ANEXO I**

## Estadiamento Clínico do Câncer de Mama

Fonte: Barros ACSD, Barbosa EM, Gebrim LH. et al., 2001 – Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama.

**1) Classificação ‘TNM’** :T – tumor; N – linfonodo; e M – Metástase

### **T - Tumor**

TX O tumor primário não pode ser avaliado

T0 Sem evidência de tumor primário

Tis Carcinoma in situ: carcinoma intraductal ou carcinoma lobular in situ ou doença de Paget da papila sem tumor

T1 Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão

T1a - tumor com 0,5 cm ou menos em sua maior dimensão

T1b - tumor com mais de 0,5 cm e até 1 cm em sua maior dimensão

T1c - tumor com mais de 1 cm e até 2 cm em sua maior dimensão

T2 Tumor com mais de 2 cm e até 5 cm em sua maior dimensão

T3 Tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão

T4 Tumor de qualquer tamanho, com extensão direta à parede torácica ou à pele

T4a - extensão para parede torácica

T4b - edema (incluindo peau d'orange) ou ulceração da pele da mama ou nódulos cutâneos satélites, confinados à mesma mama T4c - T4a e T4b associados

T4d - carcinoma inflamatório

### **N - Linfonodos regionais**

NX Os linfonodos regionais não podem ser avaliados (por ex. foram removidos previamente)

N0 Ausência de metástases nos linfonodos regionais

N1 Metástase em linfonodo(s) auxiliar(es) homolateral (is) móvel (is)

N2 Metástase nos linfonodos axilares homolaterais fixos uns aos outros ou a outras estruturas

N3 Metástase nos linfonodos da cadeia mamária interna homolateral

### **M - Metástases a distância**

MX A presença de metástases a distância não pode ser avaliada

M0 Ausência de metástases a distância

M1 Metástases a distância (incluindo as metástases nos linfonodos supraclaviculares)

## **2) Estadiamento do câncer de mama em função das diversas combinações possíveis pelo sistema TNM**

Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio II A	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estadio II B	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estadio III A	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Estadio III B	T4 (a,b,c,d)	qualquer N	M0
	Estadio III C	N3 (a,b,c)	qualquer T

## Critérios Diagnósticos para Transtorno do Estresse Pós-Traumático (DSM-IV)

<b>Transtorno de Estresse Pós-Traumático : Critérios Diagnósticos (DSM-IV)</b>
<p>A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:</p> <p>(1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros;</p> <p>(2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.</p> <p>Nota: Em crianças, isto pode ser expressado por um comportamento desorganizado ou agitado</p>
<p>B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:</p> <p>(1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções.</p> <p>Nota: Em crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspectos do trauma;</p> <p>(2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento.</p> <p>Nota: Em crianças podem ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável;</p> <p>(3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado).</p> <p>Nota: Em crianças pequenas pode ocorrer reencenação específica do trauma;</p> <p>(4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;</p> <p>(5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.</p>
<p>C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:</p> <p>(1) esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;</p> <p>(2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;</p> <p>(3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;</p> <p>(4) redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;</p> <p>(5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;</p> <p>(6) faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho);</p> <p>(7) sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).</p>
<p>D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:</p> <p>(1) dificuldade em conciliar ou manter o sono</p> <p>(2) irritabilidade ou surtos de raiva</p> <p>(3) dificuldade em concentrar-se</p> <p>(4) hipervigilância</p> <p>(5) resposta de sobressalto exagerada.</p>
<p>E. A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a 1 mês.</p>
<p>F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p>
<p>Especificar se:</p> <p>Agudo: se a duração dos sintomas é inferior a 3 meses.</p> <p>Crônico: se a duração dos sintomas é de 3 meses ou mais.</p> <p>Especificar se:</p> <p>Com Início Tardio: se o início dos sintomas ocorre pelo menos 6 meses após o estressor.</p>

**ANEXO II**

**“Pos-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version”: PCL-C**

Desenvolvida por Wheeters, FW, Litz BT, Herman D, Huska JA, Keane TM (1993)  
Traduzida e adaptada para o português por Berger W, Mendlowicz MV, Souza WF, Figueira I (2004)

*Instruções:* Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes. Por favor, indique o quanto você foi incomodado devido “ter sido diagnosticada com câncer de mama”, durante o último mês. **Por favor, marque 1 para NADA, 2 para UM POUCO, 3 para MÉDIO, 4 para BASTANTE e 5 para MUITO.**

	Nada	Um Pouco	Médio	Bastante	Muito
1. Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?					
2. Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?					
3. De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?					
4. Sentir-se muito chateada ou preocupada quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?					
5. Sentir sintomas físicos (por exemplo coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?					
6. Evitar falar ou pensar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?					
7. Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?					
8. Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?					
9. Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?					
10. Sentir-se distante ou afastada das outras pessoas?					
11. Sentir-se emocionalmente entorpecida ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhes são próximas?					
12. Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?					
13. Ter problemas para pegar no sono ou continuar dormindo?					
14. Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?					
15. Ter dificuldades para se concentrar?					
16. Estar superalerta, vigilante ou em guarda?					

17. Sentir-se tensa ou facilmente sobressaltada?					
--	--	--	--	--	--

### Escala do Impacto do Evento

Desenvolvida por Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W (1979)

Traduzida e adaptada por Bottino SMB, Bottino CMC, Bassit DP, Mônico ARD, Souza ARD, Litvoc, J (2007)

Abaixo, encontra-se uma lista de comentários feita por pessoas após a ocorrência de eventos estressantes. Por favor, cheque cada item, indicando com um X com que frequência estes comentários foram verdadeiros para você durante os últimos sete dias, considerando nas suas respostas o evento: **“ter sido diagnosticada com câncer de mama”**. Se eles não ocorreram durante esse período, favor marcar na coluna "nunca".

	Frequência			
	Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Sempre 4
1. Eu pensei sem querer no evento				
2. Quando eu pensei no evento ou quando fui lembrada disso, tentei não ficar estressada ou nervosa				
3. Eu tentei apagar as lembranças do evento				
4. Eu dificilmente consigo pegar no sono e continuar dormindo, porque as imagens e pensamentos sobre o evento retornavam a minha mente				
5. De repente vem sentimentos fortes sobre o evento				
6. Eu tive sonhos sobre o evento				
7. Eu evitei coisas que me lembrassem o evento				
8. Eu senti como se não tivesse acontecido ou como se não fosse real				
9. Eu tentei não falar sobre o evento				
10. Imagens sobre o evento retornavam à minha mente				
11. Constantemente, algumas coisas me fazem lembrar sobre o evento				
12. Eu sabia que ainda tinha muitos sentimentos sobre o evento mas não quis lidar com eles				
13. Eu tentei não pensar sobre o evento				
14. Cada lembrança trouxe de volta sentimentos sobre o evento				
15. Meus sentimentos sobre o evento pareciam estar anestesiados				

**TOTAL** \_\_\_\_\_

## Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Desenvolvida por Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale (1983).

Traduzida e adaptada por Botega NJ, Bio MR Zomignani, Garcia Jr, Pereira, CWA (1995)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário, as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

**Marque apenas uma resposta para cada pergunta.**

**1. A Eu me sinto tensa ou contraída:**

- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Nunca

**2. D Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:**

- 0 ( ) Sim do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Não tanto quanto antes
- 2 ( ) Só um pouco
- 3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada

**3. A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:**

- 3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte.
- 2 ( ) Sim, mas não tão forte.
- 1 ( ) Um pouco, mas isso não me incomoda.
- 0 ( ) Não sinto nada disso.

**4.D Dou risadas e me divirto quando vejo coisas engraçadas:**

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Atualmente um pouco menos
- 2 ( ) Atualmente bem menos
- 3 ( ) Não consigo mais

**5. A Estou com a cabeça cheia de preocupações:**

- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Raramente

**6. D Eu me sinto alegre:**

- 3 ( ) Nunca
- 2 ( ) Poucas vezes
- 1 ( ) Muitas vezes
- 0 ( ) A maior parte do tempo

**7. A Consigo ficar sentada à vontade e me sentir relaxada:**

- 0 ( ) Sim, quase sempre.
- 1 ( ) Muitas vezes
- 2 ( ) Pouca vezes
- 3 ( ) Nunca

**8. D Estou lento para fazer as coisas:**

- 3 ( ) Quase sempre
- 2 ( ) Muitas vezes
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Nunca

**9. A Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:**

- 0 ( ) Nunca
- 1 ( ) De vez em quando
- 2 ( ) Muitas vezes
- 3 ( ) Quase sempre

**10. D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:**

- 3 ( ) Completamente
- 2 ( ) Não estou mais me cuidando como eu deveria.
- 1 ( ) Talvez não tanto quanto antes.
- 0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes.

**11. A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:**

- 3 ( ) Sim, demais.
- 2 ( ) Bastante
- 1 ( ) Um pouco
- 0 ( ) Não me sinto assim

**12. D Fico esperando animada as coisas boas que estão por vir:**

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Um pouco menos que antes
- 2 ( ) Bem menos do que antes
- 3 ( ) Quase nunca

**13. A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:**

- 3 ( ) A quase todo momento
- 2 ( ) Várias vezes
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Não sinto isso

**14. D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, ou quando leio alguma coisa:**

- 0 ( ) Quase sempre
- 1 ( ) Várias vezes
- 2 ( ) Poucas vezes
- 3 ( ) Quase nunca



## QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA SF – 36

Desenvolvida por Ware JE, Sherbourne CD (1992)

Traduzida e Adaptada por Ciconelli RM, Ferraz MB; Santos W; Meinão I; Quaresma MR (1999)

SCORE \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**Instruções:** Esta entrevista questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

**1 - Em geral você diria que sua saúde é:**

**(Circule uma)**

- Excelente ..... 1  
 Muito Boa ..... 2  
 Boa ..... 3  
 Ruim ..... 4  
 Muito Ruim ..... 5

**2 - Comparada há 1 ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?**

**(Circule uma)**

- Muito melhor agora do que há um ano atrás ..... 1  
 Um pouco melhor agora do que há um ano atrás ..... 2  
 Quase a mesma de um ano atrás ..... 3  
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás ..... 4  
 Muito pior agora do que há um ano atrás ..... 5

**3 - Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum.**

**Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?**

**(circule um número em cada linha)**

Atividades	Sim dificulta muito	Sim dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a - <b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como: correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b - <b>Atividades moderadas</b> , tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c - Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d - Subir <b>vários</b> lances de escada	1	2	3
e - Subir <b>um lance</b> de escada	1	2	3
f - Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g - Andar <b>mais de 1 quilômetro</b>	1	2	3
h - Andar <b>vários</b> quarteirões	1	2	3
i - Andar <b>um</b> quarteirão	1	2	3

j – Tomar banho ou vestir-se	1	2	3
------------------------------	---	---	---

4 – Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule um número em cada linha)

	Sims Sim	NãoN Não
a – Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1AAA 1	2111 2
b – Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	11111 1	21111 2
c – Esteve <b>limitado</b> no seu trabalho ou em outras atividades?	11111 1	2222 2
d – Teve <b>dificuldade</b> de fazer seu trabalho ou outras atividades? (necessitou de um esforço extra?)	11111 1	2 222 2

5 – Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a – Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b – Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	1	2
c – Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto <b>cuidado</b> como geralmente faz?	1	2

6 – Durante **as últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(Circule uma)

De forma nenhuma ..... 1  
Ligeiramente ..... 2  
Moderadamente ..... 3  
Bastante ..... 4  
Extremamente ..... 5

7 – Quanta dor no corpo você teve durante **as últimas 4 semanas**?

(Circule uma)

Nenhuma ..... 1  
Muito Leve ..... 2  
Leve ..... 3  
Moderada ..... 4  
Grave ..... 5  
Muito Grave..... 6

8 – Durante **as últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(Circule uma)

De maneira alguma ..... 1  
Um pouco ..... 2  
Moderadamente ..... 3  
Bastante ..... 4  
Extremamente ..... 5

9 – Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas. **(Circule um número para cada linha)**

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a – Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b – Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c – Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d – Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e – Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f – Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g- Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h – Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I – Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 – Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a **sua saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? **(Circule uma)**

Todo o tempo .....	1
A maior parte do tempo .....	2
Alguma parte do tempo .....	3
Uma pequena parte do tempo .....	4
Nenhuma parte do tempo .....	5

11 – O quanto verdadeiro ou **falso** é cada uma das afirmações para você **(Circule um número me cada linha)**

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a – Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b – Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c – Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d – Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

**ANEXO III**

**Frequência dos Sintomas de Estresse Pós Traumático em Mulheres  
Diagnosticadas com Câncer de Mama (n=290)**

	Freq	%
1. Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	<b>105</b>	36,2
2. Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	<b>26</b>	9,0
3. De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	<b>54</b>	18,6
4. Sentir-se muito chateada ou preocupada quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	<b>132</b>	45,5
5. Sentir sintomas físicos (por exemplo coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	<b>85</b>	29,3
6. Evitar falar ou pensar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?	<b>113</b>	39,0
7. Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?	<b>70</b>	24,1
8. Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?	<b>45</b>	15,5
9. Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?	<b>69</b>	23,8
10. Sentir-se distante ou afastada das outras pessoas?	<b>51</b>	17,6
11. Sentir-se emocionalmente entorpecida ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhes são próximas?	<b>43</b>	14,8
12. Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?	<b>58</b>	20,0
13. Ter problemas para pegar no sono ou continuar dormindo?	<b>80</b>	27,6
14. Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?	<b>85</b>	29,3
15. Ter dificuldades para se concentrar?	<b>67</b>	23,1
16. Estar superalerta, vigilante ou em guarda?	<b>104</b>	35,9
17. Sentir-se tensa ou facilmente sobressaltada?	<b>78</b>	26,9

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alter CL; Pelcovitz D; Axelrod AMSW; Goldenberg B; Harris H; Meyers B, Grobois B; Mandel F, Septimus A, Kaplan, S.. Identification of PTSD in Cancer Survivors. *Psychosomatics*, 1996, 37: 137-143.

American Cancer Society (2007). Câncer facts and figures. Atlanta, GA.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington (DC); 1994.

Andrykowski MA, Cordova MJ, McGrath PC, Sloan DA, Kenady DE, Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: a 1-year follow-up. *Psycho-Oncology*; 2000;9:69-78

Andrykowski MA, Cordova MJ, Studts JL, Miller TW. Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) as a screening instrument. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 1998; 66:586-590.

Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME). Disponível em: [www.abipeme.org.br](http://www.abipeme.org.br). Acessado em maio de 2006.

Baider L, De-Nour AK. Psychological Distress and Intrusive Thoughts in Cancer Patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*; 1997; 185:346-348.

Berger W, Mendlowicz MV, Souza WF, Figueira I. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 2004; 26 (2) 167-175.

Berger W; Figueira I; Maurat A M; Bucassio E P; Vieira I; Jardim SR; Coutinho ESF; Mari JJ; Mendlowicz MV. Partial and Full PTSD in Brazilian Ambulance

Workers: Prevalence and Impact on Health and on Quality of life. *Journal of Traumatic Stress*, 2007; 20:637-642

Blanchard, EB; Hickling, EJ; Barton, KA; Taylor, AE; Loos, WR & Jones-Alexander, J. One year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behavior Research & Therapy*, 1996; 34:775-786.

Botega NJ, Bio MR Zomignani, Garcia Jr, Pereira, CWA. Transtornos de Humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*, 1995; 29:355-63

Breslau N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Can J Psychiatry*; 2002; 47: 923-9.

Brewin, C.R.; Andrews, B; & Valentine, J.D. "Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68 (5): 748-66, 2000.

Brewin, CR; Joseph, S; Dalgleish, T. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 1996; 103: 670-686.

Carroll BT., Kathol RG, Noyes R, Wald TG, Clamon GH. Screening for depression and anxiety in patients using the Hospital and Anxiety Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*; 1993; 15:69-74

Cella DF, Mahon SM, Donovan MI. Cancer recurrence as a traumatic event. *Behavioral Medicine*; 1990; 16: 15-22.

Ciconelli RM, Ferraz MB; Santos W; Meinão I; Quaresma MR. Tradução para a lingual portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 1999; 39:143-150.

Ciechanowski, PS; Walker, EA; Russo, JE; Newman, E & Katon, WJ. Adult health status of women HMO members with posttraumatic stress disorder symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 2004; 26:261-268.

Cordova MJ, Andrykowski MA, Kenady DE, McGrath PC, Sloan DA, Redd WH. Frequency and correlates of PTSD-Like symptoms following treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 1995; 63:981-986.

DSM-III - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, American Psychiatry Association, 1980.

DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, American Psychiatry Association, 1994.

Einsenberger ALM. *Sobrevida de cinco anos para pacientes com carcinoma ductal infiltrante de mama sem comprometimento de linfonodos axilares: coorte hospitalar, 1992-1996*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz: 2001.

Epping-Jordan JE, Compas BE, Howell DC. Predictors of cancer progression in young adult men and women: Avoidance, intrusive thoughts and psychological symptoms. *Health Psychology*; 1994; 13: 539-547.

Figueira, I; Mendlowicz, M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr*; 2003; 25 (Supl 1): 12-16.

Fletcher, RH; Fletcher, SW; Wagner, EH. *Prognóstico*. In: *Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais*. Cap 6, pg:120-144. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996

Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B.O. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Therapy*, 1989; 20:155-176.

Golden-Kreutz, DM; Thornton, LM; Gregorio, SW; Frierson, GM; Jim, HS; Carpenter, KM; Shelby, RA; Andersen, BL. Traumatic Stress, Perceived Global Stress, and Life Events: Prospectively Predicting Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Health Psychology*, 2005, 24:288-296.

Gonçalves, SCM & Dias, MR. *A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças*. *Estudos de Psicologia*, 1999; 4(1):141-159.



Green BL, Rowland JH, Krupnick JL, Epstein SA, Stockton P, Stern NM, Spertus IL, Steakley C. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Women with Breast Cancer. *Psychosomatics*, 1998; 39:102-11.

Green BL, Krupnick JL, Rowland JH, Epstein SA, Stockton P, Spertus I, et al. Trauma history as a predictor of psychological symptoms in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 2000; 18: 1084-93.

Gurevich M, Devins GM, Rodin GM Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 2002; 43:259-81

Guanilo, Maria Helena Echevarria. “Burns Specific Pain Anxiety Scale-BPAS”: *adaptação transcultural e validação preliminary*. Tese de Mestrado. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. Ribeirão Preto, 2005

Hann Jacobsen, Martin Azzarelo, Greenberg. Fatigue and quality of life following radiotherapy for breast cancer: A comparative study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*; 1998; 5:19-33.

Hegel MT; Moore CP; Collins ED; Kearing S; Gillock KL; Riggs RL; Clay KF; Ahles TA. Distress, psychiatric syndromes and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*; 2006, 107 (12) : 2924-31.

Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. The Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 1979; 41: 209-218

Incidência de Câncer no Brasil, Instituto Nacional do Cancer. [periódico on-line] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008> (26/03/2008)

Instituto Nacional de Câncer (2006) Parâmetros Técnicos para Programação de Ações de Detecção Precoce do Câncer de Mama; p.17.

Ito, LM (2000). *Escalas de avaliação do Transtorno do Estresse Pós-Traumático. Anexo 2. In: Escalas de Avaliação em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. Gorenstein C; Andrade LHS; Zuardi, AW (eds). Lemos Editorial, São Paulo.

Jacobsen PB, Bovbjerg DH, Redd WH. Anticipatory anxiety in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Health Psychology*; 1993; 12:469-475.

Joseph, S. Psychometric Evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: A Review. *Journal of Traumatic Stress*; 2000; 13: 101-113.

Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev* 2002; 22: 499-524.

Kaplan HS. A neglected issue: The sexual side-effects of current treatments for breast cancer. *Canadian Journal of Human Sexuality*; 1994; 3:151-163.

Kessler, RC. et al. "Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey". *Arch. Gen. Psychiatr*; 1995; 52(12): 1058-60.

Magris (2003) Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção? *Ver Bras Psiquiatr*; 2003:25 (Supl I) :17-20

McBride CM, Clipp E, Peterson BL, Lipkus IM, Demark-Wahnefried W. *Psychological impact of diagnosis and risk reduction among cancer survivors. Psycho-oncology*; 2000; 9:418-427.

Mehnert, A & Uwe Koch. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psycho-Oncology*, 2007; 16:181-188.

Mehnert, A & Uwe Koch. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychological support in a cancer register-based sample of long term breast cancer survivor. *Journal of Psychosomatic Research*, 2008; 64:383-391.

Mello MF & Fiks, JP (2006) Aspectos históricos e diretrizes para o diagnóstico de TEPT. In: *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*, Feijó de Mello, M; Bressan, RA; Andreoli, SB; Mari, JJ, Eds., pgs. 10-18)

Moorey S, Greer S, Watson M et al. - The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. *Br J Psychiatry*, 1991; 158:255-259.

Moraes, AB; Zanini, RR; Turchiello, MS; Riboldi, J; Medeiros, LR. *Estudo de sobrevivida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria*, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22: 2219-28.

Mylle, J & Maes, M. Partial posttraumatic stress disorder revisited. *Journal of Affective Disorders*, 2004; 78:37-48

Norris, FH. "Epidemiologic of trauma and posttraumatic stress disorder in México". *J Abnorm. Psychol.* 112(4):645-56,2003.

Peres, RS & Santos, MA. Breast cancer, poverty and mental health: emotional response to the disease in women from popular classes. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2007, 15:786-791.

Ribeiro, WS; Quintana, MIS; Andreoli, SB. Epidemiologia: Prevalência e Fatores Associados. In: Feijó de Mello, M (Eds) *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*, cap11, pg: 138-151, 2006. São Paulo-SP, Manole.

Santos, FRM; Kozasa, EH; Chauffaille, MLLF; Colleoni, GWB; Leite, JR. Psychosocial adaptation and quality of life Brazilian patients with different hematological malignancies. *Journal of Psychosomatic Research*, 2006; 60:505-512.

Shelby RA, Golden-Kreutz DM. PTSD Diagnoses, Subsyndromal Symptoms, and Comorbidities Contribute to Impairments for Breast Cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 2008, 21:165-172

Sistema de Informações sobre Mortalidade da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde – SIM/SVS/MS, 2005.

Smith MY, Redd W, DuHamel K, Vickberg SJ & Ricketts, P. Validation of the PTSD-Civilian Version in survivors of bone marrow transplantation. *Journal of Traumatic Stress*, 1999; 12, 485-499.

Sparrenberger F, Santos, I, Lima RC. Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 2003, 37: 434-439

Stein, MB; Walker, JR; Hazen, AL & Forde, DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: A community survey. *American Journal of Psychiatry*, 1997; 154:1114-1119.

Stoll BA (1991) Defining breast cancer prevention. In: Stoll BA, editor. Approches to breast cancer prevention. Dordrecht: Klumer Academic Publishers; p.3-13

Tjemsland L, Søreide JA, Malt UF. Traumatic distress symptoms in early breast cancer I: Acute response to diagnosis. *Psycho-Oncology*, 1996a; 5:1-8.

Tjemsland L, Søreide JA, Malt UF. Traumatic distress symptoms in early breast cancer II: Outcome six weeks post surgery. *Psycho-Oncology*, 1996b; 5:295-303.

Tjemsland L, Søreide JA, Malt UF. Posttraumatic distress symptoms in operable breast cancer III: Status one year after surgery. *Breast Cancer Research and Treatment*, 1998; 47: 141-151.

Voges, MA & Romney DM. “Risk and resilience factors in posttraumatic stress disorder”. *Annals of general hospital psychiatry*, 2:4, 2003.

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36 – item short- form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 1992; 30:473-83.

Weathers FW, Litz BT, Herman D, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. *Paper present at the Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX, October 1993.*

Wool, M. S. Understanding denial in cancer patients. In: RJ, Goldberg (Ed), *Psychiatric aspects of cancer*, pg: 37-53. Basel, Switzerland: Karger, 1998.

Yehuda, R et al. "Impact of cumulative life time trauma and recent stress on current posttraumatic stress disorder symptoms in holocaust survivor". *Am. J. Psychiatry*, 152: 1815-8, 1995.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiat. Scand*, 1983; 67:361-70.