

UNIVERSIDADE DO VALE DO SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Qualidade de vida, ansiedade, depressão e satisfação sexual de adultos com câncer

Fernanda da Cruz Bertan

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Kern de Castro

São Leopoldo
2009.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Qualidade de vida, ansiedade, depressão e satisfação sexual de adultos com câncer

Fernanda da Cruz Bertan

Orientadora: Prof. Dra. Elisa Kern de Castro

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de concentração: Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

São Leopoldo, julho de 2009.

B536q Bertan, Fernanda Cruz
Qualidade de vida, ansiedade, depressão e satisfação
sexual de adultos com câncer / Fernanda Cruz Bertan.
– 2009.

86 f. ; il. ; 30 cm

Bibliografia

Orientadora: Elisa Kern de Castro.

Dissertação (Mestrado) Universidade do Vale
do Rio dos Sinos Lato Sensu em Psicologia, 2009.

1. Psicologia. 2. Qualidade de vida. 3. Câncer.
4. Satisfação sexual I. Castro, Elisa Kern de. II.
Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Pós-graduação
Lato Sensu em Psicologia. III. Título.

CDD- 150
CDD-150
CDD – 636.085

Dedico esse trabalho aos pacientes que participaram do estudo..

Agradecimentos

São muitas pessoas que de um jeito ou de outro, me ajudaram e participaram de algum na construção deste trabalho:

Ao meu esposo, meu grande companheiro.

Pela paciência nos dias em que eu precisava trabalhar, ler, corrigir e corrigir novamente;

Pela compreensão das minhas ausências;

Pelo carinho e acolhida nos dias de cansaço e angústia;

Pelo apoio e incentivo, nestes dois anos dedicados ao mestrado.

À minha filha, minha grande motivadora de todas as batalhas nestes oito anos.

Pelos dias em que não pude estar com ela e acompanhá-la nas suas atividades;

Pelos eventos que, nestes dois anos, não pude participar devido às viagens;

Pelas noites que não estive junto para lermos uma história e eu lhe dar um beijo de boa noite, desejando lindos sonhos.

Aos meus pais, que sempre que sempre se esforçaram para me oferecer uma boa formação educacional e à minha irmã. Desde que optei por fazer o Mestrado, sempre me incentivaram e me apoiaram de todas as maneiras possíveis para que eu pudesse ficar ausente neste período.

Em especial à Nayara ao Alexandre e, agora, à Isabelle, pelo suporte que me ofereceram desde a prova do Mestrado. Em nenhum momento mediram esforços em me ajudar e me orientar, quando estava em Canoas. Não tenho palavras para expressar meu agradecimento a vocês.

À minha orientadora, Professora Elisa Kern de Castro, pela sua orientação firme e segura, desde a construção do projeto de pesquisa até as últimas palavras desta dissertação. O meu reconhecimento especial pela professora, que não mediu esforços em me ensinar, orientar e me questionar. Especialmente pela profissional, pesquisadora e pessoa ética, que aprendi a admirar nestes dois anos de trabalho e pela qual sinto grande carinho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS, pela grande dedicação e esforço, em repassar parte do seu conhecimento, de suas experiências, de seus trabalhos, no intuito de auxiliar nossa formação como futuros pesquisadores.

Aos membros da banca, pela dedicação ao avaliar o trabalho, além das importantes contribuições para o aperfeiçoamento do estudo.

Em especial à professora Daniela, que está fazendo parte de mais uma etapa da minha vida e da minha formação. Pelo seu jeito carinhoso, paciente e profissional admirável.

Aos meus colegas de Mestrado, pelos bons momentos que passamos juntos. Os quais, tenho certeza, onde estiverem, estão colhendo os frutos de seu trabalho e também da dedicação de cada um.

Aos profissionais do Hospital de Chapecó, os quais não mediram esforços para que eu pudesse fazer a coleta de dados. Em especial aos pacientes que participaram deste estudo, pelo tempo e paciência, mesmo nos momentos mais difíceis (para eles) em responder os instrumentos, ao mesmo tempo, dar informações tão importantes sobre sua doença, seus tratamentos, suas vidas.

A todos que acompanharam de alguma forma meus esforços, minhas angústias, minhas alegrias, minhas tristezas...Enfim, todos estes sentimentos vivenciados nesta grande experiência de formação profissional.

SUMÁRIO

<u>LISTA DE TABELAS E FIGURAS.....</u>	9
Resumo.....	11
Abstract.....	11
Introdução.....	13
<u>SEÇÃO I - RELATÓRIO DE PESQUISA.....</u>	15
Abordagem Biopsicossocial da Saúde: Psicologia da Saúde e Psicooncologia.....	15
Qualidade de Vida e Câncer	16
Qualidade de vida e Ansiedade e Depressão em Pacientes com Câncer	17
Satisfação Sexual em Pacientes com Câncer	18
Objetivos.....	20
Método.....	20
Participantes.....	20
Delineamento e Procedimentos.....	21
Instrumentos	22
Análise dos dados.....	24
Resultados e Discussão.....	24
Apontamentos Finais.....	31
<u>SEÇÃO II - ARTIGO TEÓRICO.....</u>	33
<u>Qualidade de vida e câncer: Uma revisão sistemática de artigos brasileiros.....</u>	33
Introdução.....	34
Método.....	35
Resultados.....	36
Discussão e Considerações Finais.....	41
<u>SEÇÃO III - ARTIGO EMPÍRICO.....</u>	46
<u>Qualidade de vida e indicadores de ansiedade, depressão e satisfação sexual em paciente adultos com câncer.....</u>	46

Introdução.....	49
Método.....	50
Instrumentos.....	51
Delineamento e Procedimentos.....	53
Resultados.....	54
Discussão e Considerações Finais.....	59
Referências.....	59
<u>ANEXOS.....</u>	<u>71</u>
Anexo A - Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética.....	71
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	72
Anexo C -	73
Anexo C.1 - Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	73
Anexo C.2 - Questionário de Avaliação da Qualidade de vida - WHOQOL-Versão-Breve.....	75
Anexo C.3 - Questionário de Saúde Geral - QSG-12.....	77
Anexo C.4 - Questionário de Satisfação Sexual em Situação de doença crônica.....	78
Anexo D - Lista de Artigos Analisados no Artigo Teórico.....	80

Lista de Tabelas e Figuras

Tabela 1- Análise de Correlação.....	25
Tabela 2 – Média, desvio-padrão, teste t e valor de p da comparação de médias da qualidade de vida total e suas dimensões, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual entre os pacientes do sexo feminino e sexo masculino.....	26
Tabela 3 – Média, desvio-padrão, teste t e valor de p da qualidade de vida total e suas dimensões, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual entre os pacientes solteiros/viúvos e casados/vivem juntos.....	27
Tabela 4 -Média, desvio-padrão, teste t e valor de p da qualidade de vida total e suas dimensões, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual entre os pacientes com história familiar de câncer ou não	28
Tabela 5 - Média, desvio-padrão, teste t e valor de p da qualidade de vida total e suas dimensões, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual entre os pacientes que se submeteram à quimioterapia.....	29
Tabela 6 - . Média, desvio-padrão, teste t e valor de p da qualidade de vida total e suas dimensões, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual entre os pacientes que se submeteram a radioterapia ou não.....	30
Gráfico 1 – Bases de dados que publicaram sobre a qualidade de vida e câncer....	36
Gráfico 2 – Tipo dos estudos sobre qualidade de vida e câncer.....	37
Gráfico 3 – Método.....	38
Gráfico 4 – Principais profissionais que publicaram sobre a qualidade de vida e câncer.....	38
Gráfico 5 – Sexo dos participantes do estudo.....	39
Gráfico 6 – Tipo de câncer dos pacientes dos estudos.....	39
Gráfico 7 – Assuntos tratados nos artigos.....	40
Gráfico 8 – Região em que o estudo foi realizado.....	41
Gráfico 9 – Ano das publicações.....	42
Tabela 7 – Descrição dos participantes.....	51

Tabela 8 – Resultados Descritivos dos instrumentos de Qualidade de vida (WHOQOL- versão breve), indicadores de ansiedade e depressão (QSG-12) e do Questionário de Satisfação Sexual (QSS)	54
Tabela 9 – Pontos de Corte da Qualidade de vida , ansiedade, depressão e satisfação sexual	55
Tabela 10 – Análise de Correlação.....	56
Tabela 11 – Análise de regressão (método <i>stepwise</i>) para predição da qualidade de vida total e suas dimensões física, psicológica, social e ambiente.....	58

Resumo

A qualidade de vida refere-se ao bem estar, físico, social e psicológico. A ansiedade, depressão e a satisfação sexual são fatores importantes que podem interferir na avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer. O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida os indicadores de ansiedade e depressão e o grau de satisfação sexual em pacientes adultos com câncer. Participaram deste estudo 82 pacientes com diferentes tipos de câncer, sendo 25 homens e 57 mulheres, com idade média de 38,99 (DP= 7,47). O delineamento foi quantitativa, correlacional e transversal. Os instrumentos utilizados foram: WHOQOL-breve, QSG-12 e Questionário de Satisfação Sexual. Os resultados mostraram que a qualidade de vida, os indicadores de ansiedade e depressão e a satisfação sexual estiveram correlacionados de forma significativa. Observou-se que os pacientes que foram submetidos à radioterapia apresentaram melhor qualidade de vida na dimensão total, física e social que os pacientes que não fizeram esse tratamento. As análises de regressão indicaram que os indicadores de ansiedade e depressão foram preditores significativos da qualidade de vida total, e a satisfação sexual foi parcialmente significativa, sendo que o modelo explicou 42,8% da variância. Os achados desse estudo mostram a íntima relação entre essas variáveis e a importância de avaliar a qualidade de vida desses pacientes para promover seu bem-estar.

Palavras-chave: câncer; qualidade de vida, ansiedade; depressão; satisfação sexual

Abstract

Quality of life was conceptualized by WHO as physical, social and psychological well-being. Anxiety, depression and sexual satisfaction are important factors that influence the evaluation of the quality of life. The present study aimed to examine quality of life, anxiety and depression indicators and sexual satisfaction in patients with cancer. Participants were 82 patients with different types of cancer, 25 men and 57 women, with average age 38,99 (DP=7,47). The design was quantitative, correlational and cross-sectional. Instruments used were Whoqol-brief, QSG-12 and sexual satisfaction questionnaire. Quality of life, anxiety, depression and sexual satisfaction indicators were significantly correlated. Patients submitted to radiotherapy presented a better total quality of life, and physical and social dimension than patients no submitted to this

treatment. Regression analysis showed that anxiety and depression indicators were significant predictors of total quality of life, and sexual satisfaction was partially significantly. The model explained 42,8% of the variance. Findings of this study showed a close relation among these variables and the importance to continue investigate quality of life in cancer patients to promote their well-being.

Keywords: cancer; quality of life; anxiety; depression; sexual satisfaction.

Introdução

Este trabalho apresenta uma pesquisa realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS sobre a qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual de adultos com câncer. Esse trabalho faz parte de um estudo maior sobre *Problemas Psicológicos de jovens adultos com doença crônica: um estudo longitudinal*, em andamento na UNISINOS e hospitais da região.

Apesar de a literatura internacional e nacional estar examinando muitas questões relacionadas à qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes crônicos em geral, poucos estudos brasileiros tratam desse tema. Além disso, a satisfação sexual tem sido um assunto pouco abordado quando nos referimos a pacientes com alguma doença crônica ou incapacidade física.

A faixa etária dos participantes do estudo – entre 20 e 50 anos de idade – também não tem sido particularizada nos estudos sobre aspectos psicológicos e doenças crônicas, apesar do número de pessoas acometidas por câncer estar crescendo em todas as idades. No município de Chapecó, local onde foram coletados os dados dos participantes dessa pesquisa, houve um total de 614 internações por neoplasia em adultos na faixa etária de 20 a 39 anos. Em todo o Brasil, estes dados são expressivos e importantes, como a proporção de 51.129 internações por diagnóstico de neoplasia na faixa etária de 20 a 29 anos, 75.193 internações por essa mesma causa na faixa etária de 30 a 39 anos e 120.684 internações na faixa etária de 40 a 49 anos em todo o Brasil (Datasus/2008). Em relação ao índice de mortalidade da Região Sul, este foi de 961 óbitos na faixa dos 30 aos 39 anos e de 2.892 óbitos na faixa etária dos 40 aos 49 anos (Datasus/2009). O índice de mortalidade por câncer na cidade de Chapecó (SC), no período de 2001 a 2005, atingiu 133 óbitos (Datasus/2008).

O presente trabalho fundamentou-se nos princípios da Psicologia da Saúde e da Psicooncologia para o entendimento do processo saúde-doença. A Psicologia da Saúde busca estudar de forma científica a influência de fatores psicológicos no surgimento e manutenção das doenças, na promoção da saúde, na prevenção e tratamento de doenças e na promoção e no aprimoramento das políticas de saúde e do sistema de saúde pública (Baptista, Baptista & Dias 2003; Guimarães, Grubits & Freire, 2007; Straub, 2005). Segundo Castro e Bornholdt (2004), o psicólogo nesta área pode atuar na atenção

primária, secundária e terciária da saúde, sendo que no Brasil esta área encontra-se em franco desenvolvimento, principalmente na atenção aos pacientes com doenças crônicas.

Na primeira seção do volume da dissertação, é apresentado o relatório de pesquisa, no qual são descritas as atividades desenvolvidas no decorrer do projeto. Relata-se o estudo quantitativo correlacional e transversal, realizado com o objetivo de examinar as variáveis qualidade de vida, ansiedade, depressão e satisfação sexual em pacientes com câncer.

A segunda seção é composta por um artigo de revisão sistemática da literatura, que aborda o panorama atual das publicações brasileiras sobre os aspectos psicológicos relacionados com qualidade de vida e câncer, no período de 1998 a 2008, indexadas no LILACS, SciELO e Pepsic. Os resumos encontrados foram analisados através de dez categorias: 1) Base de dados em que a publicação estava indexada; 2) Tipo de produção; 3) Método utilizado no artigo; 4) Profissão do pesquisador; 5) Gênero dos participantes; 6) Tipo de câncer dos participantes; 7) Temática abordada no artigo; 8) Região do Brasil em que o estudo foi realizado; 9) Nome da Revista/Periódico da publicação; 10) Ano da publicação.

Na terceira seção é apresentado um artigo empírico que visou contribuir para o campo de estudos sobre a qualidade de vida e câncer. Para este estudo, foram examinadas a qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual de 82 pacientes com diferentes tipos de câncer. Foram realizadas análises correlacionais para verificar possíveis associações entre as variáveis estudadas, teste t para examinar possíveis diferenças entre homens e mulheres, e entre diferentes tipos de tratamento, e análise de regressão para verificar o poder preditivo dos indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual para a qualidade de vida..

Seção I – Relatório de Pesquisa

Abordagem Biopsicossocial da Saúde: Psicologia da Saúde e Psicooncologia.

Introdução

A perspectiva Biopsicossocial entende que a saúde é determinada pela interação entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais, enfatizando suas influências mútuas e abrindo espaço para a atuação do psicólogo (Baptista et. al, 2003; Carvalho, 2002; Straub, 2005). Essa mudança de paradigma na visão da saúde propiciou à Psicologia o desenvolvimento de diferentes modelos e abordagens de trabalho, ou seja, a atenção integral à saúde, que forma a imagem completa da saúde e da doença (Straub, 2005).

A partir do modelo biopsicossocial surgiu a Psicologia da Saúde, que é conceituada por Guimarães e col. (2007, p.28-29) como “um conjunto de contribuições da Psicologia para a promoção e a manutenção da Saúde, bem como para a prevenção e tratamento da doença”. A Psicologia da Saúde é o estudo científico da influência de fatores psicológicos no surgimento e manutenção das doenças, na promoção da saúde, na prevenção e tratamento de doenças e na promoção e aprimoramento das políticas de saúde do sistema de Saúde Pública (Baptista et al., 2003; Guimarães et al. 2007; Straub, 2005). Para Castro e Bornholdt (2004), a Psicologia da Saúde não se restringe ao trabalho dentro do hospital. Os psicólogos podem atuar na atenção primária, secundária e terciária da saúde, sendo que esta área no Brasil, encontra-se em franco desenvolvimento (Guimarães et al., 2007).

Entre as especialidades da Psicologia da Saúde, é importante reportar a Psico-Oncologia, que trata especificamente da interface entre a Psicologia e a Oncologia (Carvalho, 2002; Barreto, 2005; Costa Jr., 2001; Franzi & Silva, 2003). Com o desenvolvimento intenso da Oncologia nas últimas décadas, através de medidas de prevenção, diagnóstico precoce e programas específicos de tratamento, impulsionado pela incidência crescente de novos casos de câncer, principalmente em populações mais jovens (Barreto, 2005; Costa Jr, 2001; Franzi e Silva, 2003), os conhecimentos profissionais e metodológicos oriundos da Psicologia da Saúde foram adaptados para a atenção ao paciente com câncer (Carvalho, 2002; Costa Jr., 2001).

No Brasil, a participação dos psicólogos em equipes de Oncologia passa a ser oficial a partir da publicação da Portaria nº3.535 do Ministério da Saúde, publicado no

Diário Oficial da União, em 14/10/1998. Esta portaria determina a presença obrigatória do psicólogo nos serviços de suporte ao paciente com câncer como um dos critérios de cadastramento de centros de atendimento em Oncologia junto ao Sistema Único de Saúde.

Apesar das mudanças ocorridas nas últimas décadas e aumento da sobrevivência desses pacientes, o diagnóstico de câncer ainda traz a idéia de morte. O medo de mutilações e desfiguramento, dos tratamentos dolorosos e das perdas causadas pela doença causam sofrimento. Com isso surge a necessidade de profissionais especializados para o atendimento de pacientes e familiares (Carvalho, 2002; Costa Jr., 2001). Por isso, é crescente dentro dessa área o interesse pela qualidade de vida do paciente oncológico, que ganha força em pesquisas e interesses profissionais (Venâncio, 2004; Costa Jr., 2001;)

Qualidade de vida e câncer

O conceito de qualidade de vida vem sendo aplicado aos serviços de saúde, de forma sistemática e científica, desde os anos 70 (Castro, Caiuby, Draibe & Canziani, 2003). Este conceito foi sistematizado pela Organização Mundial da Saúde (Fleck et. al, 1999; Fleck et. al, 2000) e foi definido como o bem estar físico, mental e social. Está relacionado à percepção individual da pessoa sobre a sua saúde, conforme suas exigências culturais, sistemas de valores, metas, expectativas e preocupações. A melhoria da qualidade de vida é um dos resultados esperados tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (Castro et. al, 2003)

Nesse sentido, a OMS buscou desenvolver medidas que avaliam a qualidade de vida a partir de uma perspectiva internacional, em que diferentes países e culturas pudessem ter um padrão de comparação através de um único instrumento, o WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*), e logo depois o WHOQOL-breve. Esse instrumento tem uma perspectiva multidimensional assim como o conceito proposto pela OMS, refletindo-se na sua estrutura, baseada em quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiente (Fleck, 2000; Fleck et al. 1999).

Percebe-se que são diversos os interesses nos estudos realizados sobre qualidade de vida e câncer. Para minimizar a amplitude do tema, faremos uma breve abordagem

sobre as questões relacionadas à qualidade de vida e os indicadores de ansiedade e depressão e a satisfação sexual em pacientes com câncer.

Qualidade de vida e Ansiedade e Depressão em pacientes com câncer

Os pacientes portadores de câncer apresentam maior predisposição a transtornos psiquiátricos em comparação à população em geral (Carvalho et. al, 2007; Baptista, Santos & Dias 2006; Garcia, Tafuri, Nogueira e Carcinoni, 2000). Isso ocorre, segundo esses autores, devido ao estigma da doença, à dificuldade de enfrentar os tratamentos (como a quimioterapia e radioterapia) e seus efeitos e a readaptação após o tratamento. Os problemas psicológicos mais vivenciados são a depressão e a ansiedade, que se iniciam desde o período pré-diagnóstico seguindo durante e após o tratamento (Carvalho et al, 2007; Batista et al., 2006; Garcia et. al, 2000). No entanto, poucos são os estudos brasileiros que avaliam sua relação com a qualidade de vida.

Segundo Antonio, Moreno e Roso (2006), a palavra depressão é usada como sinônimo de tristeza ou luto. Devido a este conceito, torna-se difícil o entendimento da depressão por parte dos pacientes, familiares e profissionais da saúde. Considera-se importante fazer esta diferenciação: entre os termos tristeza e depressão. Tristeza, assim como a alegria, é um sentimento psíquico normal, ou seja, trata-se de uma reação de ajustamento a situações adversas, como perdas, desapontamento, etc. Na doença depressiva, o humor torna-se depressivo e pode ser desencadeado por qualquer circunstância. São observados sintomas psíquicos, fisiológicos e alterações de comportamento e, para seu diagnóstico, são utilizados instrumentos importantes para o reconhecimento dos transtornos mentais e para a comunicação científica dos profissionais de saúde. É importante reforçar que, devido aos sintomas da depressão serem muito parecidos com os efeitos colaterais do tratamento do câncer, o seu diagnóstico torna-se mais difícil (Baptista et al., 2006; Garcia et al., 2000)

A possível relação entre a depressão e a doença crônica não está clara, mas é sugerido pela bibliografia que esta associação existe no diagnóstico e durante o tratamento da doença (Baptista et al., 2006; Garcia et al. 2000). Já a ansiedade é considerada um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, em diferentes aspectos como humor, cognição, comportamento, estado de hiperalerta, sintomas, entre outros

(Andrade & Gorenstein, 2007). Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione. Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população em geral, da mesma forma como os sintomas ansiosos. Na doença crônica, da mesma forma que a depressão, também é observada em grande parte dos pacientes e pode estar associada a períodos de espera, como do diagnóstico, cirurgia ou tratamentos (Carvalho et al, 2007).

Como foi abordado, a ansiedade e depressão estão em muitos estudos associados ao paciente com câncer, sendo um fator brevemente abordado, e está na maioria das vezes relacionado com o estado emocional do paciente, sua autoestima, sua percepção sobre a imagem corporal, entre outros fatores. Já a satisfação sexual, é um fator importante mas pouco abordado em estudos com pacientes com câncer. A satisfação sexual é um aspecto importante do indivíduo quando se avalia a qualidade de vida.

Satisfação Sexual em pacientes com câncer

O exercício da sexualidade em pacientes com câncer é um tema que tem recebido pouca atenção dos pesquisadores, principalmente brasileiros até o momento. Por outro lado, a satisfação sexual é um aspecto importante da vida do indivíduo quando se avalia qualidade de vida (Silva, 2007; Bernardo, Lorenzato, Figueiroa & Kitoko, 2007; Burwell, Case, Kaelim e Avis, 2006; Tofani, 2006; Huget, 2005; Potosky, Reeve, Cleeg, Hoffman, Stephenson, Albertsen, et al., 2002).

Em pacientes com câncer, alguns estudos buscaram examinar como a doença afeta a sua vida sexual. Pesquisas relacionaram a satisfação sexual com problemas de origem física, como vagina seca, menopausa (Burwell et al., 2006), tipo de cirurgia (Huget, 2005) e problemas no relacionamento conjugal (Silva, 2007). Nestes estudos, diferentes resultados foram encontrados, relacionando satisfação sexual com idade, tempo e tipo de tratamento oncológico, auto-estima e auto-imagem, atratividade sexual, tipo de cirurgia oncológica, falta de libido, submissão sexual, repercussões psicológicas (depressão e ansiedade), nível socioeconômico, escolaridade, manter relação marital ou estável, impotência, desejo sexual, entre outras. A atividade sexual constitui um dos

índices pelo que se mede o nível de qualidade de vida, constituindo uma preocupação para especial atenção e assistência a essa população (Bernardo et. al, 2007)

Pesquisas sobre sexualidade e câncer, em geral, são realizadas com pessoas acometidas por câncer em órgãos reprodutivos ou mama. Como por exemplo, estudo sobre a sexualidade com pacientes com câncer de próstata sugere que os homens apresentem sentimentos de impotência e fracasso relacionado à sexualidade e ao papel de poder. Associado a estes sentimentos, estão presentes sintomas de depressão e diminuição de capacidade de produção, dificultando o ajustamento e a adesão ao tratamento (Tofani, 2006). Já estudos sobre pacientes com câncer de mama sugerem que as mulheres mais jovens apresentam piores índices de qualidade de vida, refletindo em maior risco para o estresse psicológico e para a disfunção sexual, quando comparadas às mulheres mais velhas. O apoio do companheiro parece ter um peso importante nesse aspecto, devido à falta de comunicação, considerado como um efeito negativo no relacionamento. Devido à dificuldade do casal, principalmente da mulher, em discutir os sentimentos gerados pela doença, pelas seqüelas dos tratamentos. Um dos efeitos está na percepção da imagem do corporal da mulher, que muitas vezes sente como perda da feminilidade (Huget, Morais, Osis, Pinto-Neto & Gurgel, 2009).

Considerando o que foi discutido nesta breve revisão teórica, vários fatores podem estar implicados na piora da qualidade de vida de pacientes com câncer, entre eles, o aparecimento de sintomas depressivos e de ansiedade e a insatisfação sexual. Percebe-se que os indicadores de depressão e ansiedade sugerem sintomas muito parecidos aos da que aparecem na doença crônica, nos períodos que vão do diagnóstico ao tratamento, sugerindo uma interligação. Já a satisfação sexual ainda é pouco investigada como um fator que influencia a qualidade de vida nos pacientes com diagnóstico de câncer. Este fato pode estar relacionado à falta de clareza destes sintomas quando associados com doenças crônicas o que dificulta uma avaliação adequada e completa por parte dos profissionais, principalmente pelo fato de muitas destas pesquisas não serem realizadas por equipes multidisciplinares.

Venâncio (2004) reforça a necessidade de que paciente e seus familiares recebam suporte psicológico a fim de manter seu bem estar, reduzindo o risco de aparecimento de distúrbios emocionais como ansiedade e depressão. Oliveira e colaboradores (2005) sugerem a importância do acompanhamento multidisciplinar o mais precocemente possível para pacientes oncológicos, visando minimizar o impacto da doença e comprometer o menos possível sua qualidade de vida e o tempo de

sobrevida. Entretanto, a Psico-Oncologia ainda tem muito a percorrer no sentido de desenvolver pesquisas que dêem conta de compreender fatores implicados na qualidade de vida desses pacientes e promover, a partir desses resultados, intervenções facilitadoras de seu bem-estar.

Objetivos

O objetivo principal do presente trabalho foi examinar a qualidade de vida, os indicadores de saúde geral (ansiedade e depressão) e a satisfação sexual de adultos com diagnóstico de câncer, procurando identificar possíveis particularidades entre pacientes conforme o gênero, características sócio-demográficas (estado civil) e tipo de tratamento realizado (quimioterapia, radioterapia, cirurgia). Igualmente, pretendeu-se analisar a influência desses fatores psicológicos individuais (satisfação sexual, ansiedade e depressão) na qualidade de vida de adultos com câncer.

Método

Participantes

Os participantes deste estudo foram 82 pacientes com diferentes tipos de câncer, faixa etária entre 20 a 50 anos, e que estavam em tratamento em um hospital público da cidade de Chapecó (SC). Como critérios de inclusão, foram estabelecidos:

- ter diagnóstico de câncer
- estar em tratamento quimioterápico, radioterápico ou ambos há pelo menos um mês, em ambulatório ou internados no referido Hospital;

Já os critérios de exclusão foram:

- pacientes que estivessem sedados e sem condições de responder às perguntas;
- pacientes que tivessem sofrido lesão no sistema nervoso;
- pacientes que se recusassem a participar da pesquisa;

A idéia inicial proposta no projeto de pesquisa no Exame de Qualificação era de que os pacientes fossem jovens adultos com idade máxima de 40 anos. No entanto, optou-se por aumentar a margem de idade da amostra para até 50 anos, já que havia

muitos pacientes disponíveis para participarem da pesquisa na faixa etária entre 40 e 50 anos e havia dificuldades para compor uma amostra de pacientes mais jovens.

Delimitação e Procedimentos:

A pesquisa é de natureza quantitativa e caracteriza-se por ser uma pesquisa correlacional e transversal. Este estudo faz parte de um estudo maior intitulado “Problemas psicológicos de jovens adultos com doenças crônicas: um estudo longitudinal” que está em andamento junto à UNISINOS e hospitais da região.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a novembro de 2008 em um hospital público da cidade de Chapecó (SC), que trata pacientes com diferentes tipos de câncer. Inicialmente foi feito contato com os diretores e chefes de equipe do hospital para apresentar o projeto e averiguar a possibilidade de desenvolvê-lo na instituição. Após a aceitação e a aprovação do projeto por parte do Comitê de Ética da UNISINOS e da Direção do referido hospital, foi iniciada a coleta de dados. Cabe salientar que o hospital é referência na região para o tratamento de câncer.

A partir da aprovação da pesquisa, foi realizado contato com a psicóloga que atua na instituição para conhecer a rotina dos setores de interesse (radioterapia, quimioterapia e oncologia). Esta formalização permitiu o acesso aos prontuários, aos pacientes e aos profissionais responsáveis pelos setores.

A coleta de dados foi realizada apenas pela mestranda. O contato com os pacientes foi através da prévia coleta de dados, nos prontuários nos diferentes setores. A abordagem era através da apresentação da mestranda e da pesquisa, sendo assim realizado o convite para participação. A aplicação dos instrumentos foi realizada individualmente enquanto o paciente aguardava consulta médica, sua sessão de radioterapia, ou durante quimioterapia ou internação. As diferenças entre o funcionamento dos setores permitiram menor ou maior facilidade na aplicação dos instrumentos. Por exemplo, no setor de quimioterapia, a aplicação precisava ser, na maioria das vezes, durante a aplicação do medicamento. Já os pacientes que estavam aguardando consulta médica eram levados a uma sala reservada para responderem aos instrumentos. No setor de radioterapia, obteve-se maior número de pacientes recrutados devido à característica de este tratamento ser de no mínimo 20 sessões, que são

realizadas durante um mês, com folgas nos finais de semana. Desta forma, grande parte dos pacientes que eram de municípios próximos a Chapecó permanecia durante a semana toda no município para realizar o tratamento. Assim, agendou-se com facilidade a coleta de dados com esses pacientes, que também ocorreu em sala reservada, dentro do hospital. Com os pacientes internados, a aplicação acontecia em sala reservada de enfermagem. Portanto eram pacientes que estavam em condições de saúde razoáveis e que podiam se locomover com tranquilidade. Com alguns poucos paciente, a aplicação aconteceu junto ao leito. Os instrumentos foram organizados da seguinte forma para a sua aplicação: Dados Sociodemográficos, WHOQOL-versão breve, Questionários de Saúde Geral e Questionário de Satisfação Sexual. De modo geral a aplicação levava aproximadamente 30 a 45 minutos para cada paciente.

Quando se percebia dificuldade por parte do paciente em responder aos instrumentos, demonstrando fragilidade emocional, procurava-se acolher o paciente de modo a deixá-lo mais tranquilo. Ao término da aplicação do instrumento, foi sugerida a possibilidade de encaminhá-lo para atendimento, com a psicóloga ou através do serviço oferecido no município de residência do paciente se fosse de interesse do paciente.

Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNISINOS e foi aprovado em 11/07/2008 (parecer Anexo A) sob o protocolo número 037/2008. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo B) foi assinado em duas vias pelos participantes, sendo que uma delas ficou com o participante e a outra com a pesquisadora.

Instrumentos:

1) *Questionário de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos*: elaborado com a finalidade de investigar dados pessoais do paciente como: nome, idade, sexo, grau de instrução, estado civil, ocupação, informações sobre pai, mãe, escolaridade, número de irmãos e idades; dados clínicos como: informações sobre o estado de saúde atual, idade do diagnóstico, tratamento realizado, última hospitalização, possíveis seqüelas, uso de psicofármacos. (Anexo C.1)

2) *Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Versão Breve* (WHOQOL-breve) (Fleck et al., 2000): é um instrumento desenvolvido pela OMS que objetiva avaliar a qualidade de vida em diferentes culturas. A versão breve do questionário contém 26 itens e deriva da versão original de 100 itens (Fleck et al., 1999). As versões em português do Brasil de ambos os instrumentos foram desenvolvidas no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. O WHOQol-breve consta de duas questões gerais e de 24 questões que compõem cada uma das 24 facetas que avaliadas pelo instrumento original. Os quatro domínios do instrumento são: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente. Para cada questão, existem 5 graus de intensidade e o paciente escolhe uma delas. Quanto à consistência interna, os valores *alpha* de Cronbach das 26 questões no estudo de validação foi de 0,91 com pacientes adultos. O instrumento mostrou-se discriminante ao avaliar pacientes psiquiátricos e um grupo controle (Fleck et al., 1999; Fleck, 2000). (Anexo C.2)

3) *Questionário de Saúde Geral de Goldberg –GSG-12* (Goldberg, 1978; Gouveia et al., 2003): Consta de uma série de 12 afirmações sobre o estado de saúde das pessoas em geral, e objetiva identificar doenças psiquiátricas não graves. O estudo de validação do instrumento de 12 itens no Brasil mostrou que sua estrutura é bifatorial, ou seja, que mede a ansiedade e a depressão (Gouveia et al., 2003). A tarefa do indivíduo consiste em dizer se as afirmações se aplicam ou não a ele. O QSG-12 é uma versão curta do instrumento, derivada da escala original, que consiste em 60 itens. Estudos mostram que o uso dessa escala também é adequado com amostras de adolescentes (Sarriera, Schwarcz & Câmara, 1996; Wagner et al., 1999). O estudo de Gouveia e cols. (2003) verificou *alpha* de Cronbach para depressão de 0,81 e para ansiedade de 0,66. (Anexo C.3)

4) *Questionário de Satisfação da Vida Sexual em Situação de Doença Crônica (QSS)*: Questionário elaborado pelas autoras do estudo a fim de examinar a satisfação sexual de pacientes com câncer. O instrumento é composto por 13 questões. As primeiras cinco perguntas dizem respeito a informações gerais sobre a sexualidade do paciente (se tem vida sexual ativa, orientação sexual, quem é o parceiro, quantos parceiros). Na sexta questão, sobre desconforto sexual, o paciente deve responder se sente ou não desconforto e, em caso positivo, deverá listar os desconfortos que sente. Da sétima à décima terceira questão, o paciente deve responder, numa escala de 1 a 4, questões referentes a

mudanças na sua vida sexual, frequência e nível de satisfação. O alpha de Cronbach encontrado para o questionário total de oito questões fechadas foi de 0,77. (Anexo C.4)

Análise dos dados:

Todos os dados do protocolo de pesquisa (questionários) foram levantados e tabulados na base de dados do programa SPSS 17.0. Foram avaliadas as propriedades psicométricas (confiabilidade e validade convergente) de cada questionário, previamente à realização das análises principais do estudo, conforme objetivos propostos.

Foi realizada inicialmente análise descritiva dos resultados dos instrumentos, análise correlacional e comparação de médias para examinar possíveis diferenças entre os sexos e/ou diferentes tipos de tratamento. Análise de regressão foi feita para identificar o peso das variáveis: ansiedade, depressão e satisfação sexual para a qualidade de vida dos pacientes.

Resultados e Discussão

No intuito de não repetir dados que são apresentados na Seção 3 (artigo empírico), serão relatados de forma breve os principais resultados do estudo e serão apresentadas algumas tabelas que, por motivo de espaço, não foram contempladas naquela seção.

Análise de correlação mostrou que a qualidade de vida geral correlacionou-se de maneira significativa com os indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual, assim como as dimensões psicológicas, social e ambiental (Tabela 1). A única correlação que não foi significativa ocorreu entre os níveis de satisfação sexual e a qualidade de vida física. Estes resultados demonstraram que os pacientes que apresentaram melhor qualidade de vida eram pacientes que apresentaram menores índices de ansiedade e depressão e maior satisfação sexual.

Tabela 1: Análise de Correlação

WHOQOL	WHOQOL Total	WHOQOL Físico	WHOQOL Psicológico	WHOQOL Social	WHOQOL Ambiente	QSG-12 Ansiedade	QSG-12 Depressão	QSS Total
WHOQOL Total	1,000	,799**	,822**	,730**	,819**	-,585**	-,596**	,362**
WHOQOL Físico		1,000	,620**	,462**	,441**	-,440**	-,448**	,146
WHOQOL Psicológico			1,000	,478**	,526**	-,411**	-,395**	,253*
WHOQOL Social				1,000	,535**	-,395**	-,466**	,434**
WHOQOL Ambiente					1,000	-,573**	-,565**	,359**
QSG-12 Ansiedade						1,000	,727**	-,305**
QSG-12 Depressão							1,000	-,335**
QSS Total								1,000

**Correlação significativa 0,01

*Correlação significativa 0,05

Em seguida, foi realizado teste t para examinar possíveis diferenças na qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual entre homens e mulheres, entre solteiros/divorciados e casados/vivem junto, entre pacientes que tem história familiar de câncer ou não, pacientes que fizeram quimioterapia ou não, e pacientes que foram submetidos à radioterapia e os que não realizaram este tratamento.

Na análise comparativa entre gênero, resultados demonstraram não haver diferenças entre homens e mulheres com respeito à qualidade de vida e suas dimensões, indicadores de ansiedade e depressão (Tabela 2). Já em relação à satisfação sexual, os resultados demonstraram marginalmente significativos ($t= 1,790$; $p=0,10$), sendo que os homens apresentaram maior satisfação sexual do que as mulheres. Em estudo com pacientes com câncer de mama submetida à cirurgia, Ramos e Patrão (2005) observaram índices variados de satisfação sexual, constatando que quanto melhor a qualidade do relacionamento conjugal, esta influenciava na diminuição da insatisfação

sexual das pacientes. A qualidade do relacionamento conjugal foi influenciada pelo tempo decorrido após o tratamento e pelo grau de satisfação conjugal anterior à cirurgia. Em contrapartida, estudo que investigou a satisfação sexual e conjugal em sobreviventes de câncer de próstata e seus cônjuges indicou que uma satisfação conjugal alta, diferentemente da satisfação sexual, que foi considerada baixa, em grupos que iniciaram o relacionamento depois do tratamento, comparada ao grupo de pacientes que tinham relacionamento estável (Tuinman, Fleer, Sleijfer, Hoekstra & Hoekstra-Weebers, 2005).

Tabela 2: Média, desvio-padrão, teste t e valor de p da comparação de médias da qualidade de vida total e suas dimensões, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual entre os pacientes do gênero feminino e gênero masculino.

Instrumentos	Homens (n=25) DP	Mulheres (n=57) DP	t	p<
WHOQOL Total	82,00 (9,156)	81,33 (11,330)	,259	n.s.
WHOQOL Físico	22,75 (3,542)	22,30 (3,648)	,50	n.s.
WHOQOL Psicológico	22,04 (2,836)	21,82 (3,369)	,280	n.s.
WHOQOL Social	10,46 (2,284)	9,93 (2,350)	,932	n.s.
WHOQOL Ambiente	26,75 (3,756)	27,27 (4,437)	-,500	n.s.
QSG-12 Ansiedade	10,83 (2,057)	10,77 (2,683)	,107	n.s.
QSG-12 Depressão	17,79 (5,242)	16,82 (5,128)	,770	n.s.
QSS Total	19,56 (4,463)	17,71 (4,207)	,818	0,10

n.s. = não significativo

A análise de comparação entre os pacientes solteiro/viúvos e casados /vivem juntos (tabela 3) demonstrou resultado marginalmente significativo em relação à satisfação sexual em pacientes que são casados/vivem juntos, em que os pacientes

casados apresentaram melhor satisfação sexual ($t=-1,855$, $p<0,10$). Este resultado pode justificar os resultados sobre a satisfação sexual (Tabela 2) e também de outros estudos (Ramos & Patrão, 2005; Tuinman, Fleer, Sleijfer, Hoekstra & Hoekstra-Weebers, 2005) os quais aprofundaram a relação que existia entre a satisfação sexual em pacientes com câncer, com o tempo de relacionamento, suporte social, atividade sexual, entre outros, relacionando com o diagnóstico, tempo e tipo de tratamento.

Tabela 3: Média, desvio-padrão, teste t e valor de p da qualidade de vida total e suas dimensões, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual entre os pacientes solteiros/viúvos e casados/vivem juntos.

Instrumentos	Solteiros/viúvos (n=19) DP	Casados/vivem juntos (n=61) DP	<i>t</i>	<i>p</i> <
WHOQOL Total	81,26 (8,999)	81,61 (11,208)	-,122	n.s.
WHOQOL Físico	21,58 (3,548)	22,70 (3,603)	-1,194	n.s.
WHOQOL Psicológico	22,05 (2,635)	21,84 (3,377)	,256	n.s.
WHOQOL Social	10,05 (1,957)	10,10 (2,447)	-,074	n.s.
WHOQOL Ambiente	27,58 (3,849)	26,97 (4,359)	,548	n.s.
QSG-12 Ansiedade	10,42 (2,589)	10,90 (2,481)	-,730	n.s.
QSG-12 Depressão	16,16 (5,852)	17,41 (4,924)	-,925	n.s.
QSS Total	16,68 (4,619)	18,76 (4,176)	-1,855	0,10

n.s.=não significativo

Foram também realizadas análises comparando as mesmas variáveis em relação às pacientes que tinham história familiar de câncer ou não (Tabela 4). Os resultados demonstraram que estas diferenças não foram significativas para a qualidade de vida e suas dimensões, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual. Em relação a esse aspecto, não foram encontrados estudos que avaliassem a qualidade de vida total e suas dimensões, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual. No entanto, a

história familiar de câncer é um tema presente em pesquisas sobre prevenção e diagnóstico de câncer (Scowitz, Menezes & Gigante, 2005) e sobre perfil de pacientes portadores de câncer (Godinho & Koch, 2002).

Tabela 4: Média, desvio-padrão, teste t e valor de p da qualidade de vida total e suas dimensões, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual entre os pacientes com história familiar de câncer ou não.

Instrumentos	Não tem história familiar de câncer (n= 30)	Tem história familiar de câncer (n=52)	<i>t</i>	<i>p</i>
WHOQOL Total	82,21 (10,489)	81,14 (10,857)	,429	n.s.
WHOQOL Físico	22,38 (3,793)	22,76 (3,523)	-,108	n.s.
WHOQOL Psicológico	22,10 (3,200)	21,76 (3,229)	,453	n.s.
WHOQOL Social	10,17 (2,253)	10,04 (2,391)	,244	n.s.
WHOQOL Ambiente	27,55 (4,076)	26,86 (4,331)	,698	n.s.
QSG-12 Ansiedade	10,66 (2,567)	10,86 (2,482)	-,355	n.s.
QSG-12 Depressão	16,86 (5,125)	17,25 (5,207)	-,326	n.s.
QSS Total	18,66 (4,237)	18,05 (4,429)	,609	n.s.

n.s.=não significativo

Com relação aos pacientes que fizeram ou não quimioterapia, não foi observada diferença significativa entre os dois grupos na qualidade de vida e suas dimensões, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual (Tabela 5). Esse resultado é contrário ao estudo de Machado e Sawada (2008), que mostrou que a quimioterapia adjuvante teve impacto positivo na qualidade de vida de pacientes com câncer de mama e intestino, principalmente após três meses de início do tratamento. Este estudo demonstrou que mesmo com aumento de sintomas físicos, característico do tratamento quimioterápico e das funções física, cognitiva apresentarem mais prejudicados, a

avaliação do estado de saúde geral e da qualidade de vida neste pacientes foi significativamente melhor.

Tabela 5: Média, desvio-padrão, teste t e valor de p da qualidade de vida total e suas dimensões, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual entre os pacientes que se submeteram e não se submeteram à quimioterapia.

Instrumentos	Não fizeram Quimioterapia (n=20) DP	Fizeram quimioterapia (n=62) DP	<i>t</i>	<i>p</i>
WHOQOL Total	78,79 (10,293)	82,38 (10,276)	-1,285	n.s.
WHOQOL Físico	21,32 (3,787)	22,79 (3,498)	-1,570	n.s.
WHOQOL Psicológico	21,21 (2,917)	22,10 (3,280)	-1,056	n.s.
WHOQOL Social	10,00 (2,000)	10,11 (2,437)	-,186	n.s.
WHOQOL Ambiente	26,26 (4,382)	27,38 (4,180)	-1,003	n.s.
QSG-12 Ansiedade	10,84 (3,387)	10,77 (2,186)	,108	n.s.
QSG-12 Depressão	18,00 (5,916)	18,84 (4,906)	,859	n.s.
QSS Total	18,20 (5,307)	18,30 (4,035)	-,095	n.s.

n.s.=não significativo

Na comparação realizada entre pacientes que realizam ou não radioterapia, os resultados foram significativos para qualidade de vida total, na dimensão social ($t=-2,198$, $p<0,05$), ambiente ($t=-2,183$, $p<0,05$) e marginalmente significativo na dimensão física ($t=-1,740$, $p<0,10$), como pode ser observado na Tabela 6. Em estudo semelhante com pacientes submetidos à ressecção pulmonar houve piora da qualidade de vida nos domínios social no sexo feminino, e físico e social mediante tratamento com radioterapia e quimioterapia (Saad, Botega & Toro, 2007).

Tabela 6: Média, desvio-padrão, teste t e valor de p da qualidade de vida total e suas dimensões, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual entre os pacientes que se submeteram e não se submeteram à radioterapia.

Instrumentos	Não fizeram Radioterapia (n=38) DP	Fizeram Radioterapia (n=42) DP	t	p<
WHOQOL Total	78,68 (10,206)	84,10 (10,543)	-2,327	0,01
WHOQOL Físico	21,71 (3,653)	23,10 (3,463)	-1,740	0,05
WHOQOL Psicológico	21,42 (3,310)	22,31 (3,080)	-1,244	n.s.
WHOQOL Social	9,50 (2,215)	10,62 (2,326)	-2,198	0,01
WHOQOL Ambiente	26,05 (4,027)	29,07 (4,222)	-2,183	0,01
QSG-12 Ansiedade	11,18 (2,598)	10,43 (2,380)	1,358	n.s.
QSG-12 Depressão	17,53 (5,197)	16,74 (5,137)	,682	n.s.
QSS Total	18,28 (4,626)	18,27 (4,626)	,017	n.s.

n.s.=não significativo

Os resultados das análises de regressão (*stepwise*) realizadas estão detalhados no artigo empírico. Cabe destacar que os modelos de predição da qualidade de vida total e suas dimensões foram significativos ou parcialmente significativos para a qualidade de vida total e suas dimensões, com exceção da qualidade de vida psicológica. Todos estes resultados podem ser melhor visualizados na Seção 3.

Os resultados deste estudo, de forma geral, demonstram que a qualidade de vida de pacientes com câncer está intimamente relacionada e é influenciada por fatores psicológicos como indicadores de psicopatologia (ansiedade e depressão) e a satisfação sexual. No entanto, há necessidade de mais estudos na área no Brasil para confirmar tais achados. Para isso, o trabalho interdisciplinar também deve ser concebido como importante e necessário no atendimento de pacientes com câncer.

Apontamentos finais

Os resultados aqui demonstrados são resultados de parte das análises realizadas neste estudo. Na seção I, optou-se em demonstrar algumas análises que não puderam contemplar o artigo empírico devido aos outros resultados importantes desta amostra de pacientes portadores de câncer.

Os pacientes que apresentaram melhor qualidade de vida eram pacientes que apresentaram menores índices de ansiedade e depressão e maior satisfação sexual. Em relação aos homens e mulheres com respeito à qualidade de vida e suas dimensões e os indicadores de ansiedade e depressão, os resultados demonstraram não haver diferenças em relação ao sexo. Já a satisfação sexual apresentou resultados quase significativos, indicando que os homens apresentaram maior satisfação sexual em relação às mulheres.

A análise comparativa entre pacientes solteiro/viúvos e casados/moram juntos, demonstrando resultados significativos em relação a satisfação sexual nos pacientes que apresentam relacionamento estável. Já a análise comparativa entre os pacientes com história familiar e câncer ou não, e os pacientes que realizaram quimioterapia ou não, demonstraram nos resultados que estas relações não foram significativas para a qualidade de vida e suas dimensões e também não foram significativas aos indicadores de ansiedade e depressão, e satisfação sexual.

Os resultados em relação aos pacientes que realizaram radioterapia ou não apresentaram resultados significativos e parcialmente significativos em relação à qualidade de vida total e nas dimensões física, social e ambiente. Todos estes resultados possuem limitações, como por exemplo, o fato de grande parte da amostra, ser do sexo feminino. Este fator reforça os dados do Datasus (2009) sobre a predominância de câncer de mama e ginecológico característico da população feminina. Mas é importante reforçar que neste estudo foram encontrados muitos pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, também apontado pelo Datasus (2009), como outro tipo de câncer muito característico da Região Sul.

A baixa escolaridade encontrada nesta amostra, é caracterizada por parte da população ser do interior de Santa Catarina. Como o Hospital onde foi realizada a coleta de dados, ser referência para a Região Oeste no tratamento de câncer, foram encontrados muitos pacientes de diferentes cidades.

O intuito inicial deste estudo foi de realizar uma pesquisa apenas com pacientes jovens adultos, entre 20 e 45 anos, em diferentes estágios da doença. Este tipo de

amostra de jovens adultos é pouco contemplado nos estudos, principalmente em estudos que investiguem os diferentes tipos de tratamento, indicadores de saúde geral e o fator de satisfação sexual. Infelizmente devido ao receio de não conseguir compor uma amostra de pacientes, também foram aplicados instrumentos em pacientes com 45 à 50 anos de idade.

Outro fator relevante a ser destacado é fato de não existirem muitas pesquisas desse tipo nesta Região de Santa Catarina, sendo importante destacar mais estudos que possam trazer com clareza as características desta população em especial. Da mesma forma sobre os diferentes estágios da doença, que podem a partir deste estudo, explorados de forma mais específica, ou mesmo em grupos de pacientes com um mesmo tipo de câncer. Já em relação aos indicadores de ansiedade, depressão e satisfação sexual apontam para a necessidade de atendimento especializado por parte de profissionais de psicologia, devido aos resultados importantes destas variáveis em pacientes portadores de câncer.

O tema qualidade de vida e câncer é um tema muito investigado em pesquisas nacionais e internacionais, demonstrando que apesar de muitos estudos ainda surgem resultados que trazem questionamentos importantes e que ainda não respondem sobre todos os aspectos relacionados aos pacientes com câncer. Considerando todos estes fatores, é importante aprofundar mais estudos sobre este tema, principalmente sobre a sexualidade destes pacientes, nas diferentes faixas etárias, em relação ao sexo, e nas diferentes etapas da doença.

Seção II – Artigo Teórico

Qualidade de vida e câncer: Uma revisão sistemática de artigos publicados no Brasil

Introdução

A qualidade de vida é um conceito que tem sido muito estudado nos últimos anos, e integra diferentes áreas do conhecimento como Psicologia, Medicina e Ciências Sociais. Este conceito tem sido estudado e aplicado aos serviços de saúde de forma sistemática e científica desde a década de 70 (Castro et al., 2003). O conceito de qualidade de vida foi sistematizado pela Organização Mundial da Saúde (Fleck et al., 2000 ; Fleck et al., 1999), e foi definido como o bem-estar físico, mental e social. Está relacionado à percepção individual da pessoa sobre sua saúde, conforme suas exigências culturais, sistemas de valores, metas, expectativas e preocupações. Diagnóstico correto, tratamento adequado e, principalmente, a satisfação do paciente são considerados fatores integrantes da qualidade de vida (Castro et al., 2003).

A partir da mudança de paradigma do entendimento do processo saúde-doença, que antes era eminentemente biomédico e que negligenciava aspectos socioeconômicos, psicológicos e sociais, surge o interesse pela qualidade de vida como um conceito global de avaliação da saúde (Seidl & Zanon, 2004). A qualidade de vida é importante quando pensamos na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde e influencia políticas e práticas do setor, pois seu interesse está na percepção subjetiva do paciente sobre sua saúde em geral. Um dos principais focos dos estudos que avaliam a qualidade de vida se dirige a pacientes portadores de doenças crônicas (Vinaccia & Orozco, 2005; Castro et al., 2003). No entanto, a abrangência desse conceito nem sempre se reflete nas pesquisas que o utilizam, que muitas vezes utilizam esse termo como sinônimo de melhora do estado de saúde física (Roque & Forones, 2006; Saad et al., 2007).

Maluf, Dias e Barra (2006) referem que há falta de consenso na literatura sobre os instrumentos para avaliar a qualidade de vida e a doença crônica a serem utilizados e o melhor momento para realizar tal avaliação, por se tratar de um construto

multidimensional, subjetivo, que se altera com o tempo. É importante ter em conta, no momento da escolha do instrumento, os diferentes níveis de compreensão e a limitação intelectual do grupo a ser investigado (Amar, Rapaport, Franzi, Bisordi & Lehn, 2002).

A importância da qualidade de vida em saúde na atualidade é tamanha que a OMS (Organização Mundial da Saúde) desenvolveu medidas de avaliação desse constructo dentro dessa perspectiva multidimensional, que pudessem servir de parâmetro para diversos países e culturas. Assim, inicialmente foi elaborado o instrumento WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life Questionnaire*) e em seguida WHOQOL-breve, ambos validados para o Brasil (Fleck et al., 2000; Fleck et al., 1999). Recentemente, instrumentos específicos de avaliação da qualidade de vida da OMS, estão sendo traduzidos e validados no Brasil, como o WHOQOL para idosos, WHOQOL AIDS, WHOQOL SRPB dos domínios da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (Trentini & Fleck, 2004; Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006; Fleck & Skevingtons, 2007)

A relação entre qualidade de vida e o câncer também tem sido muito estudada na literatura, abrangendo diferentes temas, como por exemplo, tratamentos para a doença, controle de problemas, de sintomas e co-morbidades, buscando contribuir para a otimização de recursos disponíveis para melhorar os diferentes aspectos da qualidade de vida desses pacientes no Sistema de Saúde Pública (Seidl & Zannon, 2004; Franzi & Silva, 2003). Outro interesse está diretamente ligado às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde e refere-se à qualidade de vida como indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas, nas decisões de condutas terapêuticas das equipes de saúde, além da avaliação do impacto físico e psicossocial das enfermidades.

Apesar da qualidade de vida ser um conceito multifatorial, ainda se constata na literatura alguns estudos utilizando esse termo considerando apenas uma das suas dimensões, geralmente a física, sem considerar os aspectos psicológicos, sociais e ambientais (Seidl & Zanon, 2004; Oliveira, Servilha, Ferreira, Bastos, Freire & Chagas, 2005; Roque & Forones, 2006; Saad et al., 2007). Por isso, ao analisarmos esses estudos, é importante examinar que conceito de qualidade de vida está sendo utilizado.

Conforme observamos, a qualidade de vida de pacientes com câncer é um tema que tem sido bastante estudado na literatura nacional. Assim, o objetivo do presente trabalho é fazer uma revisão sistemática da literatura nacional (publicada no idioma português) sobre qualidade de vida e câncer em pacientes adultos, no período entre 1998 e 2008. Desta forma, foram analisados apenas resumos de artigos científicos que

demonstraram utilizar o conceito de qualidade de vida de maneira multidimensional (dimensões física, psicológica, social e ambiental) principalmente o aspecto psicológico.

Método

Para a obtenção dos resumos a serem analisados, utilizaram-se os descritores *Qualidade de vida e Câncer* em português, na Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de dados LILACS (Literatura em Ciências da Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e Pepsic (Periódicos de Psicologia). A pesquisa compreendeu o período 1998 a 2008 e foi realizada em março de 2009.

Os critérios de inclusão de resumos no presente estudo foram: A) artigos brasileiros publicados em português; B) artigos com amostras de pacientes adultos; C) artigos que avaliavam a qualidade de vida de pacientes com diferentes tipos de câncer; D) submetidos a qualquer tipo de tratamento para a doença e em qualquer fase do tratamento. Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: I) resumos que avaliavam apenas uma dimensão da qualidade de vida; II) artigos com amostras de crianças, adolescentes ou idosos com câncer; III) pesquisas com animais; e IV) pesquisas com os cuidadores de pacientes oncológicos.

Sem considerar os critérios de exclusão, encontrou-se inicialmente 215 publicações brasileiras no idioma português. Destas publicações, excluindo-se aquelas que tratavam de pacientes infantis, adolescentes ou idosos, cuidadores de pessoas com câncer ou pesquisas com animais, restaram 128 artigos. Finalmente, os artigos selecionados (Anexo D) foram comparados nas três bases de dados, Lilacs, Sielo e Pepsic, para verificar quais publicações estavam repetidas. A partir desse total, apenas aqueles estudos que consideravam a avaliação da qualidade de vida como multidimensional foram mantidos. Assim, ao final restaram 39 resumos de artigos foram analisados sobre qualidade de vida e câncer para análise.

Neste estudo utilizaram-se as categorias e subcategorias propostas por Castro e Remor (2004). Assim, consideraram-se os seguintes parâmetros:

1. Base de dados em que a publicação estava indexada: Lilacs, Scielo e/ou Pepsic;
2. Tipo de produção: artigo teórico, estudo empírico ou relato de experiência;
3. Método utilizado no estudo: quantitativo, qualitativo ou misto; não se aplica;
4. Profissão do (s) pesquisador (es) que publicou (aram) o artigo: médico, psicólogo, enfermeiro, equipe multidisciplinar, outros;

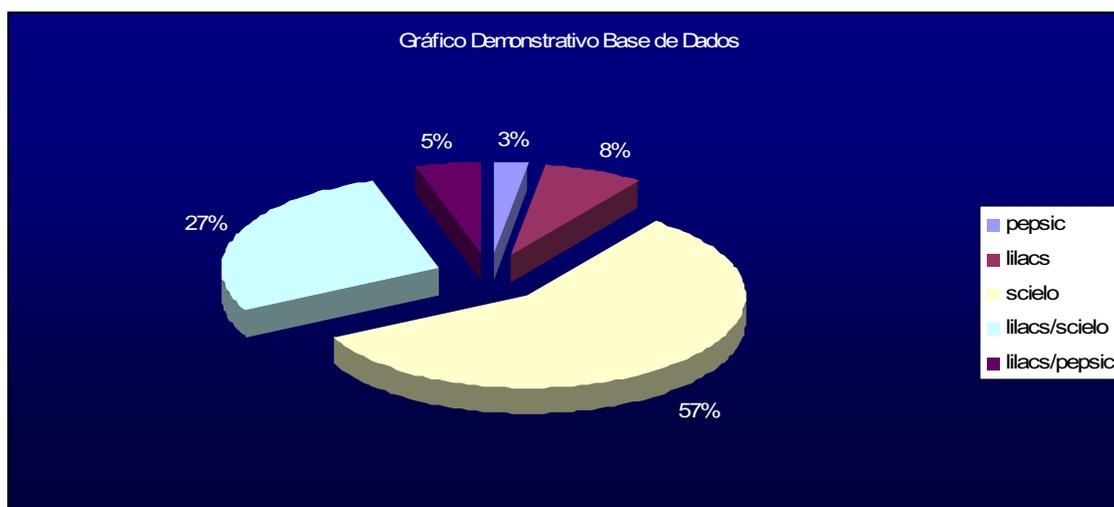
5. Sexo dos participantes dos estudo;
6. Tipo de câncer dos participantes: vários tipos/não específica, mama/ovário/útero, cabeça e pescoço, leucemia, colorretal, pulmão, outros;
7. Tema do artigo: prevenção, construção/validação de instrumentos, impacto da doença e do tratamento na qualidade de vida, cuidados paliativos, impacto do diagnóstico/da doença, avaliação dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida;
8. Região do Brasil em que foi realizada a pesquisa: Sudeste, Sul, Centro-Oeste, Nordeste e Norte, vários estados;
9. Revista em que o artigo foi publicado.
10. Ano da publicação;

Resultados

Em primeiro lugar, é importante observarmos que a produção científica sobre *qualidade de vida e câncer* é muito vasta, porém, quando nos concentramos em trabalhos que tenham usado esse conceito de forma multidimensional, a quantidade de estudos diminuiu consideravelmente (128 para 39). Desta forma, percebe-se que, apesar de o conceito de qualidade de vida utilizado pela Organização Mundial da Saúde ser amplo, essa visão ainda está em fase de consolidação, tendo em vista que grande parte dos estudos que equipara ou apenas focaliza resultados de tratamento ou reabilitação como qualidade de vida.

Nas três bases de dados consultadas - Scielo, Lilacs e Pepsic – vários artigos se sobrepuseram, aparecendo em duas bases ao mesmo tempo. Mesmo assim, como é possível observar no Gráfico 1, a maior parte dos estudos sobre qualidade de vida e câncer encontram-se no Scielo (57%), ou então Scielo e Lilacs (27%).

Gráfico 1: Bases de dados que a publicação estava indexada:



Com respeito aos tipos de estudos encontrados, é possível observar (conforme Gráfico 2) que a maior parte (64%) dos artigos tratava de estudos empíricos, seguido de artigos de revisão de literatura (33%) e relatos de experiência (3%).

Gráfico 2: Tipo dos produção sobre qualidade de vida e câncer



Em relação ao método, verificou-se um número bem maior de estudos quantitativos (49%), seguido de estudos de revisão de literatura e relato de experiência (33%) e de estudos qualitativos (18%), conforme Gráfico 3. Cabe ressaltar que alguns resumos não informavam claramente o delineamento do estudo, porém, a partir de características dos participantes, instrumentos e da análise de dados utilizados, era possível deduzir o desenho do estudo, juntamente com a leitura do artigo.

Gráfico 3: Método utilizado no artigo

ERROR: undefined
OFFENDING COMMAND: get

STACK:

/0
-dictionary-