

**Catarina Possenti Sette**



**SUORTE SOCIAL, QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO  
EM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

**Apoio:**



**ITATIBA  
2015**

**Catarina Possenti Sette**

**SUPORTE SOCIAL, QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO  
EM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco, Área de Concentração - Avaliação Psicológica, para obtenção do título de Mestre.

ORIENTADOR: CLÁUDIO GARCIA CAPITÃO

ITATIBA  
2015

158.97 S519s	Sette, Catarina Possenti. Suporte social, qualidade de vida e depressão em pacientes oncológicos / Catarina Possenti Sette. -- Itatiba, 2015. 93 p.  Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós- Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Psicologia da Universidade São Francisco. Orientação de: Cláudio Garcia Capitão.  1. Apoio social. 2. Qualidade de vida. 3. Sintomas depressivos. 4. Câncer. 5. Oncologia. I. Capitão, Cláudio Garcia. II. Título.
-----------------	--

Ficha catalográfica elaborada pelas bibliotecárias do Setor de  
Processamento Técnico da Universidade São Francisco.



**UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU***  
**EM PSICOLOGIA**

Catarina Possenti Sette defendeu a dissertação “SUPORTE SOCIAL, QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS” aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em 24 de junho de 2015 pela Banca Examinadora constituída por:

---



Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão  
Orientador e Presidente

---



Prof. Dr. Lucas de Francisco Carvalho  
Examinador

---



Profa. Dra. Marjorie Cristina Rocha da Silva  
Examinadora

## DEDICATÓRIA

AOS MEUS PAIS, MÔNICA E FRANCISCO, E À MINHA IRMÃ MARINA.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e a minha irmã, pelo amor incondicional, por sempre mostrarem minha capacidade, e pelo enorme incentivo que não me fizeram desanimar diante das adversidades.

Ao Paolo, pelas trocas de experiências, crescimento pessoal e por sempre me ajudar a enxergar o lado bom da vida, tornando-a mais leve.

Aos meus amigos, em especial Jonatha, Camila, Ana Devys, Ana Maria, Vanessa, Fernanda, Gildenir, que me apoiaram nessa jornada e fizeram com que ela fosse mais tranquila, sempre trazendo alegria para nossos dias.

Ao meu orientador, Dr. Cláudio Garcia Capitão, por conseguir tornar as coisas mais simples, pelos ensinamentos, apoio, paciência, e também confiança durante a elaboração deste trabalho.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco pela contribuição nesta jornada em busca do conhecimento, contribuindo para o meu crescimento profissional e pessoal. Em especial, meu agradecimento ao professor Dr. Lucas de Francisco Carvalho, pela parceria, confiança e pelo interminável conhecimento passado, e claro os muitos e-mails!

Aos membros da banca de qualificação e de defesa, Selma Martinelli, Lucas de Francisco Carvalho e Marjorie Cristina Rocha da Silva, que contribuíram com meu trabalho com ideias e reflexões.

As instituições que abriram espaço e oportunidades para a realização da coleta de dados, e aos pacientes que sem eles este estudo não teria se concretizado.

E finalmente, a CAPES, pelo apoio financeiro para realização deste estudo.

MUITO OBRIGADA!

## Sumário

LISTA DE TABELA.....	viii
LISTA DE ANEXOS .....	ix
RESUMO .....	x
ABSTRACT .....	xi
CAPÍTULO 1 .....	1
APRESENTAÇÃO.....	1
REFERÊNCIAS ....	3
CAPÍTULO 2 .....	5
INVESTIGAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS .....	5
RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUÇÃO.....	7
MÉTODO.....	23
PARTICIPANTES.....	23
INSTRUMENTOS.....	23
PROCEDIMENTOS.....	26
RESULTADOS.....	28
DISCUSSÃO.....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS.....	50

CAPÍTULO 3 .....	58
SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES COM CÂNCER .....	58
RESUMO .....	58
ABSTRACT .....	59
INTRODUÇÃO.....	60
MÉTODO.....	67
PARTICIPANTES.....	67
INSTRUMENTOS.....	67
PROCEDIMENTOS.....	70
RESULTADOS.....	72
DISCUSSÃO.....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS.....	82
CAPÍTULO 4.....	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	88
ANEXOS .....	91

## Lista de tabelas e figuras

### ARTIGO 1 (Capítulo 2)

Tabela 1. Valores de média e desvio padrão da pontuação nas dimensões da EPSUS-A e a diferença de média entre os estudos.....28

Tabela 2. Valores de média e desvio padrão da pontuação nas dimensões da SF-36 e a diferença de média para as pontuações dos estudos.....30

Tabela 3. Diferença de média entre as pontuações nos instrumentos com base na variável sexo .....32

Tabela 5. Diferença de média entre as pontuações nos instrumentos com base no diagnóstico.....33

Tabela 6. Diferença de média entre as pontuações nos instrumentos para os pacientes com ou sem metástase.....34

Tabela 7. Diferença de média entre as pontuações nos instrumentos com base na variável tempo de tratamento.....35

Figura 1. Mapa de perfil nas dimensões da EPSUS-A.....29

Figura 2. Mapa de perfil dos estudos nos domínios da SF-36.....30

### ARTIGO 2 (Capítulo 3)

Tabela 1. Resultados acerca do diagnóstico da depressão.....72

Tabela 2. Estatística descritiva e diferença entre grupos e variável sexo para o escore total da EBADEP-HOSP-AMB.....73

Tabela 4. Diferença de grupos na EBADEP-HOSP-AMB nos domínios Aspectos emocionais e Saúde mental da SF-36 e escore total de suporte social (EPSUS-A).....74

## Lista de anexos

Anexo 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	91
Anexo 2 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco.....	92

## Resumo

Sette, C.P. (2015). *Suporte social, qualidade de vida e depressão em pacientes oncológicos*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

O câncer é a segunda causa de morte no mundo, além de ser considerada uma doença grave e incapacitante. Em situações de crise, como é o caso do diagnóstico e tratamento do câncer, o suporte social é apontado como fator protetor e associado positivamente a qualidade de vida. Outra variável relevante no diagnóstico do câncer é a depressão, apontada como o transtorno mental mais comum nesses pacientes. Diante da complexidade do câncer e o impacto gerado nos pacientes, este trabalho teve por objetivo investigar o suporte social, a qualidade de vida e os sintomas depressivos em pacientes com câncer. Para tanto, a pesquisa foi dividida em dois artigos, *Investigação do suporte social e qualidade de vida em pacientes oncológicos* e *Sintomas depressivos em pacientes com câncer*. O primeiro artigo propõe uma visão panorâmica da área da Psicologia da saúde e da Psico-oncologia, além de verificar como é percebido o apoio social e qualidade de vida para tais pacientes, analisando diferenças em relação a outras amostras, ao sexo, a presença de metástase e ao tempo de tratamento. Os resultados demonstraram que os pacientes com câncer têm satisfatório suporte social, e maior quando comparado ao grupo de universitários. Ainda, os homens, as pacientes com diagnóstico de câncer de mama, as pessoas sem presença de metástase e aqueles com maior tempo de tratamento, no geral, apresentaram maior satisfação com o apoio social. Em relação a qualidade de vida, de acordo com o ponto de corte, foi referida como boa, porém ao realizar comparação com outras amostras, observou-se que a qualidade de vida dos pacientes é pior do que as pessoas da população geral. O segundo artigo visa apresentar as taxas de diagnóstico da depressão, as incidências dos sintomas depressivos e as diferenças entre grupos com base nas variáveis sexo, diagnóstico de depressão, diagnóstico de câncer, saúde mental e suporte social. Os resultados indicaram uma taxa baixa de pacientes diagnosticados com depressão e que fazem uso da medicação. Em relação as diferenças com base nas variáveis, observou-se as mulheres, os pacientes com pior saúde mental e com menor satisfação do suporte social com maiores escores na escala de sintomatologia depressiva. Dentre as limitações do estudo, destaca-se o número reduzido da amostra, decorrente da dificuldade de acesso aos pacientes, além dos diagnósticos de câncer, tempo e tratamento serem variados. Sugere-se que estudos futuros considerem o mesmo diagnóstico de câncer, além de tempo e tipo de tratamentos semelhantes.

**Palavras-chave:** apoio social, qualidade de vida, sintomas depressivos, câncer, oncologia.

## Abstract

Sette, C.P. (2015). *Social support, quality of life and depression in cancer patients*. Master's Thesis, Post-Graduate Studies in Psychology, São Francisco University, Itatiba, São Paulo.

Cancer is the second leading cause of death worldwide, and is considered a serious and disabling disease. In crisis situations, such as the diagnosis and treatment of cancer, social support is identified as a protective factor and positively associated with quality of life. Another important variable in cancer diagnosis is depression, identified as the most common mental disorder in these patients. Given the complexity of cancer and the impact generated in patients, this study aimed to investigate the social support, quality of life and depressive symptoms in cancer patients. Therefore, the research was divided into two articles, social support research and quality of life in cancer patients and depressive symptoms in cancer patients. The first article presents an overview of the Health Psychology area and Psycho-oncology, and see how it is perceived social support and quality of life for such patients, analyzing differences with other samples, sex, the presence of metastasis and treatment time. The results showed that cancer patients have satisfactory social support, and higher compared to the university group. Still, men, patients with breast cancer, those without metastasis and those with longer treatment, in general, showed greater satisfaction with social support. Regarding quality of life, according to the cutoff it was reported as good, but when performing compared to other samples, it was observed that the quality of life of patients is worse than people in the general population. The second article presents the rates of diagnosis of depression, the incidence of depressive symptoms and the differences between groups based on gender, diagnosis of depression, diagnosis of cancer, mental health and social support. The results indicated a low rate of patients diagnosed with depression and who make use of the medication. Regarding the differences based on variables, there was women, patients with worse mental health and less satisfaction with social support with higher scores on the scale of depressive symptoms. Among the study's limitations, there is the small sample size, due to the difficult access to patients, in addition to cancer diagnoses, and treatment time are varied. It is suggested that future studies consider the same cancer diagnosis, as well as time and type of similar treatments.

**Keywords:** social support, quality of life, depressive symptoms, cancer, oncology.

# CAPÍTULO 1

## Apresentação

Atualmente o câncer é apontado como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, devido às altas taxas de incidência, prevalência, mortalidade, além do impacto biopsicossocial que gera no paciente, na família e na rede social (WHO, 2005; Inca, 2014). O câncer é interpretado, por vezes, como uma doença de estigma negativo, além de ser considerado sinônimo de sofrimento e morte, podendo comprometer a vida dos pacientes nos aspectos físicos, psicológicos ou sociais, caracterizando-se como uma doença de evolução progressiva e agressiva, com sintomas debilitantes e tratamento prolongado e com efeitos colaterais desagradáveis (Espírito Santo & Souza, 2008). A partir dessas constatações, despertou-se o interesse em pesquisadores da área médica, de enfermagem e da psicologia para possibilitar melhores intervenções na oncologia, além de gerar questionamentos a respeito de como compreender o processo de adoecimento e as condições que afetam o paciente. Verifica-se, no contexto da enfermidade, que é de fundamental importância o conhecimento e a identificação dos fatores que atuam como protetores tais como, o suporte social da rede na qual está inserido, de forma a auxiliá-lo no enfrentamento de diversas situações e melhorar a sua qualidade de vida e os fatores de risco, como a depressão.

A pertinência do estudo do suporte social nos pacientes com câncer deve-se ao fato de que diversas pesquisas empíricas demonstraram sua funcionalidade enquanto variável amortecedora frente a eventos estressores, assim como o suporte social também pode ser considerado como uma variável associada positivamente qualidade de vida (Cobb, 1976;

House, Landis & Umberson, 1988; Compton, Thompson & Kaslow, 2005; Froehlich, Fialkowski, Scheers, Wilcox & Lawrence, 2006; Horowitz, Reinhardt, Boerner & Travis, 2003; dentre outros). A Organização Mundial da Saúde – OMS (1998) considera a influência do suporte social no processo saúde-doença de acordo com a percepção do indivíduo. Quando o sujeito apresenta percepção mais positiva do seu suporte social, ele pode desempenhar função reforçadora e benéfica para a saúde e enfraquecedora para o estresse, possibilitando a melhora na qualidade de vida. Porém, quando o indivíduo percebe o suporte social como inadequado, este poderá influenciar de forma negativa sua vida, proporcionando aumento do estresse e da probabilidade do desenvolvimento de algumas patologias, como é o caso da ansiedade e depressão. Em relação à depressão, a relevância deste construto psicológico se dá pela literatura demonstrar ser a patologia mais frequente em pacientes com câncer (Bottino, Fráguas & Gattaz, 2009).

Ao que concerne à ciência psicológica nesse contexto, em âmbito nacional, observa-se uma escassez de publicações que tem por escopo a compreensão das implicações psicológicas que permeiam o adoecimento. A partir dessas constatações, delineou-se este estudo, que teve por objetivo investigar o suporte social, a qualidade de vida e os sintomas depressivos em pacientes com câncer. A presente pesquisa foi composta por dois artigos, sendo que o primeiro deles fornece ao leitor dados acerca da Psicologia da Saúde, da Psico-oncologia, da conceituação sobre suporte social e qualidade de vida, demonstrando a importância desses construtos no momento de adoecimento, além de avaliar empiricamente o suporte social e qualidade de vida de pacientes com câncer. Posteriormente, no segundo estudo, é abordado os sintomas depressivos em pacientes com câncer e as possíveis diferenças com base na variável sexo, saúde mental e suporte social. Por fim, é apresentado as considerações finais desta pesquisa e a lista de anexos.

## Referências

- Bottino, S. M. B., Fráguas, R. & Gattaz, W. F. (2009). Depressão e câncer. *Revista Psiquiatria Clínica*, 36(3), 109-115.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Compton, M. T., Thompson, N. J. & Kaslow, N. J. (2005). Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: The protective role of family relationships and social support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 175–185.
- Espírito Santo, F. H., & Souza, M. G. G. (2008). O olhar que olha o outro... Um estudo com familiares de pacientes em quimioterapia antineoplásica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(1), 31-41.
- Froehlich, J. P., Fialkowski, G. M., Scheers, N. J., Wilcox, P. C. & Lawrence, R. T. (2006). Spiritual maturity and social support in a national study of a male religious order. *Pastoral Psychology*, 54(5), 465-478.
- Horowitz, A., Reinhardt, J. P., Boerner, K. & Travis, L. A. (2003). The influence of health, social support quality and rehabilitation on depression among disabled elders *Aging & Mental Health*, 7(5): 342–350.
- House, J.S., Landis, K.R., Umberson, D., 1988. Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- World Health Organization - WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Disponível em: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf). Acessado em: 10/09/2014.

World Health Organization. (2005). *Union International against Cancer. Global action against cancer*. Geneva: WHO.

## Capítulo 2

### Investigação do suporte social e qualidade de vida em pacientes oncológicos

#### Resumo

Sette, C.P. (2015). *Investigação do suporte social e qualidade de vida em pacientes oncológicos*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

O câncer é uma doença considerada grave e incapacitante, com possibilidade de afetar diversas dimensões da vida do paciente. Torna-se importante investigar os fatores protetores para que o sujeito se adapte da melhor maneira possível a essa nova realidade e possa ter qualidade de vida no adoecimento. Dentre os elementos importantes para tal adaptação, o suporte social é considerado fator amortecedor frente a eventos estressantes, como o câncer, assim como a qualidade de vida vem sendo investigada nesses pacientes para melhores condições no adoecimento e na sobrevida. O objetivo do presente estudo foi investigar o suporte social e qualidade de vida em pacientes oncológicos. Para tanto, participaram 68 pacientes diagnosticados com câncer, 85,3% mulheres e 67,6% eram casados e a idade variou entre 25 anos e 83 anos (M=55,4; DP=13,3). Os instrumentos utilizados foram Questionário de Identificação, Escala de Percepção de Suporte Social e *o Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey (SF-36)* para mensurar a qualidade de vida. Os resultados demonstraram que a dimensão com melhor escore do apoio social foi Afetivo e a pior Interação Social. No que se refere à qualidade de vida, esta foi referida como boa pelos pacientes, exceto no domínio Físico. Os resultados encontrados também demonstram que existem diferenças, tanto para suporte social quanto pra qualidade de vida quando comparados a outras amostras de população geral e outro diagnóstico de câncer; em relação ao sexo, ao tipo de diagnóstico; a presença ou não de metástase, além do tempo de tratamento. Ressalta-se a importância de se avaliar o suporte social e a qualidade de vida para que seja possível realizar melhores intervenções para esses pacientes que já estão em um período difícil. Sugere-se para estudos futuros que a amostra seja maior, avaliem pacientes com um mesmo diagnóstico e que estejam realizando o mesmo tipo e tempo de tratamento, uma vez que cada um irá trazer resultados, impacto e efeitos colaterais diferentes na vida do paciente.

**Palavras-chave:** apoio social, câncer, qualidade de vida, rede social.

## Abstract

Sette, C.P. (2015). *Investigation of social support and quality of life in cancer patients*. Master's Thesis, Post-Graduate Studies in Psychology, University San Francisco, Itatiba, São Paulo.

Cancer is a disease considered severe and disabling, with the possibility to affect various aspects of life of the patient. It is important to investigate protective factors for the subject to adapt the best possible way to this new reality and to have quality of life in illness. Among the important elements in this adaptation, social support is considered damper forward factor to stressful events, such as cancer, as well as the quality of life has been investigated in these patients to better conditions in sickness and survival. The aim of this study was to investigate the social support and quality of life in cancer patients. Therefore, participated 68 patients diagnosed with cancer, 85.3% women and 67.6% were married and the age ranged from 25 years to 83 years ( $M = 55.4$ ,  $SD = 13.3$ ). The instruments used were Identification Questionnaire, Social Support Scale and the Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey (SF-36) to measure the quality of life. The results showed that the scale with best score of social support was the worst Affective and Social Interaction. As regards the quality of life, it was referred to as good by patients, except in the physical domain. The results also found show that there are differences, both for social support as to quality of life when compared to other samples of the general population and another cancer diagnosis; about sex, type of diagnosis; the presence or absence of metastasis beyond the treatment time. The importance of assessing social support and quality of life so that you can perform better interventions for these patients who are already in a difficult period is emphasized. It is suggested for further studies that the sample is larger evaluate patients with the same diagnosis and are performing the same type and treatment time, since each one will bring results, impact and different side effects on the patient's life.

**Keywords:** social support, cancer, quality of life, social network.

## Introdução

A procura por fatores psicológicos capazes de explicar, mesmo que parcialmente, a vulnerabilidade individual a determinadas enfermidades remonta à Grécia Clássica, cerca de 400 anos a.C.. Entretanto, o ensino da psicologia na formação médica foi introduzido somente no começo do século XX, nos Estados Unidos, concomitantemente com a inserção dos primeiros psicólogos em hospitais gerais (De Marco, 2003; Ogden, 1999). No Brasil, os primeiros serviços de psicologia hospitalar foram implantados na década de 1950, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Cerqueira-Silva, Dessen & Costa Júnior, 2011).

No decorrer do século XX, o reconhecimento científico de que aspectos psicológicos interferem sobre a etiologia de algumas doenças, chamadas de somáticas, subsidiou um movimento crescente de questionamentos em relação à orientação biomédica da assistência à saúde (Matarazzo, 1980). Duas mudanças fundamentais marcaram esse momento, de um lado, a concepção do modelo biomédico de causa e efeito que é centrado em fatores biológicos como causadores das doenças e na farmacologia como principal opção resolutive de tratamento. De outro, passa-se a considerar a perspectiva ecológica visando à compreensão dos comportamentos relacionados à saúde em função de contextos culturais e sociais, além de atribuir ao comportamento humano, a principal causa de morbidade e mortalidade (Baptista, Capitão & Scortegagna, 2006; Teixeira, 2000).

De forma geral, os fatores psicossociais ou comportamentais influenciam a saúde e a doença. As variáveis emocionais podem ser precedentes do desenvolvimento da disfunção física, e por sua vez, as enfermidades desencadeadas por fatores orgânicos também podem

suscitar diferentes reações psicológicas. Nesse contexto, a saúde pode ser influenciada por diversas condições, como diferenças individuais, sistema de crenças e atitudes, comportamentos, traços da personalidade, rede de suporte social e também de acordo com o ambiente que o sujeito está inserido (Baum & Posluszny, 1999).

A partir dos questionamentos acerca dos aspectos psicológicos, deu-se o desenvolvimento de modelos de saúde que priorizam a educação e atenção integral ao sujeito (chamados biopsicossociais) em detrimento do modelo tradicional (biomédico). Os modelos biopsicossociais proporcionam uma visão integral do sujeito e do processo saúde-doença, englobando as dimensões física, psíquica e social. A saúde física diz respeito ao corpo não apenas livre de doenças, mas envolve os hábitos referentes ao comportamento e ao estilo de vida. A saúde social envolve as boas habilidades interpessoais, os relacionamentos presentes na vida daquele sujeito e as atividades socioculturais das quais o mesmo faz parte. A saúde psicológica engloba, apesar das diferenças culturais, a capacidade de pensar de maneira objetiva e clara, apresentar autoestima adequada e consciência de bem-estar, criatividade, habilidade intelectual, estabilidade emocional, bem como funcionamento estável da personalidade (De Marco, 2006; Nicassio, Meyerowitz & Kerns, 2004).

Dentro desse paradigma, surge na década de 1970 a Psicologia da Saúde, baseada na perspectiva biopsicossocial e propondo modificações necessárias para atender às novas exigências no campo da saúde, além de se constituir uma das formas de se compreender o adoecimento e as maneiras pelas quais o homem pode se manter saudável. O desafio mais importante foi a superação do modelo biomédico, uma vez que o estilo de vida e padrões comportamentais se revelavam como uma das principais causas de morbidade e de mortalidade. Os principais fatores, responsáveis pela maior parte das doenças e mortes

prematuras nos Estados Unidos referiam-se aos comportamentos de risco, como o fumo e o uso abusivo de álcool e drogas, entre outros. Este fato evidencia que a relação entre causa e efeito implícita nas teorias epidemiológicas mais antigas baseadas no modelo biomédico começou a enfraquecer, pois as doenças não mais demonstravam uma origem prioritariamente patogênica (Capitão, Scortegagna, & Baptista, 2005). A relação do comportamento do sujeito com os aspectos ambientais, orgânicos e sociais torna-se o equivalente ao germe para as novas epidemias. Como resultado, passa-se a priorizar a abordagem integral ao sujeito com o objetivo de “imunizar” as doenças relacionadas às etiologias comportamentais (Ribeiro, 1998).

A Psicologia da Saúde simboliza o rompimento com o modelo linear de saúde, os denominamos biomédicos. Variáveis biológicas, psicológicas e sociais são consideradas de maneira integrada e inter-relacionadas ao processo saúde-doença, estabelecendo assim indicadores importantes de como sujeitos e grupos enfrentam tal processo e aderem, ou não, aos tratamentos médicos (Cerqueira-Silva et al., 2011; Suls & Hothman, 2004). Pode ser compreendida como um domínio da psicologia que emprega diversos conhecimentos decorrentes de estudos e pesquisas psicológicas, a fim de promover e proteger a saúde. Outro objetivo fundamental é prevenir e tratar enfermidades, bem como identificar etiologias e disfunções associadas às doenças, compreendendo como os fatores biológicos (internos), comportamentais e sociais (externos) influenciam no processo saúde-doença visando à contribuição no bem-estar, por meio de intervenções psicológicas (APA, 2011; Teixeira, 2004). Analisar e estimular a melhoria do sistema de cuidados de saúde que contribuem com o aprimoramento da política de saúde, são objetivos complementares (Almeida & Malagris, 2011).

Vale ressaltar que a Psicologia da Saúde estuda as influências psicológicas na saúde, os fatores responsáveis e as mudanças de comportamento no adoecimento (Taylor, 2002). Esta não se restringe apenas a ambientes hospitalares ou a centros de saúde, mas se aplica a todos os programas que venham evidenciar a saúde física e mental coletiva (Baptista & Dias, 2003). Uma das áreas da Psicologia da Saúde é a Psico-oncologia, nascida nos Estados Unidos, no *Memorial Sloan Kettering Hospital*, de Nova Iorque e também foco deste presente estudo (Veit & Carvalho, 2010).

A Psico-oncologia é considerada uma interface entre oncologia e psicologia, além de ser um campo interdisciplinar da saúde que estuda as variáveis psicológicas e comportamentais envolvidas no desenvolvimento, tratamento e reabilitação de pacientes com câncer. O objetivo principal é auxiliar paciente e família a enfrentar o processo da doença, identificando fatores psicossociais para que a intervenção tenha como foco a adaptação a essa nova situação de vida (Costa Junior, 2001; Veit & Carvalho, 2010).

De acordo com a última estimativa, divulgada em Fevereiro de 2014 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), são esperados cerca de 27 milhões de novos casos de câncer incidentes, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivendo com algum tipo de neoplasia no mundo, para o ano de 2030. No Brasil, de acordo com estimativas para o ano de 2014 e 2015 são esperados cerca de 576 mil casos novos de câncer, sendo 204 mil entre as mulheres e 190 mil entre os homens (desconsiderando os casos de câncer de pele não melanoma, dada sua alta incidência) (Inca, 2014). É atualmente considerado um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, devido as suas altas taxas de incidência, prevalência, mortalidade e o impacto biopsicossocial que gera no paciente, na família e em sua rede social (Santos Junior, 2013).

O câncer é compreendido como uma doença complexa que pode comprometer de forma significativa a vida dos pacientes em diferentes dimensões (biológica, psicológica e social), além de ser considerada uma patologia grave e incapacitante (Espírito Santo & Souza, 2008). Ao ser confrontado com o diagnóstico é comum o indivíduo apresentar diversos medos, entre eles o medo do sofrimento nos tratamentos; do desfiguramento causado pela evolução da doença; da incapacidade ou impotência; da dor, muitas vezes imaginada como sem possibilidade de controle; do isolamento devido afastamentos das pessoas próximas por não saber lidar com tal situação, bem como o medo da morte, pensada como inevitável. Diante disso, é provável que o paciente expresse reações como negação, ansiedade, raiva, culpa, que podem se alternar ou se sobrepor durante o processo de adoecimento (Santana, Zanin & Maniglia 2008; Santos Junior, 2013; Veit & Carvalho, 2010). A angústia e a incerteza quanto ao futuro, no adoecimento de uma doença grave como o câncer, desencadeia um processo de dor física, objetiva e subjetiva na pessoa doente e na sua família (Bittencourt & Cadete, 2002).

O diagnóstico de câncer é carregado de estigma, sofrimento e impacto biopsicossocial, no entanto, ao se verificar o aparecimento da metástase, um mundo de incertezas volta a fazer parte do universo do paciente, com uma intensidade idêntica à do momento do diagnóstico inicial, impactando no bem-estar, as atividades de vida e conseqüentemente a qualidade de vida destes doentes. Nesta fase, pode surgir o stress pós-traumático, com frequentes recordações dos tratamentos, podendo também piorar sentimentos de traumas prévios com presença de negação e apatia emocional (Roth & Breitbart, 2001).

Em situações de crise, como é o caso do diagnóstico e do tratamento para o câncer, Lugton (1997) afirma que as pessoas necessitam ter assegurado o amor e o apoio emocional

daqueles que estão próximos, no sentido de manter a própria identidade. Então, a forma como o paciente vivencia o câncer, bem como a percepção do seu suporte social, compõem fatores importantes sobre a redução da angústia, adesão e resultados do tratamento com a possibilidade de afetar, inclusive, a duração da sobrevida e a qualidade de vida (Costa Junior, 2001; Pedroso & Sbardelloto, 2008). Meneses e Sarriera (2005) apontam evidências acerca da influência positiva que a rede social tem para a adesão e êxito do tratamento, principalmente quanto aos aspectos relacionados ao autocuidado e ajustamento emocional à doença. Além disso, a família é considerada como principal fonte de apoio social no adoecimento (Kahn & Antonucci, 1980; Barros & Lopes, 2007).

O construto suporte social surgiu na psicologia e áreas relacionadas com os estudos de Cobb (1976). É definido por meio de três fontes de suporte/apoio, são elas, emocional, instrumental e informacional. A primeira fonte se refere à percepção que o sujeito tem acerca da afetividade recebida das pessoas, relaciona-se ao sentimento de ser amado, apreciado e ter consciência de como os outros se preocupam com ele. O fator instrumental engloba a percepção de ajuda de forma prática ligada a recursos financeiros como empréstimo de dinheiro ou pagamento de contas, podendo também ser manifestada por meio de comportamento, como exemplo, cozinhar em casos de impossibilidade do próprio indivíduo ou levar ao médico. Ainda, esta fonte de suporte proporciona segurança em casos de instabilidade financeira, também compreendida como demonstrações de afeto, relacionando-se em algum grau com o fator emocional. Por último, a fonte informacional referente à percepção de receber informações importantes e pertinentes em determinadas situações, principalmente relacionadas à tomada de decisão (Rodriguez & Cohen, 1998).

De acordo com a definição percebe-se que o construto suporte social é constituído por diversas dimensões da vida do sujeito, multifacetado, dinâmico e complexo (Rodrigues,

2008). A avaliação do suporte social remete à percepção do apoio recebido, pois a mensuração se dá pela investigação do quanto o indivíduo percebe o suporte vindo dos demais sujeitos presentes na sua rede social, podendo até fazer distinção entre essas pessoas, como por exemplo, membros da família, de grupos específicos e da comunidade. Porém, outras avaliações enfatizam que o construto deve ser avaliado não somente em relação à quantidade de pessoas consideradas suportivas, mas se deve levar em consideração a qualidade de tais interações e relações, bem como a satisfação que o indivíduo apresenta com o mesmo. Além disso, sua avaliação é considerada subjetiva, pois em alguns casos, o apoio oferecido pode ser sentido e/ou compreendido como discrepante, possibilitando sua mensuração por intermédio de conceitualizações objetivas e subjetivas (Agneessens, Waeye & Lievens, 2006; Yang, Peek-Asa, Lowe, Heiden & Foster, 2010).

A avaliação do suporte social vem historicamente sendo realizada com base na integração social do indivíduo em seu meio, ou seja, em propósitos estruturais e funcionais. Entende-se por estruturais a avaliação da rede social, referindo-se à análise com características quantitativas, englobando o número de pessoas percebidas como suportivas, e conseqüentemente, a mensuração de amplitude da rede social. Por sua vez, a forma de investigação funcional relaciona-se com as características qualitativas, visando avaliar a percepção do acolhimento social por meio de suas prováveis fontes de suporte (Taylor, 2011). Quando se menciona rede social é importante ressaltar que esse construto é diferente do apoio social, apesar de estarem relacionados entre si. De um lado, rede social é o grupo de pessoas no qual o indivíduo tem algum vínculo, em outras palavras, é a estrutura social da qual o apoio é fornecido. Por outro lado, o suporte social se refere ao aspecto funcional ou qualitativo da rede social, ou seja, diz respeito à percepção de ser valorizado pelo grupo do qual o sujeito faz parte, avaliado em três dimensões citadas anteriormente. Dessa forma,

o fato de o paciente possuir uma rede social, não significa que receba, necessariamente, apoio da mesma (Santana, Zanin & Maniglia, 2008).

O suporte social, enquanto objeto de estudo da Psicologia e outras ciências da saúde, tem demonstrado ser um importante construto a ser investigado quando relacionado à percepção da saúde e bem-estar emocional, uma vez que é compreendido como importante fator amortecedor e protetor frente às situações de estresse e adoecimento vivenciadas pelos indivíduos, além de estar associado com aumento da qualidade de vida e bem-estar (Dunbar, Ford & Hunt, 1998; House, Landis & Umberson, 1988; Ribeiro, 1998; Horowitz, Reinhardt, Boerner & Travis, 2003; Compton, Thompson & Kaslow, 2005; Cohen & Pressman; 2006). O apoio social tem um papel relevante na melhoria da qualidade de vida e é uma estratégia eficaz para lutar contra a doença (Usta, 2012). Complementar a esse dado, os pacientes que recebem apoio social adequado irão ter uma percepção de que são amados e respeitados, que recebem ajuda quando precisam e estão satisfeitos com seus relacionamentos, o que irá elevar sua autoestima; portanto, o apoio social representa um fator-chave na manutenção da saúde, bem-estar e qualidade de vida (Ardahan, 2006; Organização Mundial da Saúde, 2004). Então, promover qualidade de vida (QV) tornou-se foco dos profissionais de saúde, pois os pacientes sofrem grande impacto sobre suas vidas, rotinas, hábitos, o que exige uma adaptação psicológica a esta nova condição (Souza, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1998) a qualidade de vida é a percepção da pessoa acerca da posição que apresenta na vida, do contexto cultural em que está inserida e dos sistemas de valores nos quais convivem referentes à suas expectativas, seus objetivos, padrões e preocupações. Trata-se, então, de um conceito amplo integrando a saúde física, estado psicológico, nível de independência, as relações sociais, as

características da cultura, as crenças pessoais, além das relações que o indivíduo apresenta com o ambiente (WHOQOL, 1998). Essa definição se baseia na concepção de que qualidade de vida é uma construção subjetiva, multidimensional, englobando aspectos positivos e negativos, dada a percepção do sujeito e influenciada pelo contexto sociocultural (Minayo, 2000).

A maneira como o paciente enfrenta a doença e sua percepção de bem ou mal-estar ao longo do processo terapêutico podem contribuir, em um grau ainda desconhecido, para a evolução biológica da doença, fato este considerado como um co-fator terapêutico, que agregado aos outros tratamentos, tem como objetivo comum à melhora biológica ou cura. As implicações trazidas pelo câncer poderão interferir na saúde e bem-estar da pessoa, com influência em sua qualidade de vida (Nucci, 2003).

Avaliação desse construto pode fornecer importantes informações acerca do impacto da doença na vida dos pacientes, uma vez que o câncer não mais se limita a uma condição de terminalidade, pois a chance de cura e sobrevida aumentou, gerando um novo olhar sobre os cuidados oferecidos (Fleck et al., 1999; Souza, 2009). Com isso, a cura não deve ser considerada apenas na recuperação biológica do paciente, mas também na sua qualidade de vida e bem-estar, ressaltando que ocorre um decréscimo na qualidade de vida imediatamente após o início do tratamento, com retorno gradual após um intervalo de seis meses (Amar, Rapoport, Franzi, Bisord & Lehn, 2002; Amaral et al., 2009; Dallabrida, 2014).

Apesar do estigma do câncer, cada diagnóstico vai ser vivenciado pelo paciente de forma única, principalmente porque cada tipo de tumor apresenta suas particularidades, diferenças nos tratamentos e nas implicações que irá gerar na vida do sujeito e da família. É importante salientar que neste estudo foi utilizada uma amostra oncológica, sem focalizar

em apenas um tipo de diagnóstico, portanto os resultados discutidos devem considerar essa variabilidade, uma vez que a grande parte dos estudos com pacientes com câncer foca em apenas um diagnóstico.

A partir das considerações acerca do impacto do diagnóstico, destaca-se a importância do suporte social no adoecimento desses pacientes e também na sua qualidade de vida. Dessa forma, estudos vêm sendo realizados para avaliar, tanto apoio social quanto qualidade de vida, para compreender melhor as implicações da doença, além de auxiliar no planejamento de estratégias para minimizar o sofrimento do paciente e sua família. A seguir, algumas pesquisas serão descritas, ressaltando que a maior parte das encontradas na literatura focalizou na qualidade de vida.

Em se tratando da avaliação do suporte social, Kolankiewicz, Souza, Magnago e Domenico (2014) realizaram uma pesquisa com o objetivo de analisar a relação entre apoio social e as características sociodemográficas de pacientes oncológicos. Para isso, participaram 268 pacientes em tratamento, com média de idade de 61,5 anos, variando entre 18 e 106 anos, a maior parte do sexo feminino (64,2%). Os instrumentos utilizados foram Questionário Sociodemográfico e a Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS-SSS) que avalia o suporte social em cinco dimensões: material, afetivo, emocional, informação e alteração social afetiva. Os resultados apontaram que a dimensão Afetiva, que envolve expressões de amor, estima, afeto e interesse apresentou maior escore, com destaque para os entrevistados que informaram manterem-se no trabalho, os casados e os de maior renda per capita. A dimensão que apresentou os menores escores foi Interação Positiva, demonstrando que as atividades de lazer são as menos acessíveis, fato que pode realmente dificultar a interação social, tendo em vista as limitações e incapacidades que a doença e o tratamento acarretam, possivelmente agravadas pela baixa renda da população

estudada, sugerindo que quanto menor a renda, menores são as opções de lazer. Os resultados também indicaram que quando comparado às médias nas dimensões entre gênero, os pacientes do sexo masculino receberam maiores pontuações nos fatores: Material, Emocional e Informação, todas as diferenças estatisticamente significativas, corroborando aos dados da literatura utilizada na pesquisa (Salci e Maron, 2008), nos quais os homens recebem mais apoio social se comparados com as mulheres, pelo fato de as atividades das mulheres na organização familiar ainda se manter demarcadas pela geração do cuidado e, para o exercício do cuidar.

O estudo realizado por Lee et al. (2010) teve como objetivo avaliar a percepção do suporte social em mulheres com câncer de mama, no início e um ano após o diagnóstico e comparar os dados com a população geral. Para isso foram entrevistadas 286 mulheres diagnosticadas com câncer de mama e os escores foram comparados com a população geral do sexo feminino (GFP). Os resultados apresentaram que entre o período de comunicação de diagnóstico até um ano após o diagnóstico, as mulheres relataram diminuição da percepção de suporte emocional, afetivo, material e de interação social positiva. Contudo, após este período, as mulheres referiram melhor suporte emocional, afetivo e material, tornando-se similar aos escores obtidos pela população geral.

A pesquisa realizada por Ferreira (2011) teve como objetivo avaliar a associação entre rede social, suporte social e a qualidade de vida aos seis meses de tratamento. Foram utilizados os questionários European Organization for Research and Treatment of Cancer 30-Item Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30), o módulo específico para mulheres com câncer de mama - EORTC-BR 23, para mensurar qualidade de vida e o Medical Outcomes Study Social-Support Survey para avaliar rede social e apoio social. Participaram do estudo 195 mulheres, com média de idade de 58,17 anos. Os resultados

indicaram que a maior parte da amostra apresentou bom suporte social em todas as dimensões, com destaque para o apoio Afetivo. A qualidade de vida também foi referida como boa, com exceção das subescalas Saúde global, Perspectiva futura e Funcionalidade sexual. Todas as dimensões avaliadas do suporte social sugerem atuar como fatores de proteção para melhor saúde global na amostra, demonstrando que o ambiente social favorável encontra-se associado à boa qualidade de vida. Concluiu-se que os dados encontrados indicam que a rede social, o suporte social e a qualidade de vida em período anterior ao tratamento (antes do procedimento cirúrgico) atuam como preditores de melhor qualidade de vida durante o tratamento em mulheres com câncer de mama.

O estudo realizado por Amaral et al (2009) investigando a qualidade de vida em 30 mulheres mastectomizadas (sem reconstrução de mama) com idade média de 50,5 anos. Para tanto, foi realizada uma Entrevista Semidirigida e utilizado o instrumento *Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey (SF-36)*, para avaliar qualidade de vida (pontuação varia de zero a 100). Os resultados demonstram que a média da qualidade de vida dessas pacientes correspondeu a 48 pontos no SF-36, considerada regular, bem como o fator mais prejudicado foi o Aspecto Físico, seguido do Aspecto Emocional. A partir dos dados encontrados verificou-se que a maior parte das mulheres que apresentou a qualidade de vida abaixo da média era as com idade entre 41 e 60 anos, casadas, católicas, com ensino fundamental e empregadas domésticas. Os autores também pontuaram que os domínios menos prejudicados da SF-36 foram o Aspecto Social, seguido pelo de Saúde Mental e Estado Geral da Saúde. Tais achados levaram os autores a pensar sobre o suporte social durante o processo de tratamento e levantaram a hipótese que esses domínios tiveram um escore mais elevado, uma vez que o apoio social recebido da família e da equipe de saúde se constitui em um dos alicerces da recuperação física e psíquica dos pacientes.

Outra pesquisa com objetivo de conhecer a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico é a de Lôbo, Fernandes, Almeida, Carvalho e Sawada (2014). Participaram 145 mulheres, com média de idade de 52 anos e foi utilizado o Formulário Sóciodemográfico e Clínico; o *European Organization for Research and Treatment of Cancer 30-Item Quality of Life Questionnaire* (EORTC QL-Q-C30) e o *Quality of Life Questionnaire Breast Cancer – 23* (QL-Q-BR23), os dois últimos instrumentos relacionados à qualidade de vida. O escore da qualidade de vida global foi de 76,14 (100 – maior escore possível), considerado pelos autores como satisfatória para as mulheres, apesar de mostrarem consideráveis mudanças nas dimensões avaliadas pelos instrumentos. A função mais afetada, que apresentou menores pontuações, foi a Emocional, indicando a presença de sentimentos como tensão, irritabilidade, tristeza ou preocupação, relacionada ao tratamento. Os maiores escores referentes às funções foram Função Física, Desempenho de Papel e Função Cognitiva e Social, sugerindo nível regular a satisfatório nessas funções. Os autores levantaram a hipótese de que as funções não foram afetadas de forma prejudicial, uma vez que a maior parte das pacientes não estava acamada, não necessitada de ajuda para tomar banho, vestir-se ou comer, não apresentou dificuldade para se concentrar e recordar as informações, bem como não estavam impedidas de realizar as atividades de lazer, então, as condições físicas e o tratamento não interferiram na vida familiar e nas atividades sociais. Outros estudos também encontraram boa qualidade de vida em mulheres diagnosticadas com câncer de mama (Guimarães & Anjos, 2012; Bezerra et al., 2013, Fangel et al., 2013; Michels, Latorre & Macial, 2013).

Chaves e Gorini (2011) realizaram pesquisa objetivando avaliar a qualidade de vida em 48 pacientes com câncer colorretal em quimioterapia. Quanto a idade, 60,4% tinha 50 anos ou mais e o tempo de tratamento variou entre um mês e 11 meses. Utilizou-se como

instrumento o *World Health Organization's Quality of Life Bref (WHOQOL-Bref)*. Em relação a QV geral, foi observado que os participantes avaliam sua qualidade de vida de forma positiva, porém, demonstraram também, pontuações menores em relação a satisfação quanto a saúde. Nesse sentido, os autores inferiram que os participantes deste estudo avaliam positivamente sua qualidade de vida, mas não estão satisfeitos com sua saúde. Este achado pode ser atribuído a situação a qual os participantes desta pesquisa estão vivenciando no momento, representado também na literatura, uma vez que o se descobrir com câncer e/ou viver o tratamento de uma doença considerada, ainda por muitos, como incurável, pode acarretar em uma série de angústias, dúvidas, expectativas, crenças e fé abaladas, evidenciado também no resultado demonstrando que o domínio Psicológico foi o que apresentou pontuações menores em relação aos outros domínios. Evidencia-se também que houve uma crescente no que diz respeito à satisfação e avaliação de sua QV, percebe-se que à medida que vão evoluindo nos ciclos de tratamento, ou seja, na medida em que se aproxima o término do tratamento, vão relatando de forma mais positiva sua QV. Além disso, a diferença entre o sexo não se apresentou estatisticamente significativa, demonstrando que homens e mulheres relataram ter boa qualidade de vida.

O estudo do Franceschini et al. (2008) teve como objetivo avaliar a qualidade de vida com 57 pacientes com câncer de pulmão com média de idade de 61,3 anos, bem como comparar os resultados com 57 indivíduos da população geral (grupo controle) com média de idade de 60 anos, utilizando o questionário *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*. Os resultados demonstraram que todos os domínios da SF-36, no grupo de pacientes com câncer apresentaram menores escores de qualidade de vida do que no grupo controle, diferenças estatisticamente significativas. Os domínios que apresentaram menores escores nos pacientes com câncer de pulmão foram Aspectos físicos,

podendo estar relacionado aos sintomas e estágio avançado que parte da amostra apresentava, trazendo limitações na realização de atividades diárias, por ser a neoplasia com maior nível de mortalidade e características invasivas de tratamento; Aspectos emocionais, decorrente do impacto do diagnóstico e o medo da morte; Capacidade funcional relacionada à capacidade física, que se mostrou o domínio mais prejudicado nos pacientes devido às consequências do diagnóstico, sintomas e tratamentos. Já os domínios com maiores médias, nos pacientes, foram Aspectos sociais e Vitalidade, os que mais se aproximaram das pontuações do grupo controle. Os autores concluíram que pacientes com doenças graves provavelmente recebam maior apoio familiar e de amigos, bem como aprendem a valorizar a vida de outra maneira, além de o diagnóstico e tratamento do câncer prejudicam a qualidade de vida do paciente quando comparado a população geral.

Outro estudo com objetivo de avaliar qualidade de vida de pacientes com câncer e comparar com um grupo controle de mulheres da população geral (sem diagnóstico de câncer) foi o realizado por Soares et al. (2013). Participaram 70 sobreviventes (que não apresentam mais a doença) do câncer de mama e 84 mulheres sem diagnóstico de qualquer câncer derivadas de serviços de saúde. A idade variou entre 40 e 69 anos e foi utilizado o questionário *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36). Os resultados demonstraram que para ambos os grupos, o domínio com maiores escores foi Funcionamento Físico e Social e o domínio com médias mais baixas foi Vitalidade. Esses dados encontrados se mostraram coerentes com a literatura e similares aos resultados de outros estudos. Ainda, a média nos domínios da SF-36 apresentada pelas sobreviventes de câncer mama foram maiores em relação às mulheres, indicando que as sobreviventes tinham melhor qualidade de vida. A explicação sugerida pelos autores foi o fato de essas

mulheres (sobreviventes) têm encontrado apoio de suas famílias e profissionais de saúde, além de, talvez, têm um significado maior (ou melhor) na vida após o câncer.

Diante dos estudos apresentados e a relevância do suporte social na qualidade de vida dos pacientes, torna-se necessário a avaliação desses construtos no diagnóstico do câncer. Estudos sugerem uma percepção positiva do suporte social, com escores mais elevados na dimensão afetiva/emocional (Ferreira, 2011; Kolankiewicz et al., 2014). Por sua vez, a qualidade de vida foi verificada como satisfatória e/ou boa, apresentando o domínio emocional como mais prejudicado, decorrentes dos medos e preocupações, bem como não haver diferenças entre os sexos (Amaral et al., 2009; Chaves & Gorini; 2011; Lôbo et al., 2014). Em outras pesquisas foi evidenciado que o domínio Físico obteve as menores médias, sugerindo limitações físicas, por consequência dos tratamentos (Amaral et al., 2009), entretanto, se os pacientes não estiverem acamado observou-se boas pontuações nesse domínios (Lôbo et al., 2014). Os domínios Social, Saúde mental e Estado geral de saúde foram os menos afetados, ou seja, com escores elevados, se os pacientes apresentarem satisfatório suporte social (Amaral et al., 2009). Em relação à comparação da qualidade de vida de pacientes e da população geral, encontrou-se pior qualidade de vida nos pacientes, principalmente nos domínios Físicos e Emocional (Franceschini et al., 2008). Dentro desse contexto, o objetivo desta pesquisa foi investigar o suporte social e a qualidade de vida em pacientes oncológicos, bem como verificar a diferença em relação às variáveis sexo, tipo de diagnóstico, metástase e tempo de tratamento.

## **Método**

### ***Participantes***

A pesquisa foi realizada com 68 pacientes oncológicos, selecionados por conveniência, de quatro instituições de municípios do interior do Estado de São Paulo. A maior parte da amostra foi composta por mulheres (85,3%), a idade variou entre 25 anos e 83 anos (M=55,4; DP=13,3) e a maioria (67,6%) era casado e havia passado por avaliação psicológica ou psicoterapia (52,9%). Em relação ao diagnóstico, 55,9% apresentava câncer de mama, 10,3% de ovário, 4,4% de intestino e de pulmão, além de 22,1% apresentaram metástase do câncer em outro órgão. No que tange à escolaridade, 39,7% completou o ensino superior, seguido de 22,1% com ensino médio completo e 16,2% finalizou o ensino fundamental. Ainda, 29,4% não estavam trabalhando, 22,1% se referiram como do lar e 19,1% estava afastado por motivo de saúde. Referente ao local de aplicação, 47,1% dos participantes eram pacientes de duas clínicas de quimioterapia e 52,9% participavam de atividades fornecidas por Ongs. No que se refere ao tempo de tratamento, a média foi de dois anos e quatro meses (DP=29,23), sendo que o participante com menor tempo foi de três meses e o maior de 11 anos.

### ***Instrumentos***

#### ***Ficha de Identificação***

Questionário abarcando as características sociodemográficas como idade, sexo, estado civil, escolaridade, emprego, diagnóstico, tipo de tratamento e tempo de tratamento,

se havia passado por avaliação psicológica ou psiquiátrica, prática da religião e se tem diagnóstico de doença crônica, dentre outros.

*Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulto) – EPSUS-A*

A EPSUS-A é baseada na teoria de Rodriguez e Cohen (1998) e tem como o objetivo avaliar a percepção do suporte social. Cardoso e Baptista (2014) realizaram um estudo objetivando a construção da EPSUS-A e a busca de evidência de validade com base na estrutura interna e confiabilidade por meio do procedimento de alfa de Cronbach ( $\alpha$ ). Para isso, a amostra foi composta por 533 universitários, de três estados brasileiros, com idades variando entre 18 e 62 anos ( $M=25,6$ ;  $DP=8,2$ ) e 69% era do sexo feminino. Inicialmente, procedeu-se a análise fatorial composta por 77 itens sendo possível evidenciar validade com base na estrutura interna para a EPSUS-A. Após essa análise, a escala ficou composta por 36 itens, englobando quatro fatores: Afetivo, composto por 17 itens relacionados ao suporte de ordem emocional, o qual o indivíduo percebe que pode ser ajudado por outras pessoas, como por exemplo, Posso contar com pessoas que (a) “me proporcionam situações agradáveis”, (b) “são agradáveis para se conversar”, (c) “respeitam minhas opiniões”, e este fator obteve índice de precisão alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) igual a 0,92.

O fator Interações Sociais, com cinco itens ligados aos relacionamentos do indivíduo com outras pessoas, e com a possibilidade de participação nos eventos sociais. Exemplo: Posso contar com pessoas que (a) “me convidam para atividades sociais”, (b) “me convidam para atividade de lazer, (c) “me convidam para praticar atividades físicas” e apresentou  $\alpha=0,75$ . Outro fator denominado Instrumental, contendo sete itens relacionados a percepção de suporte de ordem material, como exemplo, Posso contar com pessoas que (a) “pagam minhas contas quando tenho um problema financeiro.”, (b) “me fornecem

alimentação quando preciso” (c) “ajudam a comprar a medicação quando estou doente”. O índice de precisão alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) foi igual a 0,82 e Enfrentamento de Problemas constituído por sete itens sobre a qualidade da circulação de informações nas relações sociais, bem como a percepção das pessoas referidas como suportivas e que auxiliam o sujeito por meio de conselhos ou instruções úteis no processo de tomada de decisões e resolução de conflitos, como por exemplo, Posso contar com pessoas que (a) “compreendem meus problemas”, (b) “escutam meus problemas sem me julgar”, (c) “auxiliam em momentos de tomadas de decisões em minha vida”, com o índice de precisão alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) foi igual a 0,83.

A partir dessa análise a EPSUS-A ficou composta por 36 itens e com satisfatória confiabilidade ( $\alpha=0,94$ ). A pontuação varia de 0 a 108, quanto menor a pontuação menor é a satisfação com o suporte social e o tempo médio de aplicação é de 15 minutos. Por fim, a escala se mostrou adequada para a avaliação do suporte social apesar de os autores sugerirem novos estudos visando a busca de outras formas de evidências de validade para o instrumento (Cardoso & Baptista, 2014).

#### *Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36)*

O *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* foi traduzido e adaptado para a realidade brasileira por Ciconoreli, Ferraz, Santos, Meinão e Quaresma (1999). Este instrumento engloba dados genéricos acerca da qualidade de vida. É composto por 36 itens distribuídos em oito domínios, a saber, Capacidade funcional (10 itens relacionados ao desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas; alfa de Cronbach  $\alpha=0,87$ ), Aspectos físicos (4 itens englobando o impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e ou profissionais;  $\alpha=0,75$ ), Dor (2

itens referentes ao nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais;  $\alpha=0,86$ ), Estado geral de saúde (5 itens relacionados a percepção subjetiva do estado geral de saúde;  $\alpha=0,75$ ), Vitalidade (4 itens acerca do nível de energia e de fadiga;  $\alpha=0,78$ ), Aspectos sociais (2 itens avaliando o reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais;  $\alpha=0,71$ ), Aspectos emocionais (3 itens referindo-se ao reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais;  $\alpha=0,80$ ), Saúde mental (5 itens da escala de humor e bem-estar;  $\alpha=0,80$ ), além de uma questão de avaliação comparativa entre a condição de saúde atual e a referente ao ano anterior. O escore varia dentro uma faixa entre 0 e 100 pontos, representando respectivamente o pior e a melhor percepção no domínio correspondente e, cada domínio é avaliado separadamente. Existem contradições na literatura acerca do ponto de corte na escala do SF-36, dessa forma, neste estudo foi adotado que os valores acima de 60 pontos, em uma escala de 0 a 100, indicam uma QV preservada ou boa. O tempo médio da aplicação do questionário é de 7 minutos.

### ***Procedimentos***

A coleta de dados foi autorizada pelas instituições e o projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (CAAE: 37484914.2.0000.5514). Os dias para a aplicação dos instrumentos foram agendados de acordo com a disponibilidade das instituições e dos pacientes. Os instrumentos foram aplicados somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) pelo paciente e na seguinte ordem: EPSUS-A e a SF-36. Os instrumentos foram lidos pela pesquisadora para os pacientes que estavam impossibilitados de mover a mão, devido o acesso para quimioterapia ou para aqueles pacientes que

optaram. A aplicação ocorreu nas salas de espera e nas salas de quimioterapia e teve duração média de aproximadamente 30 minutos.

Considerando os objetivos propostos neste estudo, os dados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. A primeira análise a ser realizada foi a descritiva com objetivo de caracterizar a amostra geral da pesquisa e compreender como a mesma pontuou nos instrumentos, oferecendo as menores e maiores pontuações, bem como a média e o desvio-padrão, além de analisar a comparação das médias com amostras de outros estudos. Em seguida, foi verificada a diferença em relação a outras amostras, além da variável sexo, tipo de diagnóstico, ter diagnóstico de metástase e tempo de tratamento por meio do teste *t de Student* e *d de Cohen*.

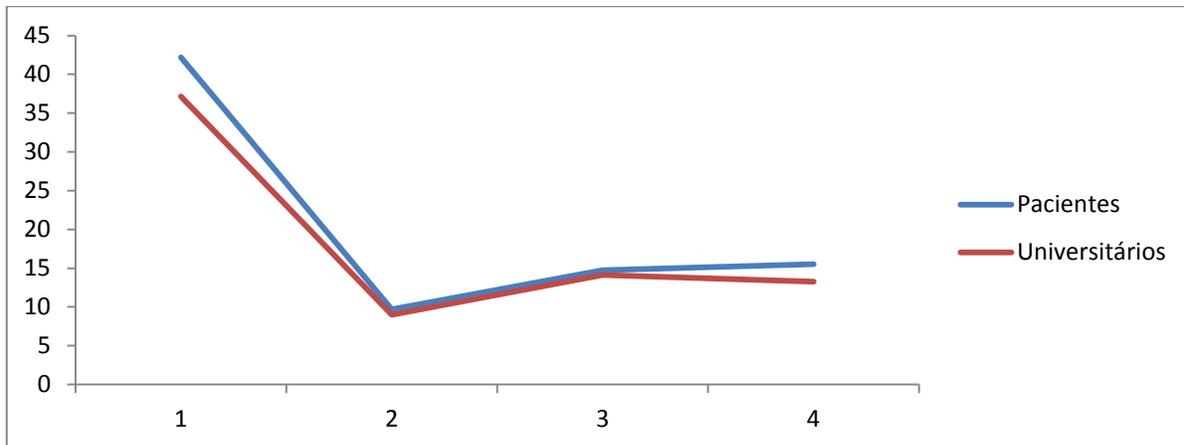
## Resultados

Inicialmente são expostas as estatísticas descritivas acerca do suporte social e da qualidade de vida, assim como, as médias de outros estudos com os mesmos instrumentos para comparação dos resultados. Vale ressaltar que antes de iniciar as análises foi verificado, por meio do teste t de *Student* e d de Cohen que não houve diferença, tanto nas respostas da EPSUS-A quanto nos escores do instrumento SF-36, em relação aos participantes que responderam sozinhos a pesquisa e aqueles para a qual a pesquisado leu em conjunto e auxiliou na aplicação. A seguir, na Tabela 1, apresentam-se as estatísticas descritivas para o escore total e as dimensões da Escala de Percepção do Suporte Social – EPSUS-A, para a presente pesquisa e para um estudo realizado com universitários (Cardoso, 2013), as diferenças por meio do teste t de *Student* e pelo d de Cohen e a Figura 1 apresenta o gráfico das médias nas dimensões da EPSUS-A para as amostras dos estudos. Vale ressaltar que foi utilizado os resultados dos alunos, pois foi o único trabalho publicado até o presente momento com os dados necessários para analisar as diferenças de médias.

**Tabela 1**

*Valores de média e desvio padrão da pontuação nas dimensões da EPSUS-A e a diferença de média entre os estudos*

	Oncológicos (n=68)	Universitários (n=783)	t (gl)	p	d
	Média (DP)	Média (DP)			
Afetivo (1)	42,21 (9,84)	37,16 (8,88)	4,19	0,01	0,56
Interação Social (2)	9,67 (3,69)	9,01 (3,10)	1,46	0,14	0,21
Instrumental (3)	14,72 (5,77)	14,13 (4,60)	0,83	0,40	0,12
Enfrentamento de Problemas (4)	15,52 (4,8)	13,27 (4,10)	3,78	0,01	0,54
EPSUS TOTAL	82,90 (19,78)	73,56 (17,43)	3,83	0,01	0,53



**Figura 1.** Mapa do perfil nas dimensões da EPSUS-A

Nota: 1= dimensão Afetivo; 2= Interação Social; 3= Instrumental; 4=Enfrentamento de Problemas.

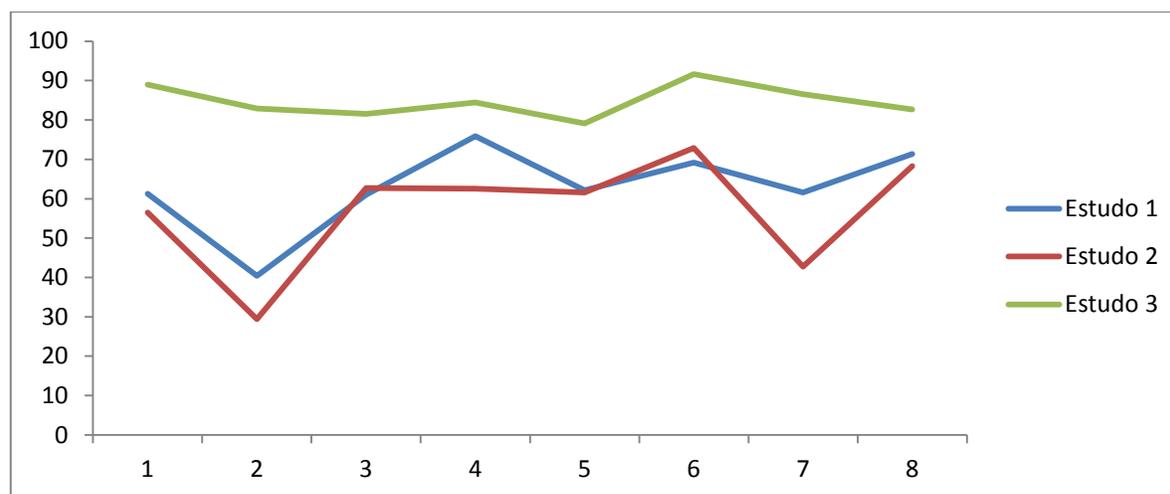
De acordo com os dados observados na Tabela 1 e na Figura 1 é possível verificar que no presente estudo a dimensão que obteve maior média foi a Afetivo, seguida da dimensão Enfrentamento de Problemas, Instrumental e Interação Social. Vale pontuar que a pontuação da EPSUS-A varia de 0 a 108 pontos e quanto maior a pontuação maior é a satisfação com o suporte social recebido e o escore total da amostra foi de 82 pontos. Em contrapartida, os dados encontrados no estudo com universitários demonstraram que o apoio com maior média foi Afetivo, seguido de Instrumental, Enfrentamento de Problemas e Interação Social, com escore total de 73 pontos. Observa-se também que os pacientes oncológicos apresentaram maiores médias em todas as dimensões e escore total da EPSUS-A quando comparado aos estudantes, as diferenças foram expressivas, exceto para a dimensão Instrumental. A seguir, na Tabela 2 são apresentadas as estatísticas descritivas para os domínios avaliados pela SF-36 neste estudo e em amostras diferentes, no caso pacientes com câncer de pulmão e população geral, e também será apresentada a Figura 2 com o perfil das amostras nos domínios da qualidade de vida. Ressalta-se que as amostras foram escolhidas de pesquisas utilizando o instrumento SF-36 e que apresentaram dados de média e desvio-padrão para que fosse possível realizar as análises.

**Tabela 2**

Valores de média e desvio padrão da pontuação nas dimensões da SF-36 e diferença de média para as pontuações dos estudos

	Estudo 1	Estudo 2	Estudo 3		t	p	d
	Oncológico	Câncer de pulmão	População geral				
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)				
Capacidade funcional	61,25 (24,27)	56,49 (28,39)	89,0 (13,80)	Estudo 1 X estudo 2	1,61	0,11	0,18
				Estudo 1 X estudo 3	-9,42	0,01	1,38
Aspectos físicos	40,44 (42,10)	29,39 (36,94)	82,89 (28,80)	Estudo 1 X estudo 2	2,16	0,03	0,28
Dor	61,04 (29,21)	62,72 (28,72)	81,54 (19,07)	Estudo 1 X estudo 2	-0,50	0,61	0,06
				Estudo 1 X estudo 3	-6,15	0,01	0,82
Estado geral saúde	75,88 (18,81)	62,51 (25,57)	84,47 (13,47)	Estudo 1 X estudo 2	5,81	0,01	0,60
				Estudo 1 X estudo 3	-3,76	0,01	0,52
Vitalidade	62,13 (21,92)	61,61 (23,82)	79,12 (17,68)	Estudo 1 X estudo 2	0,19	0,84	0,02
				Estudo 1 X estudo 3	-6,38	0,01	0,85
Aspectos sociais	69,19 (25,57)	72,87 (29,20)	91,67 (17,44)	Estudo 1 X estudo 2	-1,18	0,24	0,13
				Estudo 1 X estudo 3	-7,24	0,00	1,01
Aspectos emocionais	61,57 (38,78)	42,78 (44,78)	86,55 (28,77)	Estudo 1 X estudo 2	3,99	0,01	0,45
Saúde	71,35 (20,38)	68,28 (23,46)	82,63 (17,44)	Estudo 1 X estudo 2	1,24	0,21	0,14
mental				Estudo 1 X estudo 3	-4,56	0,01	0,59

Nota: N dos pacientes oncológicos=68; N câncer de pulmão=57; N população geral=57.



**Figura 2.** Mapa de perfil dos estudos nos domínios da SF-36

Nota: 1= Capacidade funcional; 2= Aspectos físicos; 3= Dor; 4= Estado Geral de Saúde; 5= Vitalidade; 6= Aspectos sociais; 7= Aspectos emocionais; 8=Saúde mental.

Referentes aos dados sobre a qualidade de vida para os dados da presente pesquisa, mensurados pela SF-36, os resultados da Tabela 2 e da Figura 2 indicam que o domínio menos afetado na qualidade de vida dos pacientes oncológicos (estudo 1) foi Estado geral de saúde, seguido por Saúde mental. O domínio que obteve a menor média, considerado

como o pior, foi Aspectos físicos. Todos os domínios foram pontuados como satisfatórios pela amostra e de acordo com as pontuações da SF-36, exceto Aspectos físicos que demonstrou pontuação abaixo da considerada como boa.

Para cada domínio foi analisado a diferença entre a amostra desta pesquisa e outros dois estudos por meio do teste *t de Student* e *d* de Cohen. Vale destacar que se optou pela escolha de um estudo com pacientes em tratamento oncológico e outro de participantes da população geral (sem nunca ter sido diagnosticado com câncer) para que fosse possível comparar os pacientes desta pesquisa com amostras diferentes.

A partir da Tabela 2 é possível verificar que a qualidade de vida quando comparada nas amostras de pacientes (estudo 1 e 2) apresentou alguns domínios com diferenças expressivas, como é o caso dos Aspectos físicos, Estado geral de saúde e Aspectos emocionais. Os pacientes oncológicos (estudo 1) obtiveram maiores médias nesses três domínios. Referente à comparação entre os pacientes oncológicos (estudo 1) e população geral (estudo 3) verificou-se que em todos os domínios os grupos se diferiram de maneira expressiva, com valores maiores em relação as diferenças das amostras de pacientes. Em todos os domínios da SF-36 a amostra da população geral (estudo 3) obteve maiores médias. Também se verifica que a população geral foi o grupo que apresentou melhores escores na SF-36 quando comparado às três amostras. Na Tabela 3 são apresentadas as diferenças nas dimensões da EPSUS-A e nos domínios da SF-36 para a variável sexo.

**Tabela 3**  
*Diferença de média entre as pontuações nos instrumentos com base na variável sexo*

	Sexo	Média (DP)	t	p	D
Afetivo	F	41,86 (10,30)	-0,69	0,49	0,24
	M	44,20 (6,76)			
Interações Sociais	F	9,56 (3,85)	-0,58	0,56	0,20
	M	10,30 (2,58)			
Instrumental	F	14,58 (5,98)	-0,46	0,64	0,16
	M	15,50 (4,60)			
Enfrentamento de Problemas	F	15,27 (5,02)	-0,98	0,32	0,34
	M	16,90 (3,21)			
EPSUS TOTAL	F	82,19 (20,73)	-0,69	0,49	0,24
	M	86,90 (13,45)			
Capacidade funcional	F	63,10 (23,52)	1,53	0,13	0,52
	M	50,50 (27,02)			
Aspectos físicos	F	43,53 (43,31)	1,90	0,01	0,51
	M	22,50 (29,93)			
Dor	F	61,14 (28,16)	0,06	0,94	0,02
	M	60,50 (24,26)			
Estado geral saúde	F	76,19 (17,86)	0,32	0,74	0,11
	M	74,10 (24,67)			
Vitalidade	F	62,33 (22,06)	0,17	0,86	0,06
	M	61,00 (22,21)			
Aspectos sociais	F	69,52 (25,84)	0,25	0,80	0,09
	M	67,30 (25,18)			
Aspectos emocionais	F	60,74 (40,07)	-0,42	0,67	0,15
	M	66,40 (31,58)			
Saúde mental	F	68,83 (20,68)	-2,56	0,03	0,88
	M	86,00 (10,19)			

Nota: F=feminino; M=masculino; N feminino=52; N masculino=10.

Em relação aos dados da EPSUS-A os resultados encontrados na Tabela 4 demonstram que os pacientes masculinos apresentam maiores médias em todas as dimensões e no escore total, com diferença de efeito expressivo, exceto na dimensão Instrumental. Já referente aos resultados de qualidade de vida, a maior parte das diferenças entre os sexos não tiveram diferenças com efeito expressivo. Apenas os domínios Capacidade funcional, Aspectos físicos e Saúde mental as diferenças foram expressivas, nos dois primeiros domínios as mulheres obtiveram médias mais elevadas e na Saúde mental os homens tiveram maiores pontuações. Na tabela 4 é exposto as diferenças de média para as pontuações dos instrumentos com base no diagnóstico.

**Tabela 4**  
*Diferença de média entre as pontuações nos instrumentos com base no diagnóstico*

	Diagnóstico	Média (DP)	t	p	d
Afetivo	Mama	42,30 (9,25)	0,08	0,93	0,02
	Outros	42,10 (1,69)			
Interação Social	Mama	10,38 (3,64)	1,76	0,08	0,44
	Outros	8,80 (3,61)			
Instrumental	Mama	15,54 (5,26)	1,30	0,19	0,32
	Outros	13,70 (6,28)			
Enfrentamento de Problemas	Mama	15,44 (4,26)	-0,13	0,89	0,03
	Outros	15,60 (5,47)			
EPSUS TOTAL	Mama	85,16 (16,05)	1,01	0,31	0,25
	Outros	80,20 (23,50)			
Capacidade funcional	Mama	71,05 (20,76)	4,18	0,001	1,02
	Outros	48,83 (22,92)			
Aspectos físicos	Mama	53,29 (42,78)	2,99	0,04	0,73
	Outros	24,17 (35,64)			
Dor	Mama	60,79 (27,12)	-0,08	0,93	0,02
	Outros	61,37 (28,34)			
Estado geral saúde	Mama	77,79 (16,85)	0,94	0,35	0,23
	Outros	73,47 (21,08)			
Vitalidade	Mama	67,50 (20,32)	2,34	0,02	0,57
	Outros	55,33 (22,32)			
Aspectos sociais	Mama	74,84 (23,90)	2,10	0,03	0,57
	Outros	62,03 (26,21)			
Aspectos emocionais	Mama	69,16 (39,10)	1,84	0,06	0,45
	Outros	51,97 (36,80)			
Saúde mental	Mama	71,47 (17,84)	0,05	0,95	0,01
	Outros	71,20 (23,52)			

Nota: N mama= 37; N outros=30.

A amostra foi dividida entre câncer de mama e outros, pelo fato da variabilidade nos demais diagnósticos, presente na amostra, portanto, optou-se por essa divisão para os grupos não terem números de pacientes muito diferentes. Ressalta que os outros diagnósticos são câncer de ovário, pulmão, intestino, pescoço, estômago, próstata, tireoide, entre outros. Referente aos resultados da EPSUS-A as pacientes com câncer de mama apresentaram maiores médias em todas as dimensões, menos no Enfrentamento de Problemas. As diferenças foram expressivas nas dimensões Interação social, Instrumental e escore total. Para a SF-36 a maior parte das diferenças entre os diagnóstico teve efeito expressivo, a não ser do domínio Dor e Saúde mental. Apesar disso, as diferenças com maiores magnitudes de efeito ocorreram nos domínios Capacidade funcional e Aspectos

físicos. As pacientes com câncer de mama tiveram pontuações maiores em todos os domínios avaliados pela SF-36. Na Tabela 5 é demonstrada a diferença de média entre as pontuações nos dois instrumentos em relação a ter presença ou não de metástase.

**Tabela 5**

*Diferença de média entre as pontuações nos instrumentos para os pacientes com ou sem metástase*

	Metástase	Média (DP)	t	p	d
Afetivo	Sim	39,43 (11,46)	-1,19	0,23	0,36
	Não	42,94 (9,36)			
Interação Social	Sim	8,07 (3,40)	-1,85	0,06	0,56
	Não	10,09 (3,67)			
Instrumental	Sim	13,43 (7,03)	-0,93	0,35	0,28
	Não	15,06 (5,42)			
Enfrentamento de Problemas	Sim	14,21 (6,41)	-1,14	0,25	0,34
	Não	15,87 (4,30)			
EPSUS TOTAL	Sim	75,14 (24,80)	-1,67	0,09	0,50
	Não	85,0 (17,92)			
Capacidade funcional	Sim	48,67 (19,22)	-2,35	0,02	0,69
	Não	64,81 (24,51)			
Aspectos físicos	Sim	28,33 (42,11)	-1,26	0,21	0,37
	Não	43,87 (41,86)			
Dor	Sim	56,07 (28,18)	-0,80	0,43	0,23
	Não	62,45 (27,36)			
Estado geral saúde	Sim	70,67 (22,74)	-1,22	0,22	0,36
	Não	77,36 (17,50)			
Vitalidade	Sim	48,67 (21,00)	-2,83	0,01	0,83
	Não	65,94 (20,82)			
Aspectos sociais	Sim	50,60 (29,88)	-3,43	0,01	1,00
	Não	74,45 (21,77)			
Aspectos emocionais	Sim	59,80 (38,28)	-0,19	0,84	0,06
	Não	62,08 (39,27)			
Saúde mental	Sim	67,20 (25,53)	-0,90	0,37	0,26
	Não	72,53 (18,79)			

Nota: N metástase=15; N sem metástase=15.

De acordo com os dados trazidos na Tabela 5 para a EPSUS-A é possível verificar que os pacientes que não tinham metástase do câncer apresentaram médias mais elevadas em todas as dimensões e no escore total, diferenças com efeito expressivo. No que se refere aos dados de qualidade de vida avaliados pela SF-36, os pacientes sem metástase também obtiveram maiores médias em todos os domínios e com efeito expressivos nas diferenças, exceto no domínio Aspectos emocionais. Os domínios que apresentaram as diferenças mais expressivas foram Aspectos sociais e Vitalidade, seguido de Capacidade funcional. Por fim,

na Tabela 6 é mostrada a diferença de média nos instrumentos com base no tempo de tratamento, dividido em dois grupos de acordo com análise da mediana.

**Tabela 6**

*Diferença de média entre as pontuações nos instrumentos com base na variável tempo de tratamento*

	Tratamento	Média (DP)	t	p	d
Afetivo	1	41,59 (9,68)	-1,34	0,18	0,34
	2	44,60 (7,74)			
Interações Sociais	1	9,97 (3,63)	0,14	0,88	0,04
	2	9,83 (3,57)			
Instrumental	1	14,38 (5,21)	-1,39	0,17	0,35
	2	16,27 (5,49)			
Enfrentamento de Problemas	1	15,61 (4,75)	-0,61	0,54	0,16
	2	16,30 (3,89)			
EPSUS TOTAL	1	83,22 (16,92)	-0,86	0,39	0,22
	2	87,0 (17,32)			
Capacidade funcional	1	56,25 (25,68)	-2,15	0,03	0,54
	2	68,71 (19,83)			
Aspectos físicos	1	42,19 (41,85)	0,64	0,52	0,16
	2	35,48 (40,70)			
Dor	1	62,22 (25,31)	0,30	0,76	0,08
	2	60,19 (27,67)			
Estado geral saúde	1	73,69 (22,69)	-1,03	0,01	0,26
	2	78,68 (14,70)			
Vitalidade	1	59,06 (24,80)	-1,09	0,27	0,28
	2	65,32 (20,28)			
Aspectos sociais	1	65,72 (26,53)	-0,79	0,43	0,20
	2	70,94 (25,49)			
Aspectos emocionais	1	55,0 (39,36)	-1,44	0,15	0,36
	2	68,61 (35,50)			
Saúde mental	1	69,00 (21,14)	-0,99	0,32	0,25
	2	74,19 (20,20)			

Nota: 1= Menos de 14 meses de tratamento; 2= Mais de 14 meses de tratamento; N menos de 14 meses=32; N mais de 14 meses=31.

Na Tabela 6 é observado que nas dimensões e escore total da EPSUS-A os pacientes com mais de 14 meses de tratamento obtiveram maiores pontuações, com efeito expressivo, nas dimensões Afetivo, Instrumental e escore total. Em relação aos resultados da SF-36 a maior parte das diferenças apresentou efeito expressivo, exceto nos domínios Aspectos físicos e Dor. Os pacientes com mais de 14 meses de tratamento apresentam médias mais elevadas, com diferenças expressivas, nos domínios Capacidade funcional, Estado geral de saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais e Saúde mental.

## Discussão

No que tange à avaliação do suporte social, os resultados encontrados e descritos na Tabela 1 para os participantes desta pesquisa, indicaram que a dimensão Afetivo da EPSUS-A foi a que apresentou maior escore, indicando maior satisfação com essa fonte de apoio. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de Ferreira (2011), indicando que 75% da amostra apresentou bom apoio afetivo, assim como no estudo realizado por Lee et al. (2010), no qual no momento do diagnóstico as mulheres com câncer relataram melhor apoio emocional. Entretanto, referente à amostra de universitários o escore mais elevado também foi na dimensão Afetivo. Portanto, esse resultado indica que a dimensão Afetivo apresentou a percepção mais positiva, independente da amostra, sugerindo que a fonte emocional não é elevada somente nos os pacientes oncológicos. Cohen e Pressman (2006) enaltecem que a dimensão emocional (ou afetiva) desempenha importante papel na saúde mental dos indivíduos, sendo que se a afetividade for percebida de forma positiva no processo de vinculação dos indivíduos, tende a desempenhar função amortecedora em relação a eventos estressores. Nessa mesma direção, Taylor (2011) destaca que o suporte de ordem emocional possui efeito direto e mais eficaz, quando comparado aos outros tipos de apoio, ou seja, apesar de todas as fontes de suporte sejam consideradas importantes no processo de pertencimento de grupo, bem como na percepção do bem-estar e saúde, a dimensão emocional pode se relacionar a comportamentos que remetem a afetividade, sugerindo a ser concebida como a de maior efeito positivo para os indivíduos.

Em relação a dimensão que apresentou a menor média, para os pacientes, foi Interação Social. Porém, ao comparar os resultados com os universitários, observou-se que

os estudantes apresentaram menor média nessa dimensão, com diferença expressiva. Esse resultado indica que apesar de ser a dimensão mais prejudicada nos pacientes, quando comparado à população geral os dados demonstram que os estudantes apresentam maior dificuldade de relacionamento com outras pessoas e menor possibilidade de participação nos eventos sociais, possivelmente pela dificuldade de se adaptar nessa fase de transição. Teixeira, Dias, Wottrich e Oliveria (2008) pontuam que o ingresso na universidade implica diversas transformações nas redes de amizade e de apoio social dos jovens, pois a rede social do aluno irá ser modificada com novas relações, pessoas e grupos, além das novas responsabilidades e exigências sociais.

Entretanto, o fato de a dimensão Interações sociais apresentarem o menor escore, nos pacientes oncológicos, vai ao encontro com dados da literatura que sugerem a diminuição ou impossibilidades nas atividades sociais, fato que pode dificultar os relacionamentos interpessoais e o convívio com outras pessoas, tendo em vista as limitações que o câncer e o tratamento acarretam. Kolankiewicz et al. (2014) também encontraram a dimensão Interação Social como a mais afetada, ressaltando as dificuldades encontradas pelos pacientes devido os tratamentos invasivos e incapacitantes. Santana, Zanin e Maniglia (2008) indicam que é frequente a presença de dificuldades no contexto social quando o câncer é diagnosticado, caracterizado pelo afastamento de pessoas próximas, por não saberem como reagir frente à doença e ao doente.

Além disso, pode-se observar na Tabela 1 que os pacientes oncológicos apresentaram maiores médias em todas as dimensões e no escore total da EPSUS-A quando comparado aos estudantes, com diferenças expressivas, exceto para a dimensão Instrumental. Esse resultado sugere que os pacientes com câncer tendem a receber maior apoio social, ou a percepção acerca do suporte é mais positiva quando comparados aos

universitários. Levantou-se a hipótese de que os pacientes tenham maior satisfação do apoio social, pois como estão em uma situação de adoecimento, muitas vezes com dificuldades para realizar as atividades diárias, então as pessoas da rede social irão demonstrar mais a afetividade, carinho e auxiliar nas tarefas diárias. Nesse sentido, Lugton (1997) pontuou que em situações de crise, como é o caso do diagnóstico e tratamento do câncer, o doente necessita ter assegurado o amor e apoio emocional daqueles que estão próximos, no sentido de manter a própria identidade. Portanto, nesta pesquisa, os pacientes oncológicos obtiveram maiores pontuações pelo momento que estão vivenciando em suas vidas, a necessidade do apoio, apresentando percepção mais positiva do suporte social. Ressalta-se que ambas as amostras demonstraram ter satisfatório suporte social, apesar de a EPSUS-A não apresentar ponto de corte, observou-se que as pontuações nos escores totais foram elevados.

Em relação aos resultados encontrados nos domínios avaliados pela SF-36, todos os domínios apresentaram pontuações que indicam boa qualidade de vida, exceto Aspectos físicos, considerando o ponto de corte adotado. Apesar da literatura da área oncológica pontuar que o câncer gera grande impacto na vida do paciente e em sua qualidade de vida (Nucci, 2003; WHO, 2005; Espírito Santo & Souza, 2008), alguns autores ressaltam que ocorre um decréscimo na qualidade de vida imediatamente após o início do tratamento, com retorno gradual após um intervalo de seis meses (Amar et al., 2002; Dallabrida, 2014). Esse dado, indicando o retorno da qualidade de vida nos pacientes com mais de seis meses de tratamento, auxilia na compreensão dos resultados encontrados nesta pesquisa, os quais demonstram que os pacientes apresentaram médias elevadas nos domínios avaliados (acima do ponto de corte), indicando boa ou satisfatória qualidade de vida, uma vez que a média de tempo de tratamento foi de dois anos e três meses. A maior parte dos pacientes já havia

passado seis meses após o diagnóstico, e alguns já tinham finalizado os tratamentos mais invasivos, o que pode ter influenciado nos escores da SF-36.

Como citado acima, o Aspecto físico foi o que apresentou menor média, sendo considerado o mais prejudicado e o único domínio abaixo do ponto de corte. Amaral et al. (2009) também evidenciaram o Aspecto físico como o mais afetado na qualidade de vida das pacientes com câncer de mama, uma vez que os tratamentos trazem, por vezes, consequências nas funções físicas dos pacientes e necessidade de reduzir as atividades diárias, uma vez que apresenta efeitos colaterais dos remédios, podendo causar fadiga. Porém, os dados encontrados na pesquisa de Lôbo et al. (2014) demonstraram que as funções físicas não foram consideradas prejudicadas, apresentando elevados escores. Os autores levantaram a hipótese de que as funções não foram afetadas de forma prejudicial, uma vez que a maior parte das pacientes não estava acamada, não necessitada de ajuda para as atividades diárias e não apresentaram limitações para realizar as atividades de lazer, então, as condições físicas e o tratamento não interferiram na vida familiar e nas atividades sociais.

Em relação aos domínios da SF-36 que apresentaram melhores médias, foi Estado geral de saúde e Saúde mental englobando percepção subjetiva do estado geral de saúde e escala de humor e bem-estar, respectivamente. Dados similares também foram encontrados na pesquisa de Amaral et al. (2009) e os autores concluíram que esses domínios tiveram maiores médias, pois o apoio social recebido da família e da equipe se constitui em um dos alicerces da recuperação física e psíquica dos pacientes. Nesse sentido, os resultados indicam que pelo fato dos pacientes oncológicos desta pesquisa apresentarem percepção positiva do seu suporte social, conseqüentemente, explica o fato das médias elevadas nos domínios Estado geral de saúde e Saúde mental, pois de acordo com a literatura o suporte

social atua como fator protetor na saúde e associado positivamente com bem-estar e qualidade de vida (House et al., 1988; Compton et al., 2005; Horowitz et al., 2013).

No que toca as diferenças entre as amostras nos domínios avaliados pela SF-36 é possível verificar que em alguns domínios ocorreu distinção entre os pacientes (estudo 1 e 2) e em todos os domínios os pacientes oncológicos (estudo 1) se diferiram da amostra da população geral (estudo 3). É possível observar na Figura 2, que em todos os domínios avaliados a amostra do estudo 3 obteve maiores médias, indicando que a população geral apresentou melhor qualidade de vida quando comparados aos pacientes, independente do diagnóstico. Apesar disso, como citado anteriormente, a qualidade de vida foi referida como boa pelos pacientes oncológicos (estudo 1), sugerindo que apesar de ele estar satisfeito com a sua qualidade de vida, ainda assim as médias são menores, e a qualidade de vida é mais prejudicada, quando comparado com pessoas que nunca tiveram diagnóstico de câncer. Dados da literatura consideram o câncer uma doença complexa, grave e incapacitante, podendo afetar de forma significativa a vida dos pacientes em diferentes dimensões, tanto biológica, psicológica e social (Bittencourt & Cadete, 2002; Espírito Santo & Souza, 2008; Santana et al., 2008). O paciente sofre não apenas com os sintomas físicos, mas também com a crise existencial devido aos medos decorrentes do diagnóstico e tratamentos do câncer (Santana, Zanin & Maniglia 2008). Entretanto, estudo de Soares et al. (2013) comparando sobreviventes do câncer de mama e mulheres sem diagnóstico apresentou que as sobreviventes obtiveram maiores médias nos domínios de qualidade de vida. A explicação sugerida pelos autores foi o fato de essas mulheres (sobreviventes) têm encontrado apoio de suas famílias e profissionais de saúde, além de, talvez, têm um significado maior (ou melhor) na vida após o câncer.

Porém, os pacientes (estudo 1) quando comparados aos pacientes com câncer de pulmão (estudo 2) também se diferenciaram em alguns domínios, e de acordo com o perfil da Figura 2 observou-se que na maioria dos domínios da qualidade de vida os pacientes do estudo 2 apresentaram médias menores. O câncer de pulmão é a neoplasia de maior mortalidade, visto que o seu diagnóstico geralmente é tardio, em estágios avançados da doença, impedindo um tratamento curativo (Oliveira & Cury, 2002), e a qualidade de vida dos pacientes é afetada por vários fatores, como o estágio da doença, características do tratamento e aspectos individuais (Franceschini et al., 2008). Conclui-se, que pacientes com câncer de pulmão, provavelmente apresentem menor qualidade de vida quando comparado a outros diagnósticos, pelo caráter do tratamento ser mais invasivo, decorrente dos diagnósticos tardios e suas implicações.

De acordo com a Tabela 3, a diferença nas pontuações dos instrumentos com base na variável sexo os dados da EPSUS-A demonstraram que os pacientes homens apresentaram maiores médias em todas as dimensões e no escore total, com distinção expressiva, exceto na dimensão Instrumental. Esses resultados sugerem que os pacientes do sexo masculino reportaram receber maior apoio social. No estudo de Kolankiewicz et al. (2014) os homens também obtiveram maiores escores na escala de suporte social. Estudos discutem que as atividades exercidas pelas mulheres na organização familiar ainda se mantêm demarcadas pela geração do cuidado e, para o cuidar, tornando-se cuidadora da família. Apesar de estar doente, e receber apoio da família e pessoas da rede social, ainda não deixa o papel de cuidar da casa, ao se preocuparem com o estado emocional dos membros familiares (Salci & Marcon, 2008).

Referente aos resultados de qualidade de vida, a maior parte das diferenças entre os sexos não tiveram diferenças com efeito expressivo. Alguns domínios apresentaram

distinção expressiva: o domínio Capacidade funcional e Aspectos físicos, as mulheres tiveram maiores médias indicando possuir menores dificuldades físicas. A maior parte das mulheres deste estudo tinha diagnóstico de câncer de mama e provenientes das Ongs que realizam trabalho com fisioterapeutas e educadores físicos, então, conclui-se que essas atividades auxiliam as mulheres nas suas funções físicas durante e após o tratamento. E na Saúde mental, que inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento, descontrole emocional e bem-estar psicológico os pacientes masculinos obtiveram maiores pontuações, sugerindo que os homens apresentam menos dificuldades emocionais relacionadas ao câncer, assim como a literatura aponta que as mulheres são mais propensas a desenvolverem depressão e quadros de ansiedade (APA, 2002; Van de Velde, Bracke & Levecque, 2010). Diferentemente, na pesquisa realizada por Chaves e Gorini (2011) com pacientes com câncer colorretal, os resultados não demonstraram diferenças para homens e mulheres em relação aos domínios da qualidade de vida, essa referida como boa.

No que tange as diferenças entre diagnósticos, os resultados da Tabela 4 demonstraram que as pacientes com câncer de mama apresentaram maiores médias em todas as dimensões do suporte social, exceto em Enfrentamento de Problemas. As diferenças foram expressivas nas dimensões Interação social, Instrumental e escore total, indicando que as pacientes com câncer de mama apresentaram maior apoio relacionado a essas dimensões.

Para a avaliação da qualidade de vida, na Tabela 4, a maior parte das diferenças entre os diagnósticos teve efeito expressivo, a não ser o domínio Dor e Saúde Mental. As diferenças com magnitudes de efeitos mais expressivas foram nos domínios: Capacidade funcional e Aspectos físicos, sugerindo que as pacientes com câncer de mama tem menor

prejuízo nas atividades físicas e diárias, o que pode ser explicado pelo fato das atividades que as Ongs desenvolvem com essas mulheres para recuperação dos movimentos prejudicados pelo tratamento, como citado acima. Silva et al. (2013) verificaram que após abordagem fisioterapêutica ocorreu a melhora da função física, diminuição da dor, além dos movimentos e sintomas do braço. Outros estudos também pontuam a importância dos acompanhamentos de atividades fisioterapêuticas para a melhora na qualidade de vida das pacientes em tratamento do câncer de mama (Beurskens, van Uden, Strobbe, Oostendorp, Wobbes, 2007; Oliveira, et al., 2010).

Os domínios que também apresentaram diferenças expressivas, porém de magnitude menor, foram Estado geral de saúde, Aspectos emocionais, seguido de Vitalidade e Aspectos sociais, também as mulheres com câncer de mama obtiveram maiores médias, sugerindo percepção mais positiva do estado de saúde, melhores condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais, nível mais elevado de energia e menor fadiga, além de melhor condição física nas atividades sociais e de lazer. A partir desses resultados, observou-se que as pacientes com câncer de mama apresentaram melhores escores de suporte social e qualidade de vida. Uma hipótese para tal dado é o fato da maior parte da amostra com câncer de mama ser participante das Ongs na qual foi realizada a coleta de dados, sugerindo que as atividades desenvolvidas no local auxiliam as mulheres no momento do adoecimento. Estudos realizados com mulheres com câncer de mama também apontam escore elevado para qualidade de vida e saúde global (Bezerra et al., 2013; Fangel et al., 2013, Guimarães & Anjos, 2012; Michels, Latorre & Macial, 2013, Lôbo et al., 2014).

Em relação às diferenças nos instrumentos com base na presença de metástase, na Tabela 5 é possível observar que os pacientes sem metástase do câncer apresentaram

médias mais elevadas em todas as dimensões e no escore total da EPSUS-A, com diferenças de efeito expressivo. O escore total e a dimensão Interação social apresentaram as maiores magnitudes nas diferenças entre os grupos, sugerindo que os pacientes sem metástase apresentaram satisfação mais positiva com o apoio social e encontraram menores dificuldades nos relacionamentos interpessoais e nas atividades sociais e de lazer.

O fato de o paciente estar com a doença em estágio mais avançado faz com que ocorra a redução das funcionalidades, queda na autonomia funcional e, conseqüentemente, a vida social irá ficar comprometida, aumentando a possibilidade de isolamento (Pimenta, Koizumi & Teixeira, 1997; Zanin & Maniglia 2008). Por sua vez, a rede social pode oferecer maior apoio, acreditando que o paciente esteja sofrendo ou pela maior necessidade que as outras pessoas realizem as atividades diárias fazendo o paciente perceber o suporte social, de maneira diferente daquele paciente que já ainda consegue manter sua rotina ou já está reabilitado a sua vida de antigamente. Figueiredo (2007) verificou que quanto mais longo o tempo de duração da doença nos pacientes com câncer colorretal, maiores eram os sintomas de doença psicológica, bem como mais cansaço pessoas e familiar assim como maior número de tratamentos, deslocamentos ao hospital e faltas ao trabalho.

No que se refere aos dados de qualidade de vida avaliados pela SF-36, os pacientes sem metástase também obtiveram maiores médias em todos os domínios e com efeito expressivos nas diferenças, exceto no domínio Aspectos emocionais. Esses resultados indicam que a presença de metástase afeta ainda mais a vida do paciente com câncer, pelo fato da doença estar em estágio mais avançado. Amar et al. (2002) pontuam que a doença em nível avançado apresenta mais sintomas, causa maior disfunção e conseqüentemente se relacione com pior qualidade de vida. Além disso, o aparecimento da metástase acarreta diversas incertezas ao futuro, e as recordações do diagnóstico inicial e dos tratamentos são

frequentes, acarretando impacto no bem-estar, nas atividades diárias e também na qualidade de vida destes doentes (Roth & Breitbart, 2001).

Porém, referente ao domínio que não apresentou diferenças expressivas, Aspectos emocionais, se faz pensar que o câncer afeta, independente do estágio, os aspectos psicológicos e emocionais dos pacientes em algum grau. Como pontuado por Espírito Santo e Souza (2009) o câncer é considerado uma doença de estigma negativo, que gera sofrimentos e impacto o paciente nos aspectos físicos, psicológicos e sociais. Além disso, a angústia e a incerteza quanto ao futuro desencadeia um processo de dor física, objetiva e subjetiva (Bittencourt & Cadete, 2002), independente da localidade do tumor e do estágio, ressaltando que cada paciente irá vivenciar a doença de uma maneira.

Por fim, as diferenças nos instrumentos com base no tempo de tratamento apresentadas na Tabela 6, demonstraram que os pacientes com mais de 14 meses de tratamento obtiveram maiores pontuações nas dimensões Afetivo, Instrumental e escore total da EPSUS-A, com efeito expressivo. Esses resultados indicam que os pacientes com mais tempo de tratamento tendem a apresentar maior satisfação do apoio social. Pode-se sugerir que no momento inicial do tratamento ocorra um maior afastamento das pessoas da rede social do paciente, por não saber lidar com os aspectos acarretados pelo adoecimento ou pelo doente não ter desejo de compartilhar o diagnóstico, levando ao isolamento, tendo como consequência a baixa percepção do apoio social. Alguns autores pontuam que ao ser confrontado com o diagnóstico é comum o paciente apresentar diferentes medos, entre eles, do afastamento das pessoas próximas por não saberem lidar com tal situação (Santos Junior, 2013; Veit & Carvalho, 2010). Já no estudo de Lee et al. (2010), os resultados demonstraram que após um ano de tratamento o suporte social percebido pelas pacientes diminuiu significativamente e tornou-se similar aos escores obtidos pela população geral.

Em relação aos resultados da SF-36 as diferenças tiveram efeito expressivo, menos no domínio Dor. Os pacientes com mais de 14 meses de tratamento apresentam médias mais elevadas na Capacidade funcional, Estado geral de saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais e Saúde mental, levantando-se a hipótese de que estejam mais adaptadas à doença e aos tratamentos, ou que já tenham finalizado os mais invasivos. Enquanto que os pacientes com menos de 14 meses de tratamento pontuaram mais apenas no domínio Aspectos físicos, indicando que talvez estejam na fase dos tratamentos com maiores efeitos colaterais desagradáveis e que geram impacto na capacidade física. Dados similares foram encontrados na pesquisa de Chaves e Gorini (2011), na qual evidenciou que houve um crescente na satisfação com a qualidade de vida, na medida em que o tempo de tratamento passava, ou seja, na medida em que se aproximava do término do ciclo da quimioterapia os pacientes relataram melhor qualidade de vida. Complementando, Amar et al. (2002) afirmam que o momento da avaliação influencia nos resultados, sendo observado um decréscimo de qualidade de vida imediatamente após o tratamento, com retorno gradual aos valores basais (pré-tratamento) após um intervalo de aproximadamente seis meses.

## Considerações finais

O progresso tecnológico, no âmbito das ciências médicas, tem proporcionado um enorme avanço no tratamento das doenças oncológicas e no aumento da taxa de sobrevivência dos pacientes, daí a importância de se avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e o apoio social. Assim, os objetivos desta pesquisa foram atingidos, uma vez que se investigou o suporte social e a qualidade de vida nos pacientes oncológicos, e estudou as diferenças entre amostras de outros estudos e com base nas variáveis sexo, diagnóstico, metástase e tempo de tratamento. Concluiu-se, a partir dos escores da EPSUS-A evidencia-se satisfatório suporte social nesses pacientes oncológicos, além de apresentarem maiores médias quando comparados aos universitários. Os resultados da SF-36 demonstraram boa qualidade de vida nos pacientes, porém, ao se comparar com pessoas sem diagnóstico verificou-se menores médias para os pacientes, indicando qualidade de vida mais prejudicada. Então, apesar das médias nos domínios da SF-36 serem maiores que o ponto de corte utilizado e demonstrando boa qualidade de vida, é importante ressaltar que no perfil, os pacientes tiveram menores pontuações em todos os domínios em relação à população geral. Referente aos resultados das outras variáveis observou-se diferenças expressivas, tanto em suporte social quanto na qualidade de vida.

Os resultados encontrados também demonstram que existem diferenças, tanto para suporte social quanto para qualidade de vida quando comparados a outras amostras de população geral e outro diagnóstico de câncer; em relação ao sexo, ao tipo de diagnóstico; a presença ou não de metástase, além do tempo de tratamento

Entre as limitações deste estudo destaca-se o número reduzido da amostra, devido à dificuldade de acesso aos pacientes, além do número reduzido de estudos que permitissem uma comparação direta com os resultados obtidos nesta pesquisa, principalmente os que estudavam o suporte social nos pacientes oncológicos pelo fato de os instrumentos variarem de acordo com as definições presentes na literatura e grande parte apresentar metodologia qualitativa. Dessa forma, este trabalho descreveu mais pesquisas analisando a qualidade de vida, pelo fato de ser mais pesquisado nesses pacientes. Sugere-se que estudos futuros que avaliem pacientes com um mesmo diagnóstico e que considerem a variabilidade desta amostra para analisar os resultados. Também que estejam realizando o mesmo tipo de tratamento, uma vez que cada um irá trazer resultados, impacto e efeitos colaterais diferentes na vida do paciente, além de avaliar a influência do suporte social na qualidade de vida, uma vez que é considerado fator protetor no adoecimento. Outra sugestão para futuras pesquisa é a realização de estudos qualitativos e quantitativos, realizados em conjunto, para que sejam levadas em consideração as queixas desses pacientes, angustias, expectativas ou crenças, ou seja, fatores subjetivos que não puderem ser quantificados nesta pesquisa.

A presente pesquisa poderá contribuir para o avanço do conhecimento em Psicologia da Saúde, pois evidenciou a importância da investigação de variáveis como rede e apoio social de pessoas com câncer, além da qualidade de vida. Porém, também levantam-se alguns questionamentos acerca do estigma do câncer e das limitações, indicando que é necessário uma avaliação individualizada, pois cada paciente irá vivenciar seu adoecimento de forma singular. Com os dados levantados, o psicólogo pode planejar práticas voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e pontuar a importância do suporte

social na vivência do adoecimento, pois a sua mensuração pode auxiliar no processo terapêutico e na reabilitação da pessoa.

## Referencias

- Agneessens, F., Waeye, H., & Lievens, J. (2006). Diversity in social support by role relations: A typology. *Social Networks*, 28, 427-441.
- Almeida, R. A., & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 183-202.
- Amaral, A. V., Melo, R. M. M., Santos, N. O., Lôbo, R. C. M. M., Benute, G. R. G., & Lucia, M. C. S. (2009). Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: As marcas de uma nova identidade impressa no corpo. *Revista Hospitalar*, 7(2), 36-54.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR*. (4<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. Division of Health Psychology 38. (2011). Health Psychology. Recuperado em Junho, 2014, de <http://www.apa.org/about/division/div38.aspx>
- Ardahan, M. (2006). Social support and nursing. *Journal of University School of Nursing*, 9, 68-76.
- Baptista, M. N., & Dias, R. R. (Orgs.). (2003). *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.

- Baptista, M. N., Capitão, C. G., & Scortegagna, S. A. (2006). Evaluación psicológica em la salud: contextos actuales. *Estudios Sociales Revista de Investigación Científica*, XIV, 28, 138-161.
- Barros, D.O., & Lopes, R. L. (2007). Women with invasive uterine cervical neoplasm: family support as a help. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3); 295-8.
- Baum, A., & Posluszny, D. M. (1999). Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Reviews Psychology*, 50, 137-163.
- Beurskens, C. H. G., van Uden, C. J., Strobbe, L. J., Oostendorp, R. A., & Wobbles, T. (2007). The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomized controlled study. *BMC Cancer*, 7, 166.
- Bittencourt, J. F. & Cadete, M. M. (2002). Vivências da mulher a ser mastectomizada: esclarecimentos e orientações. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(4), 420-423.
- Capitão, C. G., Scortegagna, S. A., & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 45-82.
- Cardoso, H. F. (2013). *Construção e estudos psicométricos da Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulto) – EPSUS-A*. (Tese de doutorado não publicada). Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo, SP.
- Cardoso, H. F., & Baptista, M. N. (2014). Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) - EPSUS-A: estudo das qualidades psicométricas. *Psico-USF* [online], 19(3), 499-510.
- Cerqueira-Silva, S., Dessen, M. A., & Júnior, A. L. C. (2011). As contribuições da ciência do desenvolvimento para a psicologia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 1599-1609.

- Chaves, P. L. & Gorini, M. I. P. C. (2011). Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(4), 767-773.
- Ciconoreli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39, 143-150.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. & Pressman, S. D. (2006). Positive Affect and Health. *Association for Psychological Science*, 15(3), 122-125.
- Compton, M. T., Thompson, N. J. & Kaslow, N. J. (2005). Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: The protective role of family relationships and social support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 175–185.
- Costa Junior, A. L. (2001). O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 36-43.
- Dallabrida, F. A., Loro, M. M., Rosanelli, C. L. S. P., Souza, M. M., Gomes, J. S., & Kolankiewick, A. C. B. (2014). Qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer do colo de útero. *Revista Rene*, 15(1), 116-22.
- De Marco, M. A. (2003). Psicologia da Saúde. Em M. A. De Marcos (Org.). *A face humana da medicina* (pp. 71-76). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- De Marco, M. A. (2006). Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(1), 60-72.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- Espírito Santo, F. H., & Souza, M. G. G. (2008). O olhar que olha o outro... Um estudo com familiares de pacientes em quimioterapia antineoplásica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(1), 31-41.
- Ferreira, D. B. (2011). Qualidade de vida em pacientes em tratamento de câncer de mama – associação entre rede social, apoio social e atividade física. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ.
- Figueiredo, A. P. R. da S. (2007). Impacto do tratamento do cancro colorrectal do doente cónjuge: implicações na qualidade de vida, morbidade psicológica representações de doença e stress pós-traumático. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28.
- Horowitz, A., Reinhardt, J. P., Boerner, K. & Travis, L. A. (2003). The influence of health, social support quality and rehabilitation on depression among disabled elders *Aging & Mental Health*, 7(5): 342–350.
- House, J.S., Landis, K.R., Umberson, D., 1988. Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.

- Incidência de Câncer no Brasil. (2014). Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva – INCA. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24012014.pdf>.
- Kolankiewicz, A. C. B., Souza, M. M., Magnago, T. S. B. S., & Domenico, E. B. L. (2014). Apoio social percebido por pacientes oncológicos e sua relação com as características sociodemográficas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(1), 31-38.
- Lee, M. K., Park, S., Lee, E. S., Ro, J., Kang, H. S., Shin, K. H., ... Yun, Y. H. (2010). Social support and depressive mood 1 year after diagnosis of breast cancer compared with the general female population: a prospective cohort study. *Support Care Cancer*, 19, 1379- 1392.
- Lôbo, S. A., Fernandes, A. F. C., Almeida, P. C., Carvalho, C. M. L., & Sawada, N. O. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 554-9.
- Lugton, J. (1997). The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25(11), 84-91.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychology*, 35(9), 807-817.
- Minayo, M. C. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Meneses, M. P. R., & Sarriera, J. C. (2005). Redes sociais na investigação psicossocial. *Aletheia*, 21, 53-67.
- Nicassio P. M., Meyerowitz B. E., & Kerns R. D. (2004). The future of health psychology interventions. *Health Psychology*, 23(2), 132-137.

- Nucci, N. A. G. (2003). Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo. (Tese de doutorado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Oliveira, T. B. de., & Cury, P. M. (2002). Câncer de pulmão. *HB científica*, 9(1), 25-38.
- Oliveira, M. M. F., Souza, G. A., Miranda, M. S., Okubo, M. A., Amaral, M. T. P., Silva, M. P. P., et al. (2010). Exercícios para membros superiores durante radioterapia para câncer de mama e qualidade de vida. *RBGO*, 32(3), 133-8.
- Pedroso, R. S., & Sbardelloto, G. (2008). Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: Revisão teórica. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 7, 32-35.
- Pimenta, C. A. M., Koizumi, M. S., & Teixeira, J. (1997) Dor no doente com câncer: característica e controle. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 43(1), 21-44. Disponível em: [http://www.inca.org.br/rbc/n\\_43/v1/artigo2\\_completo.html](http://www.inca.org.br/rbc/n_43/v1/artigo2_completo.html).
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa.
- Rodrigues, V. B. (2008). Satisfação com o suporte social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: estudo exploratório. (Monografia não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). *Social support: Encyclopedia of mental health*. 3ed. New York: Academic Press.
- Roth, A., & Breitbart, W. (2001). Principles of Psychosocial Oncology. Em P. Rubin. *Clinical Oncology: A Multidisciplinary Approach for Physician na Students* (pp. 220-238). New York: Sanders.
- Salci, M.A. & Marcon, S.S. (2008). De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivencia o câncer. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(3), 544-51.

- Santana, J. J. R. A., Zanin, C. R., & Maniglia, J. V. (2008). Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia*, 18(40), 371-384.
- Santos Junior, A. (2013). Considerações psiquiátricas no manejo do paciente com câncer. Em V. A. A., Camon & K. C., Gaspar (Orgs.). *Psicologia e Câncer* (pp. 153-169). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Seidl, E. M. F. & Troccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326.
- Silva, M. D., Rett, M. T., Mendonça, A. C. R., Silva Júnior, W. M., Prado, V. M., & DeSantana, J. M. (2013). Qualidade de vida e movimento do ombro pós-operatório de câncer de mama: um enfoque da fisioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 59(3), 419-426
- Souza, J. R. (2009). Estudo sobre avaliação de eficácia terapêutica em oncologia: grupo psico-educacional “Aprendendo a enfrentar”. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Suls J., & Hothman A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: Prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119-125.
- Taylor, S. E. (2002). *Health Psychology*. (5a ed.) New York: McGraw-Hill.
- Taylor, S. E. (2011). *Social Support*. In: Oxford Library of Psychology. The Oxford Handbook of Health (pp. Psychology. Ed. Howard S. Friedman.
- Teixeira, J. F. (2000). *Mente, cérebro e cognição*. Petrópolis: Vozes.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 441-448.
- Teixeira, M. A. P., Dias, A. C. G., Wottrich, S. H., & Oliveira, A. M. (2008). Adaptação à universidade em jovens calouros. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12(1), 185-201.

- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- Usta, Y.Y. (2012). Important of social support in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, 3569-72.
- Van de Velde, S., Bracke, P. & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71(2), 305-13.
- Veit, M. A., & Carvalho, V. A. (2010). Psico-Oncologia: um novo olhar para o câncer. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 526-530.
- Yang, J., Peek-Asa, C., Lowe, J. B., Heiden, E., & Foster, D. T. (2010). Social support patterns of collegiate athletes before and after injury. *Journal of Athletic Training*, 45(4), 372–379.
- World Health Organization - WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Disponível em: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf). Acessado em: 10/09/2014.
- WHOQOL - The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties (1998). *Medicine, Science & Society*, 46; 1569-1585.

## CAPÍTULO 3

### SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES COM CÂNCER

#### Resumo

Sette, C.P. (2015). *Sintomas depressivos em pacientes com câncer*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

A depressão é o transtorno mental mais comum nos pacientes com câncer, com taxas de prevalência elevadas e podendo afetar o adocimento do paciente, estando relacionada a prognósticos negativos e diminuição da sobrevida. Em situações de crise, como é o caso do diagnóstico e tratamento do câncer, o suporte social tem se relacionado com menores taxas de depressão. Também, pacientes com menores sintomas depressivos apresentam melhor qualidade de vida durante o tratamento oncológico. A partir dessas constatações, o objetivo desta pesquisa foi investigar os sintomas depressivos em pacientes oncológicos e as diferenças com base no sexo, qualidade de vida e suporte social. Para tanto, participaram 68 pacientes diagnosticados com câncer, a idade variou entre 25 e 83 anos ( $M=55,4$ ;  $DP=13,3$ ) e 85,3% era do sexo feminino. Os instrumentos utilizados foram Questionário de Identificação, Escala de Percepção do Suporte Social – versão adulta (EPSUS-A), *Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36)* para avaliar qualidade de vida e a Escala Baptista de Depressão (versão Hospital-Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB. Entre os achados, verificou-se que a maior parte dos pacientes relatou no questionário de Identificação, não possuir diagnóstico de depressão antes do câncer, nem no momento atual, além de não utilizar medicação para os sintomas depressivos. Os escores obtidos na EBADEP-HOSP-AMB se mostraram baixos, ou seja, a amostra apresentou sintomas depressivos leves. Referente à diferença na EBADEP-HOSP-AMB com base na variável sexo, as mulheres apresentaram maior média, demonstrando ter mais sintomas depressivos. Outro resultado encontrado foi dos grupos criados com base nos escores de dois domínios avaliados pela SF-36, Aspectos emocionais e Saúde mental, demonstrando que pessoas com piores escores nesses domínios obtiveram médias mais elevadas de sintomas depressivos. Também, o grupo com menor pontuação na escala de suporte social obteve maior média no escore total de depressão, indicando que as pessoas com menor apoio social apresentam mais sintomas depressivos. Conclui-se que as mulheres, os pacientes com menor percepção da sua saúde, piores condições da saúde mental e menor satisfação com o suporte social apresentam níveis mais elevados de sintomas depressivos. Por fim, entre as limitações deste estudo destaca-se o número reduzido da amostra, além da escassez de pesquisas que avaliam a relação entre suporte social e depressão, principalmente no contexto brasileiro. Sugere-se que estudos futuros avaliem pacientes com o mesmo diagnóstico, ou que estejam realizando o mesmo tipo de tratamento ou apresentem mesmo tempo de tratamento, além de investigar a influência do suporte social nos sintomas depressivos, a depressão na qualidade de vida dos pacientes.

**Palavras-chave:** Sintomas depressivos; Transtorno depressivo; Rede social; Apoio social.

## Abstract

Sette, C.P. (2015). *Symptoms of depression in cancer patients*. Master's Thesis, Post-Graduate Studies in Psychology, University San Francisco, Itatiba, São Paulo.

Depression is the most common mental disorder in patients with cancer, with high prevalence rates and can affect the illness of the patient, and is related to negative prognosis and decreased survival. In crisis situations, such as the diagnosis and treatment of cancer, social support has been linked to lower rates of depression. Also, patients with minor depressive symptoms have better quality of life during cancer treatment. From these findings, the objective of this research was to investigate depressive symptoms in cancer patients and differences based on sex, quality of life and social support. Therefore, participated 68 patients diagnosed with cancer, ages ranged between 25 and 83 years ( $M = 55.4$ ,  $SD = 13.3$ ) and 85.3% were female. The instruments used were Identification Questionnaire, the Social Support Perception Scale - adult version (EPSUS-A), Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36) to assess quality of life and Depression Scale Baptista (version HOSPITAL- Ambulatory) - EBADEP-HOSP-AMB. Among the findings, it found that most patients reported the identification questionnaire has no diagnosis of cancer depression before or at the current time, and does not use medication for depressive symptoms. The scores obtained in EBADEP HOSP-AMB-up showed low, that is, the sample showed mild depressive symptoms. Regarding the difference in EBADEP-HOSP-AMB based on gender, women had a higher average, demonstrating to have more depressive symptoms. Another result found was the group created based on the scores of two domains assessed by the SF-36 emotional aspects and mental health, showing that people with lower scores in these areas achieved higher averages of depressive symptoms. Also, the group with lower scores on social support scale had the highest average total score of depression, indicating that people with less social support had more depressive symptoms. It concludes that women, patients with lower perception of their health, worse mental health and less satisfaction with social support have higher levels of depressive symptoms. Finally, among the limitations of this study highlight the small sample size, plus the lack of research assessing the relationship between social support and depression, especially in the Brazilian context. It is suggested that future studies evaluating patients with the same diagnosis, or are performing the same type of treatment or provide treatment while, in addition to investigate the influence of social support in depressive symptoms, depression quality of life of patients.

**Keywords:** Depressive symptoms; Depressive disorder; Social network; Social support.

## Introdução

O câncer é uma doença que afeta globalmente a vida do paciente, entendido geralmente como uma enfermidade cujo sinônimo é o sofrimento e a morte (Barbosa, Santos, Amaral, Gonçalves & Bruscato, 2004). No âmbito biológico, o paciente enfrenta sintomas debilitantes e tratamentos muitas vezes invasivos, prolongados e com efeitos colaterais desagradáveis (Venturi, Pamplona, & Cardoso, 2004). Em se tratando do contexto psicossocial, o paciente pode enfrentar dificuldades na alteração da rotina diária, dependência de outras pessoas, mudança de hábitos, isolamento, entre outras, desencadeando, não raramente, sofrimento psicológico (Amar, Rapoport, Franzi, Bisordi, & Lehn, 2002).

O transtorno mental mais comum nos pacientes com câncer é a depressão e as taxas de prevalência encontram-se entre 3% e 58%, variando de acordo com o tipo de câncer (localidade do tumor), com o estágio da doença, ou seja, a evolução, e os tipos de tratamentos, bem como as características da população (Bottino, Fráguas & Gattaz, 2009). Croyle e Rowland (2005) apontam que a taxa de prevalência da depressão varia entre 10% e 25% nos pacientes com câncer. Em estudos realizados com pacientes internados, as taxas de depressão oscilaram entre 20% e 25% dos pacientes com câncer (Arnt & Arnt, 1992; Carvalho & Sougey, 1995). Apesar dessa divergência da literatura, decorrente das características da população estudada e do tipo de instrumento utilizado para avaliação, autores consideram que esse número elevado é consequência dos níveis de estresse e angústia emocional relacionado ao diagnóstico do câncer que podem desencadear a depressão (Martinho, Reis, Novo & Hübner, 2009).

Apesar da taxa de prevalência ser elevada, alguns estudos indicam que 25% a 50% da depressão não é diagnosticado pelo médico, uma vez que os sintomas decorrentes da doença oncológica e do seu tratamento, por vezes, sobrepõem-se aos sintomas pesquisados na avaliação da depressão, tais como anorexia, insônia, perda de energia, perda de interesse das atividades, lentificação psicomotora (McDaniel, Musselman, Porter, Reed & Neneroff, 1995; Stiefel, Die Tril, Berney, Olarte & Razavi, 2001; Evans, et al., 2005). Para a população geral, as taxas de prevalência, de acordo com a OMS (2011) num estudo que compilou dados epidemiológicos advindos de 18 países, incluindo o Brasil, considerando-se exclusivamente os dados de São Paulo, observou-se que a maior prevalência nos últimos 12 meses foi registrada no Brasil com 10,4% e a menor foi a do Japão, com 2,2%.

A presença de sintomas depressivos em pacientes oncológicos está associada à pior percepção de saúde, maiores níveis de dor, pior qualidade de vida, menor sobrevida e a um maior risco de mortalidade (Tavoli, Montarezi, Roshan, Tavoli & Melyani, 2008; Karakoyun-Celik et al., 2010; Pinguart & Duberstein, 2010). Indivíduos deprimidos apresentam exacerbação de sintomas físicos, menor adesão aos tratamentos propostos, baixa autoestima, perda de concentração, prejuízo funcional, diminuição dos comportamentos de autocuidado tendo como consequência, piora na qualidade de vida, a qual é relacionada a prognósticos negativos, maior incidências de morbidades e mortalidades (Cangussu, Soares, Barra & Nicolato, 2010). Complementando, Teng, Humes e Demetrio (2005) citam a relação entre a diminuição do tempo de sobrevida dos pacientes com sintomatologia depressiva, ou seja, a depressão pode acarretar comprometimento no sistema imunológico, reduzindo assim o tempo de vida do paciente. Os indivíduos com câncer que apresentam sintomas de depressão aderem menos aos tratamentos ministrados, o que afeta negativamente o seu prognóstico. Tais problemas podem se tornar crônicos ou

recorrentes e levar o paciente a prejuízos substanciais na capacidade de cuidar das próprias responsabilidades diárias, como no caso de isolamento, resultando na não inserção no mercado de trabalho (Raison & Miller, 2003; Souza et al., 2013).

Em relação à epidemiologia, a depressão pode ser observada em qualquer idade, porém é mais frequente em pessoas com idade entre 20 e 40 anos. Acerca do sexo e estado civil, mulheres são mais propensas a desenvolverem depressão, assim como, pessoas separadas são mais susceptíveis ao transtorno quando comparadas às casadas ou solteiras (APA, 2002; Aros & Yoshida, 2009; Van de Velde, Bracke & Levecque, 2010). Em indivíduos adultos há a tendência para se admitir que as mulheres são duas vezes mais acometidas pelos transtornos depressivos, quando comparadas aos homens (Kaplan & Sadock, 2007). No entanto, outros estudos apresentam resultados que contradizem estas afirmações, ao relatarem prevalência semelhante nos dois gêneros (Vorcaro, Uchoa & Lima-Costa, 2002; Paradelo, Lourenço & Veras, 2005; Andrade, Viana & Silveira, 2006).

O estudo realizado por Silva, Piassa, Oliveira e Duarte (2014) com 18 pacientes, de 40 a 70 anos, utilizando de entrevista semiestruturada e da Escala de Depressão de Beck (BDI), demonstrou que a maioria apresentou nível leve e moderado de depressão (38,8%) e a outra parte da amostra apresentou níveis moderado e grave (11,1%). Ainda, os participantes que apresentaram níveis mínimo e leve de depressão foram os casados, tendo então um apoio familiar e de amigos. As autoras concluíram, com os dados da entrevista, que a rede e apoio social pode ter sido significativa nos resultados, uma vez que a maior parte dos pacientes apresentou suporte social, comprovando a eficácia desse atributo em relação ao tratamento e recuperação do paciente.

Cangussu, Soares, Barra e Nicolato (2010) também realizaram pesquisa com o objetivo de verificar a prevalência de sintomas depressivos em mulheres com câncer de

mama e identificar os fatores de risco. Para tanto, foram entrevistadas 71 mulheres com câncer de mama e empregados dois instrumentos: questionário com dados sociodemográficos e clínicos e o Inventário de Depressão de Beck – *Short Form* (BDI-SF), para avaliação dos sintomas depressivos. Os resultados encontrados para a prevalência dos sintomas depressivos foi de 29,6%, corroborando dados da literatura. Os fatores associados à presença desses sintomas foram o tratamento quimioterápico, presença de dor, limitação do movimento do membro superior e pior percepção da saúde. Os autores concluíram que os sintomas depressivos são frequentes no câncer de mama, assim a saúde mental das mulheres com esse diagnóstico deve ser investigada e tratada quando necessário, para reduzir o impacto desses sintomas na vida da mulher.

Outros fatores também devem ser levados em consideração no diagnóstico de depressão, uma vez que podem ser possíveis fatores de risco, como, baixa autoestima, traços de personalidade, experiências traumáticas, doenças físicas, não enfrentamento de problemas, bem como percepção inadequada de suporte social e familiar (Boyd, Diamond & Bourjolly, 2006; Panzarella, Alloy & Whitehouse, 2006). Entretanto, alguns fatores são considerados protetores: a convivência com um companheiro, a religiosidade e o suporte social, entre outros (Frank & Rodrigues, 2006). O suporte social tem sido um aliado na manutenção da saúde mental, elencado como relevante na prevenção e manejo do sofrimento psicológico dos pacientes com câncer, além de estar relacionado com menores índices de transtornos de ajustamento, como é o caso da ansiedade e depressão (Lovisi, Milanil, Caetano, Abelha & Morgado, 1996; Langford, Browsher, Maloney & Lillis, 1997; Chou, Robb, Clay & Chronister, 2013).

O estudo realizado por Messias (2014) verificou a relação da depressão com a percepção de suporte social em pacientes fibromiálgicos e oncológicos. Para tanto,

participaram 80 mulheres em tratamento e os instrumentos utilizados foram o Questionário de Identificação, Escala Baptista de Depressão (Versão Ambulatório) - EBADEP-HOSP-AMB, e a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSUS-A). Os principais resultados das correlações entre sintomatologia depressiva e suporte social demonstram que foram estatisticamente significativas, negativas e de magnitude moderada em todos os fatores, incluindo o fator total, variando entre -0,48 ( $p < 0,05$ ) e -0,62 ( $p < 0,05$ ), com exceção da dimensão Instrumental, que foi de magnitude fraca. Esse resultado indica que quanto maior for a presença de sintomatologia depressiva menor a percepção do sujeito acerca do suporte social recebido.

O estudo realizado por Lee et al. (2010) teve como objetivo avaliar a percepção do suporte social em mulheres com câncer de mama e verificar a relação com o humor depressivo no início e um ano após o diagnóstico. Para isso, foram entrevistadas 286 mulheres diagnosticadas com câncer de mama e os escores foram comparados com a população geral do sexo feminino (GFP). Os resultados indicaram que todas as subescalas de suporte social e humor depressivo entre as pacientes foram significativamente menores um ano após o diagnóstico do que no momento da descoberta. No entanto, depois de um ano, o suporte social percebido pelas pacientes diminuiu significativamente e o humor depressivo melhorou, tornando-se similar aos escores obtidos pela população geral. Os autores concluíram que a diminuição da percepção do apoio social emocional, juntamente com a transição para o estado pós-menopausa, foi o melhor preditor de estado depressivo entre pacientes com câncer de mama durante o primeiro ano após o diagnóstico.

No estudo de Huang e Hsu (2013), em Taiwan, com o objetivo de examinar as relações entre sintomas depressivos, apoio social e qualidade de vida em 150 sobreviventes de câncer de mama. Os resultados apontaram que aproximadamente 35% dos participantes

apresentaram sintomas depressivos e também indicaram o apoio social como moderador dos sintomas de depressão sobre a qualidade de vida, ou seja, o suporte social tem efeito moderador na depressão e conseqüentemente, na qualidade de vida. Os autores concluíram que estes resultados podem auxiliar no desenvolvimento de intervenções para melhorar o apoio social dos sobreviventes de câncer de mama.

Hann et al. (2002) realizaram estudo com o objetivo de avaliar se a relação entre suporte social e a gravidade dos sintomas depressivos varia de acordo com idade e sexo. Para tanto, 342 pacientes com câncer responderam aos instrumentos de autorrelato sobre sintomas depressivos, satisfação com o suporte social e com o funcionamento da família, além do tamanho da sua rede social. Os resultados demonstraram que não houve diferenças significativas por sexo e idade nas relações das variáveis de suporte social e sintomas depressivos. Porém, uma rede social maior foi associada com depressão menos grave para pacientes do sexo feminino e mais jovens. Por fim, para toda a amostra, uma maior adequação da percepção de apoio e mais satisfação com o funcionamento da família estavam relacionados à depressão menos grave.

Diante da relevância de se investigar a depressão nos pacientes com câncer, estudos sugerem que a taxa de prevalência dos sintomas depressivos varia entre 3% e 58%, decorrente do tipo de câncer, do estágio da doença, dos tratamentos e também das características da população (Croyle & Rowland, 2005; Bottino, Fráguas & Gattaz, 2009). Em relação à diferença na prevalência com base na variável sexo, as mulheres apresentam maior sintomatologia depressiva (Aros & Yoshida, 2009; Van de Velde, Bracke & Levecque, 2010). Outros fatores são relatados como protetores no diagnóstico da depressão, como a percepção da saúde, ou seja, pacientes com melhor saúde mental apresentam menores sintomas depressivos (Cangussu et al., 2010; Karakoyun-Celik et al., 2010) e

também o suporte social, sendo que os pacientes com maior satisfação do suporte social apresentam menor sintomatologia depressiva (Lovisi, et al., 1996; Langford et al., 1997; Silva et al., 2014; Messias, 2014). O objetivo deste estudo foi investigar a depressão nos pacientes oncológicos e verificar a diferença em apresentar diagnóstico de depressão, em relação ao sexo, a qualidade de vida e ao suporte social.

## **Método**

### ***Participantes***

A pesquisa foi realizada com 68 pacientes oncológicos, selecionados por conveniência, de quatro instituições de municípios do interior do Estado de São Paulo. Em relação ao diagnóstico, 55,9% apresentava câncer de mama, 10,3% de ovário, 4,4% de intestino e de pulmão, além de 22,1% apresentaram metástase do câncer em outro órgão. O tempo médio de tratamento foi de 2 anos e 5 meses, variando entre três meses e 11 anos. A maior parte da amostra foi composta por mulheres (85,3%), a idade variou entre 25 anos e 83 anos ( $M=55,4$ ;  $DP=13,3$ ) e a maioria (67,6%) era casado e havia passado por avaliação psicológica ou psicoterapia (52,9%). Em relação à escolaridade, 39,7% completou o ensino superior, seguido de 22,1% com ensino médio completo e 16,2% finalizou o ensino fundamental. Também 47,1% dos participantes eram pacientes de duas clínicas de quimioterapia e 52,9% participavam de atividades fornecidas por Ongs.

### ***Instrumentos***

#### ***Ficha de Identificação***

Questionário abarcando as características sociodemográficas como idade, sexo, estado civil, escolaridade, emprego, diagnóstico, tipo de tratamento e tempo de tratamento, religião, se tem diagnóstico de doença crônica, se é ou já foi diagnosticado com depressão, se faz uso de antidepressivos, dentre outros.

*Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulto) – EPSUS-A*

A EPSUS-A é baseada na teoria de Rodriguez e Cohen (1998) e tem como o objetivo avaliar a percepção do suporte social. Cardoso e Baptista (2014) realizaram um estudo objetivando a construção da EPSUS-A e a busca de evidência de validade com base na estrutura interna e confiabilidade por meio do procedimento de alfa de Cronbach ( $\alpha$ ). Para isso, a amostra foi composta por 533 universitários, de três estados brasileiros, com idades variando entre 18 e 62 anos ( $M=25,6$ ;  $DP=8,2$ ) e 69% era do sexo feminino. Inicialmente, procedeu-se a análise fatorial composta por 77 itens sendo possível evidenciar validade com base na estrutura interna para a EPSUS-A. Após essa análise, a escala ficou composta por 36 itens, englobando quatro fatores: Afetivo, composto por 17 itens relacionados ao suporte de ordem emocional, o qual o indivíduo percebe que pode ser ajudado por outras pessoas. O fator Interações Sociais, com cinco itens ligados aos relacionamentos do indivíduo com outras pessoas, e com a possibilidade de participação nos eventos sociais. Outro fator denominado Instrumental, contendo sete itens relacionados a percepção de suporte de ordem material e Enfrentamento de Problemas constituído por sete itens sobre a qualidade da circulação de informações nas relações sociais, bem como a percepção das pessoas referidas como suportivas e que auxiliam o sujeito por meio de conselhos ou instruções úteis no processo de tomada de decisões e resolução de conflitos.

A partir dessa análise a EPSUS-A ficou composta por 36 itens e com satisfatória confiabilidade ( $\alpha=0,94$ ), todos os fatores apresentaram o índice de precisão alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) acima de 0,75. A pontuação varia de 0 a 108, quanto menor a pontuação menor é a satisfação com o suporte social e o tempo médio de aplicação é de 15 minutos. Por fim, a escala se mostrou adequada para a avaliação do suporte social apesar de os autores sugerirem novos estudos visando a busca de outras formas de evidências de validade para o instrumento (Cardoso & Baptista, 2014). Nesta pesquisa será utilizado

somente o escore total da EPSUS-A para investigar grupos extremos em relação à sintomatologia depressiva.

*Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36)*

O Medical Outcomes Short-Form Health Survey foi traduzido e adaptado para a realidade brasileira por Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão e Quaresma (1999). Este instrumento engloba dados genéricos acerca da qualidade de vida. É composto por 36 itens distribuídos em oito domínios, a saber, Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor, Estado geral de saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais, Saúde mental, além de uma questão de avaliação comparativa entre a condição de saúde atual e a referente ao ano anterior, todos os domínios com o índice de precisão alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) acima de 0,71. O escore varia dentro uma faixa entre 0 e 100 pontos, representando respectivamente o pior e a melhor percepção no domínio correspondente e, cada domínio é avaliado separadamente. Existem contradições na literatura acerca do ponto de corte na escala do SF-36, dessa forma, neste estudo foi adotado que os valores acima de 60 pontos, em uma escala de 0 a 100, indicam uma QV preservada ou boa. O tempo médio da aplicação do questionário é de 7 minutos. Neste presente estudo apenas será utilizado os domínios Aspecto emocional e Saúde mental para poder diferenciar grupos extremos na escala de depressão.

*Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital-Ambulatório) - EBADEP- HOSP-AMB (Baptista, 2011)*

É uma escala de rastreamento de sintomatologia depressiva, direcionado a amostras ambulatoriais e/ou hospitalares. Foi desenvolvida a partir de indicadores sintomáticos de depressão derivados de teorias sobre a depressão, como a Cognitiva (Beck & cols., 1997) e

a Comportamental (Ferster, Culbertson & Boren, 1977), além dos manuais internacionais de diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria, DSM-IV-TR e da Organização Mundial de Saúde, CID-10 (APA, 2002; OMS, 1993), derivada dos descritores da Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) – EBADEP-A (Baptista, 2012), mas com a eliminação de descritores vegetativos.

A escala é constituída por 43 frases, como, por exemplo, “pensar no futuro me desanima”, “perco a paciência por muito pouco”. Tais frases foram estruturadas em escala *Likert* de 3 pontos (0, 1 e 2), com pontuação mínima de zero e máxima de 86 pontos. Nos itens: 01, 05, 07, 08, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41 e 43, as alternativas ‘sim’ assinaladas pontuam o valor de 2; “as vezes” pontuam 1 e, “não” pontuam zero. Já nos itens: 02, 03, 04, 06, 09, 10, 11, 12, 16, 18, 21, 27, 28, 32, 38 e 42 as alternativas ‘não’ assinaladas pontuam o valor de 2; “as vezes” pontuam 1 e, “sim” pontuam zero. Para sua interpretação, considera-se quanto menor a pontuação, menor sintomatologia em depressão. O respondente preenche todas as respostas de maneira que mais se aproxime com aquilo que ele vem sentindo, pelo menos nas duas últimas semanas, considerando inclusive a data da aplicação.

### ***Procedimentos***

A coleta de dados foi autorizada pelas instituições e a pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (CAAE: 37484914.2.0000.5514). Os dias para a aplicação dos instrumentos foram agendados de acordo com a disponibilidade das instituições e dos pacientes. Os instrumentos foram aplicados somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) pelo paciente. A aplicação se deu de forma individual e os

instrumentos foram lidos pela pesquisadora para os pacientes que estavam impossibilitados de mover a mão, devido o acesso para quimioterapia ou para aqueles pacientes que optaram. Foram aplicados na seguinte ordem: EPSUS-A, SF-36 e EBADEP-HOSP-AMB e a aplicação ocorreu nas salas de espera e nas salas de quimioterapia com duração média de aproximadamente 30 minutos.

Considerando os objetivos propostos neste estudo, os dados foram analisados quantitativamente utilizando procedimentos de estatísticas descritiva e inferencial, realizadas por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. A primeira análise realizada foi a descritiva com objetivo de caracterizar a amostra geral da pesquisa e compreender como a mesma pontuou na EBADEP-HOSP-AMB, oferecendo as menores e maiores pontuações, bem como a média e o desvio-padrão, além de avaliar se os participantes tem ou já tiveram diagnóstico de depressão ou se utilizam medicação antidepressiva. Em seguida, a amostra foi dividida em grupos para verificar as diferenças para as variáveis: possuir ou não diagnóstico de depressão ou fazer uso de antidepressivos, sexo, domínios Aspectos emocionais e Saúde mental da escala de qualidade de vida e EPSUS-A que avalia suporte social, no escore total da EBADEP-HOSP-AMB por meio do teste t de *Student* e d de Cohen.

## Resultados

Inicialmente são apresentados os resultados acerca do diagnóstico da depressão na amostra, as estatísticas descritivas na EBADEP-HOSP e as diferenças entre os grupos em relação ao diagnóstico e medicação no escore total na EBADEP-HOSP-AMB. Vale ressaltar que antes de iniciar as análises, foi verificado que não houve diferença, nas respostas da EPSUS-A, da SF-36 e da EBADEP-HOSP-AMB, em relação aos participantes que responderam sozinhos e aqueles para a qual a pesquisado leu em conjunto e auxiliou na aplicação. A seguir, são expostos os dados da amostra em relação ao diagnóstico da depressão e uso de medicamentos.

**Tabela 1**

*Resultados acerca do diagnóstico da depressão*

		Frequência	Porcentagem
Diagnóstico depressão anterior?	Sim	16	23,5
	Não	51	75,0
Está diagnosticado com depressão atualmente?	Sim	6	8,8
	Não	61	89,7
Faz uso de medicação pra depressão?	Sim	15	22,1
	Não	52	76,5

De acordo com a Tabela 1, 23,5% dos participantes foram diagnosticados com depressão antes do câncer e 8,8% possuía o diagnóstico no momento da aplicação e do tratamento oncológico. No que se refere ao uso de medicação, 22,1% dos pacientes relatou fazer uso de antidepressivos. Em seguida, foi analisada a diferença entre as médias dos grupos criados para essa pesquisa: Grupo 1: respondeu não para todas as perguntas da Tabela 1 e Grupo 2: respondeu sim para alguma das perguntas. A seguir, a Tabela 2 apresenta os resultados da EBADEP-HOSP-AMB para toda a amostra e a diferença de grupos criados de acordo com as questões da Tabela 1 e também para a variável sexo.

**Tabela 2***Estatística descritiva e diferença entre grupos e variável sexo para o escore total na EBADEP*

	Grupos	N	Média (DP)	t (gl)	p	d
EBADEP-HOSP-AMB	Grupo 1	45	13,69 (10,96)	-1,78 (61)	0,07	0,50
	Grupo 2	18	19,39 (12,64)			
	Feminino	54	16,02 (11,84)	1,11 (62)	0,27	0,38
	Masculino	10	11,60 (9,60)			

Os resultados da Tabela 2 indicam que os grupos se diferem de maneira expressiva, demonstrando que o grupo (2) apresentou média mais elevada indicando que os pacientes que responderam sim para algumas das três questões acerca da depressão, obtiveram maiores pontuações na EBADEP-HOSP-AMB. Ressalta-se que a média dos participantes foi de 15,33 pontos, com pontuação mínima de um e máxima de 51, pontuação varia de zero a 86 pontos. Em relação à diferença entre homens e mulheres, os dados estão dispostos na Tabela 2 demonstram distinção expressiva, sendo que a média do sexo feminino foi maior quando comparado aos homens. A seguir, na Tabela 3, são expostas as diferenças de médias para grupos no escore total da EBADEP com base nos domínios Aspectos emocionais e Saúde mental do instrumento SF-36 e para suporte social, nos escores da EPSUS-A. Optou-se por esses domínios de qualidade de vida (SF-36) pelo conteúdo ter relação com o aspecto psicológico, pois, dividiu-se o grupo pela mediana das pontuações, uma vez que por divisão de quartis os grupos iriam ser formados por quantidade muito distinta.

**Tabela 3***Diferença de grupos na EBADEP-HOSP-AMB no domínio Aspectos emocionais da SF-36*

		N	Média (DP)	t (gl)	p	d
EBADEP	Abaixo de 66 pontos no domínio	36	18,69 (13,37)	2,99 (54)	0,01	0,70
	Acima de 67 pontos	28	11,00 (6,76)			

*Diferença de grupos na EBADEP-HOSP-AMB no domínio Saúde Mental da SF-36*

		N	Média (DP)	t (gl)	p	d
EBADEP	Abaixo de 76 pontos no domínio	32	19,34 (11,74)	2,94 (62)	0,11	0,74
	Acima de 77 pontos	32	11,31 (10,03)			

*Diferença de grupos na EBADEP com base no escore total de suporte social (EPSUS-A)*

		N	Média (DP)	t (gl)	p	d
EBADEP	Até 87 pontos na EPSUS-A	33	19,33 (13,35)	3,13 (51)	0,01	0,77
	Acima de 88 pontos na EPSUS-A	30	10,90 (7,43)			

De acordo com a Tabela 3 verifica-se que houve diferença expressiva entre grupos em ambos os domínios da SF-36. O grupo que pontuou mais baixo, tanto nos Aspectos emocionais quanto na Saúde mental apresentou maiores médias na EBADEP-HOSP-AMB. Referente aos resultados encontrados com base na EPSUS-A, observa-se que o grupo com até 87 pontos na EPSUS-A, menor satisfação com o suporte social, apresentou uma média mais elevada quando comparado ao grupo que pontuou acima de 88, com magnitudes de efeito expressivas.

## Discussão

Em relação à avaliação dos sintomas depressivos, os resultados encontrados e descritos na Tabela 1 indicaram que a maior parte da amostra não apresentou diagnóstico de depressão antes do câncer, nem no momento atual, além de não utilizarem medicação para os sintomas depressivos. Entretanto, o número de pessoas que fazem uso de medicação é maior que o número de pacientes com diagnóstico de depressão. A partir desse resultado, pode-se pensar que alguns pacientes ainda fazem uso da medicação prescrita anteriormente, para aqueles que já foram diagnosticados, ou se utilizam dos remédios sem prescrição adequada ou para outros sintomas que não os depressivos, dado que foi observado durante a aplicação na qual os participantes relataram tomar antidepressivo, mas para outros fins, como dor e dificuldade para dormir. Estudos comprovam a eficiência do uso de antidepressivos tricíclicos no controle da dor (Sindrup & Jensen, 1999; Spiegel & Giese-Davis, 2000). Vale ressaltar que esses dados foram coletados com os pacientes, portanto é necessário se considerar e avaliar os resultados com essa ressalva, uma vez que os diagnósticos não foram realizados no momento da aplicação, o instrumento utilizado é para rastreamento de sintomas e também não se teve acesso ao prontuário médico.

No que se refere ao número de pacientes com diagnóstico de depressão, na Tabela 1, observa-se que 8,8% dos pacientes estão diagnosticados, como demonstrado na literatura as taxas podem variar entre 3% e 58%, dependendo o tipo de câncer, estágio da doença e tratamento (Bottino, Fráguas & Gattaz, 2009). Além disso, a taxa encontrada de acordo com os pacientes é menor da observada na população geral que foi de 10,4% (OMS, 2011). Uma hipótese levantada para a incidência de depressão não ser muito elevada é que uma

parcela da amostra já havia finalizado os tratamentos mais invasivos, como cirurgia, assim como aqueles que causam efeitos colaterais mais desagradáveis, como a quimioterapia e a radioterapia, e estavam tomando medicamentos orais, os quais permitem ao paciente voltar para sua rotina anterior ao câncer. Em estudos realizados com pacientes internados, as taxas de depressão oscilaram entre 20% e 25% dos pacientes com câncer (Arnt & Arnt, 1992; Carvalho & Sougey, 1995). Também é possível que essas divergências estejam relacionadas ao modo de avaliação e às diferenças nas características amostrais.

Embora a taxa de depressão seja relativamente alta entre os pacientes oncológicos, frequentemente é subdiagnosticada e, portanto, não tratada. Dessa forma, levantou-se outra hipótese para a baixa taxa de pacientes diagnosticados neste estudo, uma vez que os sintomas decorrentes dos tratamentos são similares aos apresentados pelos indivíduos deprimidos, corroborando aos dados da literatura que indicam a dificuldade encontrada pelo médico em diagnosticar a depressão (McDaniel, Musselman, Porter, Reed & Neneroff, 1995; Stiefel, Die Tril, Berney, Olarte & Razavi, 2001; Evans, et al., 2005). Além disso, a literatura revela que a maioria dos oncologistas não está familiarizada com transtornos depressivos e que especialistas em saúde mental frequentemente trabalham separados dos oncologistas (Pasquini & Biondi, 2007). Esse aspecto possivelmente contribui para a dificuldade de diagnóstico e tratamento da depressão em pacientes com câncer. As barreiras para o tratamento da depressão nesses pacientes podem decorrer de diversos fatores, incluindo a incerteza sobre o diagnóstico, o tempo limitado para investigar questões emocionais e custos associados ao tratamento (Bottino, Fráguas & Gattaz, 2009).

Em se tratando da diferença entre os grupos criados a partir das perguntas da Tabela 1, os resultados da Tabela 2 demonstraram que grupo (2) apresentou média mais elevada quando comparado ao grupo (1), sugerindo que os pacientes que responderam “sim” para

ter ou ter tido diagnóstico de depressão e acerca da medicação pontuaram mais que aqueles que nunca tinham sido diagnosticados e não utilizam antidepressivos. Esse dado era esperado, uma vez que o paciente diagnosticado com depressão pontue mais nos sintomas depressivos do que aquele sem diagnóstico, ou seja, sem a presença de sintomatologia depressiva. Dados similares, utilizando o mesmo instrumento, foram encontrados no estudo realizado por Messias (2014), no qual os pacientes com diagnóstico de depressão obtiveram maiores médias na EBADEP-HOSP-AMB do que aqueles sem a presença do diagnóstico.

No que concerne aos escores totais obtidos pelos participantes na EBADEP-HOSP-AMB, verificou-se na Tabela 2 que a média foi 15,33 pontos. Apesar do instrumento não apresentar pontos de corte, pode-se considerar uma baixa pontuação, uma vez que varia entre zero a 86 pontos e para interpretação, considera-se quanto menor a pontuação, menor sintomatologia em depressão. Esse resultado vai ao encontro dos dados discutidos anteriormente, da Tabela 1, demonstrando que nesta amostra a maior parte dos pacientes não apresentava diagnóstico de depressão. Também se pode considerar, neste estudo, talvez pelo tempo de tratamento (a média foi de dois anos e cinco meses, variando entre três meses e 11 anos), os pacientes já estão adaptados, apresentando melhores condições de enfrentamento e conseqüentemente, média mais baixa na escala de depressão. Dados similares foram encontrados na pesquisa realizada por Silva, et al. (2014) na qual a maior parte da amostra apresentou nível leve e moderado de depressão. Lee et al. (2010) encontraram que após um ano de tratamento o humor depressivo das pacientes com câncer de mama melhorou, tornando-se similar aos escores obtidos pela população geral.

Em relação à diferença de sexo para o escore total da EBADEP-HOSP-AMB os resultados expostos na Tabela 2 demonstram que as mulheres se diferenciaram expressivamente dos homens, apresentando uma média mais elevada. Tal resultado

confirma os achados da literatura que referem que nos indivíduos adultos, as mulheres são mais acometidas pelos transtornos depressivos, quando comparadas aos homens (Kaplan & Sadock, 2007; Aros & Yoshida, 2009; Van de Velde, Bracke & Levecque, 2010), assim como na população geral as mulheres também apresentam maior taxa de depressão (APA, 2002). Resultados diferentes foram encontrados no estudo de Hann et al. (2002), no qual não houve diferenças significativas por sexo nos sintomas depressivos.

Outro resultado acerca das diferenças nas pontuações da EBADEP-HOSP-AMB foi referente aos grupos divididos a partir dos escores obtidos no instrumento SF-36 para os domínios Aspectos emocionais, referindo-se ao reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais e Saúde mental com escala de humor e itens sobre bem-estar. De acordo com a Tabela 3, verificou-se que houve diferença expressiva entre grupos em nos domínios da SF-36. Em ambos os domínios o grupo que pontuou mais baixo apresentou maiores médias na EBADEP-HOSP-AMB. Esse resultado sugere que as pessoas que possuem melhores condições emocionais para desempenhar as suas atividades diárias e/ou profissionais, bom humor e maior satisfação com o bem-estar apresentam menos sintomas depressivos. Cangussu et al. (2010) encontraram que as mulheres com câncer de mama que tiveram uma pior percepção da saúde apresentaram um maior risco de sintomas depressivos. Segundo Araújo e Fernandes (2008), devido ao câncer de mama ser uma doença estigmatizada pelas pessoas e, muitas vezes, pela própria paciente, esta tende a isolar-se do convívio social e familiar, contribuindo para piora de seu estado emocional.

Por fim, verificou-se na Tabela 3 que o grupo com menor pontuação na EPSUS-A obteve média mais elevada no escore total da EBADEP-HOSP-AMB, sugerindo que as pessoas com menor suporte social (ou baixa percepção do apoio social) apresentam mais

sintomas depressivos. Karakoyun-Celik et al. (2009), observaram que os níveis de depressão foram maiores à medida que as pacientes com câncer de mama possuíam baixo suporte social. Outros estudos também demonstram o suporte social relacionado com menores índices de transtornos de ajustamento, como a depressão (Lovisi, et al., 1996; Langford et al., 1997). Pesquisas demonstraram que existe uma associação negativa entre sintomatologia depressiva e suporte social, indicando que quanto maior for a satisfação com o suporte social, menor a presença de sintomatologia depressiva, além de demonstrar que o suporte social tem efeito moderador nos sintomas de depressão, ou seja, o apoio vindo da rede social influencia nos sintomas depressivos dos pacientes com câncer (Hann et al., 2002; Huang & Hsu, 2013; Messias, 2014).

Perante os resultados encontrados neste estudo, observa-se a necessidade de investigar os sintomas depressivos e suas implicações nos pacientes oncológicos, uma vez que o correto manejo da depressão pode interferir no prognóstico da doença física, a diminuição dos sintomas depressivos em pacientes com câncer parece aumentar o tempo de sobrevivência (Spiegel & Giese-Davis, 2000; Teng et al., 2005). Além disso, pacientes com sintomas depressivos tendem a apresentar piores condições de saúde mental e maior necessidade de apoio psicossocial para lidar com os problemas físicos e emocionais. Assim, é possível que intervenções multidisciplinares resultem em melhorias não só da comorbidade psiquiátrica, mas também do prognóstico da doença física e da qualidade de vida desses indivíduos.

## Considerações finais

Conforme exposto ao longo deste estudo, o câncer gera grande impacto no paciente, devido ao estigma de morte que cerca o diagnóstico, aos efeitos colaterais desagradáveis decorrentes dos tratamentos e as mudanças nas quais o paciente necessitará se adaptar. Torna-se importante a investigação dos fatores de risco, como a depressão, e também das variáveis consideradas protetoras, como o suporte social. O objetivo deste estudo foi atingido, sendo observada uma taxa dentro do esperado para os pacientes com diagnóstico de depressão, apesar de ser baixa comparada com outros estudos. Em relação às diferentes com base nas demais variáveis, conclui-se que as mulheres, os pacientes com piores condições da saúde mental e emocional e aqueles com menor satisfação do seu suporte social apresentam mais sintomas depressivos.

Entre as limitações desta pesquisa ressalta-se o número reduzido da amostra, decorrente da dificuldade de acesso aos pacientes. Sugere-se que estudos futuros avaliem pacientes com o mesmo diagnóstico, ou que estejam realizando o mesmo tipo de tratamento, uma vez que cada medicamento irá apresentar uma influência no paciente, ou apresentem mesmo tempo de tratamento, além de visar compreender a relação e influência do suporte social nos sintomas depressivos dos pacientes com câncer. Também se deve ponderar, nas pesquisas futuras, a necessidade de diferenciar os grupos a partir do diagnóstico de depressão realizado pelo médico, ou de acordo com instrumentos com essa finalidade, pois neste estudo foi utilizada apenas a informação trazida pelo paciente, podendo trazer viés para os dados.

Por fim, espera-se que o presente estudo possa contribuir para o aprimoramento e atendimento oferecido aos pacientes com câncer, podendo auxiliar os profissionais de saúde para um atendimento mais integral e humanizado. Esta pesquisa não pretende ser conclusiva em sua temática, mas sim instigador de novos estudos na área da Psico-oncologia, haja vista o crescente número de casos de câncer e o impacto de seu diagnóstico e tratamento para a saúde mental dos pacientes.

## Referencias

- Amar, A., Rapoport, A., Franzi, S. A., Bisordi, C. & Lehn, C. N. (2002). Qualidade de vida e prognóstico nos carcinomas epidermóides de cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68, 400-403.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR*. (4<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatry Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5*. Washington: American Psychiatry Association.
- Andrade, L.H.S.G.; Viana, M.C. & Silveira, C.M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 43-54.
- Araújo, I. M. A., & Fernandes, A. F. C. (2008). O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Escola Anna Nery*, 12(4), 664-671.
- Arnt, C. A., & Arnt, F. (1992). Depressão em pacientes com câncer: aspectos psiquiátricos e tratamento. *Revista Hospital das Clínicas de Porto Alegre*, 12(4), 46-49.
- Aros, M. S. & Yoshida E. M. P. (2009). Estudos sobre depressão. *Boletim de Psicologia*, LIX(130), 061-076.
- Baptista, M. N. (2011). *Escala Baptista de Depressão – (Versão Ambulatorial) - EBADEP-HOSP-AMB*. Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco. Itatiba. São Paulo.
- Baptista, M. N. (2012). *Escala Baptista de Depressão versão Adulto- EBADEP-A*. São Paulo: Vetor.
- Barbosa, L. N. F., Santos, D. A., Amaral, M. X., Gonçalves, A. J. & Bruscatto, W. L. (2004). Repercussões psicossociais em pacientes submetidos a laringectomia total por câncer

- de laringe: Um estudo clínico-qualitativo. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 7(1), 45-58.
- Bottino, S. M. B., Fráguas, R. & Gattaz, W. F. (2009). Depressão e câncer. *Revista Psiquiatria Clínica*, 36(3), 109-115.
- Boyd, R. C., Diamond, G. S. & Bourjolly, J. N. (2006) Developing a family-based depression prevention program in urban community mental health clinics: A qualitative investigation. *Family Process*, 45(2), 187-203.
- 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.
- Cardoso, H. F. & Baptista, M. N. (2014). Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) - EPSUS-A: estudo das qualidades psicométricas. *Psico-USF* [online], 19(3), 499-510.
- Carvalho, T. F. R., & Sougey, E. B. (1995). Depressão em pacientes com câncer: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(9), 457-462.
- Chou, C. C., Robb, J. L., Clay, M. C., & Chronister, J. A. (2013). Social support as a mediator between internalized stigma and coping behaviors of individuals with substance abuse issues. *Rehabilitation Research, Policy, and Education*, 27(3), 104-107. doi: 10.1891/2168-6653.27.2.104
- Cobb, S. 1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 5 (38), 300-314.
- Croyle, R. T. & Rowland, J. H. (2003). Mood Disorders and Cancer: a National Cancer Institute Perspective. *Biological Psychiatry*, 54, 191-4.

- Evans, D. L., Charney, D. S., Lewis, L. ... Valvo, W. J. (2005). Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry*, 058(3), 175-189.
- Frank, M. H. & Rodrigues, N.L. (2006). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio (pp. 376-87). Em E. V., Freitas, L., Py, F. A. X., Cançado, J., Doll, & M. L., Gorzoni (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Koogan.
- Hann, D., Baker, F., Denniston, M., Gesme, D., Reding, D., Flynn, T., Kennedy, J. & Kieltyka, R. L. (2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: Age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(5), 279-283.
- Huang, C. Y. & Hsu, M. C. (2013). Social support as a moderator between depressive symptoms and quality of life outcomes of breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 767-774.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. (9 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Karakoyun-Celik, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H., & Kinay, M. (2010). Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology*, 27(1), 108-13.
- Langford, C. P. H., Browsher, J., Maloney, J. P. & Lillis, P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100.
- Lee, M. K., Park, S., Lee, E. S., Ro, J., Kang, H. S., Shin, K. H., ... Yun, Y. H. (2010). Social support and depressive mood 1 year after diagnosis of breast cancer compared with

the general female population: a prospective cohort study. *Support Care Cancer*, 19, 1379- 1392.

Lovisi, G. M., Milani, I., Caetano, G., Abelha, L. & Morgado, A. F. (1996). Suporte social e distúrbios psiquiátricos: em que base se alicerça a associação? *Informação Psiquiátrica*, 15(2), 65-8.

Martinho, A. F., Reis, N. I., Novo, N. F. & Hübner, C. K. (2009). Prevalência dos sintomas depressivos em pacientes oncológicos no ambulatório do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. *Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 7(5), 304-308.

McDaniel, J. S., Musselman, D. L. Porter, M. R. Reed, D. A & Nemeroff, C. B. (1995). Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology and treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 89-99.

Messias, C. R. (2014). *Sintomatologia depressiva e associações com dor crônica, saúde geral e suporte social em pacientes fibromiálgicos e oncológicos*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo, SP.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2011). Atlas de saúde mental. Genebra: OMS.

Panzarella, C., Alloy, L. B. & Whitehouse, W. G. (2006). Expanded Hopelessness Theory of Depression: On the mechanisms by which social support protects against depression. *Cognitive Therapy Research*, 30, 307-333.

Paradela, E. N. P., Lourenço, R. A. & Veras, R. P. (2005). Validação da Escala de Depressão Geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39 (6), 918-923.

Pasquini, M., & Biondi, M. (2007). Depression in cancer patients: a critical review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8, 3:2.

- Pedroso, R. S. & Sbardelloto, G. (2008). Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: Revisão teórica. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 7, 32-35.
- Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2010). Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 40(11), 1797-810.
- Tavoli, A., Montazeri, A., Roshan, R., Tavoli, Z., & Melyani, M. (2008). Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: the role of pain beliefs. *BMC Cancer*, 8, 177.
- Raison, C. L. & Miller, A. H. (2003). Depression in Cancer: new Developments Regarding Diagnosis and Treatment. *Biological Psychiatry*, 54, 283-94.
- Rodriguez, M. S. & Cohen, S. (1998). *Social support: Encyclopedia of mental health*. 3ed. New York: Academic Press.
- Seidl, E. M. F. & Troccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326.
- Silva, N. M., Piassa, M. D. P., da Costa Oliveira, R. M. & Duarte, M. S. Z. (2014). Depressão em adultos com câncer. *Ciência Atual—Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José*, 3(1).
- Silva Junior, P. P., Geranutti, C. W. & Job, J. R. P. P. (2013). Fatores de risco para depressão nos pacientes com câncer de mama. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 15(1), 184-185.
- Sindrup, S. H., & Jensen, T. S. (1999). Efficacy of Pharmacological Treatments of Neuropathic Pain: An Update and Effect Related to Mechanism of Drug Action. *Pain*, 83, 389-400.

- Souza, B. F., Pires, F. H., Dewulf, N. L. S., Inocenti, A., Silva, A. E. B. C. & Miaso, A. I. (2013). Pacientes em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 61-7.
- Spiegel, D., & Giese-Davis, J. (2003). Depression and Cancer: Mechanism and Disease Progression. *Biological Psychiatry*, 54, 269-82.
- Stiefel, R., Die Trill, M., Berney, A., Olarte, J. M. & Razavi, A. (2001). Depression in palliative care: a pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Support Care Cancer*, 9(7), 477-488.
- Teng, C. T., Humes, E. C. & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.
- Van de Velde, S., Bracke, P. & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71(2), 305-13.
- Venturi, B. R. M., Pamplona, A. C. F. & Cardoso, A. S. (2004). Carcinoma de células escamosas da cavidade oral em pacientes jovens e sua crescente incidência: Revisão de literatura. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 70, 679-686.
- Vorcaro, C. M. R., Uchoa, R. & Lima-Costa, M. F. F. (2002). Prevalência e características associadas à depressão: Revisão de estudos epidemiológicos com base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 51 (3), 167-182.
- World Health Organization - WHO (1998). Health Promotion Glossary. Disponível em: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf). Acessado em: 10/09/2014.

## **CAPÍTULO 4**

### **Considerações finais**

Diante da complexidade do câncer e da importância de promover melhores intervenções para os pacientes, a presente pesquisa teve como objetivo investigar o suporte social, a qualidade da vida e os sintomas depressivos em pacientes com câncer. Os objetivos foram atingidos, resultando em dois artigos para compor a dissertação. O primeiro artigo, intitulado “Investigação do suporte social e qualidade de vida em pacientes oncológicos”, trouxe breve histórico da Psicologia da Saúde, da Psico-oncologia para melhor compreensão da doença e suas implicações, assim como a definição dos construtos suporte social, qualidade de vida e pesquisas com tais construtos em pacientes oncológicos. Os resultados apresentados sugerem que os pacientes oncológicos apresentam satisfatório suporte social e, melhor apoio social quando comparado aos universitários. Os homens, as mulheres com câncer de mama, os pacientes sem metástase e com maior tempo de tratamento, também apresentaram, no geral percepção mais positiva do suporte social. Em relação aos resultados encontrados para a qualidade de vida, foi possível verificar que a partir do ponto de corte utilizado para a escala os pacientes apresentaram boa qualidade de vida. Porém, ao comparar os dados com a população geral observou-se que a qualidade de vida dos pacientes apresentou médias menores em todos os domínios avaliados pelo instrumento. Além disso, as mulheres obtiveram maiores médias na qualidade de vida, quando comparado aos homens, as pacientes com câncer de mama reportaram melhor qualidade de vida em relação aos pacientes com outros diagnósticos de câncer. A comparação realizada para presença de metástase e tempo de tratamento demonstrou que os

pacientes sem metástase e que tem maior tempo de tratamento obtiveram melhores médias nos domínios.

Por sua vez, no segundo artigo nomeado “Sintomas depressivos em pacientes com câncer”, levantou dados da literatura acerca da depressão, considerada o mais comum entre os pacientes oncológicos. Os resultados apontaram que pequena parcela da amostra tinha diagnóstico de depressão. A partir dessa constatação, levantou-se a hipótese de que a taxa não foi elevada, devido ao fato de que boa parte da amostra já havia finalizado os tratamentos mais invasivos, além da dificuldade em se diagnosticar a depressão nesses pacientes, pois os sintomas decorrentes dos tratamentos se sobrepõem aos depressivos. Os pacientes apresentaram sintomas depressivos leves, além de encontrar diferenças entre homens e mulheres, nos grupos divididos a partir dos Aspectos emocionais e Saúde mental e do suporte social.

Em relação às limitações do estudo, tem-se o número restrito da amostra de pacientes oncológicos, bem como a variabilidade amostral, na medida em que os indivíduos analisados possuíam diferentes diagnósticos de câncer, bem como no caso da depressão, o instrumento utilizado ser para rastreio de sintomas e não diagnóstico tornou-se necessário avaliar com cautela os resultados encontrados, uma vez que não foi possível acessar os dados do prontuário médico e apenas o paciente relatou apresentar ou não diagnóstico de depressão e fazer uso de antidepressivos. A escassez de estudos na literatura referentes aos construtos avaliados neste estudo, como também entre tais pacientes limitou as discussões dos resultados encontrados.

No que concerne a sugestões para estudos futuros, partindo do princípio de que o suporte social e a depressão são variáveis importantes na enfermidade e na qualidade de vida dos doentes, evidencia-se a necessidade de investigações de tais construtos com

peessoas que tenham o mesmo diagnóstico, para verificar qual condição diagnóstica afeta mais a vida do paciente, uma vez que cada diagnóstico vai acarretar em consequências particulares, realizar estudos com amostra de um mesmo tipo de tratamento e tempo de diagnóstico, com vistas à promoção de intervenções mais adequadas diante do impacto presente no decorrer de todo o processo evolutivo da doença. Outra sugestão é o fato de se realizar pesquisas com instrumentos diagnósticos de depressão, ou que seja possível a interdisciplinaridade com os outros profissionais da saúde, para que seja possível estudar mais afundo as questões da depressão em pacientes com câncer.

**ANEXO I**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (1ª VIA)**

Título Pesquisa: Evidências de validade para a Escala de Percepção do Suporte Social (EPSUS-A) – estudo com pacientes oncológicos  
Eu \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_, portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário (a) do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade da aluna Catarina Possenti Sette e do Dr. Cláudio Garcia Capitão, professor do programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando esse Termo de Consentimento, estou ciente que:

1. O presente estudo tem como objetivo buscar evidência de validade para a Escala de Percepção do Suporte Social (EPSUS-A), bem como investigar a percepção do suporte social, qualidade de vida e depressão de pacientes em tratamento oncológico.
2. Durante o estudo, será solicitado que eu responda a um questionário e três instrumentos, sendo eles, Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta), SF-36 e a EBADEP-HOSP-AMB, com duração aproximada de 35 minutos.
3. Não há riscos ou benefícios pela minha participação na pesquisa, pois esse é um estudo de avaliação e não de tratamento.
4. A resposta a estes instrumentos não causam riscos conhecidos à minha saúde física e mental, porém podem causar alguma constrangimento.
5. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa.
6. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, o que não me causará nenhum prejuízo.
7. Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais, obtidos a partir da pesquisa serão usados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, incluindo sua publicação na literatura científica especializada.
8. Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, pelo telefone 11 – 24548981; Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Catarina Possenti Sette pelo telefone (19) 991132167.
9. Esse Termo de Consentimento é feito em duas vias, das quais uma permanecerá em meu poder, e a outra com o pesquisador responsável.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do voluntário (a) \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora Responsável \_\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (2ª VIA)**

Título Pesquisa: Evidências de validade para a Escala de Percepção do Suporte Social (EPSUS-A) – estudo com pacientes oncológicos  
Eu \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_, portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário (a) do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade da aluna Catarina Possenti Sette e do Dr. Cláudio Garcia Capitão, professor do programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando esse Termo de Consentimento, estou ciente que:

1. O presente estudo tem como objetivo buscar evidência de validade para a Escala de Percepção do Suporte Social (EPSUS-A), bem como investigar a percepção do suporte social, qualidade de vida e depressão de pacientes em tratamento oncológico.
2. Durante o estudo, será solicitado que eu responda a um questionário e três instrumentos, sendo eles, Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta), SF-36 e a EBADEP-HOSP-AMB, com duração aproximada de 35 minutos.
3. Não há riscos ou benefícios pela minha participação na pesquisa, pois esse é um estudo de avaliação e não de tratamento.
4. A resposta a estes instrumentos não causam riscos conhecidos à minha saúde física e mental, porém podem causar constrangimento.
5. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa.
6. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, o que não me causará nenhum prejuízo.
7. Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais, obtidos a partir da pesquisa serão usados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, incluindo sua publicação na literatura científica especializada.
8. Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, pelo telefone 11 – 24548981; Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Catarina Possenti Sette pelo telefone (19) 991132167.
9. Esse Termo de Consentimento é feito em duas vias, das quais uma permanecerá em meu poder, e a outra com o pesquisador responsável.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do voluntário (a) \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora Responsável \_\_\_\_\_



UNIVERSIDADE SÃO  
FRANCISCO-SP



### **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

#### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA:**

**Título da pesquisa:** Evidências de validade para a Escala de Percepção do suporte social (EPSUS-A) – estudo com pacientes oncológicos

**Pesquisador:** Catarina Possenti Sette

**Área temática:**

**Versão:** 1

**CAEE:** 37484914.2.0000.5514

**Instituição Proponente:** Universidade São Francisco – SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 853.203

**Data da Relatoria:** 29/10/2014

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto baseado no pressuposto de que o suporte social é um importante fator amortecedor e protetor a situações de estresse e adoecimento vivenciadas pelas pessoas. Assim, será realizado com 70 pacientes com câncer de uma clínica de quimioterapia, com idade igual ou superior a 18 anos, ambos os sexos, que já estejam realizando tratamento oncológico.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Buscar evidências de validade com base em variáveis externas para a Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulto) – EPSUS-A. Além disso, pretende também verificar a possível relação entre suporte social, qualidade de vida e depressão e, eventuais diferenças relativas ao sexo, idade, tipo de diagnóstico e tempo de tratamento dos participantes.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios serão os decorrentes do avanço do conhecimento na área.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está adequadamente formulado em termos do seu embasamento teórico e empírico. O desenho metodológico é pertinente ao problema de pesquisa proposto.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram corretamente apresentados.

**Endereço:** SÃO FRANCISCO DE ASSIS 218

**Bairro:** JARDIM SÃO JOSÉ **CEP:** 12.916-900

**UF:** SP **Município:** BRAGANÇA PAULISTA

**Telefone:** (11)2454-8981 **Fax:** (11)4034-1825 **E-mail:** comite.etica@saofrancisco.edu.br

**Recomendações:****Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências

**Situações do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

APÓS DISCUSSÃO EM REUNIÃO DO DIA 30/10/2014, O COLEGIADO DELIBEROU PELA APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISAS.

BRAGANÇA PAULISTA, 31 de Outubro de 2014

---

Assinado por: **MARCELO LIMA RIBEIRO**

(Coordernador)

**Endereço:** SÃO FRANCISCO DE ASSIS 218  
**Bairro:** JARDIM SÃO JOSÉ **CEP:** 12.916-900  
**UF:** SP **Município:** BRAGANÇA PAULISTA  
**Telefone:** (11)2454-8981 **Fax:** (11)4034-1825 **E-mail:** comite.etica@saofrancisco.edu.br