

Universidade De Lisboa
Faculdade De Medicina De Lisboa



“Avaliação dos níveis de Ansiedade e Depressão e sua correlação
com a intensidade de Dor em doentes oncológicos com doença
avançada e progressiva”

Rosana Sodr  Milhomens

Mestrado em Cuidados Paliativos

2014

Universidade De Lisboa
Faculdade De Medicina De Lisboa



“Avaliação dos níveis de Ansiedade e Depressão e sua correlação
com a intensidade de Dor em doentes oncológicos com doença
avançada e progressiva”

Rosana Sodr  Milhomens

Orientador

Prof. Doutor Ant3nio José Feliciano Barbosa

Mestrado em Cuidados Paliativos

Todas as afirma es efectuadas no presente documento s3o da exclusiva
responsabilidade do seu autor, n3o cabendo qualquer responsabilidade  
Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 16/12/2014.

ÍNDICE

Índice de Quadros.....	3
Índice de Figuras	5
Índice de Abreviaturas.....	6
Resumo	7
Abstract.....	10
Agradecimentos.....	12
1. Introdução.....	14
2. Enquadramento Teórico	18
2.1. Doença Oncológica.....	18
2.2. Dor Oncológica.....	19
2.3. Conceito de Dor Total	25
2.4. Avaliação da Dor	27
2.5. Doença Oncológica Avançada e Progressiva	29
2.6. Aspetos psicológicos da doença avançada e progressiva	33
2.7. Conceito de Ansiedade e Depressão no contexto da Dor Oncológica.....	39
2.8. Ansiedade e Depressão em fim de vida.....	46
2.9. Contributo dos Cuidados Paliativos	49
3. Estudo Empírico	52
3.1. Tipo de Estudo.....	52
3.2. Objetivos.....	52
3.3. Questões de Investigação.....	52
3.4. Amostra	53
3.5. Instrumentos de Avaliação (Escala).....	54
3.6. Procedimento Metodológico e Recolha de Dados.....	57
3.7. Operacionalização das variáveis.....	58
3.8. Análise estatística	60
4. Resultados.....	61
4.1. Caracterização clínica e sociodemográfica.....	61
4.2. Associação entre dor/ansiedade/depressão e género	64
4.3. Associação entre dor/ansiedade/depressão e situação profissional	65
4.4. Associação entre dor/ansiedade/depressão e estado civil.....	66
4.5. Associação entre dor/ansiedade/depressão e localização primária do cancro	67

4.6.	Associação entre dor/ansiedade/depressão e presença/ausência de metástases.....	68
4.7.	Associação entre dor/ansiedade/depressão e tratamento	69
4.7.1.	Quimioterapia	69
4.7.2.	Radioterapia.....	70
4.7.3.	Cirurgia.....	71
4.8.	Associação entre dor/ansiedade/depressão e tempo desde diagnóstico.....	72
4.9.	Associação entre dor/ansiedade/depressão e utilização de medicação para a dor	74
4.10.	Associação entre dor/ansiedade/depressão e apoio psicológico	75
4.11.	Associação entre dor/ansiedade/depressão e apoio psiquiátrico.....	76
4.12.	Associação entre dor/ansiedade/depressão e utilização de medicação psiquiátrica	77
4.13.	Correlação entre dor e ansiedade/depressão	78
5.	Discussão dos Resultados e Conclusões.....	79
6.	Bibliografia.....	96
ANEXOS.....		110
Anexo I – Autorizações para realização do estudo.....		111
Anexo II – Autorização para utilização do HADS (Prof. Doutor Pais Ribeiro).....		118
Anexo III – Consentimento Informado		119
Anexo IV – Questionário sociodemográfico e escala de dor.....		120
Anexo V – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)		121
Anexo VI – Dados estatísticos SPSS.....		123

Índice de Quadros

Quadro 1. Lista de variáveis, codificação e fonte.....	58
Quadro 2 - Características sociodemográficas	61
Quadro 3 – Características clínicas	62
Quadro 4 - Caracterização dos níveis de dor	63
Quadro 5 - Caracterização dos níveis de ansiedade e depressão	63
Quadro 6. Associação entre dor e género	64
Quadro 7. Associação entre ansiedade e género.....	64
Quadro 8. Associação entre depressão e género.....	64
Quadro 9. Associação entre dor e situação profissional	65
Quadro 10. Associação entre ansiedade e situação profissional.....	65
Quadro 11. Associação entre Depressão e situação profissional.....	65
Quadro 12. Associação entre dor e estado civil.....	66
Quadro 13. Associação entre ansiedade e estado civil	66
Quadro 14. Associação entre depressão e estado civil	66
Quadro 15. Associação entre dor e localização primária do cancro.....	67
Quadro 16. Associação entre ansiedade e localização primária do cancro.....	67
Quadro 17. Associação entre depressão e localização primária do cancro.....	68
Quadro 18. Associação entre dor e metástases	68
Quadro 19. Associação entre ansiedade e metástases	69
Quadro 20. Associação entre depressão e metástases	69
Quadro 21. Associação entre dor e quimioterapia.....	69
Quadro 22. Associação entre ansiedade e quimioterapia	70
Quadro 23. Associação entre Depressão e quimioterapia.....	70
Quadro 24. Associação entre dor e radioterapia	70
Quadro 25. Associação entre ansiedade e radioterapia.....	71
Quadro 26. Associação entre depressão e radioterapia.....	71
Quadro 27. Associação entre dor e cirurgia.....	71
Quadro 28. Associação entre ansiedade e cirurgia	72
Quadro 29. Associação entre depressão e cirurgia	72
Quadro 30. Associação entre dor e tempo de diagnóstico.....	72
Quadro 31. Associação entre Ansiedade e tempo de diagnóstico	73
Quadro 32. Associação entre depressão e tempo de diagnóstico	73
Quadro 33. Associação entre dor e medicação para a dor	74
Quadro 34. Associação entre ansiedade e medicação para a dor.....	74
Quadro 35. Associação entre depressão e medicação para a dor.....	74
Quadro 36. Associação entre dor e apoio psicológico.....	75
Quadro 37. Associação entre ansiedade e apoio psicológico	75
Quadro 38. Associação entre depressão e apoio psicológico	75
Quadro 39. Associação entre dor e apoio psiquiátrico	76
Quadro 40. Associação entre ansiedade e apoio psiquiátrico.....	76
Quadro 41. Associação entre depressão e apoio psiquiátrico.....	76
Quadro 42. Associação entre dor e medicação psiquiátrica	77

Quadro 43. Associação entre ansiedade e medicação psiquiátrica.....	77
Quadro 44. Associação entre depressão e medicação psiquiátrica.....	77
Quadro 45. Correlação entre Dor e Ansiedade/Depressão	79

Índice de Figuras

Figura 1 - Dimensões afetadas em situação de dor crónica.....	20
Figura 2 - Escala Numérica de Dor	56
Figura 3 – Interpretação da escala de Dor	57
Figura 4 - Gráfico pontuação HADS ansiedade vs. Pontuação Escala de Dor.....	78
Figura 5 - Gráfico pontuação HADS depressão vs. Pontuação Escala de Dor.....	78

Índice de Abreviaturas

ASCO - American Association for Clinical Oncology

EORTC – European Organization Research for Treatment of Cancer

EUA – Estados Unidos da América

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EVN – Escala Visual Numérica

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

NCI – National Cancer Institute

OMS – Organização Mundial de Saúde

QT – Quimioterapia

RT - Radioterapia

Resumo

Contextualização: A dor é um dos sintomas da doença oncológica com maior incidência e prevalência, entretanto, apesar de ser comum e frequente a dor não tem que estar obrigatoriamente presente nestes doentes.

Em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva, a dor é afectada por múltiplas variáveis que podem incluir o estágio, a extensão e a localização da doença, contando também com os procedimentos para o diagnóstico e tratamento.

A dor causa profundo impacto psicológico, a relação entre a dor, ansiedade e depressão nem sempre é linear e de fácil compreensão, entretanto, é visível o impacto negativo que afeta a qualidade de vida e o sofrimento que causa nos doentes e familiares.

De acordo com Barbosa e Julião (2011), a depressão em Cuidados Paliativos é um dos problemas psicossociais com alta prevalência e muitas vezes é sub-diagnosticada, subtratada e compreendida como tarefa médica de grande complexidade.

Os doentes com dor oncológica podem manifestar índices de ansiedade e depressão por vivenciarem a dor/doença e os tratamentos como fatores de stress, o sentir dor como algo que é subjetivo ao sujeito pode associar-se a outros fatores os quais são susceptíveis de amplificar os níveis de ansiedade e depressão e criar até situações patológicas.

Na literatura existe algumas controvérsias sobre a reciprocidade ou não entre a dor-ansiedade e depressão.

Alguns autores defendem que a dor oncológica é um fator desencadeante da ansiedade e da depressão; para outros autores, a ansiedade e depressão podem ser consideradas

aspectos preditivos de dor oncológica, e que contribuem para exacerbar a experiência dolorosa.

Existem pesquisadores que consideram a ansiedade e a depressão como fatores bivalentes – causais e contributivos na intensidade de dor.

Definiu-se como objetivo deste estudo avaliar as correlações entre dor, ansiedade e depressão em doentes oncológicos paliativos, seguidos na consulta de Dor do IPO de Lisboa.

Método: Estudo quantitativo, descritivo e correlacional. Para medir a intensidade de dor utilizou-se a Escala Numérica de Dor. A avaliação da ansiedade e da depressão foi realizada através da escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), validada para versão portuguesa por Pais Ribeiro e colaboradores em 2007. A amostra deste estudo foi constituída por 106 doentes com dor oncológica, sendo que 43,4% homens e 56,6% mulheres, com idades entre 22 e 88 anos, sendo a média de idade da amostra 61 anos.

Resultados: Os doentes participantes deste estudo indicaram 38% dor moderada, sendo os níveis de ansiedade e depressão igualmente 57% dos participantes, sendo que esta categoria dos níveis de ansiedade e depressão estão entre: normal e ligeira.

No que diz respeito a intensidade de dor não houve correlação estatística significativa com os dados sociodemográficos, clínicos, ansiedade e depressão, apoio psicológico, apoio psiquiátrico, medicação para a dor e psiquiátrica.

Conclusão: Neste presente estudo foram encontradas correlações fracas entre intensidade de dor, ansiedade e depressão estatisticamente significativas. Desta forma, seria adequado mais estudos nesta área para verificarmos estas correlações no doente

com cancro avançado e incurável. Com o objetivo de proporcionar melhor conforto e qualidade de vida aos doentes em fim de vida.

Palavras-Chave: Dor, Ansiedade, Depressão, Cuidados Paliativos.

Abstract

Background: Pain is one of most prevalent and incident symptoms in oncology diseases. Nevertheless not all patients necessarily experience it.

In oncology patients with progressive and advanced disease, pain is influenced by multiple factors which may include not only the disease stage, extension and location, but also factors related with the diagnostic and treatment procedures.

Pain causes a profound psychological impact. Even though the relation between pain, anxiety and depression is not always easily understood, pain has a noticeable negative impact in the quality-of-life and suffering of the patients and their families.

According to Barbosa and Julião (2011), in the palliative care setting, depression is one of the highest prevalent psycho-social issues that is often underdiagnosed, undertreated and understood as a medical issue of great complexity.

The oncology patients suffering from pain may experience high levels of anxiety and depression due to their perception of pain, the disease and treatments as stress factors, which amplify anxiety and depression to a pathological state.

The reciprocity between pain, anxiety and depression is a controversial topic in the literature. Some authors advocate that cancer pain is a triggering factor for anxiety and depression, whereas for other authors anxiety and depression are regarded as predictive factors for cancer pain, which contribute for the exacerbation of the painful experience. Other researchers consider anxiety and depression as bivalent factors – causal and contributory for the intensity of pain.

The objective of this study was to evaluate the correlation between pain, anxiety and depression in oncology patients undergoing palliative care that were followed in the pain management consultation of IPO Lisboa.

Methods: We conducted a quantitative, descriptive and correlational study. Pain was evaluated using the Pain Numerical Rated Scale. Anxiety and depression were evaluated using the Portuguese version of the Anxiety and Depression Scale (HADS), validated by Pais Ribeiro et al in 2007. The sample of this study included 106 patients with cancer pain, 43.4% men and 56.6% women, with ages ranging from 22 and 88 years-old and a mean age of 61 years-old.

Results: Among the included patients, 38% reported moderate pain and 57% reported normal to mild anxiety and/or depression.

In what regards the pain intensity, no statistically significant correlation was found with the socio-demographic and clinical factors, anxiety, depression, psychological and/or psychiatric support and medication pain for pain relief or psychiatric medication.

Conclusion: In these study weak statistically significant correlations between intensity of pain, anxiety and depression. Therefore, it would be appropriate to conduct additional studies in patients with advanced and incurable cancer in order to further characterize these correlations. The ultimate goal is to provide the best possible comfort and quality of life to terminally ill patients.

Key-words: pain, Anxiety, Depression, Palliative care.

Agradecimentos

Agradeço a todos os doentes oncológicos pela participação e por tudo que aprendo com eles diariamente.

Ao meu orientador, Prof. Doutor António José Feliciano Barbosa, pela orientação, dedicação, sabedoria e paciência que teve em todos os momentos, sempre com uma palavra de incentivo.

A Dra. Vivelinda Guerreiro do Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética da faculdade de Medicina de Lisboa.

A Diretora da Unidade de Psicologia do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Dra. Maria de Jesus Catarino Moura, a qual me deu o incentivo para concluir esta Tese, sempre com o seu apoio incondicional, companheirismo, compreensão e apoio técnico.

Aos meus colegas da Clínica da Dor, Médicos, Enfermeiros, auxiliares e secretários, pela disponibilidade e apoio.

A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do IPO de Lisboa.

A Dra. Susana Esteves pela sabedoria, dedicação e apoio que recebi do Gabinete de Investigação do IPO de Lisboa.

As minhas grandes amigas, Sandra Furlan Atallah e Maria Manuela Oliveira, pela ajuda, amizade e carinho.

A minha mãe Rosa, a minha irmã Roberta e ao meu irmão Rodrigo, que mesmo residindo em outro País, sempre estiveram presentes contribuindo de forma efetiva e dedicada. A minha tia Tê por ter-me ajudado a crescer... A minha família Sodré e Milhomens.

Ao meu marido Paulo, por todo o amor, incentivo, apoio, dedicação e ajuda em todos os

momentos vividos.

Ao nosso filho João Paulo, pelas horas que passou sem a minha total dedicação.

Dedico esta tese ao meu pai, José Roberto, que a partir da sua dor e do seu sofrimento oncológico, inspirou-me a trabalhar com esses doentes, onde tenho a oportunidade de crescer e buscar ser útil como pessoa e profissional.

Ao meu pai, o meu amor eterno.

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim” (Chico Xavier)

1. Introdução

A dor é um dos sintomas da doença oncológica com maior incidência e prevalência. Apesar de ser comum e frequente, a dor não tem que estar obrigatoriamente presente nos doentes oncológicos.

Em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva, a dor é afetada por múltiplas variáveis que podem incluir o estadió, a extensão e a localização da doença, incluindo os procedimentos associados ao diagnóstico e tratamento.

A dor pode causar um impacto psicológico intenso. Da revisão da literatura salientamos que a interferência da ansiedade e depressão na intensidade de dor, nem sempre é linear. No entanto, o seu impacto negativo, pode afetar a qualidade de vida dos doentes e familiares.

De acordo com Barbosa e Julião (2011), a depressão em Cuidados Paliativos é um dos problemas psicossociais com alta prevalência e muitas vezes é sub-diagnosticada, subtratada e compreendida como tarefa médica de grande complexidade.

No mundo e em Portugal, o cancro é considerado uma doença com maior incidência, estando associado a importantes fatores de risco a nível físico, psicológico e social. Contribuindo negativamente para o impacto desfavorável na Qualidade de Vida, sendo considerada um grande problema de saúde do século XXI.

Nos últimos 30 anos, tem existido uma maior conscientização no que diz respeito ao impacto da doença e tratamentos no bem-estar dos doentes e familiares, nomeadamente nas repercussões emocionais e interpessoais causadas pelo cancro.

Os doentes com dor oncológica podem manifestar índices de ansiedade e depressão por vivenciarem a dor/doença assim como pelos fatores de stress associados aos tratamentos.

A experiência de dor é subjetiva e pode associar-se a outros fatores que são susceptíveis de amplificar os níveis de ansiedade e depressão e criar até situações patológicas.

A depressão nos doentes com cancro, pode ocorrer aproximadamente em um quarto dos doentes com cancro avançado. Segundo Laird (2008) a depressão em doentes oncológicos é quatro vezes mais comum do que na população em geral.

Valentine (2003) pressupõe que a depressão major pode estar presente em 15% dos doentes com dor oncológica, os resultados dos níveis de depressão podem ter resultados variados devido a escolha dos instrumentos específicos de avaliação para depressão em doentes oncológicos. Embora, dor e depressão possam coexistir como entidades independentes no mesmo doente oncológico, poderá haver uma relação entre ambas.

As circunstâncias da vida do sujeito podem interferir nos sintomas de depressão. Desde um estado emocional de tristeza que acarreta uma perda significativa do interesse/prazer em quase todas as atividades antes consideradas interessantes e motivadoras, até ao transtorno mental persistente com características físicas e psicológicas.

Na última década, diversas pesquisas no âmbito da relação entre a dor física e emoção demonstram que a dor está relacionada psicologicamente com o sofrimento emocional.

Na literatura existem controvérsias sobre a reciprocidade, ou não, entre a dor-ansiedade e depressão. Pimenta (2010) refere que a dor oncológica é um fator desencadeante da ansiedade e da depressão; no entanto, a ansiedade e depressão podem ser consideradas aspetos preditivos de dor oncológica, e que contribuem para exacerbar a experiência dolorosa.

Em pesquisas realizadas com mulheres portadoras de cancro de mama por Cangussu et al. (2010), a prevalência de sintomas depressivos foi de 29,6% e por Bottino et al.

(2009), cuja sintomatologia depressiva variou de 21 a 33%. Observou-se também, na presente pesquisa, que quanto maior o tempo de diagnóstico e tratamento, menor os níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva, contrariando novamente os resultados do estudo de Calegari et al. (2010), em que concluiu que a prevalência de sintomas depressivos tendia a aumentar com a decorrência do tempo de diagnóstico. (Santini et al, 2012).

Devido à multidimensionalidade da dor, Cicely Saunders introduziu o termo de “Dor Total”, definido pela integração das dimensões física, psicológica, social e espiritual. Estas dimensões estão fortemente interligadas e influenciam a qualidade de vida do doente (Twycross, 2003).

Dos dados empíricos da prática clínica como Psicóloga na Clínica de Dor, do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil E.P.E Lisboa, observo que alguns doentes oncológicos apresentam, problemas adaptativos relacionados com a doença e a dor e a sua intensidade, pode estar relacionada com os níveis de ansiedade e depressão. Porém, ao contrário do que indica a maioria dos autores, em alguns casos, verifico que doentes com dor moderada ou intensa, não apresentam nenhuma relação direta com os sintomas de ansiedade e depressão. De acordo com a revisão da literatura, foi possível constatar que existe uma discrepância de opiniões entre os pesquisadores, no que diz respeito a este tema.

Na Clínica da Dor do IPO do Porto, foi desenvolvida uma Tese de Mestrado sobre a intensidade de Dor e os níveis de ansiedade e depressão. A autora propõe e conclui no final da sua tese é que verificou pouca correlação entre os níveis de ansiedade, depressão e dor e sugere que novas pesquisas neste tema sejam feitas com um número

maior de pessoas, uma vez que a amostra deste estudo integrou 53 doentes oncológicos. Carvalho, (2011).

Com base neste estudo e integrando a experiência clínica na avaliação e intervenção junto de doentes com dor oncológica e seus familiares, surgiu o interesse em avaliar e investigar a relação entre dor, ansiedade e depressão, numa outra população mais numerosa, como mais um contributo para aprofundar esta temática.

A ansiedade e a depressão são cada vez mais estudadas na população de doentes oncológicos, entretanto como psicóloga da Clínica da Dor do IPO de Lisboa, durante a avaliação dos doentes em consulta de primeira vez, empiricamente observei que esta correlação não era assim tão linear como nos estudos científicos sobre a área. A partir desta impressão clínica, decidi avaliar a correlação entre a intensidade de dor e os níveis de ansiedade e de depressão nas consultas de primeira vez.

Há estudos nesta área que já revelam certa controvérsia sobre as influências da dor na ansiedade e na depressão.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Doença Oncológica

A doença oncológica faz parte do conjunto de doenças graves e crónicas de acordo com a sua especificidade, tipos de tratamento e complexidade da doença.

Em Portugal, estima-se que 60% das mortes são atribuídas as doenças crónicas, 20 a 25% destas mortes tem como consequência a doença oncológica (Ministério da Saúde, 2010).

Machado et al (2011) revela que em Portugal as neoplasias malignas são a primeira causa de morte na população com menos de 65 anos de idade, sendo a segunda causa de morte na população com mais de 65 anos de idade.

Sendo considerada uma doença crónica, o cancro necessita de uma gestão eficiente, planeamento e alocação de recursos com base concreta em conhecimentos científicos sobre a doença oncológica (RORENO, 2013).

De acordo com o Registo Oncológico Regional do Norte (RORENO), no ano de 2008 14290 novas neoplasias malignas foram diagnosticadas, o que correspondeu uma taxa de incidência do cancro de 433,7/100000. A Taxa de incidência do cancro nos homens foi de 7.804 casos, sendo que nas mulheres foi de 6.486 casos. Os cancros mais frequentes foram o colo-rectal, mama, próstata e estômago (RORENO, 2013).

Segundo a agência internacional para a investigação sobre o cancro, no ano de 2012 ocorreram 5,3 milhões de mortes em consequência do cancro, sendo que 15,6 milhões de pessoas sobreviveram em 2012, a cinco anos em todo o mundo.

Em Portugal, verificamos maior incidência de cancro nos homens, mais de 25% em relação as mulheres, correspondendo um rácio de 205 para 165 por cada 100000 habitantes (IARC, 2012).

Regista-se em Portugal um aumento significativo de números de casos de cancro.

Em todo o mundo milhões de pessoas convivem com o diagnóstico de cancro.

A Direção Geral de Saúde (DGS) contempla no seu Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2013, diretrizes e programas de luta contra o cancro.

Disponibiliza dados estatísticos sobre a doença e também representa métodos de prevenção e rastreios, todas as fases da doença, diagnóstico, tipos de tratamentos, estadios da doença, reabilitação e cuidados paliativos.

2.2.Dor Oncológica

De acordo com a IASP (International Association for Study of Pain, 1979) a dor é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos desta lesão.

Os conceitos de dor descritos nas primeiras referências ocidentais descrevem-na como sendo mais um estado afetivo, do que uma sensação. Aristóteles (384-322 A.c) referiu a dor como uma paixão da alma, distinta dos outros cinco sentidos. Melzack & Wall (1965) também definem a dor como um estado afetivo, semelhante a amargura ou tristeza, delimitando algo a ser evitado pelo ser humano.

Em meados do século XX, com o desenvolvimento metodológico e teórico das ciências humanas, especificamente da psicologia, o fenómeno da dor pode ser mais investigado, adquirindo um carácter multidimensional. Este carácter multidimensional da dor está diretamente relacionado com a forma com que olhamos para o ser humano, ou seja, na

sua globalidade. Os aspectos físicos, espirituais e sociais fazem parte desta dimensão holística. Neste estudo centramo-nos na dimensão emocional da dor, não sendo objetivo desta dissertação abordar aspectos sobre a fisiologia e o mecanismo da dor, mas, sim abordar as questões psicológicas que envolvem estes mecanismos.

Segundo McCaffery, a dor é qualquer coisa que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe (citado por Phipps et al, 2003:303).

Para Twycross, a dor é um fenómeno somatopsíquico modulado pelo humor, pela moral e pelo significado que a dor assume para o indivíduo.

A Teoria do Portão descrita por Melzack e Wall, em 1965 enquadra-se no modelo multidimensional. Esta teoria coloca a existência de um mecanismo de modulação da dor localizado na área gelatinosa- zona dorsal da medula – que atua como um portão, impede ou deixa passar os impulsos nervosos que provém dos nociceptores periféricos para os outros superiores. Esse mecanismo depende das fibras ascendentes, do córtex cerebral e da formação reticular.

Existem fatores responsáveis pela abertura ou fecho do portão. Os fatores que abrem o portão são: físicos (lesões); emocionais (ansiedade, depressão, preocupação) e comportamentais (concentrar-se na dor, aborrecimento). Os fatores que contribuem para fechar o portão são: físicos (medicação); emocionais (felicidade, otimismo, relaxamento) e comportamentais (distração ou envolvimento em outras atividades).

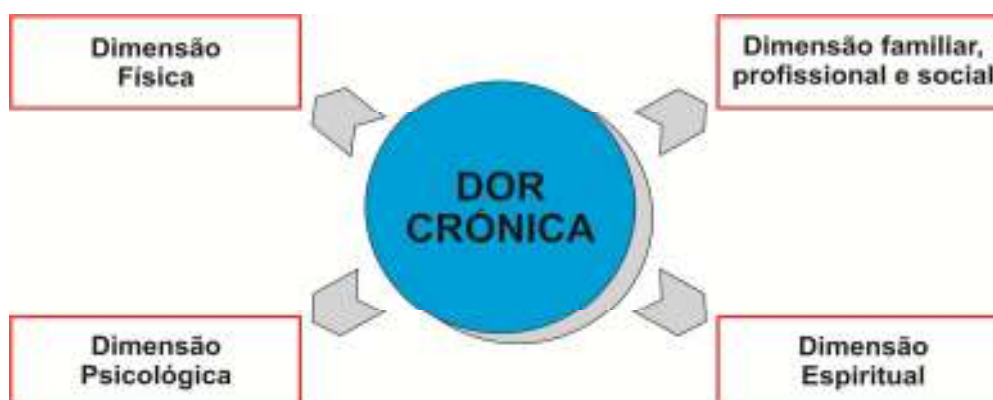


Figura 1 - Dimensões afetadas em situação de dor crônica (adaptado de Seymour & Paz, 2004.p.279)

O doente oncológico pode sentir dor resultante de diferentes etiologias, estes fatores podem estar relacionados com a extensão e infiltração do tumor, procedimentos médicos, efeitos secundários dos tratamentos e patologias antecedentes ao cancro.

A maior parte das queixas da dor oncológica está relacionada com o próprio cancro, quer se trate de uma massa, de uma ou mais metástases ou de infiltração de células cancerígenas que podem ativar nociceptores, comprimindo os nervos ou pela destruição de tecidos.

A invasão do cancro nos ossos, articulações e músculos pode causar dor somática persistente. A localização da dor oncológica requer uma especial atenção, esta pode ser: somática, visceral ou nociceptiva e neuropática.

A dor somática é causada por invasão tumoral dos ossos, tecidos e articulações. Este tipo de dor é descrito como sendo: latejante, tipo pontada, varia de intensidade, causa sensibilidade local e aumenta de intensidade com o movimento.

A dor visceral ou nociceptiva é uma dor causada pela distensão de um órgão, isquemia ou inflamação. Normalmente é uma dor difusa, mal localizada, tipo cólica.

A dor neuropática é causada por uma lesão ou inflamação do sistema nervoso central. Nos doentes oncológicos a dor neuropática pode estar associada pela infiltração ou compressão do nervo causado pelo tumor. A quimioterapia e a radioterapia também podem causar este tipo de dor. É descrita como formigueiro, tipo picada, choque elétrico e lancinante. Em termos de sensibilidade esta pode-se tornar exagerada aos estímulos dolorosos (hiperalgesia) ou sensação dolorosa provocada por uma estimulação não nociceptiva, sem ser dolorosa (alodínia).

A dor oncológica na maioria das vezes é acompanhada por outros fatores que contribuem para o aumento do sofrimento do doente. Estes fatores são complexos,

somáticos e psicossociais e intensificam o problema existente. A saber, a imobilização – consequência do enfraquecimento dos músculos; os distúrbios do sono; a falta de apetite; o abuso e dependência de medicamentos; a dependência da família e dos profissionais de saúde; a incapacidade laboral; o isolamento social e a ansiedade e depressão.

Pais Ribeiro (2005) afirma que os doentes com dor crónica oncológica podem apresentar perturbações emocionais como a depressão, ansiedade, sendo que os mecanismos psicológicos influenciam na perceção da dor.

O aumento de dor pode ser proporcional com a progressão de doença, o que não significa que o seu controlo seja ineficaz. Estima-se que os doentes em fase de doença avançada e progressiva apresentem uma dor moderada a intensa em 60 a 90% dos casos. A dor pode ser aliviada em 70 a 85% dos doentes, sendo que o controle adequado da dor pode alcançar um nível aceitável pela maioria dos doentes (Coniam e Diamond, 1999). De acordo com a revisão da literatura, a dor oncológica tem estreita relação com os transtornos psiquiátricos verificados na Europa Ocidental e na América do Norte.

Os avanços do diagnóstico e dos tratamentos do cancro contribuem para minimizar muitos problemas, porém, o cancro continua a trazer muito desconforto e sofrimento.

Entre os vários fatores que a doença acarreta na qualidade de vida dos doentes, a dor é um dos sintomas mais temíveis (Holland, J e col.1998).

A dor é inevitável, porém não necessariamente para todos os doentes com cancro. Estima-se que dois terços dos doentes com cancro avançado sentirão dor. A dor é o sintoma mais frequente, surge em 50% dos doentes em qualquer estadió da doença e 70% nos doentes com doença avançada e progressiva.

A dor deve ser sempre monitorizada e controlada, pois não tratar a dor causa sofrimento desnecessário aos doentes e cuidadores. Em 2001, a Federação Europeia (EFIC) da

Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) declarou que a dor aguda possa ser considerada um sintoma de uma doença subjacente ou lesão; a dor crónica com as suas muitas consequências para atividades físicas, os encargos sócio-económicos e a afetação da qualidade de vida, deveria ser vista como uma doença em si mesma.

A dor crónica, de acordo com a IASP é classificada em três fases, relacionadas com uma duração da presença do sintoma superior ao tempo normal expectável, conhecido de remissão para cada tipo de dor. A classificação do tipo de dor define-se pela sua duração. Inferior a 3 meses define-se como dor aguda e de 3 a 6 meses e acima de 6 meses, define-se como dor crónica.

De acordo com Fernando (2004) a dor moderada ou intensa ocorre em 30% dos doentes com cancro a receber tratamento antineoplásico e em 60% a 90% dos doentes com cancro avançado e incurável.

Muitos doentes com cancro avançado acabam por sofrer de mais de um tipo de dor, sendo necessária uma avaliação rigorosa da dor para que o tratamento seja adequado. A dor pode ser aliviada em 70% a 85% dos doentes.

Para o controlo de dor, é desejável que as intervenções sejam múltiplas e variáveis, possibilitando uma melhor resposta à analgesia e atuando em simultâneo na diminuição do impulso nociceptivo, com a finalidade de alterar os processos de transmissão e de interpretação da sensação dolorosa e estimular o sistema supressor de dor.

Silva e Zago (2001) afirmam que o controlo de dor é sempre mais eficaz quando ocorrem intervenções diversas sobre os componentes da dor: medidas psico-educativas, físicas, emocionais e comportamentais que devem ser ensinadas e partilhadas com os doentes e cuidadores. A avaliação de crenças e valores do doente não devem ser negligenciadas uma vez que podem dificultar a adesão aos tratamentos e comprometer o

controlo de dor. Quando necessário o estudo e avaliação de crenças de saúde é alvo de intervenção psicológica.

Para tratarmos a dor, além dos fármacos disponíveis, existem as medidas físicas de intervenção na dor. Estas medidas podem ser utilizadas em simultâneo com os fármacos prescritos contribuindo assim para um melhor alívio da dor. (Ordem dos Enfermeiros, 2008). As técnicas não farmacológicas, mais utilizadas para o controlo de dor são: estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS): as indicações do uso do TENS em Cuidados Paliativos são adequadas aos doentes que apresentem dor leve a moderada, em específico: Dor na região de cabeça e pescoço; dor por compressão nervosa ou invasão tumoral; nevralgia pós-herpética e dor óssea metastática. Existem outras medidas físicas, como a utilização de calor ou frio local, massagem e acupuntura.

Na intervenção não farmacológica da dor, é importante salientar as intervenções psicológicas, com a utilização das técnicas cognitivas. A dor crónica ou persistente constitui para o sujeito um problema amplificado, pois a dor e a doença introduzem na vida do doente um vasto conjunto de exigências. Com efeito, os aspetos psicológicos, emocionais, cognitivos, comportamentais e psicossociais podem contribuir para melhorar ou agravar os sintomas da experiência dolorosa (Milhomens, 2012).

Neste sentido as técnicas de reestruturação cognitiva são ensinadas ao doente sobre a monitorização e avaliação dos seus pensamentos negativos de modo a criar pensamentos adaptativos. (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O doente pode apresentar pensamentos e emoções associados às situações de dor. Estes pensamentos são ruminativos e não produtivos. Através de um “diário de dor”, por exemplo, o doente utiliza o treino, o ensaio e a repetição de modos opcionais de discurso interno, substituindo os pensamentos não produtivos associados à dor, por

pensamentos mais funcionais, adaptados e realistas. (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2001).

Os doentes aprendem a identificar os pensamentos negativos e quando surgir uma estimulação intensa de dor, devem confrontá-la e agir de forma eficaz utilizando os recursos de auto-afirmações positivas.

As estratégias para o auxílio no alívio de dor, da tensão muscular e da ansiedade, podem ser alcançadas através do relaxamento, distração e imagética guiada. A hipnose tem demonstrado bons resultados no controlo de dor. Possivelmente, o relaxamento relaciona-se com a atuação das vias descendentes do sistema modulador dos impulsos do sistema límbico e resultam no efeito inibitório da dor, podem fechar o “portão”.

2.3. Conceito de Dor Total

A dor é um fenómeno multidimensional onde coexistem vários fatores que interagem em conjunto aspetos psicológicos, cognitivos, personalidade, sociais, espirituais e comportamentais. A dor não é apenas um mecanismo fisiológico, mas contempla muitos aspetos existenciais. Neste sentido, a dor deve ser compreendida como um sofrimento global do indivíduo e das pessoas significativas que fazem parte da sua vida.

Salazar (2003) refere que a dor e o sofrimento são sentimentos de desprazer, grande desconforto vivencial e uma ameaça à integridade do sujeito. O conceito de Dor Total surge nesta dimensão global do ser humano. Este conceito foi definido por Cicely Saunders e instaurada na prática médica no hospital que fundou em 1967; Saint Christopher.

O resultado do trabalho de Cicely Saunders não foi de encobrir a morte ou atrasá-la, mas sim de alterar tudo que estava relacionado com a morte. Foi estabelecida pelo movimento ênfase dos sintomas psicológicos, espirituais e sociais, o que fez ampliar as responsabilidades das equipas que atuavam no controlo dos sintomas.

A dor total interfere na existência do doente, provoca desequilíbrio mental, desconforto físico e psicossocial, existencial e espiritual. Estas alterações podem levar o doente à exaustão. (Barbosa, 2010).

A angústia pode levar o doente a entrar em desespero sentindo-se assim abandonado, sozinho e amargurado. Nestas circunstâncias pode negligenciar-se e ficar indiferente perante si próprio e a tudo que o rodeia.

Kübler -Ross (1998) descreve que um doente oncológico em fase avançada de doença sofre de forma particular a sua dor e a sua finitude. A dor oncológica e os fatores psicossociais estão associados com índices elevados de dor. A dor total, emocional que muitos doentes sofrem, trazem sentimentos de ansiedade e depressão, como sendo os mais referidos pelos doentes oncológicos.

Adams et al (2002) propõe que a teoria da dor de controlo dos canais revelam que os doentes mais ansiosos são mais sensíveis a dor pelo aumento de atividade cortical e diminuição na atividade inibitória reticular. De acordo com Teixeira (2006) os doentes mais deprimidos também apresentam mais dor, sendo a intensidade de dor ser medida entre moderada a intensa.

Os doentes com cancro em fase avançada demonstram alterações de humor, pouco animo, depressão moderada a severa, pouca qualidade de vida – isto traduz-se na dimensão multidimensional da dor oncológica e da Dor Total, e seu impacto na qualidade de vida.

No cuidado da dor, Saunders (1975) percebeu a presença de um estado complexo de sentimentos dolorosos no doente em fim de vida. Os elementos constituintes da dor total são: A dor Psíquica - medo do sofrimento, medo da morte, tristeza, raiva, revolta, insegurança, desespero, depressão, perda do controlo, perda da autonomia; a dor social - rejeição, dependência, inutilidade, perda de papéis, perda de pessoas significativas, perdas e dificuldades financeiras; a dor espiritual - falta de sentido na vida, falta de sentido na morte, medo pós-morte, culpa perante Deus e a dor interpessoal -isolamento, estigma.

“ Esta vida acaba e este sentimento de finitude é gerador de grande dor existencial ao Homem”. Parkes (1998)

2.4.Avaliação da Dor

Dor é aquilo que o doente diz sentir, é o que lhe causa sofrimento.

Pelo seu carácter subjetivo, podemos considerar que a avaliação da dor também apresenta características subjetivas, sendo que a sua precisão em termos de avaliação pode ser difícil.

A avaliação da dor requer pesquisar diversas áreas, tais como: origem; localização; manifestações; intensidade de dor; tipo de dor; fatores que desencadeiam a dor e fatores que aliviam a dor, assim como outros sintomas que possam estar relacionados com a dor.

Existem muitas estratégias para avaliarmos a dor, como a entrevista clínica, o auto-relato, a observação do comportamento e a utilização de escalas específicas. Na avaliação da dor devemos ter em consideração que o quadro algico afeta os doentes de

forma subjetiva. Deste modo a percepção de dor pode ser influenciada pela idade, tipo de personalidade, história de vida, experiências passadas de dor, limiar e percepção de dor.

No caso da avaliação da dor em doentes oncológicos, pressupõe-se que seja sistemática e repetida em intervalos regulares durante todo o processo de doença, de tratamentos ou em cuidados paliativos. A exigência de monitorizar a dor nas diversas etapas da doença, surge pelas inúmeras e severas alterações clínicas devido à progressão da mesma.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cinco milhões de pessoas que falecem de cancro, por ano, quatro milhões dessas pessoas morrem com dor descontrolada.

Em janeiro de 2000, a Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) publicou uma norma que considera a dor como o 5º Sinal Vital. A prioridade desta normativa define linhas orientadoras que se baseiam em três pontos; avaliação, intervenção e reavaliação da dor. A avaliação da dor deve incluir a pesquisa de diversas áreas. A designar: localização; intensidade; início, padrão de dor e as repercussões da experiência de dor na qualidade de vida. Esta avaliação deve contemplar a escuta sobre o relato de dor, bem como a utilização de escalas de avaliação de dor (Pedroso e Celich, 2006).

Costa e Antunes (2012) descrevem que os instrumentos de avaliação de sintomas são úteis no processo de avaliação de dor, pois existem correlações significativas entre dor, fadiga, ansiedade, depressão e outros sintomas relacionados com a doença oncológica. Os instrumentos disponíveis para a avaliação dos sintomas são diversos e mostram boa confiabilidade e validação: Escala de sintomas de Edmonton (ESAS); Inventário de sintoma de M.D.Anderson (MDASI); Inventário Memorial de Avaliação de Sintoma (MSAS) e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

A Direção Geral de Saúde (DGS) criou a circular normativa nº9/DGCG de 14/6/2003,

na qual definiu a dor como o 5º Sinal Vital. Esta medida define critérios de avaliação e registo sistemático da intensidade de dor, devendo ser executada por profissionais de saúde de modo contínuo e com regularidade. O objetivo desta norma consiste: no registo sistemático da intensidade de dor; a inclusão dos dados da avaliação de dor na folha de registo dos sinais vitais, do processo do doente; utilização para mensuração da escala de dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente; “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” e “Escala de Faces”.

A ordem dos Enfermeiros (2008) concluiu que a avaliação da dor em doentes oncológicos deve tratar-se de uma abordagem quantitativa, com a utilização de escalas validadas, e qualitativas, dando primazia aos aspetos descritivos da dor e o impacto na qualidade de vida. O uso das Escalas contribui de forma significativa para a melhoria da qualidade do controlo de dor.

Tal como definiu Cicely Saunders no conceito de dor total, o sofrimento nos doentes com dor, reflete a complexidade e interação entre a perceção dolorosa, as limitações físicas, o isolamento social, as alterações no seio da familiar, os problemas financeiros e o medo da morte.

2.5. Doença Oncológica Avançada e Progressiva

Quando não há possibilidade de cura da doença oncológica e esta se encontra em progressão, deparamo-nos com o fim de vida. De acordo com a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), as doenças crónicas, graves e debilitantes necessitam de

um plano de ação específico para os doentes que já não tem perspectiva de tratamento curativo (www.apcp.com.pt).

A doença oncológica destaca-se entre as doenças crónicas, pela sua evolução rápida. Em cuidados paliativos, existem divergências no que diz respeito aos conceitos de doente terminal e fase agónica. Neste contexto, é importante salientar que a maioria dos especialistas na área de cuidados paliativos, referem que um indivíduo portador de doença crónica e incurável ao receber cuidados paliativos, não significa que seja um doente em fim de vida com poucas semanas ou dias de vida. Existem doentes seguidos em cuidados paliativos que podem permanecer por longos períodos de tempo (meses/anos) beneficiando-se destes cuidados. Doença terminal é o termo usado quando a doença de uma pessoa não pode ser curada, isto é, quando se espera que esta eventualmente cause a morte do doente, o objetivo passa a ser cuidar (Capelas e Neto, 2010).

O doente com doença em fase terminal é aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, manifesta muitos problemas de saúde e elevado sofrimento. A sobrevida esperada é de 3 a 6 meses, distinguindo-se do doente agónico que é um doente terminal, mas cujo tempo de vida é apenas de algumas horas (Capelas e Neto, 2010).

De acordo com os standards de cuidados paliativos definidos em 1995, pelo Servei Catalã de La Salut, a pessoa que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e que em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses necessita de intervenções em cuidados paliativos.

Segundo a Australian National Sub-acute and non-acute Patient (ANSNAP) Classification, existem quatro fases consideradas paliativas, que diferem em função do

estadio da doença e cada uma das fases apresenta particulares. Na fase aguda, pode haver um desenvolvimento inesperado ou um aumento significativo de um problema existente. A fase de deterioração caracteriza-se quando há um desenvolvimento gradual dos problemas, com poucas alterações imediatas da situação. Na fase terminal representa a morte iminente, com previsão de dias ou horas. Ainda segundo ANSNAP, as fases estáveis designam-se pela inclusão dos doentes que clinicamente não se encontram nas fases anteriormente referidas.

Quando o cancro é diagnosticado em fase avançada, diminui a oportunidade de sobrevivência do doente e aumenta de forma significativa o sofrimento emocional, a ansiedade e depressão. De acordo com Gutierrez (2001) o doente com cancro diagnosticado tardiamente ou quando não há possibilidade de cura, depara-se com a morte inevitável.

Para Maciel (2008) são fundamentais as intervenções que possam ser feitas para amenizarem a angústia e o sofrimento precedente à morte. Os cuidados prestados aos doentes com cancro em fase avançada e progressiva envolvem a totalidade humana com medidas de conforto nas dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais.

Silva (2004) destaca o direito e a importância do indivíduo que esteja com uma doença avançada e progressiva, de morrer com dignidade, afirmando que os cuidados paliativos são uma modalidade de atuação urgente e essencial de assistência em fim de vida.

Girond e Waterkemper (2006) defendem que a morte faz parte real da existência humana, sendo valorizado cada momento vivido e o próprio processo de morrer.

Kovacs (2008) considera que a família do doente oncológico em fim de vida sofre pelo seu ente querido e pode sentir que a equipa, não está a fazer o trabalho mais adequado para corresponder às necessidades do doente. Uma das áreas de trabalho da equipa de cuidados paliativos é a intervenção junto da família, sendo um dos objetivos esclarecer

as intervenções em cuidados paliativos, com a finalidade de proporcionar alívio emocional e de perceberem que o seu familiar está a ser cuidado para obter melhor conforto e dignidade.

Muitas vezes o doente e a família expressam ambivalência; a morte, o alívio da dor e do sofrimento ou a sobrevivência mesmo que sem qualidade de vida. Os doentes com depressão muitas vezes podem preferir a morte, nestes casos os cuidados paliativos devem atuar com uma atitude de amparo e apoio, assim como fazer um diagnóstico adequado da depressão propondo ao doente o tratamento da mesma com prescrição farmacológica e psicoterapêutica.

Com estas medidas, os doentes podem conquistar o sentido para a vida valorizando cada momento vivido. Neste sentido proporcionar esta mudança dá ao doente a oportunidade de recuperar os seus valores, que possam estar a ser afetados pelo agravamento da doença e perda da autonomia.

Segundo Barbosa e Neto (2006) a dignidade junto do doente em fase paliativa baseia-se em proporcionar a sua autonomia e liberdade de refletir e decidir sobre as intervenções médicas e sobre o destino do seu corpo. Por dignidade podemos compreender que se trata de assegurar os cuidados em fim de vida, o não abandonar, e sim, respeitar a individualidade e os momentos de vulnerabilidade.

Barbosa e Neto (2006); Chochinov (2002); referem que o conceito de Dignidade é holístico, envolve os aspetos de conforto físico, psicológico e devemos considerar os fatores culturais, espirituais e sociais.

O conceito de dignidade é primordial em cuidados paliativos e está intimamente relacionado com a qualidade de vida do doente e a sua subjetividade. Chochinov (2002) criou um modelo de dignidade para os doentes em fim de vida e aborda três pontos fundamentais. O primeiro integra a preocupação com a doença onde se inclui o medo da

dor, os sintomas imprevisíveis, a angústia face ao futuro, o medo da morte, a perda da autonomia, a perda da acuidade cognitiva e o agravamento da funcionalidade. O segundo ponto consiste na preocupação com a conservação do “EU”, o que significa dar valor ao respeito do “eu-pessoa”, apesar das limitações da autonomia e funcionalidade, continuar a preservar papéis e sentido da existência, promover o orgulho próprio, manter a esperança realista, valorizar a história de vida, aceitar e promover fatores resilientes, valorizar cada momento como único e por último conforto espiritual e religioso. O terceiro ponto do modelo da terapia da dignidade de Chochinov integra a preocupação com o meio social no qual estão incluídos os aspetos do respeito pela privacidade corporal, ter suporte social, ter acesso a prestação de cuidados individuais que são considerados como cuidados que podem dignificar o fim de vida e a preocupação com os cuidadores.

2.6.Aspetos psicológicos da doença avançada e progressiva

A definição de doente oncológico diz respeito a qualquer pessoa a quem lhe é diagnosticado um cancro, independentemente do tempo que ocorreu entre o diagnóstico ou o tipo de tratamento a que esta pessoa foi submetida (Rodrigues, 2007).

Atualmente, com o avanço da medicina, o cancro pode ser compreendido como uma doença crónica. É possível existir períodos livres de doença ativa após os tratamentos, porém devemos contar com as recidivas da doença, o que implica reiniciar os tratamentos, sendo estes tratamentos muitas vezes mais agressivos, tais como a quimioterapia ou radioterapia (Sá, 2003).

Quando um indivíduo recebe um diagnóstico de cancro, o significado desta notícia é vivido de forma única, subjetiva, sendo influenciado pela história de vida pessoal e

familiar, escolaridade, suporte social, cultura e inclusive com o contacto que o doente irá estabelecer com os profissionais de saúde (Casmarrinha, 2008).

Segundo Moura e Patrão (2012) o impacto do diagnóstico representa para muitos doentes momentos de tristeza, de solidão, de choro, de falta de sono. Estes aspetos são formas de expressar todas as emoções negativas causadas pelo impacto da doença.

As neoplasias fazem parte das patologias que representam com quadros clínicos graves que causam um grande impacto emocional durante todo o processo da doença, sendo na fase terminal mais difícil de ser encarada. No que diz respeito aos aspetos psicológicos de doentes em fim de vida, Kübler-Ross (2008) refere que a morte é uma questão muito difícil de ser encarada pelo ser humano, principalmente quando se trata da perceção de sua própria finitude.

Ter um cancro inclui aspetos psíquicos complexos que podem conter, entre outras; mitos, fantasias, questões somáticas, perdas sociais, tabus, vergonha, preconceitos sobre a doença e tratamentos, medo da morte, desorganização do ambiente familiar e perdas em vários níveis da vida do sujeito. Pais (2004) refere sete preocupações principais nas pessoas com doença oncológica, tais como: preocupação com a saúde - aparecimento de metástases, evolução da doença, efeitos adversos dos tratamentos; auto avaliação - mudanças na auto-imagem, alteração na auto-estima; situação económica - trabalho, desemprego, situação familiar; família e amigos - perdas das amizades, afastamento, diminuição ou total desinteresse sexual, aspetos psicológicos de raiva, revolta; amigos e parceiros - receios face as limitações que a doença possa trazer em relação aos amigos e possíveis impedimentos; religião - abandonar ou requerer a fé; existenciais - preocupação com a própria existência, colocar-se em causa.

Silva e Aguillar (2001) consideram que o diagnóstico do cancro e as suas repercussões na vida do indivíduo são sempre fatores traumáticos para o doente, sendo um desafio

diário em relação a serenidade e ao ajustamento pessoal. Os mesmos autores citados, retratam o fator traumático como sendo inevitável, entretanto a maioria dos doentes conseguem encontrar recursos internos de enfrentamento para lidar com a doença, os tratamentos e todas as mudanças que a doença oncológica acarreta em suas vidas.

Baptista et al (2010) afirma que existe sofrimento emocional em relação ao cancro e doenças crónicas. O cancro é uma doença muito complexa e devastadora em termos físicos e psicológicos, e sociais. Estes aspetos não podem ser negligenciados pelos profissionais de saúde e nem pela própria família. Evans (2006) refere que negligenciar estas questões, pode trazer ao doente uma redução significativa na sua qualidade de vida e comprometer negativamente à adesão aos tratamentos.

Coelho (2001) aborda a importância da Psico-Oncologia no tratamento do doente oncológico e família (cuidadores). Nesta área de interface entre a psicologia e a oncologia utilizam-se procedimentos e estratégias que podem ajudar o doente e os seus familiares a enfrentarem esta nova realidade, promover uma melhor adesão aos tratamentos, prevenir ou tratar a ansiedade, a depressão e o *distress*.

Nas últimas décadas os psicólogos da saúde estão integrados nos hospitais e nas equipas médicas com o papel de facilitadores no âmbito da comunicação na relação profissional de saúde/doente; identificação de medos, expectativas e dúvidas levantadas pelos doentes; contribuem no desenvolvimento de planos de interação e na prevenção do Distress não só no doente mas também nos seus cuidadores ou familiares; podem dar o seu apoio técnico e humano nos momentos de perda e atuarem no luto com intervenções psicoterapêuticas especializadas.

De acordo com Viorst (2005), o diagnóstico do cancro, o enfrentamento dos tratamentos, a evolução da doença, a descoberta de metástases ou de recidiva da doença cometem a uma complexidade emocional e a reações comportamentais nos doentes e

nos familiares, podemos concluir que o cancro é um evento familiar, podendo ser muitas vezes também um evento único e solitário. Este autor defende que estes aspectos podem ser determinantes para o surgimento ou não de psicopatologia no doente oncológico, caso o doente já tenha alguma psicopatologia instalada, esta pode influenciar o seu tratamento.

Sendo o cancro uma doença revestida de complexidade torna-se mais susceptível de desencadear alterações emocionais severas e prolongadas.

Kübler-Ross contribuiu de forma determinante no que refere as fases de adaptação à doença oncológica, também outros autores fizeram muitos estudos neste campo e contribuíram de forma decisiva. As fases de adaptação à doença oncológica não são estáticas e não necessariamente todos os doentes passem por todas as fases.

”O paradigma oncológico está bem explanado nos escritos de Elisabeth Kübler-Ross, que definiu os tempos da morte como andamentos de uma sonata. A sua contribuição foi fundamental por obrigar a refletir sobre a morte com outra coragem e lucidez e demonstrar a importância da multidisciplinaridade no tratamento destas matérias.

Assim, ela descreveu cinco passos sucessivos, eu diria cinco estações de uma via-sacra, no caminho para o fim. O primeiro é a negação e o isolamento; o segundo é a revolta; o terceiro é a negociação (por vezes com Deus, sob a forma de promessas secretas ou explícitas); o quarto é a depressão, e o final é a aceitação.

A análise é brilhante, apoia-se em casos ilustrativos, e não há dúvida de que todos estes passos são reconhecíveis na prática clínica, exceto que, muitas vezes, não seguem a sequência descrita e a negação ou a revolta podem persistir, inalteradas, até ao final ou, então, a depressão inaugurar o quadro e não mais se abate.”

João Lobo Antunes - *in Memória de Nova Iorque e outros ensaios / 2002*

Fases de Adaptação à Doença Oncológica, segundo Kübler-Ross (1969).

A primeira fase integra a fase da negação, na qual quando o indivíduo recebe um diagnóstico de cancro ou de alguma doença com potencial mortal, entra em estado de choque e recusa-se a aceitar esta realidade.

Na fase de revolta o doente consegue reconhecer que existe uma doença grave, mas, não aceita esta realidade. O importante nesta fase é entender que estas manifestações de revolta podem ser de alívio.

A fase de negociação é considerada uma das fases mais importantes, o doente assume que tem uma doença grave e faz tentativas de negociar com os médicos os planos de tratamentos, cumpre as adesões terapêuticas, torna-se mais tolerante. Posteriormente ocorre a fase de Depressão, nesta pode surgir os sentimentos de impotência que os doentes apresentam e muitas vezes estão relacionados com necessidades e problemas que precisam ser solucionados. A depressão surge também quando o doente consegue discriminar com rigor e consciência o seu estado de saúde, sabe que tem uma doença avançada e progressiva e prepara-se para a separação das pessoas ou mesmo de algo que tenha uma ligação afetiva especial, prepara-se para a morte.

Por último Kübler-Ross define a fase da aceitação. Nesta fase, o doente compreende que a sua doença está em evolução, pode reagir e isolar-se. Nesta fase os doentes consideram que a doença segue o seu curso natural e que pode levar o doente a morte.

“Em nosso inconsciente, não podemos conceber nossa própria morte, mas acreditamos em nossa imortalidade. Contudo, podemos aceitar a morte do próximo, e as notícias do número dos que morrem nas guerras, nas batalhas e nas auto-estradas só confirmam a crença inconsciente em nossa imortalidade, fazendo com que – no mais recôndito de nosso inconsciente – nos alegremos com um “ainda bem que não fui eu” (Kübler-Ross, 1998:18).

Yamaguchi (2002) revela que muitos doentes continuam a negar, outros ficam deprimidos e somente a minoria consegue atingir o grau da aceitação. Os doentes que conseguem a aceitação são capazes de exprimir conversas a cerca da vida, dos aspectos positivos e negativos, falam do que gostariam que os familiares fizessem, deixam questões de vida e burocráticas decididas, demonstrando grande grau de maturidade.

A adaptação a doença oncológica requer resiliência pessoal, ou seja, ter a capacidade de resistir à adversidade é um fator que permite manter a dignidade e a qualidade de vida, mesmo em situações complexas. Um estudo realizado por Ferreira e Raminelli (2012) com 8 doentes oncológicos em cuidados paliativos sob tratamento de quimioterapia e radioterapia paliativos, através da análise psicológica feita com instrumento semi-estruturado de entrevista com tempo entre 30 e 60 minutos, demonstrou que o fim de vida abrange as dimensões de revolta, negação e o isolamento. Todos os sujeitos entrevistados apresentavam recidiva da doença. Os sentimentos apresentados em diferentes níveis foram a angústia, revolta, medo, melancolia, fragilidade emocional e física. Quando abordados com a questão – “E quando o corpo não aguentar mais?” – o resultado das respostas foram de intensa angústia, simbolicamente representados pela comunicação não-verbal – gestos, silêncio, choro e interrupção da fala. A linguagem apresentou outras dimensões de interpretação, libertando-se da queixa física e cedendo lugar a manifestação do corpo doente.

Este estudo, apesar de a sua amostra ser pequena, quando comparado com outros estudos, incluindo os de Kübler-Ross, podemos considerar que quando uma pessoa depara-se com a doença e a sua finitude pode sentir-se absolutamente desamparada diante da sua angústia existencial.

No que diz respeito aos aspetos da comunicação junto do doente, Násio (2010) refere que o que é dito ao doente nem sempre é o mais importante. Esta ideia remete para dar atenção especial à avaliação das necessidades psicológicas dos doentes em se escutarem em silêncio e neste sentido as equipas devem ir ao encontro dessas necessidades e devem respeitar o silêncio.

Marques et al (1991) demonstrou a existência de sofrimento psicossocial significativo nos doentes oncológicos e famílias.

A Canadian Strategy for Cancer Control em junho de 2004, apoiou a proposta de incluir o sofrimento emocional - *Distress* - como sendo o sexto sinal vital. Esta medida toma como pressuposto a necessidade de avaliar o distress como uma rotina, juntamente com a frequência cardíaca, pressão arterial, respiração, temperatura e dor. Esta proposta surgiu através de diversos estudos de prevalência sobre o sofrimento emocional associado a doença oncológica.

O reconhecimento desta prática não se verifica na rotina hospitalar, poucos esforços tem sido feitos no sentido da avaliação do 6º sinal vital tornar-se uma prática clínica diária.

2.7. Conceito de Ansiedade e Depressão no contexto da Dor Oncológica

O diagnóstico de cancro é sempre ameaçador, envolvendo o doente em sua vulnerabilidade enquanto ser existente. Por mais avanços que ocorram na medicina oncológica e conseqüentemente dos tratamentos disponíveis, assim como o aperfeiçoamento dos cuidados paliativos em fase avançada e progressiva da doença, a ter cancro pelo estigma associado e gravidade da doença é experimentado pelos doentes como uma experiência complexa em termos emocionais.

Para Pereira & Lopes (2005) a complexidade das emoções são uma resposta natural e

reativa face a um acontecimento, ou seja, diante de uma ameaça de doença, tal como no diagnóstico, como na recidiva e também da passagem da fase curativa para a fase paliativa.

De acordo com estudos de Die-Trill (2000) e Odgen (1999), estes autores corroboram com a idéia que receber um diagnóstico de cancro leva o doente a entrar em estado de choque, sendo este estado de choque com o passar do tempo, possa ser substituído na maioria dos casos por um período de negociação e à *posteriori* pelo espírito de luta para enfrentar os tratamentos e toda a rotina hospitalar.

De acordo com Wasan et al (2005) a maioria dos doentes oncológicos conseguem desenvolver mecanismos e estratégias psicológicas para lidar com a doença e as suas consequências. Cerca de 30% dos doentes desenvolvem transtorno de ansiedade, sendo o transtorno de adaptação com ansiedade e o transtorno de ansiedade generalizado os mais frequentes.

O diagnóstico de ansiedade é elaborado de acordo com o DSM IV-TR. Os transtornos de ansiedade frequentemente coexistem com outros transtornos psiquiátricos.

O conceito de ansiedade, segundo Allen (1995) e Swedo (1994) caracteriza-se por um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, tensão e desconforto, pode ter um objeto específico ou não que explique tal estado psicológico. A ansiedade nem sempre é negativa e tem uma função adaptativa ao ser humano diante de situações adversas. O que diferencia a ansiedade normal da ansiedade patológica é a sua correta avaliação no que diz respeito a reação ansiosa, tal como, a sua duração, autolimitação, consequências físicas e se está relacionada com algum estímulo ou não.

Segundo o DSM IV-TR, os transtornos de ansiedade podem ser classificados em transtornos de ansiedade generalizada, transtorno de pânico com ou sem agorafobia, agorafobia sem história de transtorno de pânico, fobia social, fobia específica,

transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de stress pós-traumático, transtorno de stress agudo, transtorno de ansiedade associado a doenças graves ou crónicas, uso de substâncias psicoativas e transtorno de ansiedade sem outra especificação.

A ansiedade é um fator psiquiátrico associado aos doentes oncológicos com dor. De acordo com Andrade & Gorestein (1998), a ansiedade é um estado emocional com componentes fisiológicos e psicológicos e faz parte da normalidade das experiências humanas, contribuindo para o nosso desempenho.

Takei e Schivolletto (2000) consideram a ansiedade como um estado caracterizado por sintomas e sinais inespecíficos, que juntos trazem uma sensação desagradável de apreensão, expectativa e medo quanto ao futuro. Caracteriza-se por sintomas somáticos (respiratórios, cinestésicas, musculares) e psíquicos (medo, apreensão, mal-estar, desconforto, insegurança, sensação pessimista) que se manifestam de forma básica ou tónica.

A ansiedade pode ser relacionada a uma determinada situação ou estar presente de forma constante na vida dos doentes. Segundo Pagano (2004) os doentes oncológicos apresentam mais índices de ansiedade do que doentes com outras patologias. Mostram muita preocupação, tensão, nervosismo e apreensão face à sua doença e dor. Critérios do DSM IV-TR para transtorno de ansiedade generalizada, incluem: presença de ansiedade excessiva sobre eventos ou atividades que ocorrem na maioria dos dias pelo menos 6 meses; perder o controlo sobre a intensidade de preocupação (excessiva); pelo menos três dos sintomas incluindo sentir-se inquieto, fadiga, falta de concentração, irritabilidade, problemas de tensão arterial e repouso do músculo; interferência significativa dos sintomas com o social e trabalho relacionadas com o funcionamento ou levando a aflição significativa e nenhum outro transtorno de humor ou problema psiquiátrico.

A American Psychiatric Association (DMS-IV-TR-2002) define e descreve a depressão como transtorno do humor que envolve um grupo heterogéneo de sintomas: humor deprimido, interesse ou prazer acentuadamente diminuído, perda ou ganho de peso significativo, insónia ou hipersónia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, capacidade diminuída de pensar, pensamentos recorrentes de morte.

A variação destes sintomas, a sua frequência e intensidade sugerem a classificação da Depressão em leve, moderada ou grave (severa), para o que o diagnóstico possa estar correto é necessário considerarmos um período mínimo de duas semanas, com o predomínio do humor deprimido ou a perda do interesse por quase todas as atividades da vida diária. O comprometimento funcional social, profissional e afetivo agrava-se consoante a intensidade dos sintomas (DMS-IV-TR-2002).

A depressão é considerada um dos transtornos mentais mais comuns e trata-se de uma doença crónica, recorrente e limitante. De acordo com o DMS IV-TR, estima-se que a prevalência do transtorno depressivo seja entre 5% a 9% para mulheres e entre 2% a 3% para os homens adultos, não apresentando relação com a educação, etnia, aspetos financeiros ou estado civil. A faixa etária predominante de risco é entre 25 aos 45 anos e no sexo feminino.

A depressão ainda é mal diagnosticada e os doentes podem apresentar uma complexidade de sintomas somáticos e recorrerem a diversos tipos de especialidades médicas, o que pode atrasar o início do seu tratamento e como consequência ter um agravamento dos sintomas.

Nos casos de depressão podem ocorrer queixas dolorosas em 30% a 100% dos casos. Segundo Coelho (2001), os portadores de doença crónica são os que mais apresentam transtorno de depressão. Sendo a depressão um dos fatores psicológicos muito

pesquisado nos doentes oncológicos com dor crónica, verifica-se que a prevalência é de 78% sendo que as evidências colocam a depressão como uma consequência da dor, não existe forma determinante em consenso para afirmarmos qual fatores precedem o outro. Doentes com cancro e outras patologias graves quando comparados com a população em geral, apresentam um risco mais aumentado no que diz respeito a sintomas e transtornos depressivos. As taxas de prevalência de depressão associada ao cancro podem variar de acordo com a própria evolução da doença e dos tratamentos administrados. (Castro, Scorza & Chen, 2011).

Podemos considerar que existem outros fatores relacionados com a doença oncológica que podem potenciar os sintomas de ansiedade e de depressão, tal como, os tumores dependentes hormonais, metástases cerebrais, complicações da tiroide, hipocalcemia e os próprios fármacos utilizados nos tratamentos, como os corticoides e anti-histamínicos. (Wasan et al.2005).

A dor oncológica é fonte de *distress* quer pela experiencia de dor, ou mesmo pelo medo de sentir dor, desencadeando distúrbios de ansiedade e depressão. Thielking (2003) refere que os doentes oncológicos com dor parecem ter um índice maior de problemas relacionados com a ansiedade quando comparados com doentes com quadro algico controlado.

A revisão da literatura demonstra que a depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum em doentes com cancro, com uma prevalência de 22 a 29%, dependendo da localização do tumor, estadio clínico, do controlo de dor, da funcionalidade física e do suporte social. Porém, não é necessariamente um transtorno psiquiátrico que seja obrigatório existir nos doentes oncológicos. (Santini, et al. 2012).

Bottino (2009) relata a dificuldade existente no diagnóstico da depressão em doentes com cancro. Na prática clínica observa-se que muitos doentes quando recebem o

diagnóstico de cancro, podem já estar medicados para depressão ou para ansiedade, por problemas de ordem não oncológica. Este viés deve ser levado em consideração quando avaliamos esta população de doentes no que diz respeito a ansiedade e a depressão.

Não sendo corretamente diagnosticada por falta de tempo para a investigação dos sintomas e aspetos emocionais, aos custos associados aos tratamentos e a distância que pode haver entre os oncologistas e os profissionais de saúde.

Quando a depressão não é tratada, traduz-se em um aumento do sofrimento do doente, agrava os sintomas da doença oncológica e pode trazer prejuízos significativos na adesão a terapêutica proposta. É importante que a avaliação da ansiedade e da depressão seja feita de forma precisa e sistemática de modo a atenuar o sofrimento e garantir à adesão terapêutica. Estas medidas devem proporcionar conforto físico e psicológico, contribuindo assim, para a melhoria na qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores (Pimentel, 2003).

Em oncologia, especialmente em Cuidados Paliativos a prevalência de depressão é um tema por vezes contraditório e muitas vezes, os autores não tem opiniões consensuais. Willians & Dale (2005) demonstram que 58% dos doentes tem depressão major.

A depressão acarreta complicações endócrinas e no sistema imunológico, podendo prejudicar a resistência no que diz respeito à progressão da doença. Valentine (2003) defende que embora a dor e a depressão possam ser entidades independentes em alguns doentes, em outros, poderá haver interligação entre os dois fatores.

A dor quando não controlada pode causar ansiedade e depressão, e a experiência dolorosa pode exacerbar o transtorno de ansiedade e de depressão. A depressão também pode ser variável de acordo com a localização do tumor. Os estudos de Sheibani (2006) revelam que a depressão associada ao cancro do pâncreas apresenta um índice elevado de 33% a 50% dos casos.

Archer et al (2008) estima que a prevalência de depressão em doentes oncológicos de cabeça e pescoço possa chegar aos 40%. Nestes doentes, as limitações corporais, a imagem corporal, a alimentação, a respiração, são fatores inerentes a doença e causam grande isolamento social.

Neoplasias que atinjam diretamente o SNC (Sistema Nervoso Central) podem provocar síndromes depressivas e comprometimento do humor, as explicações nestes casos são em primeira ordem fisiológicas e anatómicas. Souza (2000) define que doentes com dor intensa comparados com dor ligeira, possuem mais diagnósticos de depressão: 33% versus 13%, e apresentam taxas mais elevadas de depressão ao longo da vida: 42% versus 23%. Nesse mesmo estudo, os autores afirmaram que a dor é a causa da depressão.

Juver e Verçosa (2008) concluíram que a depressão aumenta a intensidade de dor e sugerem que a depressão pode representar a consequência de dor e o seu aumento nos doentes com cancro. Porém, nos fazem refletir se de fato a depressão não é uma condição especial diante da perda da própria vida?

Perante a dificuldade no processo de avaliação, da ansiedade e depressão, nos doentes oncológicos e por falta de consenso na literatura, foram estabelecidos alguns critérios. A saber: a prática clínica inclusiva - os sintomas depressivos são incluídos, independentemente de poderem ser explicados pela doença clínica; a prática clínica da exclusão - separa os sintomas passíveis de explicação pela doença clínica, sendo os critérios variáveis de autor para autor, e por isso pode ser limitada.

A importância do diagnóstico da depressão em doentes oncológicos também nos alerta para as questões do suicídio. Os doentes oncológicos podem apresentar ideação suicida no momento do diagnóstico (10%) e na recidiva da doença (14%) (Teixeira, 2006). Os fatores de risco de suicídio nos doentes oncológicos são: depressão, dor não controlada,

doença avançada e progressiva, neoplasia de cabeça e pescoço, sexo masculino, delirium, perda do controlo, fadiga e exaustão. (Fawzy, et al 1996).

Apesar da existência de correlação entre ansiedade e depressão com a intensidade de dor, de acordo com Voscopoulos & Lema (2010), os estudos que examinam as influências dos fatores psicológicos na dor têm resultados contraditórios.

Atualmente, de acordo com a literatura, sabe-se que a depressão e a ansiedade influenciam de forma negativa no prognóstico desses doentes, aumentando a sua mortalidade. É fundamental a investigação entre os transtornos de ansiedade e de depressão e as doenças clínicas, com o objetivo de se detetar as alterações subclínicas mais comuns e incentivar pesquisas neste complexo e vasto campo da medicina e da psicologia.

2.8. Ansiedade e Depressão em fim de vida

O controlo sintomático, em cuidados paliativos, é a pedra basilar para garantir conforto aos doentes e conseqüentemente às suas famílias. Este controlo de sintomas é baseado na etiologia dos sintomas bem como nas queixas apresentadas e observadas clinicamente.

Os doentes em fim de vida podem apresentar diferentes queixas, as quais, devem sempre ser valorizadas, tendo como objetivo o bem-estar do doente. Ciaramella e Poli (2001) nos seus estudos, encontraram associações significativas entre doentes com cancro avançado, metástases, dor e depressão. Nesta pesquisa, 49% dos doentes foram diagnosticados com depressão. Quando o mesmo grupo de doentes foi avaliado por outro instrumento psicométrico, esta percentagem diminuiu para 29%. A diferença dos dados, deve-se ao facto numa das pesquisas, os autores avaliaram os sintomas somáticos

e psicológicos, enquanto na outra, estudaram apenas a sintomatologia psicológica.

Este estudo, tal como muitos outros apresentados na literatura, demonstram que os resultados são variáveis de acordo com os instrumentos utilizados, o que se torna merecedor de atenção para o diagnóstico de ansiedade e depressão.

Assim como o controlo de dor tem importância fulcral na avaliação dos doentes em fim de vida, o mesmo deveria acontecer com a avaliação criteriosa da ansiedade e da depressão.

Existe um ponto em comum entre os sintomas de ansiedade e de depressão com os sintomas encontrados nos estágios avançados da doença. Clark (1983) e seus colaboradores desenvolveram um estudo com doentes oncológicos em fim de vida, onde constataram a presença de ideação suicida, sensação de fracasso, sentimentos de culpa, isolamento social e perda de satisfação. Estes fatores foram critérios para determinar a intensidade da depressão, não sendo mascarada por fatores físicos. Os dados observados neste estudo, demonstraram que a sensação de fracasso, o isolamento social e a perda de satisfação foram de 2 a 3 vezes mais frequentes em doentes com dor do que nos doentes que tinham a dor controlada. A ideação suicida não ocorreu nos doentes sem dor, foi referida por 6 doentes (10,5%) dos doentes com dor.

A dor não controlada em doentes com cancro é o maior fator para a ideação suicida. É mais frequente, nos casos de doença avançada, pode representar para ao doente uma atitude de controlo da vivência da própria vida que está afetada pela exaustão que advém do sofrimento.

Outro estudo elaborado por Coyle (1990) sobre ansiedade e depressão e dor em doentes oncológicos em fim de vida, numa amostra de 90 sujeitos, demonstrou que 20% dos doentes verbalizou ideação suicida, sendo que 2 doentes desta amostra suicidaram-se. Nos doentes com cancro avançado a própria sintomatologia física parece ser ponto de

intersecção com a sintomatologia psicológica de forma mais acentuada, dado que o doente nesta fase pode ter uma perceção mais clara que está perante a sua finitude.

Os sentimentos como o medo da progressão da doença, a fadiga, a catastrofização, a discrepância de apoio social, o humor deprimido, os problemas com o sono, a falta de forças e outros sintomas que possam estar presentes, agravam o estado anímico, aumentam a ansiedade e a depressão e muitas vezes estes doentes podem entrar em estado de apatia grave.

A intervenção psicofarmacológica é uma área clínica e de investigação fundamental em oncologia e em cuidados paliativos. Os medicamentos psicotrópicos são valiosos no tratamento dos transtornos psiquiátricos que acompanham a doença oncológica, como nos casos de depressão, ansiedade, distúrbios do sono, agitação psicomotora e o delirium. Estes sintomas, em especial a ansiedade e depressão, podem afetar 30% a 40% dos doentes com cancro, sendo essa percentagem mais elevada nos doentes com cancro avançado (Caruso, 2013).

A revisão da literatura demonstra estimativas de prevalência imprecisas sobre a ansiedade e a depressão em cuidados paliativos. Braun (2009) refere que os doentes podem apresentar transtornos de humor, dificuldades em dormir, falta de apetite, diminuição ou perda do interesse nas atividades de que gostavam, desespero, culpa, sentimentos de preocupação excessivas e persistentes.

Reconhecer a depressão na fase final de vida é uma dificuldade para os profissionais de saúde, porque os sintomas da depressão e ansiedade e os sintomas da própria doença avançada, são similares. O DMS-IV-TR- 2002, não estabelece critérios de diferenciação entre a depressão nas diferentes etapas do ciclo de vida. De acordo com Braun (2009) para avaliarmos a ansiedade e a depressão devemos considerar os sintomas psicológicos do doente no contexto da sua situação atual, neste sentido será importante definir

critérios de avaliação de ansiedade e depressão específicos para esta etapa de vida.

Sabemos, através da literatura e da prática clínica que um doente oncológico em fase final de vida pode apresentar uma sintomatologia complexa, o que acarreta dificuldades diagnósticas. O próprio processo de morte acarreta dor existencial, tristeza, medo e ansiedade. Taylor (2008) refere que a tristeza e a dor são aspetos difíceis de distinguir da depressão. Segundo o autor, a consciência da morte legitima a tristeza.

Estas questões suscitam a definição de linhas orientadoras para intervir junto de doentes em fim de vida. Neste sentido, o American College of Physicians (2008) cita recomendações de cuidados para com os doentes paliativos em doentes com doença grave no fim de vida, a designar: os médicos devem avaliar regularmente a dor, dispneia e a depressão; os médicos devem utilizar terapêuticas de eficácia comprovada para controlar a ação da serotonina e as intervenções psicossociais; os clínicos devem assegurar antecipadamente o planeamento de cuidados avançados, incluindo diretivas para todos os doentes com doença grave.

O American College of Physicians, nas mesmas recomendações, refere diretrizes para os cuidados psicossociais. Nestes, estão englobados; o suporte psicoterapêutico com especial ênfase na utilização da terapia cognitivas-comportamentais, apoio espiritual e outras técnicas não-farmacológicas que possam contribuir para o bem-estar do doente em fim de vida preservando a dignidade humana.

2.9. Contributo dos Cuidados Paliativos

Em 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS) pela primeira vez publicou a definição de cuidados paliativos tendo descrito como, a prestação de cuidados totais a

uma pessoa doente com impossibilidade de cura. O objetivo desses cuidados são o controlo dos sintomas, da dor, bem como intervir perante os problemas psicossociais, espirituais e familiares.

O conceito dos cuidados paliativos é baseado em cuidados totais e integrais ao doente e família. Estes destinam-se aos doentes cuja possibilidade de cura se torna inexistente. O apoio psicossocial durante todo o processo de doença deve ser assegurado e mantido de forma diferenciada no momento do fim da vida.

A morte no nosso mundo contemporâneo é encoberta por estigmas e preconceitos, que fazem desde momento para o Homem, algo aterrorizante, como se não tratasse de um processo natural da vida. Segundo Morais (2000) os fatores que levam o Homem ao sofrimento e a angústia são: ter consciência da própria finitude; a morte na contemporaneidade representa solidão absoluta; o desfazer de redes sociais, afetivas, das relações humanas e com o mundo; o medo do provável sofrimento que envolve a morte; a hipótese do vazio, do nada, do desconhecido; o medo da dissolução da matéria, do corpo físico.

Ainda segundo Morais (2000) diante da complexidade da morte, o Homem vive em recusa, porém torna-se inevitável o confronto da finitude em fase paliativa. O medo e o encontro com a finitude podem desencadear um agravamento da situação clínica do doente e da sua trajetória face à terminalidade. Segundo Kovács (2005) o medo é a resposta psicológica mais frequente diante da morte. Em contrapartida, sendo o medo um inimigo a combater, mas é invencível pela morte, surge o movimento dos cuidados paliativos que tem como objetivo atenuar e apoiar o doente e a sua família neste momento do ciclo da vida.

A fase de cuidados paliativos representa aceitar os limites do corpo, da doença e da própria medicina. Para Hennezel (1995) saber ouvir de forma empática os sentimentos e

as vivências dos doentes já se traduz num método para ajudar a atenuar a experiência dolorosa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1986, publicou os princípios de regem a atuação da equipa multiprofissional de Cuidados Paliativos. A revisão destes princípios foi feita em 2002.

Princípios dos Cuidados Paliativos:

- Promover o alívio de dor e de outros sintomas desagradáveis
- Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida
- Não acelerar nem adiar a morte
- Integrar os aspetos psicológicos e espirituais no cuidado do doente
- Oferecer um sistema que possibilite ao doente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte
- Oferecer sistema de suporte para apoiar os familiares durante a doença e no luto
- Oferecer uma abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos doentes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença
- Iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar as situações clínicas complexas.

Estas linhas orientadoras são fundamentais para o trabalho em cuidados paliativos que orientam não só na prática clínica, mas também ajudam a estruturar ideias para investigar em cuidados paliativos.

3. Estudo Empírico

3.1. Tipo de Estudo

O tipo de estudo escolhido para a presente dissertação foi quantitativo, descritivo e correlacional.

3.2. Objetivos

O objetivo principal do estudo foi avaliar a correlação da intensidade de dor com os níveis de ansiedade e de depressão em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva.

3.3. Questões de Investigação

O presente estudo a partir das questões de investigação, propôs saber:

- Caracterizar os níveis de intensidade de dor, de ansiedade e de depressão dos doentes oncológicos avaliados em consulta de primeira vez na Clínica da Dor do IPO de Lisboa;
- Verificar se existe possível correlação entre os dados sociodemográficos (idade, género, situação profissional, escolaridade, estado civil) e os níveis de intensidade de dor, ansiedade e depressão;

- Verificar se a localização primária do cancro, o tipo de tratamento e a existência de metástases influenciam na intensidade de dor, na ansiedade e na depressão;
- Verificar se os doentes que já fazem medicação para dor, utilizam psicofármacos, recebem apoio psicológico e/ou psiquiátrico se relacionam com a intensidade de dor, ansiedade e depressão na amostra em estudo;
- Verificar se os níveis de ansiedade e de depressão possuem alguma relação com a intensidade de dor sentida pelo doente em estudo.

3.4. Amostra

A consulta da Dor do IPO de Lisboa foi pioneira no País, e segue doentes oncológicos em diferentes estadios da doença.

A amostra foi constituída por 106 doentes oncológicos atendidos em consulta de primeira vez na Clínica da Dor do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil E.P.E de Lisboa.

Os dados foram recolhidos entre Março e Maio de 2014, pela própria investigadora.

Critérios de Inclusão:

- 1) Doentes com doença oncológica avançada e progressiva, referenciados para a consulta da Dor pelo médico assistente;
- 2) Idade igual ou superior aos 18 anos;
- 3) Sem comprometimento cognitivo;

- 4) Ser capaz de ler e compreender os questionários sociodemográficos e os instrumentos de avaliação aplicados pela pesquisadora;
- 5) Aceitem participar do estudo, após terem lido e assinado o consentimento informado.

Foram selecionados doentes oncológicos com doença avançada e progressiva (paliativos), através da referenciação médica e verificado no processo clínico do doente a informação clínica que comprova a evolução da doença oncológica.

Critérios de Exclusão da amostra:

1. Os doentes com dor oncológica com doença estável;
2. Menores de 18 anos de idade;
3. Doentes que apresentavam algum comprometimento cognitivo;
4. Doentes com patologias psiquiátricas graves;
5. Doentes muito sonolentos por “abuso de medicação”;
6. Doentes incapazes de compreender os questionários sociodemográficos e os instrumentos de avaliação aplicados pela pesquisadora.

3.5. Instrumentos de Avaliação (Escala)

O instrumento utilizado para a avaliação da Ansiedade e da Depressão foi Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), este instrumento foi desenvolvido por Zigmond e Snaith em 1983, sendo a versão original deste instrumento.

De acordo com vários estudos publicados, este instrumento revelou-se aceitável e revela boa fidelidade.

Versão Portuguesa – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

A versão portuguesa do HADS foi validada por Pais-Ribeiro e colaboradores (2007), a partir de uma amostra muito diversificada no que diz respeito às características das doenças.

A partir das diferenças particulares das doenças crónicas dentro da amostra, a consistência interna para a subescala da ansiedade o alfa foi de (.76) e para a subescala de depressão foi de (.81), o que demonstrou boa consistência interna do instrumento.

O HADS é um instrumento que consegue medir separadamente os níveis de ansiedade e de depressão, tendo sido considerada o *Gold Standard* para a avaliação psicopatológica em doentes oncológicos, sendo uma das escalas mais utilizadas, porque não inclui os sintomas somáticos da depressão e da ansiedade, que podem ser facilmente confundidos com outros sintomas (fadiga, insónia, anorexia), como também pode ser utilizado em pessoas sem doenças clínicas.

A escala mostrou-se de fácil compreensão para a população portuguesa, sendo a sua aplicação muito simples e rápida.

A escala HADS é formada por 14 questões, sendo 7 questões relacionadas com a ansiedade e 7 com a depressão.

O entrevistado atribui uma nota de zero a três para cada questão, sendo o zero (nenhuma gravidade) e o três (maior gravidade), sendo assim, quanto maior for

o resultado, maior será a morbidade psicológica. A pontuação total do HADS está entre 0 a 21 pontos e o ponto de corte é o 11.

Através da revisão da literatura, constatamos que a prevalência da ansiedade e da depressão nos doentes oncológicos é muito variável por diversos fatores, sendo um desses fatores a utilização de diferentes técnicas de medição e de critérios para definirmos a ansiedade e a depressão.

O HADS é um dos instrumentos mais utilizados, validado e de confiança para detetar o sofrimento psicológico dos doentes oncológicos.

Os valores são cotados para cada subescala (ansiedade e depressão)

0 a 7 - ausência de sintomatologia.

8 a 10 - sintomatologia considerada leve.

11 a 14 - sintomatologia considerada moderada.

15 a 21 - sintomatologia considerada severa.

Escala Numérica de Dor



Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Figura 2 - Escala Numérica de Dor

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Pode ser horizontal ou vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde classificação “Sem Dor” e a 10 de classificação “Dor Máxima” (dor de intensidade máxima imaginável).

A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

A escala numérica também pode ser mista, ou seja, de acordo com a pontuação assinalada pelo doente podemos considerar:

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
0	1 2 3	4 5 6	7 8 9	10

Circular Normativa n.º9/CGCG de 14/06/2003 – Direção Geral de Saúde

Figura 3 – Interpretação da escala de Dor

3.6. Procedimento Metodológico e Recolha de Dados

O projeto de investigação foi aprovado pelo Conselho de Administração do IPO de Lisboa após parecer favorável da Comissão de Ética do IPO de Lisboa.

Também foi solicitado autorização à Clínica da Dor e a Unidade de Psicologia do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil E.P.E Lisboa.

Foi feita uma solicitação de autorização do uso da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, por meio de correio eletrónico ao Doutor Pais Ribeiro, sendo consentido o seu uso no estudo.

Foi elaborado um questionário sociodemográfico pela investigadora, o qual nos permitiu recolher informação clínica e sócio demográfica

Inicialmente, foi explicado ao doente o objetivo da dissertação, não utilizando no consentimento informado o nome completo da tese, por razões éticas. Nem todos os doentes têm o conhecimento que estão com uma doença em progressão e avançada. Por esta razão, este “cuidado” foi tido em atenção.

Após a explicação verbal ao doente, foi-lhe dado o consentimento informado para leitura e assinatura do mesmo. Todos os doentes foram informados previamente acerca dos objetivos e procedimentos do estudo e assinaram o consentimento informado.

Após a assinatura do consentimento informado, foi então preenchido o questionário sociodemográfico, o HADS e feita a avaliação da dor.

3.7. Operacionalização das variáveis

Para esta análise foram consideradas as seguintes categorizações:

Quadro 1. Lista de variáveis, codificação e fonte

Variáveis	Codificação	Fonte
<i>Dor</i>	1 = Sem dor / ligeira 2 = Moderada 3 = Intensa/máxima	Escala Numérica de Dor
<i>Ansiedade</i>	1 = Sem / ligeira 2 = Moderada / severa	HADS
<i>Depressão</i>	1 = Sem / ligeira 2 = Moderada / severa	HADS
<i>Situação Profissional</i>	1 = Baixa Médica 2 = Desempregado (a) 3 = Doméstica 4 = Reformado (a) 5 = Tempo Inteiro 6 = Tempo Parcial	Questionário Sociodemográfico
<i>Estado Civil</i>	1 = Solteiro (a) 2 = Casado (a) 3 = União de Facto 4 = Divorciado (a) 5 = Viúvo (a)	Questionário Sociodemográfico
<i>Grau de Escolaridade</i>	1 = 1º Ciclo 2 = 2º Ciclo 3 = 3º Ciclo 4 = Bacharelato 5 = Doutoramento 6 = Ensino Superior 7 = Pós-graduado	Questionário Sociodemográfico

Localização Primária do Cancro	1 = Cabeça-Pescoço/ORL 2 = Gastrointestinal 3 = Pulmão 4 = Mama 5 = Ginecológico 6 = Urológico 7 = Outros	Questionário Sociodemográfico
Metástases	1 = Não 2 = Sim 3 = Desconhece	Questionário Sociodemográfico
Tratamento com QT	1 = Não 2 = Sim	Questionário Sociodemográfico
Tratamento com RT	1 = Não 2 = Sim	Questionário Sociodemográfico
Braquiterapia	1 = Não 2 = Sim	Questionário Sociodemográfico
Eletroquimioterapia	1 = Não 2 = Sim	Questionário Sociodemográfico
Tratamento cirúrgico	1 = Não 2 = Sim	Questionário Sociodemográfico
Tempo desde diagnóstico	1 = <1 ano 2 = 1 a 2 anos 3 = 2 a 4 anos 4 = 5 a 7 anos 5 = 8 a 10 anos 6 = > 10 anos	Questionário Sociodemográfico
Medicação para a dor	1 = Não 2 = Sim	Questionário Sociodemográfico
Apoio psicológico	1 = Não 2 = Sim	Questionário Sociodemográfico
Apoio psiquiátrico	1 = Não 2 = Sim	Questionário Sociodemográfico
Medicação psiquiátrica	1 = Não 2 = Sim	Questionário Sociodemográfico

3.8. Análise estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respectivos desvios padrão e estatística inferencial. Nesta para testar as hipóteses formuladas utilizou-se como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância ($\alpha \leq 0,05$). No entanto, as diferenças significativas para um nível de significância ($\alpha \leq 0,10$) também foram devidamente comentadas. Como as variáveis dependentes eram de tipo quantitativo utilizou-se a estatística paramétrica. Assim, nas hipóteses em se comparou dois grupos utilizou-se o teste t de Student. Nas hipóteses em que se comparou mais de dois grupos utilizou-se o teste Anova One-Way. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Nos casos em que estes pressupostos não se encontravam satisfeitos foram substituídos pelos testes não-paramétricos alternativos, designadamente o teste de Mann-Whitney ou o teste de Kruskal-Wallis. Nesta situação, para facilidade de interpretação apresentou-se nas estatísticas descritivas os valores das médias e não os valores das ordens médias. Nas situações em que a dimensão das amostras era superior a 30 aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o teorema do limite central. Quando a homogeneidade não se encontrava satisfeita usou-se o teste t de Student ou a Anova One-Way com a correção de Welch. Utilizou-se ainda o coeficiente de correlação momento-produto de Pearson.

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Windows.

4. Resultados

4.1. Caracterização clínica e sociodemográfica

Quadro 2 - Características sociodemográficas

	N	%
Género		
Feminino	60	56,6
Masculino	46	43,4
Idade		
Média	60,8	
Desvio padrão	13,0	
Estado civil		
Solteiro	14	13,2
Casado	67	63,2
União de fato	2	1,9
Divorciado	16	15,1
Viuvo	7	6,6
Situação profissional		
Baixa Médica	19	17,9
Desempregado(a)	16	15,1
Doméstica	8	7,5
Reformado(a)	53	50,0
Tempo Inteiro	5	4,7
Tempo Parcial	5	4,7
Escolaridade		
1ºCiclo	58	54,7
2ºCiclo	25	23,6
3ºCiclo	8	7,5
Bacharelato	6	5,7
Doutoramento	1	,9
Ensino Sup.	6	5,7
Pós-graduado	2	1,9

Um pouco mais de metade dos sujeitos da amostra eram do género feminino (56,6%). A média de idades era 60,8 anos (dp=13,0 anos), variando entre um mínimo de 22 e um máximo de 88 anos. Predominavam os sujeitos casados (63,2%), reformados (50,0%) e com o 1º ciclo (54,7%).

Quadro 3 – Características clínicas

	N	%
<i>Localização primária do cancro</i>		
Cabeça-Pescoço/ORL	20	18,9
Gastrointestinal	14	13,2
Ginecológico	16	15,1
Mama	19	17,9
Outros	17	16,0
Pulmão	7	6,6
Urológico	13	12,3
<i>Tempo de diagnóstico</i>		
< 1 ano	17	16,0
1 – 2	27	25,5
2 – 4	30	28,3
5 – 7	15	14,2
8 – 10	1	,9
> 10 anos	16	15,1
<i>Metástases</i>		
Não	18	17,0
Sim	62	58,5
Desconhece	26	24,5
<i>Tratamento efetuado</i>		
Cirurgia	60	56,6
Quimioterapia	70	66,0
Radioterapia	60	56,6
Braquiterapia	3	2,8
<i>Medicação dor</i>	100	94,3
<i>Apoio psicológico</i>	23	21,7
<i>Apoio psiquiátrico</i>	25	23,6
<i>Medicação psiquiátrica</i>	44	41,5

Em termos clínicos, a localização primária do cancro ocorreu essencialmente na cabeça/pescoço (18,9%) ou na mama (17,0%). O tempo de diagnóstico mais frequente correu há 2-4 anos (28,3%), 58,5% apresentavam metástases. O tratamento mais frequente foi a quimioterapia (66,0%). Cerca de 22,0% fizeram três tratamentos (cirurgia, quimioterapia e radioterapia). Uma pequena percentagem de 5,7% não tomava

medicação para a dor, sendo que a maioria 94,3% dos doentes já tomavam medicação para a dor quando vieram para a consulta de primeira vez na Clínica da dor.

Dos doentes participantes deste estudo 21,7% tinham apoio psicológico e 23,7% tinham apoio psiquiátrico. Uma percentagem de 41,5% fazia medicação psiquiátrica.

Quadro 4 - Caracterização dos níveis de dor

	Dor
Nível, n (%)	
Sem dor/Ligeira (0-3)	38 – 36,0%
Moderada (4-6)	40 – 38,0%
Dor Intensa/máxima (7-10)	28 – 26,0%
Média (desvio padrão)	4,68 [2,88]
Mediana [mín-máx]	5 [0-10]

A média dos níveis de dor situa-se em 4,68 (dp=2,88). A maioria foi considerada como apresentando níveis de dor considerados como moderados (38,0%).

Quadro 5 - Caracterização dos níveis de ansiedade e depressão

	Ansiedade	Depressão
Nível, n (%)		
Normal / Ligeira (0-10)	60 – 57%	60 – 57%
Moderada / Severa (11-21)	46 – 43%	46 – 43%
Média (desvio padrão)	10,29 [4,08]	9,75 [4,95]
Mediana [mín-máx]	9,5 [3-21]	10 [0-21]

No que se refere aos níveis de ansiedade e depressão os sujeitos obtiveram, respectivamente, 10,29 (dp=4,08) e 9,75 (dp=4,95). Cerca de 43,0% foram categorizados como apresentado níveis moderados/severos de ansiedade e depressão.

4.2. Associação entre dor/ansiedade/depressão e género

Quadro 6. Associação entre dor e género

	Feminino		Masculino		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Dor	5,08	2,82	4,15	2,90	,100

Os níveis de dor são mais elevados no género feminino do que no género masculino (5,08 vs 4,15), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 1,662, p = ,100$.

Quadro 7. Associação entre ansiedade e género

	Feminino		Masculino		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Ansiedade	11,12	4,16	9,22	3,75	,017 *

* $p \leq ,05$

Os níveis de ansiedade são mais elevados no género feminino do que no género masculino (11,12 vs 9,22), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 2,427, p = ,017$.

Quadro 8. Associação entre depressão e género

	Feminino		Masculino		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Depressão	10,12	5,04	9,26	4,82	,380

Os níveis de depressão são mais elevados no género feminino do que no género masculino (10,12 vs 9,26), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 0,882, p = ,380$.

4.3. Associação entre dor/ansiedade/depressão e situação profissional

Quadro 9. Associação entre dor e situação profissional

	Não ativo		Ativo		Reformado		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	
Dor	4,89	2,73	5,17	2,61	4,38	3,07	,533

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos do ativo e mais baixos nos sujeitos reformados (5,17 vs 4,38), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F(2, 103) = 0,663, p = ,533$.

Quadro 10. Associação entre ansiedade e situação profissional

	Não active		Activo		Reformado		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	
Ansiedade	10,43	4,32	9,61	3,83	10,43	4,06	,743

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos não ativos e reformados e mais baixos nos sujeitos ativos (10,43 vs 9,61), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F(2, 103) = 0,298, p = ,743$.

Quadro 11. Associação entre Depressão e situação profissional

	Não ativo		Ativo		Reformado		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	
Depressão	9,86	4,59	7,94	4,33	10,28	5,29	,221

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos reformados e mais baixos nos sujeitos ativos (10,28 vs 7,94), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F(2, 103) = 1,530, p = ,221$.

4.4. Associação entre dor/ansiedade/depressão e estado civil

Quadro 12. Associação entre dor e estado civil

	Solteiro/Div./Viuvo		Casado/União fato		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Dor	4,73	2,79	4,65	2,95	,896

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos solteiros/viúvos/divorciados (4,73 vs 4,65), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 0,131$, $p = ,896$.

Quadro 13. Associação entre ansiedade e estado civil

	Solteiro/Div./Viuvo		Casado/União fato		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Ansiedade	9,97	4,01	10,46	4,13	,558

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos casados/união de facto (10,46 vs 9,97), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = -0,588$, $p = ,558$.

Quadro 14. Associação entre depressão e estado civil

	Solteiro/Div./Viuvo		Casado/União fato		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Depressão	9,92	4,87	9,65	5,02	,793

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos solteiros/viúvos/divorciados (9,92 vs 9,65), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 0,263$, $p = ,793$.

4.5. Associação entre dor/ansiedade/depressão e localização primária do cancro

Quadro 15. Associação entre dor e localização primária do cancro

	Média	Dp	Sig.
Cabeça-Pescoço	4,90	2,90	,713
Gastrointestinal	4,29	3,24	
Ginecológico	4,88	2,68	
Mama	5,26	2,37	
Pulmão	6,00	2,38	
Urológico	4,15	3,21	

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos com localização do cancro no pulmão e mais baixos com localização urológico (6,00 vs 4,15), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F(5, 83) = 0,583, p = ,713$.

Quadro 16. Associação entre ansiedade e localização primária do cancro

	Média	Dp	Sig.
Cabeça-Pescoço	10,70	4,30	,339
Gastrointestinal	11,50	3,52	
Ginecológico	10,06	4,40	
Mama	11,00	3,46	
Pulmão	10,86	4,74	
Urológico	8,15	4,12	

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos com localização do cancro gastrointestinal e mais baixos com localização urológico (11,50 vs 8,15), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F(5, 83) = 1,153, p = ,339$.

Quadro 17. Associação entre depressão e localização primária do cancro

	Média	Dp	Sig.
Cabeça-Pescoço	10,55	4,91	,933
Gastrointestinal	9,79	4,42	
Ginecológico	9,13	5,21	
Mama	10,16	3,90	
Pulmão	8,57	5,79	
Urológico	10,08	6,08	

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos com localização do cancro de cabeça/pescoço e mais baixos com localização do cancro do pulmão (10,55 vs 8,57), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F(5, 83) = 0,261, p = ,933$.

4.6. Associação entre dor/ansiedade/depressão e presença/ausência de metástases

Quadro 18. Associação entre dor e metástases

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Dor	4,10	2,75	4,50	3,13	,597

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos sem metástases (4,50 vs 4,10), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(78) = -,531, p = ,397$. Os 26 doentes com informação omissa acerca da presença/ausência de metástases foram excluídos desta análise. Pelo que a avaliação desta associação considera apenas os dados relativos aos 80 doentes com informação sobre esta variável.

Quadro 19. Associação entre ansiedade e metástases

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Ansiedade	10,02	4,10	10,83	3,93	,455

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos sem metástases (10,83 vs 10,02), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(78) = -0,751$, $p = ,455$.

Quadro 20. Associação entre depressão e metástases

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Depressão	10,02	4,95	8,78	5,17	,358

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos com metástases (10,02 vs 8,78), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(78) = 0,924$, $p = ,358$.

4.7. Associação entre dor/ansiedade/depressão e tratamento

4.7.1. Quimioterapia

Quadro 21. Associação entre dor e quimioterapia

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Dor	4,80	2,83	4,44	3,00	,550

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos que fizeram quimioterapia (4,80 vs 4,44), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 0,599$, $p = ,550$.

Quadro 22. Associação entre ansiedade e quimioterapia

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Ansiedade	10,31	4,28	10,25	3,71	,939

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos que fizeram quimioterapia (10,31 vs 10,25), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 0,076$, $p = ,939$.

Quadro 23. Associação entre Depressão e quimioterapia

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Depressão	9,93	5,08	9,39	4,72	,597

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos que fizeram quimioterapia (9,93 vs 9,39), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 0,530$, $p = ,597$.

4.7.2. Radioterapia

Quadro 24. Associação entre dor e radioterapia

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Dor	5,12	2,93	4,11	2,74	,074 *

* $p \leq 10$

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos que fizeram radioterapia (5,12 vs 4,11), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 1,803$, $p = ,074$.

Quadro 25. Associação entre ansiedade e radioterapia

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Ansiedade	10,13	4,22	10,50	3,92	,649

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos que não fizeram radioterapia (10,50 vs 10,13), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = -0,456$, $p = ,649$.

Quadro 26. Associação entre depressão e radioterapia

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Depressão	10,03	5,15	9,37	4,68	,496

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos que fizeram radioterapia (10,03 vs 9,37), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 0,683$, $p = ,496$.

4.7.3. Cirurgia

Quadro 27. Associação entre dor e cirurgia

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Dor	4,40	2,86	5,04	2,89	,257

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos que não fizeram cirurgia (5,04 vs 4,40), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = -1,140$, $p = ,257$.

Quadro 28. Associação entre ansiedade e cirurgia

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Ansiedade	9,98	3,83	10,70	4,40	,376

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos que não fizeram cirurgia (10,70 vs 9,98), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 0,889$, $p = ,376$.

Quadro 29. Associação entre depressão e cirurgia

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Depressão	9,17	4,57	10,50	5,35	,170

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos que não fizeram cirurgia (10,50 vs 9,17), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 1,381$, $p = ,170$.

4.8. Associação entre dor/ansiedade/depressão e tempo desde diagnóstico

Quadro 30. Associação entre dor e tempo de diagnóstico

	Média	Dp	Sig.
< 1 ano	5,06	3,03	,318
1 – 2	5,22	2,35	
2 – 4	3,73	3,14	
5 – 7	5,07	3,03	
> 10 anos	4,81	2,90	

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos com 1-2 anos de tempo de diagnóstico e mais baixos nos sujeitos com > 10 anos de tempo de diagnóstico (5,22 vs 4,81), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F(4, 100) = 1,194, p = ,318$.

Quadro 31. Associação entre Ansiedade e tempo de diagnóstico

	Média	Dp	Sig.
< 1 ano	9,88	4,58	,285
1 – 2	11,44	3,19	
2 – 4	10,13	4,09	
5 – 7	8,60	4,23	
> 10 anos	10,69	4,68	

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos com 1-2 anos de tempo de diagnóstico e mais baixos nos sujeitos com 5 - 7 anos de tempo de diagnóstico (11,44 vs 8,60), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F(4, 100) = 1,273, p = ,285$.

Quadro 32. Associação entre depressão e tempo de diagnóstico

	Média	Dp	Sig.
< 1 ano	8,35	4,88	,215
1 – 2	9,22	4,61	
2 – 4	10,87	4,30	
5 – 7	8,53	5,74	
> 10 anos	11,38	5,64	

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos com > 10 anos de tempo de diagnóstico e mais baixos nos sujeitos com 5 - 7 anos de tempo de diagnóstico (11,38 vs 8,53), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F(4, 100) = 1,476, p = ,215$.

4.9. Associação entre dor/ansiedade/depressão e utilização de medicação para a dor

Quadro 33. Associação entre dor e medicação para a dor

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Dor	4,79	2,80	3,00	4,14	,154

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos que tomam medicação para a dor (4,79 vs 3,00), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z = 1,425$, $p = ,154$.

Quadro 34. Associação entre ansiedade e medicação para a dor

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Ansiedade	10,36	4,16	9,17	2,85	,626

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos que tomam medicação para a dor (10,36 vs 9,17), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z = -0,487$, $p = ,626$.

Quadro 35. Associação entre depressão e medicação para a dor

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Depressão	9,91	4,88	7,67	6,15	,362

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos que tomam medicação para a dor (9,91 vs 7,67), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = -0,911$, $p = ,362$.

4.10. Associação entre dor/ansiedade/depressão e apoio psicológico

Quadro 36. Associação entre dor e apoio psicológico

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Dor	4,87	2,66	4,63	2,95	,722

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos com apoio psicológico (4,870 vs 4,63), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 0,356, p = ,722$.

Quadro 37. Associação entre ansiedade e apoio psicológico

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Ansiedade	12,04	4,58	9,81	3,82	,019*

* $p \leq ,05$

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos com apoio psicológico (12,04 vs 9,81), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 2,374, p = ,019$.

Quadro 38. Associação entre depressão e apoio psicológico

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Depressão	12,04	4,43	9,11	4,91	,011 *

* $p \leq ,05$

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos com apoio psicológico (10,04 vs 9,11), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 2,585, p = ,011$.

4.11. Associação entre dor/ansiedade/depressão e apoio psiquiátrico

Quadro 39. Associação entre dor e apoio psiquiátrico

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Dor	5,56	2,84	4,41	2,85	,072*

* $p \leq ,10$

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos com apoio psiquiátrico (5,56 vs 4,41), sendo a diferença estatisticamente significativa, $Z = -1,799$, $p = ,072$.

Quadro 40. Associação entre ansiedade e apoio psiquiátrico

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Ansiedade	12,28	4,26	9,68	3,85	,005*

* $p \leq ,01$

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos com apoio psiquiátrico (12,28 vs 9,68), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 2,878$, $p = ,005$.

Quadro 41. Associação entre depressão e apoio psiquiátrico

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Depressão	11,92	3,70	9,07	5,10	,011*

* $p \leq ,05$

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos com apoio psiquiátrico (11,92 vs 9,07), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 2,581$, $p = ,011$.

4.12. Associação entre dor/ansiedade/depressão e utilização de medicação psiquiátrica

Quadro 42. Associação entre dor e medicação psiquiátrica

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Dor	5,45	2,90	4,13	2,76	,019*

* $p \leq ,05$

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos com medicação psiquiátrica (5,45 vs 4,13), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 2,383, p = ,019$.

Quadro 43. Associação entre ansiedade e medicação psiquiátrica

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Ansiedade	11,05	4,27	9,76	3,89	,110

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos com medicação psiquiátrica (11,05 vs 9,76), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 1,611, p = ,110$.

Quadro 44. Associação entre depressão e medicação psiquiátrica

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Depressão	10,80	4,39	9,00	5,21	,065*

* $p \leq ,10$

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos com medicação psiquiátrica (11,80 vs 9,00), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 1,863, p = ,065$.

4.13. Correlação entre dor e ansiedade/depressão

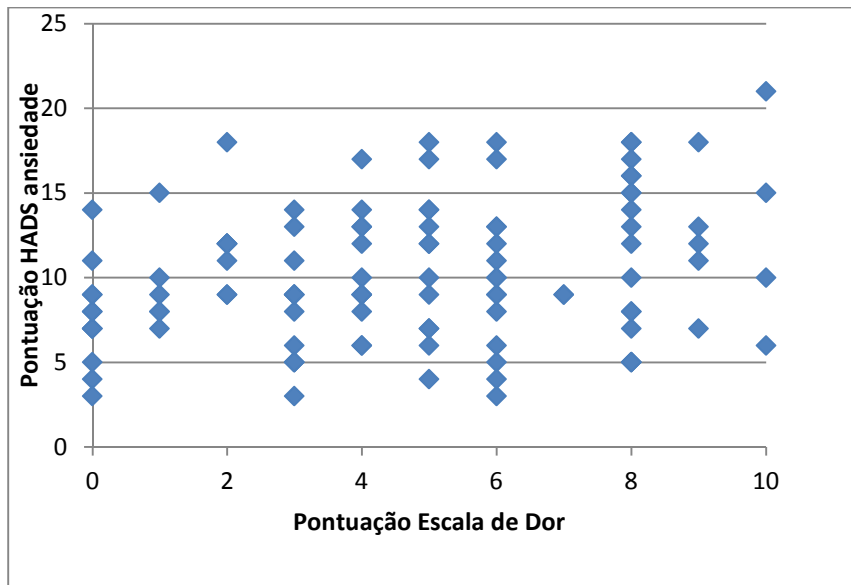


Figura 4 - Gráfico pontuação HADS ansiedade vs. Pontuação Escala de Dor

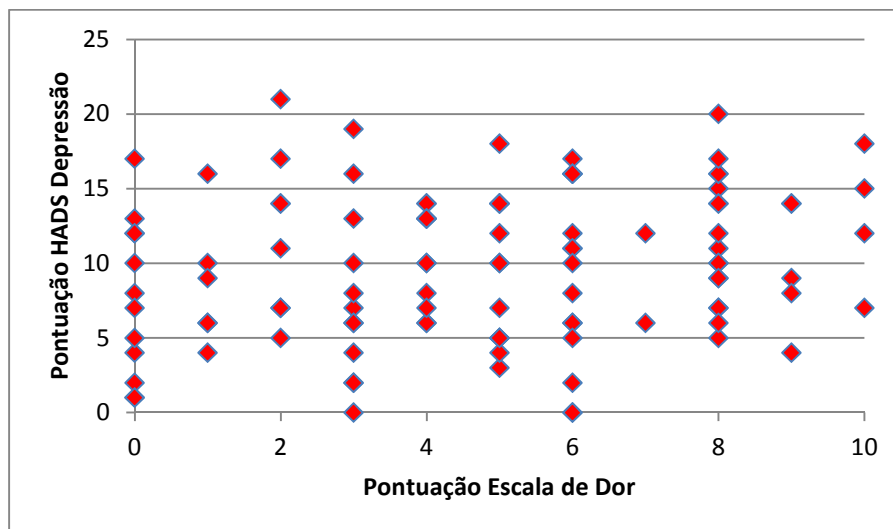


Figura 5 - Gráfico pontuação HADS depressão vs. Pontuação Escala de Dor

Quadro 45. Correlação entre Dor e Ansiedade/Depressão

	Coeficiente correlação Pearson	
	Coeficiente	P-value
Ansiedade vs Dor	0,283	0,003**
Depressão vs Dor	0,192	0,048*

** $p \leq ,01$ * $p \leq ,05$

Os coeficientes de correlação entre a ansiedade e a dor e entre a depressão e a dor são positivos e estatisticamente significativos, embora fracos ($r = ,283$) ou muito fracos ($r = 0,192$). Estes valores sugerem que à medida que aumenta a dor, aumentam concomitantemente os níveis de ansiedade e depressão.

5. Discussão dos Resultados e Conclusões

O presente estudo surgiu em primeiro lugar, pela minha experiência diária enquanto psicóloga da Clínica da Dor e da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do IPO de Lisboa. A vivência da dor transmitida pelos doentes oncológicos com doença avançada e progressiva e os resultados dos testes aplicados na consulta de primeira vez, suscitaram-me questionamentos referentes a correlação entre dor, ansiedade e depressão.

Em segundo lugar, foi após a leitura da sugestão da Tese de Mestrado sobre Dor, Ansiedade e Depressão, realizada no IPO do Porto no ano de 2010.

Esta tese foi feita com uma população de 53 doentes oncológicos seguidos na Clínica da Dor e os objetivos deste estudo foi avaliar a correlação entre dor, ansiedade e depressão.

As sugestões feitas pela investigadora deste estudo (Carvalho, 2010) no IPO do Porto, foram:

“ Realizar um estudo semelhante ao presente numa amostra maior e mais diversificada, nomeadamente em outras unidades da dor, em doentes oncológicos ou não, em outros locais do país. Se possível, recorrer a um instrumento de colheita de dados curto e com questões de resposta fácil, uma vez que facilita a adesão de participantes ao estudo. Um questionário extenso pode revelar-se moroso e penoso principalmente para doentes mais debilitados ou com dor mais intensa.

Avaliar o contributo de outras características da dor, como a localização, o tipo de dor, a duração da dor e os níveis de ansiedade e de depressão.

Estudar outras variáveis de caracterização da doença oncológica, como o estadio, a duração da doença, a localização das metástases e a sua associação com a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão.

Investigar o impacto da dor oncológica no grau de dependência nas actividades de vida diária, na qualidade de vida e nos níveis de ansiedade e de depressão.

Compreender a importância do apoio social e de outros factores psicossociais e as suas repercussões na intensidade da dor, nos níveis de ansiedade e de depressão.

Identificar e comparar a relação entre os níveis de ansiedade e de depressão do cuidador informal com os níveis do doente com dor oncológica.”

Desta forma, o objetivo do presente estudo foi verificar se havia correlação entre os níveis de intensidade de dor, ansiedade e depressão, por ser uma temática de suma importância para o controlo de sintomas e o bem-estar dos doentes oncológicos com doença avançada e progressiva.

As questões de investigação apresentadas para verificar a correlação dos níveis de intensidade de dor, ansiedade e depressão dos doentes oncológicos, avaliados em consulta de primeira vez na Clínica da Dor do IPO de Lisboa foram:

- Verificar se existe possível correlação entre os **dados sociodemográficos** (idade, género, situação profissional, escolaridade, estado civil) e os níveis de intensidade de dor, ansiedade e depressão.

Participaram deste estudo 106 doentes, sendo que 56,6% dos participantes foram do sexo feminino e 43,4% do sexo masculino.

No presente estudo, a idade dos participantes variou entre os 22 e os 88 anos, sendo a média de 60,8 anos, e 54,7% tinham o 1º Ciclo de estudo.

A média da intensidade de dor encontrada neste estudo foi de 38% para a dor moderada.

No que diz respeito ao género, as mulheres apresentaram maiores índices de dor, do que os homens (5,08 vs 4,15), mesmo não sendo estatisticamente significativos $t(104) = 1,662, p = ,100$, estes resultados vão de encontro com as hipóteses encontradas na revisão da literatura.

Os níveis de ansiedade são mais elevados no género feminino do que no género masculino (11,12 vs 9,22), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 2,427, p = ,017$.

Os níveis de depressão são mais elevados no género feminino do que no género masculino (10,12 vs 9,26), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 0,882, p = ,380$.

Em pesquisas realizadas por Cangussu et al (2010) com mulheres portadoras de cancro da mama, a prevalência de sintomas depressivos foi de 29,6% e por Bottino et al (2009), cuja sintomatologia ansiosa e depressiva variou de 21 a 33%.

Pina (2012) refere que existem estudos que comprovam que as mulheres têm mais dores do que os homens, porém, por vezes é referenciada na literatura uma inexistência de diferenças entre gêneros no que respeita a prevalência de dor. As diferenças hormonais podem explicar esta diferença no que diz respeito ao limiar de dor.

A amostra obtida para este estudo foi composta, maioritariamente, por participantes casados e em união de fato 63,2%. Os restantes dos participantes eram solteiros (13,2%), divorciados (15,1) e viúvos (6,6). Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos solteiros/viúvos/divorciados (4,73 vs 4,65), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 0,131, p = ,896$.

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos solteiros/viúvos/divorciados (9,92 vs 9,65), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 0,263, p = ,793$. A ansiedade foi mais elevada para os participantes casados e em união de fato (10,46 vs 9,97), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = -0,588, p = ,558$.

Para Webb et al (2003) indivíduos que moram sozinhos (solteiros, divorciados e viúvos) podem ter mais dor do que aqueles que tem uma companhia, essa questão pode estar relacionada com os cuidados prestadores por quem cuida, assim como nos cuidados da administração correta da medicação, alimentação, higiene, apoio financeiro e emocional.

A literatura revela falta de consenso entre os estudos sobre dor e estado civil, o que nos faz refletir que são necessários mais estudos específicos sobre este tema.

Neste estudo a relação entre o estado civil com a intensidade da dor, e os níveis de ansiedade e depressão não foi estatisticamente significativa.

No presente estudo, 50,0% dos participantes encontravam-se reformados e apenas 9,4% exerciam uma atividade laboral, a tempo inteiro ou parcial.

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos do ativo e mais baixos nos sujeitos reformados (5,17 vs 4,38), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F(2, 103) = 0,663, p = ,533$.

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos não ativos e reformados e mais baixos nos sujeitos ativos (10,43 vs 9,61), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F(2, 103) = 0,298, p = ,743$.

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos reformados e mais baixos nos sujeitos ativos (10,28 vs 7,94), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

- Verificar se a **localização primária do cancro**, o **tipo de tratamento** e a **existência de metástases**, influenciam na intensidade de dor, na ansiedade e na depressão;

Em relação à **localização primária do cancro**, a mais frequente nesta amostra foi o cancro de Cabeça e Pescoço e ORL com 18,9% e o cancro da Mama 17%, sendo o menos frequente o cancro do Pulmão com 6,6%.

Os doentes com cancro do pulmão apresentaram mais dor do que os doentes com cancro urológico. A ansiedade foi mais elevada nos doentes com cancro gastrointestinal, sendo menos elevada nos doentes com cancro urológico. A depressão foi mais elevada nos doentes de cabeça e pescoço/ORL.

Archer (2008) estima que a prevalência de depressão em doentes oncológicos de cabeça e pescoço possa chegar aos 40%. Nestes doentes, as limitações corporais, a imagem corporal, a alimentação, a respiração, são fatores inerentes a doença e podem causar isolamento social. Os dados da amostra neste estudo confirmaram esta hipótese.

Na investigação de Ciaramella e Poli (2001) observaram que não houve correlação significativa entre a localização do cancro e ansiedade. Porém, os doentes com cancro da laringe, pleura e pulmão tiveram pontuações mais elevadas para a depressão.

Mystakidou e colaboradores (2006) demonstraram em seus estudos que não houve relação estatisticamente significativa entre ansiedade e depressão nos doentes da amostra que tinham cancro da mama, gastrointestinal, urogenital, melanoma e pulmão.

Em relação ao **tempo de diagnóstico**, encontramos em nossa amostra 30,2% dos doentes já tinham recebido o diagnóstico de cancro há 5 anos ou mais, sendo que apenas 16% dos doentes tinham recebido o diagnóstico com menos de um ano, sendo a média do tempo do diagnóstico entre 2 e 4 anos (28,3%). A dor foi mais elevada nos doentes com tempo de diagnóstico entre 1 a 2 anos, sendo menor nos doentes com mais de 10 anos de diagnóstico. Não houve correlação estatisticamente significativa entre o tempo de diagnóstico, dor, ansiedade e depressão. Observou-se na presente pesquisa, que quanto maior o tempo de diagnóstico e tratamento, menor são os níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva, contrariando novamente os resultados de Calegari et al (2001), em que concluiu que a prevalência de sintomas depressivos poderia aumentar com o tempo de diagnóstico. Para Nordin & Glimelius (1999) a ansiedade e a depressão são reações psicológicas mais frequentes nos doentes com cancro. Segundo estes autores, o predomínio dos índices de ansiedade e de depressão podem variar de 0 a 45%, verifica-se que a ansiedade diminui com o tempo, os níveis de depressão não apresentam um decréscimo significativo.

Em relação as **metástases**, dos 106 participantes do estudo 58,5% dos doentes possuíam **metástases** e 24,5% desconheciam a sua existência e 17,0% não possuíam metástases.

A intensidade de dor e de ansiedade foi maior nos doentes que não tinham metástases, e os índices de depressão foram mais elevados nos doentes com metástases. Os níveis de

dor são mais elevados nos sujeitos sem metástases (4,50 vs 4,10), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(78) = -, 531, p =, 397$.

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos sem metástases (10,83 vs 10,02), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(78) = -0,751, p =, 455$.

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos com metástases (10,02 vs 8,78), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(78) = 0,924, p =, 358$.

Verificou-se que não existe correlação neste estudo entre dor, ansiedade e depressão e a presença de metástases, sendo umas das questões de investigação importantes no que diz respeito a presença de metástases e dor não foi averiguada, estes dados podem ser alvo de futuros estudos entre a presença de metástases e dor, ansiedade e depressão. Sendo a presença de metástases no doente oncológico, um alerta que comunica o agravamento da doença, poderíamos pensar que este fator causaria mais dor. No presente estudo verificamos um aumento dos níveis de ansiedade e de depressão nos doentes com metástases, porém sem significado estatístico.

Em 2001, Ciaramella e Poli, apresentaram um estudo onde concluíram que a presença de metástases em 50% dos doentes era responsável por um aumento da depressão major, assim como em doentes mais deprimidos tinham mais metástases e mais dor do que os doentes não deprimidos. Como podemos observar, existem controvérsias na literatura em relação a dor, metástases, ansiedade e depressão.

Mystakidou e colaboradores (2006), segundo Carvalho (2010), apresentaram um estudo em que os doentes com metástases apresentaram uma pontuação mais elevada para os níveis de ansiedade e de depressão. Entretanto neste estudo, essa relação também não se mostrou significativa, confirma-se assim os nossos resultados sobre a existência de metástases. Este fenómeno pode ser compreendido de acordo com Wasan et al (2005), onde acredita que a maioria dos doentes oncológicos conseguem desenvolver

mecanismos e estratégias psicológicas para lidar com a doença e as suas consequências, sendo a dor uma das consequências mais temidas.

O tratamento oncológico baseia-se em três modalidades principais, **cirurgia**, **radioterapia** e **quimioterapia**. No presente estudo obtivemos 66% dos doentes que fizeram quimioterapia, 22% dos doentes fizeram os três tipos de tratamentos (cirurgia, quimioterapia e radioterapia).

A dor, ansiedade e depressão surgem com valores mais elevados nos doentes que fizeram quimioterapia.

A dor tem índices mais elevados para os doentes que fizeram radioterapia com diferença estatística significativa ($p=0,74$), a ansiedade é maior nos doentes que não fizeram radioterapia e a depressão mais elevada nos que fizeram radioterapia. Um estudo realizado por Silva et al (2011) concluiu que a dor esteve presente na maioria dos doentes entrevistados em algum momento dos tratamentos.

A dor, ansiedade e depressão são mais elevadas nos doentes que não fizeram cirurgia, este aspeto traduz a esperança que os doentes colocam na cirurgia como sendo o tratamento mais eficaz no cancro, pois é feito a sua excisão.

Segundo Jacobsen e Jim (2008), mesmo quando estes resultados não são significativos, podem acarretar repercussões dos efeitos secundários dos tratamentos não apenas enquanto o doente está em tratamento, mas, também após o término do mesmo.

A ansiedade e a depressão podem persistir em níveis elevados por meses ou anos após o tratamento oncológico em que se obteve remissão. Quando não obtemos remissão da doença e sim a sua progressão, estes mesmos sintomas podem persistir e aumentar prejudicando o doente e seus familiares. Desta forma, cabe aos profissionais de saúde serem capazes de despistar com segurança e o mais precocemente possível os sintomas de ansiedade e de depressão. Apesar do aumento de pesquisas que visam investigar os

tratamentos antidepressivos para a depressão associada ao cancro, os estudos clínicos ainda não permitem estabelecer conclusões definitivas sobre quais antidepressivos são mais efetivos ou mais bem tolerados pelos doentes com cancro em geral ou em sítios específicos (Bottino, 2009).

- Verificar se os doentes que já fazem **medicação para dor**, utilizam **medicação psiquiátrica**, recebem **apoio psicológico e apoio psiquiátrico**, se relacionam com a intensidade de dor, ansiedade e depressão na amostra em estudo; em resposta a estas questões, obtivemos os seguintes resultados:

Medicação para a dor: Da amostra deste estudo, encontramos 94,3%, dos participantes, os quais já tinham sido **medicados para a dor** pelos seus respectivos médicos assistentes, apenas 5,7% dos participantes não tomavam nenhum medicamento para o alívio de dor. A dor, ansiedade e depressão foram mais elevadas em doentes que tomavam medicação para a dor, embora estes resultados não sejam estatisticamente significativos.

Estes resultados demonstram que mesmo os doentes medicados para a dor, continuavam a apresentar dor moderada, o que pode nos indicar a dificuldade ainda existente em se tratar a dor de forma adequada pelos profissionais de saúde. De acordo com Fernando (2004) a dor moderada ou intensa ocorre em 30% dos doentes com cancro a receber tratamento antineoplásico e em 60% a 90% dos doentes com cancro avançado e incurável. O alívio de dor é um direito do doente oncológico, apesar de ser impossível muitas vezes conseguirmos um alívio de dor completo, podemos minimizá-los e aumentar a qualidade de vida dos doentes oncológicos.

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos que tomam medicação para a dor (4,79 vs 3,00), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z = 1,425$, $p = ,154$.

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos que tomam medicação para a dor (10,36 vs 9,17), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z = -0,487$, $p = ,626$.

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos que tomam medicação para a dor (9,91 vs 7,67), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = -0,911$, $p = ,362$.

Medicação Psiquiátrica: Os participantes deste estudo que faziam **medicação psiquiátrica** (antidepressivos e ansiolíticos) foram 41,5%.

A dor ($p = ,019$) e a depressão ($p = ,065$) apresentaram índices mais elevados e estatisticamente significativos. Estes dados nos mostram associação entre dor e depressão em doentes medicados com psicofármacos, entretanto, sabemos que esses medicamentos podem ser coadjuvantes no alívio de dor, levando em conta o seu tempo de atuação (uma a duas semanas), ou dependendo das doses dos ansiolíticos.

Desta forma, verificamos que a medicação para a dor, ansiedade e depressão deve ser sempre controlada e ajustada conforme a orientação e observação clínica. Na pesquisa de Bair et al (2003) mostra que quando a depressão é bem tratada, os outros sintomas somáticos que o doente possa apresentar, especialmente queixas de dor, podem ser aliviados. Os doentes com índices elevados de ansiedade e depressão podem beneficiar-se de uma terapêutica eficaz com psicofármacos. Mais uma vez, torna-se fundamental o despiste do Distress psicológico ou de outros fatores que possam acionar a ansiedade e a depressão.

Em relação a ansiedade notou-se igualmente índices elevados, porém, não sendo estatisticamente significativos.

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos com medicação psiquiátrica (5,45 vs 4,13), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 2,383, p = ,019$.

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos com medicação psiquiátrica (11,05 vs 9,76), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 1,611, p = ,110$.

Castro et al (2011) apresentou um estudo onde analisou a associação entre os sintomas depressivos e ansiosos face a dor crónica. Numa amostra de 400 doentes, com idade média de 45,6 anos e 82% do género feminino, foram avaliados com o HADS (Escala Hospitalar de Ansiedade e depressão) e 70% dos doentes com dor crónica revelaram sintomatologia ansiosa. No mesmo estudo, demonstrou que a frequência da depressão não atingiu significância estatística.

Apoio Psicológico: Os participantes deste estudo com **apoio psicológico** foram de 21,7%, sendo que os índices de dor ($M=4,87$), ansiedade ($M=12,04$) e depressão ($M=12,04$) foram mais elevados nesta população do que nos doentes que não tinham apoio psicológico, embora os dados não fossem estatisticamente significativos.

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos com apoio psicológico (4,870 vs 4,63), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 0,356, p = ,722$.

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos com apoio psicológico (12,04 vs 9,81), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 2,374, p = ,019$.

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos com apoio psicológico (10,04 vs 9,11), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 2,585, p = ,011$.

Existem diferentes e variadas formas de apoio psicológico utilizadas como técnicas não farmacológicas no alívio de dor. A técnica mais utilizada devido os seus efeitos positivos é a terapia Cognitiva-Comportamental. O apoio psicológico tem como

objetivo promover uma readaptação do doente em seu meio, permitindo auxiliar com intervenções específicas em relação as incapacidades físicas, funcionais e emocionais.

A partir destes resultados estatisticamente significativos, podemos refletir que os doentes encaminhados para a psicologia e para a psiquiatria, foram bem referenciados pelo médico assistente. De acordo com a APA (2002), a dor pode apresentar critérios de diagnóstico da perturbação de somatização e como consequência podem surgir manifestações de problemas psíquicos e emocionais através de doenças e sintomas orgânicos.

O apoio psicológico tem fundamental importância para os doentes com dor crónica oncológica. Quando um indivíduo tem uma experiência relacionada com sintomas físicos, é feita uma avaliação cognitiva que lhe permite atribuir um significado a dor, comparando-os com sensações e sintomas já conhecidos e experienciados pelo indivíduo (Pereira & Roios, 2011). Desta forma a relação que o indivíduo irá estabelecer com a dor vai ser variável de acordo com o significado atribuído no momento que sentirá dor.

O significado que cada indivíduo atribui a dor irá determinar o comportamento de dor, trazendo alterações orgânicas e emocionais: ansiedade, depressão, negação, dependência, benefícios secundários, perda do controlo, impotência, necessidade de proteção, entre outros (Teixeira, 2001).

Wang et al (2010) observa que a dor crónica pode ter uma associação com a psicopatologia – ansiedade, depressão, perturbações da personalidade, alterações do sono, distúrbios sexuais, uso de substâncias, entre outros.

Turk e Melzack (2011) demonstraram a importância da avaliação do doente com dor por uma equipa multidisciplinar, possibilitando uma avaliação mais eficaz no controlo

da dor crónica e desta forma possibilita-nos obter um diagnóstico e terapêuticas mais adequados.

As investigações realizadas têm demonstrado que as intervenções psicológicas são eficazes em diferentes dimensões, com benefícios até pelo menos um ano após a intervenção. (Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Vowles & McCracken, 2010).

Apoio Psiquiátrico: Em relação ao apoio psiquiátrico, obtivemos 23,7% dos participantes do estudo, sendo que a dor, ansiedade e depressão foram mais elevadas.

Podemos concluir neste estudo que os doentes que recebiam **apoio psiquiátrico** mostraram índices de ansiedade ($p=,005$) e depressão ($p=0,011$) mais elevados e estatisticamente significativos.

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos com apoio psiquiátrico (5,56 vs 4,41), sendo a diferença estatisticamente significativa, $Z = -1,799$, $p =,072$.

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos com apoio psiquiátrico (12,28 vs 9,68), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 2,878$, $p =,005$.

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos com apoio psiquiátrico (11,92 vs 9,07), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 2,581$, $p =,011$.

Segundo Coelho (2001), os portadores de doença crónica são os que mais apresentam transtorno de depressão. Sendo a depressão um dos fatores psicológicos muito pesquisado nos doentes oncológicos com dor crónica, verifica-se que a prevalência é de 78% sendo que as evidências colocam a depressão como uma consequência da dor, não existe forma determinante em consenso para afirmarmos qual fatores precedem o outro.

Doentes com cancro e outras patologias graves quando comparados com a população em geral, apresentam um risco mais aumentado no que diz respeito a sintomas e transtornos depressivos. As taxas de prevalência de depressão associada ao cancro

podem variar de acordo com a própria evolução da doença e dos tratamentos administrados. (Castro, Scorza & Chen, 2011).

Bottino (2009) relata a dificuldade existente no diagnóstico da depressão em doentes com cancro. Na prática clínica observa-se que muitos doentes quando recebem o diagnóstico de cancro, podem já estar medicados para depressão ou para ansiedade, por problemas de ordem não oncológica. Este viés deve ser levado em consideração quando avaliamos esta população de doentes no que diz respeito a ansiedade e a depressão.

Reconhecer a depressão na fase final de vida é uma dificuldade para os profissionais de saúde, porque os sintomas da depressão e ansiedade e os sintomas da própria doença avançada, são similares.

- Verificar se os níveis de **ansiedade** e de **depressão** possuem alguma relação com a **intensidade de dor** sentida pelo doente em estudo:

Intensidade de Dor: A média dos níveis de dor situa-se em 4,68 (dp=2,88). A maioria foi considerada como apresentando níveis de dor considerados como moderados (38,0%).

Ansiedade e **Depressão**: No que se refere aos níveis de ansiedade e depressão os sujeitos obtiveram, respectivamente, 10,29 (dp=4,08) e 9,75 (dp=4,95). Cerca de 43,0% foram categorizados como apresentando níveis moderados/severos de ansiedade e depressão. Os coeficientes de correlação entre a ansiedade e a dor e entre a depressão e a dor são positivos e estatisticamente significativos, embora fracos ($r = ,283$) ou muito fracos ($r = 0,192$). Estes valores sugerem que à medida que aumenta a dor, aumentam concomitantemente os níveis de ansiedade e depressão.

Diante das fracas correlações estatísticas encontradas no presente estudo, podemos concluir que houve correlação entre a dor, ansiedade e depressão. Estas correlações podem estar sobrepostas, independentes e dependentes entre si, sendo parte de um complexo quadro clínico.

A dor em sua dimensão subjetiva, corrobora para tornar a complexidade das hipóteses difíceis pelo seu carácter de avaliação e quantificação.

Os resultados obtidos neste estudo foram inconclusivos, existiram algumas correlações entre os níveis de dor, ansiedade e depressão, no entanto, não existiu evidências concretas que estas três variáveis estão correlacionadas independentemente das situações que englobam o ser humano e a sua vivência subjetiva.

O doente oncológico com cancro avançado e incurável apresenta uma complexidade de sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais.

A dor oncológica é o sintoma físico que engloba na sua generalidade estes aspectos acima citados e acompanha os doentes e suas famílias no fim de vida.

A dor crónica oncológica exige cuidados especializados e deve ser tratada.

Os componentes psicológicos são muito estudados nesta população de doentes e a revisão da literatura revela controvérsias entre a correlação dos níveis de intensidade de dor, ansiedade e depressão. No presente estudo, apesar de termos encontrado correlação entre dor, ansiedade e depressão, mesmo sendo uma correlação fraca em termos estatísticos, comprovamos a maioria das hipóteses deste estudo.

Em relação aos profissionais com formação específica e avançada em cuidados paliativos comprova-se ser uma questão determinante para a atuação eficaz no controlo dos sintomas e nos despistes de psicopatologias associadas a dor, ansiedade e depressão.

A dor, a ansiedade e a depressão causam grande impacto na vida dos doentes e de seus familiares, causam sentimentos de tristeza, desamparo, isolamento e perda da esperança. O diagnóstico da ansiedade e da depressão requerem cuidados por parte dos profissionais que os fazem.

As limitações do estudo encontradas no presente estudo foram encontradas ocasionalmente por alguns doentes com estado muito avançado de doença, entretanto, foram sempre respeitados e colocados em condições confortáveis que permitiram responder aos questionários. Observei que a maioria dos doentes que participaram deste estudo, demonstraram muito interesse e sentiram-se “importantes”, sendo por parte da investigadora uma troca muito gratificante.

A maioria dos doentes já fazia medicação para a dor assim como também psicofármacos, o que nos faz refletir que mesmo medicados, estes doentes mantinham um nível de dor e de depressão moderados. A revisão da literatura sobre o tema desta pesquisa, em sua maioria, afirma que os doentes com dor, doença avançada e progressiva sentem mais depressão e ansiedade, o nosso estudo corrobora com estas afirmações.

Os resultados deste estudo, deixam em aberto muitos pontos que possam sugerir futuras pesquisas neste campo de intervenção. Em estudos futuros seria importante ter um número maior de participantes, assim como a aplicação de outros instrumentos que nos fornecessem dados estatísticos sobre os mecanismos de coping e a qualidade de vida dos doentes. Outro ponto que não foi levado em consideração neste trabalho, foi o fato do doente ter ou não suporte social, aspecto muito importante no alívio do Distress em situações de crise, no apoio nos cuidados e na administração adequada da medicação, reduzindo o mal-estar do doente em relação a muitas variáveis envolvidas na doença oncológica.

Sendo uma problemática complexa e vital para o bem-estar e dignidade do doente em fim de vida, seria fundamental que houvesse novas investigações.

Parece que a os profissionais de saúde reconhecem as necessidades psicossociais dos doentes, sendo referenciados de forma adequada para as consultas de psiquiatria e psicologia. A medicação para a dor feita pela maioria dos doentes participantes da pesquisa, nos revela uma preocupação destes profissionais de saúde em medicá-los e buscar alívio de dor.. Entretanto, estes doentes foram referenciados para a Clínica da Dor para serem acompanhados e medicados por profissionais especializados em tratar a dor crónica e oncológica.

O doente oncológico com doença avançada e progressiva tem direito de ter a sua dor controlada e o seu estado psicológico preservado.

6. Bibliografia

Adams, Field., D.L. (2002). Aspectos psicológicos e sociais, nº 169, In: Nursing, set.

Allen AJ, Leonard H, Swedo SE.(1995). Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry ;34:976-86.

American Cancer Society - [http:// www.cancer.org/](http://www.cancer.org/) (consultado em fevereiro de 2014)

American College of Physicians, Qaseem, Amir (et al) - (2008).Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians www.acponline.org/clinical.../guidelines/ - (Consultado em Maio de 2014).

American Psychiatric Association. (2002).Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorder.(4ªed). (J.N.Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2000).

Andrade, L.H.S.G, Gorenstein C.(1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. Ver. Psiq. Clin; 25(6): 285-290.

Antunes, J.L - in Memória de Nova Iorque e outros ensaios Acolher a Morte / On Death and Dying Uma maravilhosa mensagem de esperança para todos os que perderam alguém próximo.2002- ISBN 978-972-8929-82-43.

Araújo-Soares, V., Mc Intyre, T. (2000). É possível viver apesar da dor!... Avaliação da eficácia de um programa de intervenção multimodal em pacientes com dor crónica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(11), 101-112.

Archer, J., Hutchison, I., Korszun, A. (2008). Mood and malignancy: head and neck cancer and depression. *J. Oral Pathol Med.* 37 (5): 255-70.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos – Organização de serviços em Cuidados Paliativos – recomendação da ANCP. Março de 2006. Em www.apcp.com.pt (consultado em Março de 2014).

Bair, M; Robinson, R; Katon, W; Kroenke, K. (2003). “Depression and pain comorbidity – A Literature Review”. *Arch Intern Med.* N°10, vol.63, 2433-2445.

Baptista, M.N., & Dias, R.K. (2010). *Psicologia Hospitalar: teoria aplicações e casos clínicos* (2ª edição revisada e ampliada) Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Koogan.

Barbosa, A; Julião, M. (2011). Depressão em Cuidados Paliativos - prevalência e avaliação artigo de revisão. *Acta Med Port;* 24 (s4): p. 807-818.

Barbosa, A. (2003). Pensar a morte nos cuidados de saúde, *Análise Social*, nº 166, Vol XXXVIII, pp.39-44.

Barbosa, A. & Neto I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2ª edição.

Braun, U, K. (et al.) (2009). A detecção de depressão em cuidados paliativos Reconhecimento e tratamento da depressão no final da vida. *Revista Geriatrics*, mar/abr, vol5,n°26.

Bottino, S.M.B; Fráguas, R; Gattaz, W.F. (2009). Depressão e Cancer. *Revista de Psiquiatria;* 36(3): 109-115.

Broughton, J., Carriero, J., Descartes (2011). Coleção Explorando Grandes Autores. Porto Alegre: Penso. ISBN 978-85-63899-35-4. Artmed Editora.

Calegari, E. G., Feldens, V. P., & Sakae, T. M. (2011). Prevalência de sintomas depressivos em pacientes com câncer de mama submetidos à quimioterapia em um centro de referência terciário em Tubarão/SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 40 (3), 49-55.

Canadian Strategy for Cancer Control (2004). <http://www.cancercontrol.org>. (consultado em Abril de 2014)

Cangussu, R. O., Soares, T. B. C., Barra, A. A., & Nicolato, R. (2010). Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck - Short Form. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (2), 106-110.

Capelas, M; Neto, I. (2010) “Organização de Serviços” in Barbosa, António; Neto, Isabel (eds.) *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª Edição) Lisboa: Faculdade de medicina da Universidade de Lisboa, 785-814.

Caruso, R; Grassi, L; Nanni., M.G; Riba, M. (2013). Psychopharmacology in psycho.oncology. *Revista Psychiatry Rep*, Sep; 15 (9): 393.

Casmarrinha, M. (2008). Familiares do doente oncológico em fim de vida: dos sentimentos às necessidades. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.

Castro, E.K; Scorza, A & Chen, C. (2011). Qualidade de vida e indicadores de ansiedade e depressão de pacientes com cancro colo-rectal. *Psic., Saúde & Doença*, v.12, nº 1. Lisboa. ISSN 1645-0086.

Castro, D. (2001). Psicologia e Ética em Cuidados Paliativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21 (4).

Castro, M.M; Quarantini, L.C; Daltro, C.;Pires-Caldas, M.,Koenen, K.C., Kraychete, D.C.,& Oliveira, I.R. (2011). Comorbilidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crónica e o impacto na qualidade de vida. *Revista de psiquiatria Clínica*, 38(4),126-129

Carvalho, M.S. (2010). Dissertação de Mestrado em Oncologia. Intensidade da dor, níveis de ansiedade e depressão em doentes oncológicos. Universidade de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.

Ciaramella A, Poli, P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology*; 10 (d): 156-65.

Chochinov, Harvey M. (2001). Depression in Cancer Patients” *Lancet Oncology*. Vol. 2. Agosto, p. 499-505.

Clark, D.C; Cavanaugh, S.A; Gibbons, R.D. (1983). The core symptoms of depression in medical and psychiatric patients. *J. Neru.Ment. Dis.*, v. 171, nº 12, p.705-13.

Coelho, M.I.F. (2009). Influência do acto de cuidar na qualidade de vida do cuidador do doente oncológico. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa.

Coelho M.O. (2001). A dor da perda da saúde. In: Camon VAA (org.) *Psicossomática e Psicologia da dor*. São Paulo: Pioneira; p. 69-92.

Coniam, S.W; Diamond, A. (1999). *Controlo da dor crónica – 1ª edição*, Climepsi Editores, Lisboa, ISBN – 972-8449-09-7.

Costa, M.A.C.M; Antunes, M.T.C. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspectiva de cura. Ver. Enf. vol. Ser III, nº 7, p.63-72.

Coyle,N.(1990) Characteristics of advanced cancer as terminal illness. J.Pain Symptom Manage., v.5, n.2, p.83-93.

Direcção-Geral da Saúde - DGS. (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. [Manual]. Ministério da Saúde, Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde - DGS. (2007). Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO). [Manual]. Ministério da Saúde, Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde (2013). Portugal – Doenças Oncológicas em números – 2013. DGS: Direcção de Serviços de Informação e Análise. Ministério da Saúde, Lisboa.

DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª Ed., Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Evans, C. (2006). Genetic counseling: A psychological approach. New York, NY: Cambridge University Press.

Fawzy, I; Greenberg, D.B. (1996). Oncology - In: Rundell J.R, Wise M.G, editors. Textbook of consultation – liaison psychiatry. Washington (DC). Am. Psychol Press. 351-64.

Fernando, J. et al. (2004). Enfermagem Oncológica – Formação e Saúde Lda. Edição Sinais Vitais, 1ª edição, Coimbra, ISBN – 972-8485-41-7.

Ferreira, V.S ; Raminelli, O. (2012). O olhar do paciente oncológico em relação a sua terminalidade: ponto de vista psicológico. Ver. SBPH vol. 15, nº 1, Rio de Janeiro.

Girond, J.B.R.; Waterkemper, R. (2006). Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos compreendendo conceitos e inter-relações. Cogitan Enfermagem. Vol. 11, nº 3, Set/Dez.

Gutierrez, P.L.O. (2001). O que é paciente terminal. Revista da Associação Médica 47, nº 2 abril/junho.

Jacobsen, P.B; Jim, H.S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: Achievements and challenges. *CA Cancer J Clin.* 58(4):214-30.

Hennezel.M. (1995). La morte íntima los que van morir nos enseñam a viver. Buenos Aires. Argentina. Sudamericana.

Holland, J e col. (1998). Psycho-Oncology. New York: oxford University Press.

IASP- International Association for Study of Pain. <http://www.iasp-pain.org/>

IARC- (2012). International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. World Health organization. http://globocan.iarc.fr/pages/fact_sheets_cancer.aspx. (Consultado em janeiro de 2014).

Kovács, M.J. (2005). Educação para a morte. Psicologia, ciência e profissão, 25 (3), 484-497.

Kübler-Ross E.(1969). On Death & Duing. New York, Collier Books.

Kübler -Ross, E.(1998). A roda da vida: memórias do viver e do morrer; [tradução Maria Luiza Newlands Silveira] – Rio de Janeiro: GMT.

Kübler-Ross, E. (2008). Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais tem para ensinar aos médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios pacientes. (P.Menezes trad). 9ª Edição. São Paulo; Editora WMF Martins Fontes.

Laird, B; Boyd, A; Colvin, L; Fallon, M. (2008). “Are câncer pain and depression interdependent? A systematic review”, *Psycho-Oncology*, nº 18. Pág.459-464.

Maciél, M.G.S. (2008). Definições e princípios. In: Oliveira, R.A (coord.). Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cap. I, parte 1, pág.15-32.

Machado., Couceiro, L., Alves, I., Almendra, R. & Cortes, M. (2011). A morte e o morrer em Portugal. Coimbra; Almedina.

Melzack R, Wall PD. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*. Nov 19:150(3699):971-9 PMID: 5320816 (PubMed - indexed for MEDLINE).

Milhomens, R.S (2012). Terapêutica não Farmacológica. In C.Ritto, I. Costa, L. Diniz, M.B.Raposo, P.R, Pina, et al., Manual de Dor Crónica. Capítulo 9. Fundação Grunenthal.

Ministério da Saúde – Portugal. Plano Nacional de Saúde 2004-2010 – Disponível: <http://www-dgsaude.min-saude.pt/pns/vol 14>.

Morais, R. (2000). Homem e Morte: visão antropológico-filosófica e senso comum. Em V.L., Rezende (Org.), Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal. (p. 95-104). Campinas: Editora da Unicamp.

Mystakidou, K; Tsilika,E; Parpa, E; Katsouda, E;Galanos, A; Vlahnos,L. “Psychological Distress of patients With Advanced Cancer: influence and contribution of pain severity and pain”. *Cancer Nursing*, nº 5, vol29.2006. p. 400-405.

Násio, J.D. (2010). O silêncio da Psicanálise (pág. 17-23) (M.P., Silva, Trad). Rio de Janeiro; RJ. Editora Zahar.

National Cancer Institute (NCI) - <http://www.cancer.gov/> - consultado em 04/04/2014.

Nordin, N.; Glimelius, B. (1999). Predicting Delayed Anxiety and Depression in Patients with Gastrointestinal Cancer. *Jornal of Cancer: câncer research campaign*, 525-529.

Ordem dos Enfermeiros (2008) Conselho de Enfermagem- Dor- Guia Orientador de Boa prática.

Ordem dos Enfermeiros - **Dados Estatísticos: 2000 – 2008**. [em linha]. (2009). [Consult. 14 Mai 2014] Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/O_E_Dados_Estatisticos_-_2000-2008.pdf.

OMS (1948). Constitution of the World Health Organization. Genebra.

Pagano, T., Matsutanila, Ferreira., E.A, et al. (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fibromialgia patients. *São Paulo Med. J*; 122:252-258.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation Study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.

Pais Ribeiro, J.L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*, 1ª edição. Coimbra: Edições Quarteto.

Pais, F.(2004). *O Impacto da doença oncológica no doente e na família. Enfermagem Oncológica*. Coimbra Editora Formasau, 238p.ISBN 972-8485-41-7.

Palliative Care Austrália. (May 2005). “Standars for providing Qualitaty Palliative Care for all Australians”- in www.pallcare.org.au (consultado em fevereiro de 2014).

Parkes, C.M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo, SP: Summus Editorial.

Pedroso, R.A. and Celich, K. L. S.(2006) Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto contexto - enferm.* [online]. Vol.15, n.2, pp. 270-276. ISSN 0104-0707. [Http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200011](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200011).

Pereira, J. L. (2010). *Gestão da Dor Oncológica*. In A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 73). Lisboa: Secção Editorial da Associação de Estudantes da FMUL.

Pereira & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. (2ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, M.G., & Roios, E. (2011). Crenças e ajustamento psicossocial à doença crónica. *Psicologia Clínica*, 3, 36-47.

Pimentel, F.L. (2003). Qualidade de vida do doente oncológico. Tipografia Nunes Lda, Porto.

Pina P.R (2012). A complexidade do tratamento da dor oncológica: A intensidade da dor como factor preditivo. Investigação quantitativa em cuidados paliativos. Barbosa, A Lisboa, Faculdade de Medicina e Fundação Calouste Gulbenkian: 163-204.

Phipps, W; Sands, J; Marek, J.- Enfermagem médico cirúrgica. 6ª Ed. Loures: Lusociência, 2003.

Rodrigues, M.(2007). Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com cancro de mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa. Dissertação de Mestrado em oncologia apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Registo Oncológico Regional do Norte. (2013) RORENO -Porto I.P.O.F.G. Centro Regional Norte.

Sá, E.(2003). Qualidade de vida: adaptação mental à doença oncológica. Nursing. 15:181- 23-29.

Salazar, H.(2003). A natureza do sofrimento em cuidados paliativos. Dor e Cuidados Paliativos, Permayer Portugal, Lisboa.

Santichi, E. C; Benute, G; Guerra, R, J; Robles, T; Cano, E. & Lucia, Souza, M.C. (2012). Rastreio de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em diferentes etapas do tratamento para o câncer de mama. *Psicologia Hospitalar*, 10 (1), 42-67.

Recuperado em 09 de julho de 2014, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092012000100004&lng=pt&tlng=pt.

Saunders, C. (1975) *The Care of the Dying Patient and His Family*; documentation in *Medical Ethics*, no. 5 , published by the London Medical Group.

Servei Catalá de La salut, “Estándars de Cuidados paliativos”, Barcelona 1995.

Seymor, J & Paz, S. (2004). Pain; Theories, evaluation and management. In *Palliative Care Nursing: principles and evidence for practice*, (pp.260-298).

Sheibani,R.S; Velanovich, V. (2006). Effects of depression on the survival of pancreatic adenocarcinoma. *Pancreas*; 32(1):58-61.

Silva, T.N. (2011). Avaliação da dor em pacientes oncológicos. *Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro, v.19, nº3, 359-363.

Swedo S.E; Leonard H.L; Allen A.J. (1994) New developments in childhood affective and anxiety disorders. *Curr Probl Pediatr*;24:12-38.

Silva, L.M.H; Zago, M.M.F. (2001). O cuidado do paciente oncológico na ótica do enfermeiro. *Ver.Latino-am. Enfermagem*, V.9, nº 4, p.44-49, Julho.

Silva, S.R., Aguillar, O.M. (2001). *Assistência de enfermagem em quimioterapia antineoplásica*. 1ª Ed.Epub – Editora de Publicação Biomédicas.p.3-5.

Silva, R.C.F. (2004). *Cuidados paliativos oncológicos: reflexões sobre uma proposta inovadora na atenção à saúde*. Dissertação de Mestrado. Escola nacional de saúde pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

Sullivan, M.J. (2012). The communal coping model of pain catastrophising: Clinical and research implications. *Canadian Psychological Association*, 53(1), 32-41.

Takey, E.H, Schivoletto, S. (2000). Ansiedade: como diagnosticar e tratar. *Revista Brasileira de Medicina*; 57 (7): 67-78.

Taylor, V. (2008). - Understanding depression in palliative and end-of-life care. *Nursing* www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19093358. (Consultado em Maio de 2014)

Teixeira, M.J. (2001). Fisiopatologia da nociceção e da supressão da dor. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*, 4(1), 39-48.

Teixeira, M.J. (2006). Dor e Depressão. *Ver. Neurocienc*; 14(2):0044-53.

Thielking, P.D. (2003). Câncer pain and anxiety, *ang*; 7 (4): 249-61. *PubMed-indexed for Medline. Curr Pain Headache reports*.

Turk, D.C., Melzack, R. (2011). *Handbook of Pain Assessment*. New York: Guilford Press.

Disponível:

<http://books.google.pt/books?id=PMr3NQn20VoCdprintsec=frontcuck&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*, 2ª Edição, Climepsi Editores.

Valentine, A.D (2003). Câncer pain and depression: management of the dualdiagnostic patient. *Current pain and headache reports*, 7, 262-269.

Viorst, J. (2005). *Perdas Necessárias*. 4ª Edição. São Paulo-SP: Editora Melhoramentos.

Ferreira, V.S; Raminelli, O. O olhar do paciente oncológico em relação a sua terminalidade: ponto de vista psicológico (Jun. 2012).

Vowles, K.E.,McCracken,L.M. (2010). Comparing the role of psychological flexibility and traditional pain management coping strategies in chronic pain treatment out comes. *Behavior Research and Therapy*,48,141-146.

Wang, H., Ahrens, C., Rief, W., Schiltewolf, M. (2010). Influence of comorbidity with depression on interdisciplinary therapy: outcomes in patients with chronic low back pain. *Arthritis Research & Therapy*, 12, 1-11.

Wasan, A.D.; Artamonov, M; Nedeljkovic, S. (2005) Delirium, depression, and anxiety in the treatment of cancer pain - *Techniques in Regional Anesthesia & Pain Management*. nº 3, vol 9. Julho, p. 139-144.

Webb, R. Brammah, T; Lunt; Urwin, M; Alisom, T; Symmons D. Prevalence and predictors of intense , chronic, and disabling neck and black pain in the UK general population. *Spine* 2003;28 (11):1195-202.

Wells, N; Pasero, C; McCaffery M. (2008). Improving the Quality of Care Through Pain Assessment and Management. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Apr. Chapter 17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2658/>

Willians, D., Bilir, S. P; Han. M, Meltzer D. (2005). The role of anxiety in prostate carcinoma: a structured review of the literature. *Cancer*, 104:467-78.

Yamaguchi, N.H. (2002). O cancer na visão da oncologia. Em M.M.J. Carvalho (org), *Introdução à psicooncologia*. P.21-34. Campinas: Livro Pleno.

Zigmond AS, Snaith P. (1980). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67: 61-70.

ANEXOS

Anexo I – Autorizações para realização do estudo

Autorização do CA do IPOLFG



**INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.**

Unidade de Investigação Clínica

Data: 24/01/2014

Ref.: 14/2014

Pareceres ao Projecto de Investigação


N.º: UIC/875

Parecer do Conselho de Investigação	Parecer da Comissão de Ética	Parecer do Conselho de Administração
Favorável.	<i>Favorável</i>	<i>Concordo</i> <i>JOÃO OLIVEIRA</i> <i>14/3/14</i> JOÃO OLIVEIRA Vogal do Conselho de Administração
<p>Assunto: Projecto de Investigação intitulado “AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E A SUA CORRELAÇÃO COM A INTENSIDADE DE DOR EM DOENTES ONCOLÓGICOS COM DOENÇA AVANÇADA E PROGRESSIVA” – UIC/875.</p> <p>Investigador Principal: Dra. Rosana Milhomens.</p> <p><i>Conceição Costa</i> Conceição Costa Unidade de Investigação Clínica</p> <p>126883</p>		

24/01/2014
DIRECÇÃO CLÍNICA

11/3/2014
DIRECÇÃO CLÍNICA

Parecer da Comissão de Ética do IPOLFG

 IPOLFG, EPE	Apreciação e Votação de Parecer	CE
	INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, EPE Comissão de Ética	

Apreciação do Parecer

Data da Reunião : 06-03-2014

Título do Projecto:

"Avaliação dos níveis de ansiedade e depressão e a sua correlação com a intensidade de dor em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva" UIC/875

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do perito relator sobre o pedido de parecer para realização de projecto de investigação acima identificado.

O processo foi votado pelos membros da CES presentes:

Presidente – Dra Filomena Pereira

Doutor Adelino Cardoso, Dra. Cristina Nave, Dra. Manuela Paiva, Enfermeira Maria Manuel Pinto,

Resultado da Votação:

Parecer: Parecer Favorável (em anexo parecer do perito)

Data : 06-03-2014

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde
do IPOLFG-EPE


Dra Filomena Pereira

Parecer da Comissão de Ética Sobre o Projecto de Investigação “Avaliação dos Níveis de Ansiedade e Depressão e a Sua Correlação Com a Intensidade de Dor em Doentes Oncológicos Com Doença Avançada e Progressiva” – UIC/875.

O projecto em epígrafe insere-se no VIII Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Respeita a um conteúdo de investigação pertinente e actual e encontra-se, do ponto de vista teórico, enquadrado de modo apropriado. Possui, como objectivo geral, o intuito de investigar a relação entre a intensidade da dor e os níveis de depressão e ansiedade em doentes oncológicos.

A metodologia deste projecto académico, de carácter descritivo, correlacional e quantitativo, não coloca questões éticas. A população alvo corresponde aos doentes oncológicos observados na consulta de primeira vez da Clínica de Dor do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. A amostra (com dimensão estimada entre 80 e 180 participantes) será constituída por doentes oncológicos com doença avançada e progressiva (paliativos), com idade igual ou superior a 18 anos, avaliados em consulta de primeira vez na Clínica de Dor. Os instrumentos de avaliação a utilizar no estudo são o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e a Escala de Avaliação Numérica de Dor, os quais estão validados para a população portuguesa. Na medida em que o protocolo da consulta de psicologia de primeira vez no âmbito da Clínica de Dor pressupõe o preenchimento destes instrumentos, a participação no estudo não implica procedimentos adicionais para os doentes. Pretende-se realizar a recolha da amostra entre 20 de Março e 30 de Setembro de 2014.

O estudo não implica encargos para o Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. e não existem benefícios económicos para a investigadora envolvida.

O consentimento informado contempla de modo explícito o facto de o trabalho envolver uma investigação, os aspectos da confidencialidade, a natureza voluntária da participação e a possibilidade de desistência do estudo em qualquer momento sem prejuízo dos cuidados assistenciais.

O parecer da Comissão de Ética do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. é favorável à realização deste projecto de investigação, que pode ajudar a optimizar o acompanhamento dos doentes oncológicos.

Lisboa, 6 de Março de 2014

P'la Comissão de Ética


Ana Cristina Nave

Ana Cristina Nave



COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer do Conselho de Investigação

 IPOLFG, EPE	Parecer do Conselho de investigação	UIC
	INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, EPE Unidade de Investigação Clínica	

Tipo de Projecto: Ensaio Clínico Estudo Observacional Estudo académico
Investigação Básica Estudo Laboratorial

Título: **AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E A SUA CORRELAÇÃO COM A INTENSIDADE DE DOR EM DOENTES ONCOLÓGICOS COM DOENÇA AVANÇADA E PROGRESSIVA” – UIC/875.**

Promotor/ Entidade financiadora: IPO

Investigador Responsável: Rosana Sodrê Milhomens

Serviços participantes: Unidade da Dor

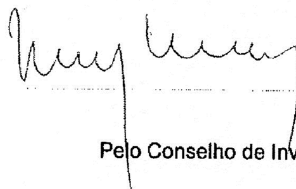
PARECER DO CONSELHO DE INVESTIGAÇÃO:

O estudo proposto coloca uma questão relevante, a relação entre a intensidade da dor e os níveis de depressão e ansiedade, em doentes oncológicos. O consentimento informado explica o carácter voluntário da participação. O instrumento que vai ser utilizado está validado para a população portuguesa. Insere-se nos interesses da instituição e não expõe os doentes a riscos excessivos.

É proposta a sua autorização.

Data:

Assinatura:



Pelo Conselho de Investigação

Parecer da Comissão de Ética - FMUL

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente



Presidente

Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)

Vice-Presidente

Prof.ª Doutora Maria Luísa Figueira (CHLN)

Membros

Dra. Ana Luísa Figueiras (CHLN)

Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge (CHLN)

Dra. Elísa Pedro (CHLN)

Padre Fernando Sempalo (CHLN)

Dra. Graça Nogueira (CHLN)

Mestre Enf.ª Isabel Côrte-Real (CHLN)

Dr. Mário Miguel Rosa (CHLN)

Prof. Doutor António Barbosa (FML)

Prof. Doutor António Vaz Carneiro (FML)

Prof. Doutor João Lavinha (FML)

Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral (FML)

Prof. Doutor José Barata Moura (FML)

Prof.ª Doutora Maria Do Céu Ruett (FML)

Exma. Senhora

Dra. Rosana Sodr  Milhomens

Rua Fernando Namora, N  22 - 6  B

2675-487 ODIVELAS

Lisboa, 19 de Novembro de 2013

Assunto: Projecto de Investigação "Avaliação dos níveis de ansiedade e depressão e a correlação com a intensidade de dor em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva"

Relator - Prof.ª. Doutora Maria Luísa Figueira

Pela presente informamos que o projecto citado em epigrafe obteve, na reunião realizada em 13 de Novembro de 2013, parecer favorável da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

COMISSÃO DE
ÉTICA CHLN/FML

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patricia Fernandes
Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 2

Parecer da Direcção Clínica

Solicitado o
parecer do
Dr. Paulo Piva sobre
a possibilidade de realização do estudo.

Direcção Clínica IPO de Lisboa

Exmo. Sr. Doutor João Oliveira

18/10/13

JOÃO OLIVEIRA
Director Clínico

Assunto: Tese de Mestrado

Na qualidade de Psicóloga Clínica da Unidade de Psicologia do IPO de Lisboa, alocada na Clínica da Dor, venho solicitar a vossa declaração e parecer referente a elaboração da minha Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos.

Em anexo segue a carta da faculdade de Medicina, a qual solicita a autorização do Director de Serviço da Clínica da Dor (uma vez que os dados serão recolhidos na Clínica da Dor).

Como é do vosso conhecimento, no presente momento estamos sem Director Clínico, neste caso, peço deferimento ao Director Clínico do IPO de Lisboa, Doutor João de Oliveira.

Segue em anexo uma cópia do Projecto de Investigação, aprovado em tempos passados pela Directora da Clínica da Dor, Doutora Matilde Raposo.

Os Meus Melhores Cumprimentos.

Lisboa, 17 de Outubro de 2013.



Rosana Sodré Milhomens

Ordem dos Psicólogos nº 271

CONSULTA DA DOR

17/10/13
Cópia Clínica 5.



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA
DE FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

Unidade de Psicologia

Declaração

Declaro que tomei conhecimento do projecto de Investigação intitulado "Avaliação dos níveis de Ansiedade e Depressão e sua correlação com a intensidade de Dor em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva" proposto pela Dra Rosana Milhomens, Psicóloga Clínica alocada na Clínica da Dor do IPOLFG-EPE.

Lisboa, 17 de Outubro de 2013

Maria de Jesus Catarino Moura

Diretora da Unidade de Psicologia do IPO de Lisboa

Anexo II – Autorização para utilização do HADS (Prof. Doutor Pais Ribeiro)

Rosana Sodre Milhomens

De: José Luis Pais Ribeiro [jlpr@fpce.up.pt]
Enviado: quinta-feira, 4 de Abril de 2013 9:23
Para: Rosana Sodre Milhomens
Assunto: RE: HADS

Não me oponho à utilização da versão portuguesa da HAD que estudei para a língua portuguesa

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

De: Rosana Sodre Milhomens [rmilhomens@ipolisboa.min-saude.pt]
Enviado: quinta-feira, 4 de Abril de 2013 7:47
Para: José Luis Pais Ribeiro
Cc: rosanamilhomens@gmail.com
Assunto: HADS

Bom Dia

Exmo. Sr. Doutor Pais Ribeiro

Meu nome é Rosana Milhomens, sou Psicóloga no IPO de Lisboa, nos seguintes serviços: Clínica da Dor, Equipa Intra Hospitalar de Cuidados Paliativos e Unidade de Cuidados Intensivos. Estou actualmente no início da minha Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos, e gostaria de pedir a vossa autorização para utilizar o HADS validado para a população portuguesa. Minha tese pretende comparar os resultados do HADS, ~~Termómetro Emocional (Alex Mitchell)~~ e a dor (o a 10 na escala numerica). O meu orientador é o Prof. Doutor Antonio Barbosa da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Agradeço a vossa atenção e aguardo resposta.

Os Meus Melhores Cumprimentos

Rosana Sodré Milhomens.
Ordem dos Psicólogos 271

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by **MailScanner**, and is believed to be clean.

Anexo III – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Rosana Sodré Milhomens, Psicóloga Clínica, inscrita na Ordem dos Psicólogos Portugueses com o número de cédula 271, aluna do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos – 8ª edição, pela Faculdade de Medicina de Lisboa e na condição de psicóloga na Clínica da Dor do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil E.P.E, venho por este meio solicitar a vossa colaboração e participação no preenchimento de dois instrumentos de avaliação (HADS e Escala Numérica de Dor). Estes instrumentos de recolha de dados servirão no estudo proposto por mim sobre: A avaliação da ansiedade e da depressão e a sua correlação com a intensidade de dor em doentes oncológicos seguidos na consulta de primeira vez na Clínica da Dor.

O preenchimento destes instrumentos fazem parte do protocolo da consulta de primeira vez da Clínica da Dor, porém são de carácter voluntário e livre, sendo que em qualquer momento poderá negar-se a completar os mesmos.

As informações são confidenciais, os dados serão codificados e somente utilizados neste estudo.

Caso pretenda ter acesso aos dados recolhidos e resultados, tem direito de solicitá-los quando entender conveniente e assim o desejar.

Grata pela colaboração

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do participante

Investigador Principal: Rosana Sodré Milhomens

Email: rosanamilhomens@gmail.com

Orientador: Prof. Doutor António Barbosa.

Anexo IV – Questionário sociodemográfico e escala de dor

Dados Socio-Demográficos e caracterização da doença oncológica:

1. Idade: ____ (em anos)

2. Sexo

Masculino Feminino

3. Estado Civil:

Solteiro (a) Casado (a) Divorciado (a) Viúvo (a) União de facto

4. Grau de Escolaridade:

1º Ciclo (Primária) 2º Ciclo (Preparatório) 3º Ciclo (Secundário) Bacharelato

Ensino Superior Pós-graduado (a) Mestrado Doutoramento

5. Situação Profissional:

A tempo inteiro A tempo parcial Doméstica Desempregado (a) Baixa Médica

Reformado (a)

6. Caracterização da Doença Oncológica

Localização primária do cancro: _____

Tempo de diagnóstico

Menos de um ano De um a dois De dois a quatro De cinco a sete anos

De oito a dez anos Mais de dez anos

Tem metástases?

Sim Não Não tem conhecimento

Tratamento (s) anti-neoplásico (s) efectuado (s):

Cirurgia Quimioterapia Radioterapia Braquiterapia

7. Caracterização da Dor Oncológica

Qual a sua medicação actual?

Tem apoio psicológico no momento?

Sim Não

Tem apoio psiquiátrico no momento?

Sim Não

Se sim, qual a medicação psiquiátrica que faz no momento?

Como define a intensidade da sua dor neste momento?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor					Dor máxima					

Anexo V – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)



Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Vinheta

Data ____/____/____

Os médicos sabem que as emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. Se o seu médico souber o que sente, poderá ajudá-lo mais.

Este questionário está concebido de modo a auxiliar o seu médico a saber como você se sente. Leia todas as frases e ponha uma cruz na casa em frente da resposta que corresponder melhor ao que tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas; a sua reacção imediata a cada frase será provavelmente mais exacta do que uma resposta muito reflectida.

Preencha só uma casa para cada resposta

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1) Sinto-me tenso ou contraído: | A |
| () A maioria das vezes | 3 |
| () Muitas vezes | 2 |
| () De vez em quando, ocasionalmente | 1 |
| () Nunca | 0 |
| 2) Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente | D |
| () Tanto quanto antes | 0 |
| () Não tanto | 1 |
| () Só um pouco | 2 |
| () De modo nenhum | 3 |
| 3) Tenho uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer | A |
| () Nitidamente e muito forte | 3 |
| () Sim, mas não muito forte | 2 |
| () Um pouco, mas não me incomoda | 1 |
| () De modo algum | 0 |
| 4) Sou capaz de me rir e de me divertir com as coisas engraçadas | D |
| () Tanto como habitualmente | 0 |
| () Não tanto como antes | 1 |
| () Nitidamente menos agora | 2 |
| () Nunca | 3 |
| 5) Tenho a cabeça cheia de preocupações | A |
| () A maioria das vezes | 3 |
| () Muitas vezes | 2 |
| () De vez em quando | 1 |
| () Raramente | 0 |
| 6) Sinto-me bem disposto | D |
| () Nunca | 3 |
| () Poucas vezes | 2 |
| () Muitas vezes | 1 |
| () Quase sempre | 0 |

7) Sou capaz de me sentir à vontade e sentir-me relaxado	A
() Sempre	0
() Habitualmente	1
() Algumas vezes	2
() Nunca	3
8) Sinto-me parado	D
() Quase sempre	3
() Com muita frequência	2
() Algumas vezes	1
() Nunca	0
9) Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago	A
() Nunca	0
() De vez em quando	1
() Muitas vezes	2
() Quase sempre	3
10) Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto	D
() Com certeza	3
() Não tenho cuidado como deveria	2
() Talvez não tanto como dantes	1
() Tanto como habitualmente	0
11) Sinto-me impaciente e não consigo estar parado	A
() Muito	3
() Bastante	2
() Um pouco	1
() Não me sinto assim	0
12) Penso com prazer no que tenho que fazer	D
() Tanto como habitualmente	0
() Menos que anteriormente	1
() Bastante menos que anteriormente	2
() Quase nunca	3
13) De repente, tenho sensações de pânico	A
() Com grande frequência	3
() Muitas vezes	2
() Algumas vezes	1
() Nunca	0
14) Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio e TV	D
() Frequentemente	0
() Algumas vezes	1
() Poucas vezes	2
() Muito raramente	3

Frequencies

Frequency Table

Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Feminino	60	56,6	56,6	56,6
Valid Masculino	46	43,4	43,4	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Estado_Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteiro	14	13,2	13,2	13,2
Casado	67	63,2	63,2	76,4
Valid União de facto	2	1,9	1,9	78,3
Divorciado	16	15,1	15,1	93,4
Viuvo	7	6,6	6,6	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Grau de Escolaridade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1ºCiclo	58	54,7	54,7	54,7
2ºCiclo	25	23,6	23,6	78,3
3ºCiclo	8	7,5	7,5	85,8
Bacharelato	6	5,7	5,7	91,5
Doutoramento	1	,9	,9	92,5
Ensino Sup.	6	5,7	5,7	98,1
Pós-graduado	2	1,9	1,9	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Situação_Profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baixa Médica	19	17,9	17,9	17,9
Desempregado(a)	16	15,1	15,1	33,0
Doméstica	8	7,5	7,5	40,6
Reformado(a)	53	50,0	50,0	90,6
Tempo Inteiro	5	4,7	4,7	95,3
Tempo Parcial	5	4,7	4,7	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Localização

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Cabeça-Pescoço/ORL	20	18,9	18,9	18,9
Gastrointestinal	14	13,2	13,2	32,1
Ginecológico	16	15,1	15,1	47,2
Mama	19	17,9	17,9	65,1
Outros	17	16,0	16,0	81,1
Pulmão	7	6,6	6,6	87,7
Urológico	13	12,3	12,3	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Tempo_Diagnóstico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
< 1 ano	17	16,0	16,0	16,0
1 - 2	27	25,5	25,5	41,5
2 - 4	30	28,3	28,3	69,8
5 - 7	15	14,2	14,2	84,0
8 - 10	1	,9	,9	84,9
> 10 anos	16	15,1	15,1	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Metastases

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	18	17,0	17,0	17,0
Valid Sim	62	58,5	58,5	75,5
Valid Desconhece	26	24,5	24,5	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Cirurgia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	60	56,6	100,0	100,0
Missing System	46	43,4		
Total	106	100,0		

Quimioterapia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	70	66,0	100,0	100,0
Missing System	36	34,0		
Total	106	100,0		

Radioterapia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	60	56,6	100,0	100,0
Missing System	46	43,4		
Total	106	100,0		

Braquiterapia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	3	2,8	100,0	100,0
Missing System	103	97,2		
Total	106	100,0		

Electroquimioterapia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	1	,9	100,0	100,0
Missing System	105	99,1		
Total	106	100,0		

Medicação_dor

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	6	5,7	5,7	5,7
Valid Sim	100	94,3	94,3	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Apoio_Psicológico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	83	78,3	78,3	78,3
Valid Sim	23	21,7	21,7	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Apoio_Psiquiátrico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	81	76,4	76,4	76,4
Valid Sim	25	23,6	23,6	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Medicação_Psi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	62	58,5	58,5	58,5
Valid Sim	44	41,5	41,5	100,0
Total	106	100,0	100,0	

DESCRIPTIVES VARIABLES=Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão Idade

/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Termómetro	106	0	10	4,68	2,884
HADS_Ansiedade	106	3	21	10,29	4,085
HADS_Depressão	106	0	21	9,75	4,947
Idade	106	22	88	60,83	13,063
Valid N (listwise)	106				

T-TEST GROUPS=Sexo(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão

/CRITERIA=CI(.95).

T-Test

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Termómetro	Feminino	60	5,08	2,824	,365
	Masculino	46	4,15	2,906	,428
HADS_Ansiedade	Feminino	60	11,12	4,162	,537
	Masculino	46	9,22	3,759	,554
HADS_Depressão	Feminino	60	10,12	5,049	,652
	Masculino	46	9,26	4,823	,711

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		F	Sig.	t
Termómetro	Equal variances assumed	,045	,833	1,662
	Equal variances not assumed			1,655
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,194	,660	2,427
	Equal variances not assumed			2,460
HADS_Depressão	Equal variances assumed	,357	,552	,882
	Equal variances not assumed			,887

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Termómetro	Equal variances assumed	104	,100	,931
	Equal variances not assumed	95,557	,101	,931
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	104	,017	1,899
	Equal variances not assumed	101,177	,016	1,899
HADS_Depressão	Equal variances assumed	104	,380	,856
	Equal variances not assumed	99,052	,377	,856

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
Termómetro	Equal variances assumed	,560	-,180	2,043
	Equal variances not assumed	,563	-,186	2,048
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,782	,348	3,451
	Equal variances not assumed	,772	,368	3,431
HADS_Depressão	Equal variances assumed	,971	-1,069	2,781
	Equal variances not assumed	,965	-1,058	2,770

SORT CASES BY Situação_Profissional(A).

FREQUENCIES VARIABLES=Sit_Prof

/ORDER=ANALYSIS.

EXAMINE VARIABLES=Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão BY Sit_Prof

/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT

/COMPARE GROUPS

/STATISTICS DESCRIPTIVES

/CINTERVAL 95

/MISSING LISTWISE

/NOTOTAL.

Explore

Sit_Prof

Tests of Normality

Sit_Prof		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Termómetro	Não activo	,145	35	,059	,946	35	,088
	Activo	,172	18	,168	,958	18	,559
	Reformado	,126	53	,036	,935	53	,006
HADS_Ansiedade	Não activo	,111	35	,200 [*]	,956	35	,168
	Activo	,341	18	,110	,842	18	,106
	Reformado	,141	53	,011	,969	53	,182
HADS_Depressão	Não activo	,133	35	,122	,962	35	,261
	Activo	,197	18	,062	,933	18	,218
	Reformado	,101	53	,200 [*]	,974	53	,292

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

ONEWAY Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão BY Sit_Prof

/MISSING ANALYSIS.

ONEWAY Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão BY Sit_Prof

/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY WELCH

/MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean
						Lower Bound
Termómetro	Não activo	35	4,89	2,731	,462	3,95
	Activo	18	5,17	2,618	,617	3,86
	Reformado	53	4,38	3,077	,423	3,53
	Total	106	4,68	2,884	,280	4,12
HADS_Ansiedade	Não activo	35	10,43	4,320	,730	8,94
	Activo	18	9,61	3,837	,904	7,70
	Reformado	53	10,43	4,060	,558	9,31
	Total	106	10,29	4,085	,397	9,51
HADS_Depressão	Não activo	35	9,86	4,596	,777	8,28
	Activo	18	7,94	4,331	1,021	5,79
	Reformado	53	10,28	5,297	,728	8,82
	Total	106	9,75	4,947	,481	8,79

Descriptives

		95% Confidence Interval for Mean	Minimum	Maximum
		Upper Bound		
Termómetro	Não activo	5,82	0	10
	Activo	6,47	0	10
	Reformado	5,23	0	10
	Total	5,23	0	10
HADS_Ansiedade	Não activo	11,91	3	18
	Activo	11,52	3	18
	Reformado	11,55	3	21
	Total	11,08	3	21
HADS_Depressão	Não activo	11,44	0	18
	Activo	10,10	0	16
	Reformado	11,74	0	21
	Total	10,70	0	21

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Termómetro	,832	2	103	,438
HADS_Ansiedade	,962	2	103	,385
HADS_Depressão	1,125	2	103	,329

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F
Termómetro	Between Groups	10,599	2	5,299	,633
	Within Groups	862,496	103	8,374	
	Total	873,094	105		
HADS_Ansiedade	Between Groups	10,066	2	5,033	,298
	Within Groups	1741,868	103	16,911	
	Total	1751,934	105		
HADS_Depressão	Between Groups	74,138	2	37,069	1,530
	Within Groups	2495,985	103	24,233	
	Total	2570,123	105		

ANOVA

		Sig.
Termómetro	Between Groups	,533
	Within Groups	
	Total	
HADS_Ansiedade	Between Groups	,743
	Within Groups	
	Total	
HADS_Depressão	Between Groups	,221
	Within Groups	
	Total	

FREQUENCIES VARIABLES=Estado_Civil

/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Statistics

Estado_Civil

N	Valid	106
	Missing	0

Estado_Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteiro	14	13,2	13,2	13,2
Casado	67	63,2	63,2	76,4
União de facto	2	1,9	1,9	78,3
Divorciado	16	15,1	15,1	93,4
Viuvo	7	6,6	6,6	100,0
Total	106	100,0	100,0	

T-Test

Group Statistics

	ESTCivil	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Termómetro	Solt, viuvos, div	37	4,73	2,795	,460
	Casados, união	69	4,65	2,950	,355
HADS_Ansiedade	Solt, viuvos, div	37	9,97	4,017	,660
	Casados, união	69	10,46	4,139	,498
HADS_Depressão	Solt, viuvos, div	37	9,92	4,873	,801
	Casados, união	69	9,65	5,020	,604

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		F	Sig.	t
Termómetro	Equal variances assumed	,719	,399	,131
	Equal variances not assumed			,134
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,384	,537	-,588
	Equal variances not assumed			-,593
HADS_Depressão	Equal variances assumed	,046	,831	,263
	Equal variances not assumed			,266

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Termómetro	Equal variances assumed	104	,896	,078
	Equal variances not assumed	77,246	,894	,078
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	104	,558	-,491
	Equal variances not assumed	75,676	,555	-,491
HADS_Depressão	Equal variances assumed	104	,793	,267
	Equal variances not assumed	75,664	,791	,267

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
Termómetro	Equal variances assumed	,590	-1,093	1,248
	Equal variances not assumed	,581	-1,079	1,234
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,835	-2,146	1,165
	Equal variances not assumed	,827	-2,139	1,157
HADS_Depressão	Equal variances assumed	1,013	-1,741	2,275
	Equal variances not assumed	1,003	-1,732	2,265

FREQUENCIES VARIABLES=Localização

/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Localização

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Cabeça-Pescoço/ORL	20	18,9	18,9	18,9
Gastrointestinal	14	13,2	13,2	32,1
Ginecológico	16	15,1	15,1	47,2
Mama	19	17,9	17,9	65,1
Outros	17	16,0	16,0	81,1
Pulmão	7	6,6	6,6	87,7
Urológico	13	12,3	12,3	100,0
Total	106	100,0	100,0	

EXAMINE VARIABLES=Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão BY Localização

/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT

/COMPARE GROUPS

/STATISTICS DESCRIPTIVES

/CINTERVAL 95

/MISSING LISTWISE

/NOTOTAL.

Explore

Local

Tests of Normality

	Local	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk	
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df
Termómetro	Cabeça-Pescoço	,152	20	,200 ⁺	,953	20
	Gastrointestinal	,188	14	,194	,927	14
	Ginecológico	,100	16	,200 ⁺	,970	16
	Mama	,191	19	,066	,932	19
	Pulmão	,214	7	,200 ⁺	,961	7
	Urológico	,192	13	,200 ⁺	,864	13
HADS_Ansiedade	Cabeça-Pescoço	,165	20	,160	,933	20
	Gastrointestinal	,199	14	,137	,954	14
	Ginecológico	,131	16	,200 ⁺	,956	16
	Mama	,139	19	,200 ⁺	,956	19
	Pulmão	,167	7	,200 ⁺	,962	7
	Urológico	,207	13	,131	,886	13
HADS_Depressão	Cabeça-Pescoço	,123	20	,200 ⁺	,944	20
	Gastrointestinal	,122	14	,200 ⁺	,968	14
	Ginecológico	,210	16	,057	,893	16
	Mama	,188	19	,077	,928	19
	Pulmão	,260	7	,167	,941	7
	Urológico	,146	13	,200 ⁺	,959	13

Tests of Normality

	Local	Shapiro-Wilk ^a
		Sig.
Termómetro	Cabeça-Pescoço	,417
	Gastrointestinal	,281
	Ginecológico	,843
	Mama	,186
	Pulmão	,824
	Urológico	,644
HADS_Ansiedade	Cabeça-Pescoço	,178
	Gastrointestinal	,631
	Ginecológico	,587
	Mama	,494
	Pulmão	,839
	Urológico	,086
HADS_Depressão	Cabeça-Pescoço	,286
	Gastrointestinal	,850
	Ginecológico	,063
	Mama	,157
	Pulmão	,648
	Urológico	,740

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

ONEWAY Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão BY Local

/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY WELCH

/MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
Termómetro	Cabeça-Pescoço	20	4,90	2,900	,648
	Gastrointestinal	14	4,29	3,245	,867
	Ginecológico	16	4,88	2,680	,670
	Mama	19	5,26	2,377	,545
	Pulmão	7	6,00	2,380	,900
	Urológico	13	4,15	3,211	,890
	Total	89	4,85	2,794	,296
HADS_Ansiedade	Cabeça-Pescoço	20	10,70	4,305	,963
	Gastrointestinal	14	11,50	3,525	,942
	Ginecológico	16	10,06	4,404	1,101
	Mama	19	11,00	3,464	,795
	Pulmão	7	10,86	4,741	1,792
	Urológico	13	8,15	4,120	1,143
	Total	89	10,42	4,064	,431
HADS_Depressão	Cabeça-Pescoço	20	10,55	4,915	1,099
	Gastrointestinal	14	9,79	4,423	1,182
	Ginecológico	16	9,13	5,214	1,303
	Mama	19	10,16	3,905	,896
	Pulmão	7	8,57	5,798	2,192
	Urológico	13	10,08	6,089	1,689
	Total	89	9,87	4,855	,515

Descriptives

		95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
		Lower Bound	Upper Bound		
Termómetro	Cabeça-Pescoço	3,54	6,26	0	10
	Gastrointestinal	2,41	6,16	0	10
	Ginecológico	3,45	6,30	0	9
	Mama	4,12	6,41	1	9
	Pulmão	3,80	8,20	3	10
	Urológico	2,21	6,09	0	8
	Total	4,27	5,44	0	10
HADS_Ansiedade	Cabeça-Pescoço	8,68	12,72	5	21
	Gastrointestinal	9,46	13,54	5	18
	Ginecológico	7,72	12,41	3	18
	Mama	9,33	12,67	5	17
	Pulmão	6,47	15,24	4	17
	Urológico	5,66	10,64	3	18
	Total	9,56	11,27	3	21
HADS_Depressão	Cabeça-Pescoço	8,25	12,85	1	18
	Gastrointestinal	7,23	12,34	0	17
	Ginecológico	6,35	11,90	2	18
	Mama	8,28	12,04	3	16
	Pulmão	3,21	13,93	0	19
	Urológico	6,40	13,76	0	21
	Total	8,84	10,89	0	21

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Termómetro	,872	5	83	,504
HADS_Ansiedade	,361	5	83	,874
HADS_Depressão	,860	5	83	,512

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F
Termómetro	Between Groups	23,317	5	4,663	,583
	Within Groups	663,784	83	7,997	
	Total	687,101	88		
HADS_Ansiedade	Between Groups	94,431	5	18,886	1,153
	Within Groups	1359,187	83	16,376	
	Total	1453,618	88		
HADS_Depressão	Between Groups	32,161	5	6,432	,261
	Within Groups	2042,221	83	24,605	
	Total	2074,382	88		

ANOVA

		Sig.
Termómetro	Between Groups	,713
	Within Groups	
	Total	
HADS_Ansiedade	Between Groups	,339
	Within Groups	
	Total	
HADS_Depressão	Between Groups	,933
	Within Groups	
	Total	

Robust Tests of Equality of Means

		Statistic ^a	df1	df2	Sig.
Termómetro	Welch	,571	5	31,841	,722
HADS_Ansiedade	Welch	1,102	5	31,272	,379
HADS_Depressão	Welch	,216	5	30,933	,953

a. Asymptotically F distributed.

T-Test

Group Statistics

	Metastases	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Termómetro	Sim	62	4,10	2,750	,349
	Não	18	4,50	3,130	,738
HADS_Ansiedade	Sim	62	10,02	4,103	,521
	Não	18	10,83	3,930	,926
HADS_Depressão	Sim	62	10,02	4,957	,630
	Não	18	8,78	5,174	1,220

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		F	Sig.	t
Termómetro	Equal variances assumed	1,624	,206	-,531
	Equal variances not assumed			-,494
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,236	,629	-,751
	Equal variances not assumed			-,769
HADS_Depressão	Equal variances assumed	,332	,566	,924
	Equal variances not assumed			,902

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Termómetro	Equal variances assumed	78	,597	-,403
	Equal variances not assumed	25,126	,626	-,403
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	78	,455	-,817
	Equal variances not assumed	28,665	,448	-,817
HADS_Depressão	Equal variances assumed	78	,358	1,238
	Equal variances not assumed	26,739	,375	1,238

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
Termómetro	Equal variances assumed	,760	-1,916	1,109
	Equal variances not assumed	,816	-2,084	1,277
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	1,089	-2,984	1,350
	Equal variances not assumed	1,063	-2,992	1,357
HADS_Depressão	Equal variances assumed	1,340	-1,430	3,906
	Equal variances not assumed	1,372	-1,579	4,056

EXAMINE VARIABLES=Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão BY Metastases

/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT

/COMPARE GROUPS

/STATISTICS DESCRIPTIVES

/CINTERVAL 95

/MISSING LISTWISE

/NOTOTAL.

Explore

Metastases

Tests of Normality

Metastases		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk	
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df
Termómetro	Não	,202	18	,051	,900	18
	Sim	,099	62	,200 [*]	,947	62
	Desconhece	,183	26	,053	,919	26
HADS_Ansiedade	Não	,124	18	,200 [*]	,966	18
	Sim	,098	62	,200 [*]	,965	62
	Desconhece	,183	26	,025	,948	26
HADS_Depressão	Não	,190	18	,085	,908	18
	Sim	,067	62	,200 [*]	,985	62
	Desconhece	,126	26	,200 [*]	,965	26

Tests of Normality

Metastases		Shapiro-Wilk ^a
		Sig.
Termómetro	Não	,058
	Sim	,010
	Desconhece	,052
HADS_Ansiedade	Não	,722
	Sim	,070
	Desconhece	,210
HADS_Depressão	Não	,078
	Sim	,652
	Desconhece	,504

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

T-TEST GROUPS=Quimioterapia(1 0)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão

/CRITERIA=CI(.95).

T-Test

Group Statistics

	Quimioterapia	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Termómetro	Sim	70	4,80	2,831	,338
	Não	36	4,44	3,009	,501
HADS_Ansiedade	Sim	70	10,31	4,289	,513
	Não	36	10,25	3,714	,619
HADS_Depressão	Sim	70	9,93	5,083	,608
	Não	36	9,39	4,722	,787

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		F	Sig.	t
Termómetro	Equal variances assumed	,337	,563	,599
	Equal variances not assumed			,588
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	1,429	,235	,076
	Equal variances not assumed			,080
HADS_Depressão	Equal variances assumed	,141	,708	,530
	Equal variances not assumed			,543

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Termómetro	Equal variances assumed	104	,550	,356
	Equal variances not assumed	67,080	,559	,356
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	104	,939	,064
	Equal variances not assumed	80,308	,936	,064
HADS_Depressão	Equal variances assumed	104	,597	,540
	Equal variances not assumed	75,529	,589	,540

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
Termómetro	Equal variances assumed	,593	-,821	1,532
	Equal variances not assumed	,605	-,852	1,563
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,842	-1,605	1,734
	Equal variances not assumed	,804	-1,535	1,664
HADS_Depressão	Equal variances assumed	1,018	-1,479	2,559
	Equal variances not assumed	,994	-1,441	2,520

T-Test

Group Statistics

	Radioterapia	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Termómetro	Sim	60	5,12	2,935	,379
	Não	46	4,11	2,742	,404
HADS_Ansiedade	Sim	60	10,13	4,229	,546
	Não	46	10,50	3,926	,579
HADS_Depressão	Sim	60	10,03	5,158	,666
	Não	46	9,37	4,687	,691

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		F	Sig.	t
Termómetro	Equal variances assumed	,433	,512	1,803
	Equal variances not assumed			1,819
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,007	,933	-,456
	Equal variances not assumed			-,461
HADS_Depressão	Equal variances assumed	,908	,343	,683
	Equal variances not assumed			,692

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Termómetro	Equal variances assumed	104	,074	1,008
	Equal variances not assumed	99,945	,072	1,008
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	104	,649	-,367
	Equal variances not assumed	100,195	,646	-,367
HADS_Depressão	Equal variances assumed	104	,496	,664
	Equal variances not assumed	100,969	,491	,664

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
Termómetro	Equal variances assumed	,559	-,101	2,117
	Equal variances not assumed	,554	-,091	2,107
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,804	-1,960	1,227
	Equal variances not assumed	,796	-1,945	1,212
HADS_Depressão	Equal variances assumed	,972	-1,264	2,591
	Equal variances not assumed	,960	-1,240	2,568

T-Test

Group Statistics

	Cirurgia	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Termómetro	Sim	60	4,40	2,865	,370
	Não	46	5,04	2,898	,427
HADS_Ansiedade	Sim	60	9,98	3,833	,495
	Não	46	10,70	4,401	,649
HADS_Depressão	Sim	60	9,17	4,574	,590
	Não	46	10,50	5,353	,789

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		F	Sig.	t
Termómetro	Equal variances assumed	,010	,920	-1,140
	Equal variances not assumed			-1,139
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	1,273	,262	-,889
	Equal variances not assumed			-,873
HADS_Depressão	Equal variances assumed	1,289	,259	-1,381
	Equal variances not assumed			-1,353

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Termómetro	Equal variances assumed	104	,257	-,643
	Equal variances not assumed	96,422	,258	-,643
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	104	,376	-,712
	Equal variances not assumed	89,478	,385	-,712
HADS_Depressão	Equal variances assumed	104	,170	-1,333
	Equal variances not assumed	88,360	,180	-1,333

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
Termómetro	Equal variances assumed	,564	-1,763	,476
	Equal variances not assumed	,565	-1,765	,478
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,801	-2,301	,877
	Equal variances not assumed	,816	-2,334	,909
HADS_Depressão	Equal variances assumed	,965	-3,248	,581
	Equal variances not assumed	,986	-3,292	,625

FREQUENCIES VARIABLES=Tempo_Diagnóstico

/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Statistics

Tempo_Diagnóstico

N	Valid	106
	Missing	0

Tempo_Diagnóstico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
< 1 ano	17	16,0	16,0	16,0
1 - 2	27	25,5	25,5	41,5
2 - 4	30	28,3	28,3	69,8
Valid 5 - 7	15	14,2	14,2	84,0
8 - 10	1	,9	,9	84,9
> 10 anos	16	15,1	15,1	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Explore

Tempo_Diagnóstico

Tests of Normality

Tempo_Diagnóstico		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk	
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df
Termómetro	< 1 ano	,246	17	,007	,886	17
	1 - 2	,149	27	,131	,966	27
	2 - 4	,143	30	,121	,912	30
	5 - 7	,166	15	,200 [*]	,929	15
	> 10 anos	,162	16	,200 [*]	,947	16
HADS_Ansiedade	< 1 ano	,165	17	,200 [*]	,928	17
	1 - 2	,135	27	,200 [*]	,954	27
	2 - 4	,176	30	,019	,932	30
	5 - 7	,197	15	,122	,920	15
	> 10 anos	,141	16	,200 [*]	,960	16
HADS_Depressão	< 1 ano	,107	17	,200 [*]	,972	17
	1 - 2	,129	27	,200 [*]	,967	27
	2 - 4	,147	30	,096	,946	30
	5 - 7	,139	15	,200 [*]	,960	15
	> 10 anos	,169	16	,200 [*]	,950	16

Tests of Normality

		Tempo_Diagnóstico	Shapiro-Wilk ^a
			Sig.
Termómetro		< 1 ano	,064
		1 - 2	,500
		2 - 4	,076
		5 - 7	,262
		> 10 anos	,445
HADS_Ansiedade		< 1 ano	,199
		1 - 2	,271
		2 - 4	,057
		5 - 7	,192
		> 10 anos	,666
HADS_Depressão		< 1 ano	,854
		1 - 2	,523
		2 - 4	,132
		5 - 7	,694
		> 10 anos	,486

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

ONEWAY Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão BY Tempo_Diagnóstico

/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY WELCH

/MISSING ANALYSIS.

Oneway

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean
						Lower Bound
Termómetro	< 1 ano	17	5,06	3,030	,735	3,50
	1 - 2	27	5,22	2,359	,454	4,29
	2 - 4	30	3,73	3,140	,573	2,56
	5 - 7	15	5,07	3,035	,784	3,39
	> 10 anos	16	4,81	2,903	,726	3,27
	Total	105	4,69	2,897	,283	4,13
HADS_Ansiedade	< 1 ano	17	9,88	4,581	1,111	7,53
	1 - 2	27	11,44	3,191	,614	10,18
	2 - 4	30	10,13	4,091	,747	8,61
	5 - 7	15	8,60	4,239	1,095	6,25
	> 10 anos	16	10,69	4,686	1,172	8,19
	Total	105	10,30	4,104	,401	9,50
HADS_Depressão	< 1 ano	17	8,35	4,885	1,185	5,84
	1 - 2	27	9,22	4,619	,889	7,40
	2 - 4	30	10,87	4,305	,786	9,26
	5 - 7	15	8,53	5,743	1,483	5,35
	> 10 anos	16	11,38	5,644	1,411	8,37
	Total	105	9,78	4,957	,484	8,82

Descriptives

		95% Confidence Interval for Mean	Minimum	Maximum
		Upper Bound		
Termómetro	< 1 ano	6,62	0	9
	1 - 2	6,16	0	10
	2 - 4	4,91	0	10
	5 - 7	6,75	0	9
	> 10 anos	6,36	0	10
	Total	5,25	0	10
HADS_Ansiedade	< 1 ano	12,24	4	18
	1 - 2	12,71	5	18
	2 - 4	11,66	3	18
	5 - 7	10,95	3	16
	> 10 anos	13,18	4	21
	Total	11,09	3	21
HADS_Depressão	< 1 ano	10,86	0	17
	1 - 2	11,05	0	17
	2 - 4	12,47	4	19
	5 - 7	11,71	0	21
	> 10 anos	14,38	1	20
	Total	10,74	0	21

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Termómetro	1,398	4	100	,240
HADS_Ansiedade	1,479	4	100	,214
HADS_Depressão	,424	4	100	,791

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F
Termómetro	Between Groups	39,783	4	9,946	1,194
	Within Groups	832,845	100	8,328	
	Total	872,629	104		
HADS_Ansiedade	Between Groups	84,912	4	21,228	1,273
	Within Groups	1666,936	100	16,669	
	Total	1751,848	104		
HADS_Depressão	Between Groups	142,463	4	35,616	1,476
	Within Groups	2413,499	100	24,135	
	Total	2555,962	104		

ANOVA

		Sig.
Termómetro	Between Groups	,318
	Within Groups	
	Total	
HADS_Ansiedade	Between Groups	,285
	Within Groups	
	Total	
HADS_Depressão	Between Groups	,215
	Within Groups	
	Total	

Robust Tests of Equality of Means

		Statistic ^a	df1	df2	Sig.
Termómetro	Welch	1,090	4	42,968	,374
HADS_Ansiedade	Welch	1,421	4	42,147	,244
HADS_Depressão	Welch	1,366	4	42,217	,262

a. Asymptotically F distributed.

T-TEST GROUPS=Medicação_dor(1 0)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão

/CRITERIA=CI(.95).

```
EXAMINE VARIABLES=Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão BY Medicação_dor
```

```
/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
```

```
/COMPARE GROUPS
```

```
/STATISTICS DESCRIPTIVES
```

```
/CINTERVAL 95
```

```
/MISSING LISTWISE
```

```
/NOTOTAL.
```

Explore

Medicação_dor

Tests of Normality

Medicação_dor		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk	
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df
Termómetro	Não	,265	6	,200*	,799	6
	Sim	,127	99	,000	,953	99
HADS_Ansiedade	Não	,281	6	,149	,877	6
	Sim	,143	99	,000	,967	99
HADS_Depressão	Não	,206	6	,200*	,879	6
	Sim	,098	99	,020	,980	99

Tests of Normality

Medicação_dor		Shapiro-Wilk ^a
		Sig.
Termómetro	Não	,058
	Sim	,001
HADS_Ansiedade	Não	,258
	Sim	,014
HADS_Depressão	Não	,264
	Sim	,140

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

T-TEST GROUPS=Medicação_dor(1 0)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão

/CRITERIA=CI(.95).

T-Test

Group Statistics

	Medicação_dor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Termómetro	Sim	99	4,79	2,800	,281
	Não	6	3,00	4,147	1,693
HADS_Ansiedade	Sim	99	10,36	4,169	,419
	Não	6	9,17	2,858	1,167
HADS_Depressão	Sim	99	9,91	4,885	,491
	Não	6	7,67	6,154	2,512

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		F	Sig.	t
Termómetro	Equal variances assumed	2,342	,129	1,476
	Equal variances not assumed			1,042
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	2,198	,141	,692
	Equal variances not assumed			,966
HADS_Depressão	Equal variances assumed	1,293	,258	1,077
	Equal variances not assumed			,876

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Termómetro	Equal variances assumed	103	,143	1,788
	Equal variances not assumed	5,280	,343	1,788
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	103	,491	1,197
	Equal variances not assumed	6,367	,369	1,197
HADS_Depressão	Equal variances assumed	103	,284	2,242
	Equal variances not assumed	5,389	,418	2,242

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
Termómetro	Equal variances assumed	1,211	-,614	4,190
	Equal variances not assumed	1,716	-2,555	6,130
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	1,730	-2,234	4,628
	Equal variances not assumed	1,240	-1,794	4,188
HADS_Depressão	Equal variances assumed	2,083	-1,888	6,373
	Equal variances not assumed	2,560	-4,197	8,682

NPAR TESTS

/M-W= Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão BY Medicação_dor(0 1)

/MISSING ANALYSIS.

FILTER OFF.

USE ALL.

EXECUTE.

NPAR TESTS

/M-W= Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão BY Medicação_dor(0 1)

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	Medicação_dor	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Termómetro	Não	6	36,25	217,50
	Sim	100	54,54	5453,50
	Total	106		
HADS_Ansiedade	Não	6	47,58	285,50
	Sim	100	53,86	5385,50
	Total	106		
HADS_Depressão	Não	6	42,42	254,50
	Sim	100	54,17	5416,50
	Total	106		

Test Statistics^a

	Termómetro	HADS_Ansiedade	HADS_Depressão
Mann-Whitney U	196,500	264,500	233,500
Wilcoxon W	217,500	285,500	254,500
Z	-1,425	-,487	-,911
Asymp. Sig. (2-tailed)	,154	,626	,362

a. Grouping Variable: Medicação_dor

T-TEST GROUPS=Apoio_Psicológico(1 0)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão

/CRITERIA=CI(.95).

T-Test

Group Statistics

	Apoio_Psicológico	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Termómetro	Sim	23	4,87	2,668	,556
	Não	83	4,63	2,954	,324
HADS_Ansiedade	Sim	23	12,04	4,587	,957
	Não	83	9,81	3,824	,420
HADS_Depressão	Sim	23	12,04	4,436	,925
	Não	83	9,11	4,916	,540

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		F	Sig.	t
Termómetro	Equal variances assumed	,630	,429	,356
	Equal variances not assumed			,377
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	1,716	,193	2,374
	Equal variances not assumed			2,141
HADS_Depressão	Equal variances assumed	1,039	,310	2,585
	Equal variances not assumed			2,741

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Termómetro	Equal variances assumed	104	,722	,243
	Equal variances not assumed	38,296	,708	,243
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	104	,019	2,236
	Equal variances not assumed	30,979	,040	2,236
HADS_Depressão	Equal variances assumed	104	,011	2,935
	Equal variances not assumed	38,332	,009	2,935

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
Termómetro	Equal variances assumed	,682	-1,110	1,596
	Equal variances not assumed	,644	-1,060	1,546
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,942	,368	4,104
	Equal variances not assumed	1,045	,106	4,367
HADS_Depressão	Equal variances assumed	1,136	,683	5,187
	Equal variances not assumed	1,071	,768	5,102

EXAMINE VARIABLES=Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão BY Apoio_Psicológico

/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT

/COMPARE GROUPS

/STATISTICS DESCRIPTIVES

/CINTERVAL 95

/MISSING LISTWISE

/NOTOTAL.

Explore

Apoio_Psicológico

Tests of Normality

Apoio_Psicológico		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk	
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df
Termómetro	Não	,126	83	,002	,947	83
	Sim	,186	23	,038	,922	23
HADS_Ansiedade	Não	,150	83	,000	,968	83
	Sim	,121	23	,200 [†]	,939	23
HADS_Depressão	Não	,124	83	,003	,968	83
	Sim	,115	23	,200 [†]	,968	23

Tests of Normality

Apoio_Psicológico		Shapiro-Wilk ^a
		Sig.
Termómetro	Não	,002
	Sim	,074
HADS_Ansiedade	Não	,039
	Sim	,171
HADS_Depressão	Não	,037
	Sim	,630

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

T-TEST GROUPS=Apoio_Psiquiátrico(1 0)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão

/CRITERIA=CI(.95).

T-Test

Group Statistics

	Apoio_Psiquiátrico	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Termómetro	Sim	25	5,56	2,844	,569
	Não	81	4,41	2,858	,318
HADS_Ansiedade	Sim	25	12,28	4,267	,853
	Não	81	9,68	3,850	,428
HADS_Depressão	Sim	25	11,92	3,707	,741
	Não	81	9,07	5,106	,567

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		F	Sig.	t
Termómetro	Equal variances assumed	,020	,889	1,765
	Equal variances not assumed			1,769
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	1,234	,269	2,878
	Equal variances not assumed			2,725
HADS_Depressão	Equal variances assumed	4,055	,047	2,581
	Equal variances not assumed			3,048

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Termómetro	Equal variances assumed	104	,081	1,153
	Equal variances not assumed	40,122	,084	1,153
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	104	,005	2,601
	Equal variances not assumed	36,874	,010	2,601
HADS_Depressão	Equal variances assumed	104	,011	2,846
	Equal variances not assumed	54,703	,004	2,846

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
Termómetro	Equal variances assumed	,653	-,143	2,448
	Equal variances not assumed	,652	-,164	2,469
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,904	,809	4,393
	Equal variances not assumed	,955	,666	4,536
HADS_Depressão	Equal variances assumed	1,103	,659	5,032
	Equal variances not assumed	,934	,975	4,717

EXAMINE VARIABLES=Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão BY Apoio_Psiquiátrico

/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT

/COMPARE GROUPS

/STATISTICS DESCRIPTIVES

/CINTERVAL 95

/MISSING LISTWISE

/NOTOTAL.

Explore

Apoio_Psiquiátrico

Tests of Normality

Apoio_Psiquiátrico		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk	
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df
Termómetro	Não	,084	81	,200 [*]	,955	81
	Sim	,245	25	,000	,883	25
HADS_Ansiedade	Não	,113	81	,012	,974	81
	Sim	,139	25	,200 [*]	,928	25
HADS_Depressão	Não	,114	81	,011	,975	81
	Sim	,113	25	,200 [*]	,960	25

Tests of Normality

Apoio_Psiquiátrico		Shapiro-Wilk ^a
		Sig.
Termómetro	Não	,006
	Sim	,008
HADS_Ansiedade	Não	,092
	Sim	,076
HADS_Depressão	Não	,111
	Sim	,413

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

NPAR TESTS

/M-W= Termómetro BY Apoio_Psiquiátrico(0 1)

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

Apoio_Psiquiátrico		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Não		81	50,54	4093,50
Termómetro	Sim	25	63,10	1577,50
Total		106		

Test Statistics^a

	Termómetro
Mann-Whitney U	772,500
Wilcoxon W	4093,500
Z	-1,799
Asymp. Sig. (2-tailed)	,072

a. Grouping Variable: Apoio_Psiquiátrico

T-TEST GROUPS=Medicação_Psi(1 0)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão

/CRITERIA=CI(.95).

T-Test

Group Statistics

	Medicação_Psi	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Termómetro	Sim	44	5,45	2,905	,438
	Não	62	4,13	2,761	,351
HADS_Ansiedade	Sim	44	11,05	4,275	,645
	Não	62	9,76	3,891	,494
HADS_Depressão	Sim	44	10,80	4,391	,662
	Não	62	9,00	5,213	,662

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means
		F	Sig.	t
Termómetro	Equal variances assumed	,674	,414	2,383
	Equal variances not assumed			2,363
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,462	,498	1,611
	Equal variances not assumed			1,585
HADS_Depressão	Equal variances assumed	2,612	,109	1,863
	Equal variances not assumed			1,918

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Termómetro	Equal variances assumed	104	,019	1,326
	Equal variances not assumed	89,786	,020	1,326
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	104	,110	1,287
	Equal variances not assumed	87,174	,117	1,287
HADS_Depressão	Equal variances assumed	104	,065	1,795
	Equal variances not assumed	100,890	,058	1,795

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
Termómetro	Equal variances assumed	,556	,223	2,428
	Equal variances not assumed	,561	,211	2,440
HADS_Ansiedade	Equal variances assumed	,799	-,297	2,872
	Equal variances not assumed	,812	-,327	2,902
HADS_Depressão	Equal variances assumed	,964	-,116	3,707
	Equal variances not assumed	,936	-,062	3,653

CORRELATIONS

/VARIABLES=Termómetro HADS_Ansiedade HADS_Depressão

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlations

Correlations

		Termómetro	HADS_Ansiedade	HADS_Depressão
Termómetro	Pearson Correlation	1	,284**	,192*
	Sig. (2-tailed)		,003	,048
	N	106	106	106
HADS_Ansiedade	Pearson Correlation	,284**	1	,635**
	Sig. (2-tailed)	,003		,000
	N	106	106	106
HADS_Depressão	Pearson Correlation	,192*	,635**	1
	Sig. (2-tailed)	,048	,000	
	N	106	106	106

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).