

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO
NA REGIÃO CENTRO-OESTE**

PAULA OLIVEIRA SANTIAGO

**PERCEPÇÃO DA DOR E DEPRESSÃO EM PACIENTES
COM CÂNCER DE MAMA**

**CAMPO GRANDE - MS
2018**

PAULA OLIVEIRA SANTIAGO

**PERCEPÇÃO DA DOR E DEPRESSÃO EM PACIENTES
COM CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Petr Melnikov

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Rosângela Silva Rigo

**CAMPO GRANDE - MS
2018**

FOLHA DE APROVAÇÃO

PAULA OLIVEIRA SANTIAGO

PERCEPÇÃO DA DOR E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para a obtenção do título de Mestre.

Campo Grande, MS, 14 de agosto de 2018.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Petr Melnikov
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Prof. Dr. Wilson Ayach
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Prof. Dr. Roberto Teruya
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

“O sofrimento somente é intolerável quando
ninguém cuida”.

Dame Cicely Saunders (1991)

Para Vera Ducla (*in memoriam*), querida amiga,
que possibilitou o início deste projeto.

Para Júlia, minha filha, todo meu amor e minha
coragem.

Para Ricardo, meu marido, com seu amor e
compreensão tornou essa etapa possível.

AGRADECIMENTOS

A minha família, base de tudo e fonte inspiradora.

Ao meu Orientador Professor Doutor Petr Melnikov, minha eterna estima, especialmente por ter acreditado em meu projeto e possibilitado sua realização, além do meu reconhecimento por sua relevante contribuição na formação desta pesquisa.

Ao Professor Doutor Albert Schiaveto de Souza, por suas orientações estatísticas e disponibilidade em esclarecer minhas dúvidas.

A querida Professora Doutora Rosângela Silva Rigo, por ser minha eterna mestra e fonte de inspiração.

A todas as pacientes que participaram como voluntárias, tornando esse estudo possível.

Ao Hospital do Câncer Dr. Alfredo Abraão e toda sua equipe, pela colaboração e disposição em tornar tudo possível.

Ao Dr. Gustavo Castro Ianze por sua colaboração com a pesquisa.

A Andréia de Cássia Rodrigues Soares Alarcon, amiga que sempre me incentivou para a realização da pesquisa. Simplesmente um privilégio contar com sua amizade.

A todos os amigos pelo apoio e incentivos.

Ao programa de Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste e a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul por permitir que esta nova etapa em minha vida seja concretizada.

RESUMO

Introdução: Nas pacientes com neoplasia, apesar dos avanços nos estudos neurofisiológicos e as abordagens terapêuticas disponíveis, a dor e a depressão ainda permanecem como um dos principais sintomas a causar sofrimento nestas pacientes.

Objetivo: Estimar a percepção da dor e depressão em pacientes com câncer de mama em um Hospital de alta complexidade Dr. Alfredo Abraão em Campo Grande/MS.

Método: A amostra foi composta por 82 pacientes. A avaliação se fez através de um formulário padrão, com perguntas sócio demográficas, com o questionário de dor de McGill, associado à escala visual analógica (EVA). Concomitante foi realizado o inventário de depressão de Beck (IDB). A avaliação estatística foi realizada por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney. Já a comparação entre as diferentes classificações de qualidade do sono e entre as diferentes raças, em relação aos escores nas diferentes dimensões do questionário de McGill, bem como aos escores da EVA e aos escores na escala de Beck, foi realizada por meio do teste de Kruskal-Wallis e pós-teste de Dunn. A correlação linear entre as variáveis quantitativas, foi feita por meio do teste de Spearman. **Resultados:** Relação entre depressão, questionário de dor de McGill, EVA e IDB, corresponde a um p maior que 0,183. IDB está relacionado com a qualidade do sono com $p = 0,036$, sendo o maior IDB relacionado à insônia. As raças negra e parda evidenciam $p < 0,05$ com o questionário de dor de McGill, nas dimensões afetiva, miscelânea e total. Existe correlação entre IDB e variáveis: McGill, Idade e EVA. Ao avaliar McGill e EVA existe relação com $p < 0,001$ entre EVA e todas as dimensões de McGill com correlação linear é forte. **Conclusão:** Não há correlação entre depressão, questionário de dor de McGill, EVA e IDB. Participantes com insônia possuem maior pontuação no IDB do que participantes com sono bom. Pessoas pardas tem mais predisposição a alterações afetivas no questionário de dor de McGill. Existe correlação forte entre de dimensões de McGill e EVA. Existe correlação entre IDB e as variáveis: Questionário de dor de McGill, idade e EVA.

Palavras-chave: Câncer de mama. Questionário de dor de McGill. Dor. Escala visual analógica. Inventário de depressão de Beck.

ABSTRACT

Introduction: In patients with neoplasia, despite advances in neurophysiological studies and the available therapeutic approaches, pain and depression still remain as the main symptoms causing suffering in these patients. **Objective:** To estimate the perception of pain and depression in patients with breast cancer in a highly complex Hospital Dr. Alfredo Abraão in Campo Grande / MS. **Method:** The sample consisted of 82 patients. The evaluation was done through a standard form, with demographic questions, with the McGill pain questionnaire, associated to the visual analogue scale (VAS). Concomitant Beck Depression Inventory (BDI) was performed. Statistical evaluation was performed using the non-parametric Mann-Whitney test. The comparison between the different sleep quality scores and between the different races, in relation to the scores on the different dimensions of the McGill pain questionnaire, as well as the scores of the visual analogue scale and the scores on the Beck scale, was performed through the Kruskal-Wallis test and Dunn post-test. The linear correlation between the quantitative variables was done using the Spearman test. **Results:** Relation between depression, McGill pain questionnaire, VAS and BDI, corresponds to a p greater than 0.183. BDI is related to sleep quality with $p = 0.036$, the highest BDI related to insomnia. The black and brown races showed $p < 0.05$ with the McGill pain questionnaire, in the affective, miscellaneous and total dimensions. There is correlation between BDI and variables: McGill, Age and VAS. When assessing McGill and VAS there is relationship with $p < 0.001$ between VAS and all dimensions of McGill with linear correlation is strong **Conclusion:** There is no correlation between depression, McGill's pain questionnaire, VAS and BDI. Participants with insomnia have higher BDI scores than participants with good sleep. Brown people are more predisposed to affective changes in the McGill pain questionnaire. There is a strong correlation between McGill and VAS dimensions. There is correlation between BDI and the variables: McGill pain questionnaire, age and VAS.

Key words: Breast cancer. McGill Pain Questionnaire. Ache. Analogic visual scale. Beck Depression Inventory.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- INCA** - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
- MPQ** - Questionário de dor de McGill
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- IDB** - Inventário de Depressão de Beck
- QV** - Qualidade de Vida
- EVA** - Escala Visual Analógica
- SNC** - Sistema Nervoso Central
- G1** - Grupo 1
- G2** - Grupo 2
- UFMS** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sócio demográfico e valor do inventário de depressão de Beck (n = 82).....	33
Tabela 2 - Perfil algico dos pacientes (n = 82)	35
Tabela 3 - Correlação entre depressão e questionário de McGill, EVA e IDB.....	37
Tabela 4 - Relação entre qualidade do sono e questionário de McGill, EVA e IDB.	38
Tabela 5 - Relação entre raça e questionário de McGill, EVA e IDB.....	38
Tabela 6 - Correlação linear entre IDB e outras variáveis	39
Tabela 7 - Correlação linear entre EVA e outras variáveis	39
Tabela 8 - Correlação linear entre idade e outras variáveis	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico de dispersão ilustrando a correlação linear positiva forte entre o escore na EVA da dor e escore total no MPQ	40
---	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1- Escola de Coma de Glasgow	55
ANEXO 2 - Questionário - McGill versão validada em português	56
ANEXO 3 - Escala visual analógica	57
ANEXO 4 - Questionário - Perfil Sócio Demográfico.....	58
ANEXO 5 - Inventário de depressão de Beck	60
ANEXO 6 - Declaração de anuência da Instituição	62
ANEXO 7 - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMS.....	63

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
2.1 CÂNCER DE MAMA	15
2.1.1 Câncer de mama como problema de saúde pública.....	15
2.1.2 Manifestações clínicas relacionadas ao câncer de mama.....	15
2.1.2.1 Dor	15
2.1.2.2 Manifestações mentais	17
2.1.2.3 Inter-relação entre câncer de mama, dor e transtornos mentais	19
2.1.2.4 Agravos de tratamentos utilizados	21
2.2 MENSURAÇÃO DA DOR	22
2.2.1 Instrumentos existentes para avaliação da dor.....	22
2.2.2 Formulários	27
2.3 JUSTIFICATIVA DO TRABALHO	27
3 OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GERAL	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
4 METODOLOGIA.....	29
4.1 TIPO, LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA.....	29
4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	30
4.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	30
4.4.1 Organização dos dados	30
4.4.2 Delineamento do estudo e análise estatística.....	31
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
6 CONCLUSÃO.....	44
7 REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE	49
ANEXOS	54

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum diagnosticada entre as mulheres, possui a segunda maior incidência, perdendo somente para o câncer de pulmão, além de ser o quinto tipo que mais causa mortes em todo o mundo. Em 2004, foi responsável por 519.000 mortes em todo o mundo, o que corresponde a 7% das mortes por câncer e cerca de 1% de todas as mortes (KONTODIMOPOULOS; NTINOULIS; NIAKAS, 2011).

Estimativas para o Brasil do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) para o biênio 2016/2017 aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de neoplasia. O tipo mais incidente, à exceção do câncer de pele não melanoma, no sexo feminino, será o de mama 58 mil. O perfil epidemiológico observado assemelha-se ao da América Latina e do Caribe (BRASIL, 2015).

Um dos aspectos observados nestas pacientes com neoplasia é a dor, responsável por causar sofrimento humano, suscitando incapacidades, comprometendo a qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas, o que a torna um problema de saúde pública.

Apesar dos avanços importantes nos estudos neurofisiológicos sobre a dor, além da melhora nos métodos diagnósticos e procedimentos, as abordagens terapêuticas disponíveis atualmente quase nunca resultam em resolução completa dos sintomas. Com isso, as pessoas portadoras deste sintoma continuam a conviver com algum nível de desconforto álgico independente do tratamento que recebem (TURK; WILSON; CAHANA, 2011).

Está claro que a dor crônica é complexa e possui como base a combinação de mecanismos periféricos, centrais e psicológicos. Um paciente que a está vivenciando a mesma, não só experimenta a sensação dolorosa, mas também mudanças significativas na vida diária, tais como diminuição da atividade, depressão, ansiedade, mudança de humor, diminuição da energia, distúrbios do sono, problemas familiares, e isolamento social. Em casos extremos o doente procura atendimentos médicos repetidos para alívio da sintomatologia, fazendo diversas visitas a consultórios médicos e pronto socorros, podendo até mesmo fazer cirurgias

desnecessárias ou se tornam dependentes de medicações narcóticas (WILSON; GIL, 1996).

Uma forma de dimensionar a sintomas álgicos são as escalas de avaliação da dor. Elas podem ajudar na eficácia das intervenções, além de respeitar a subjetividade do paciente, pois somente ele é capaz de descrever e avaliar com exatidão este desconforto que o assola (SKROBIK, 2008).

A intensidade álgica é a medida mais comumente aferida na dor oncológica, porém esta não descreve suficientemente a natureza multidimensional da mesma. O questionário da dor de McGill (MPQ) é amplamente utilizado para qualificá-la. Já existem evidências que apoiam a sua validade e confiabilidade em pessoas com câncer. Apesar disso, tem sido sugerido que o MPQ não seja recomendado para pessoas idosas, pois eles podem julgar o questionário como muito complexo. (GAUTHIER *et al.*, 2014).

No estudo realizado por Yang *et al.* (2016), que avalia câncer de mama e risco de ansiedade, depressão e estresse, comprova que pacientes com neoplasia de mama invasivo têm risco aumentado em 60% de desenvolver depressão, ansiedade e distúrbios relacionados ao estresse em comparação com a população feminina geral.

Contudo, na área oncológica os dados disponíveis são insuficientes e contraditórios, para averiguar a qualidade da dor e a associação de sintomas álgicos com depressão. O intuito do presente estudo, busca avaliar a paciente com câncer de mama, que possuem o diagnóstico de depressão e pacientes com câncer de mama sem diagnóstico de depressão através do questionário de dor de McGill e do Inventário de Depressão de Beck (IDB), a fim de averiguar a dimensão álgica referida, caso ela exista, pesquisar sobre a associação de sintomas psiquiátricos concomitantes e comparar os grupos para possibilitar um melhor tratamento a estas pacientes, além de esclarecer a população prescritora e seus cuidadores quanto a necessidade da valorização dos sintomas para se propor uma terapêutica adequada e individualizada.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 CÂNCER DE MAMA

2.1.1 Câncer de mama como problema de saúde pública

A neoplasia de mama é a doença maligna mais comum em mulheres, e um dos três tipos de câncer mais comum no mundo, junto com pulmão e cólon. Em 2012, 1,7 milhões de mulheres foram diagnosticadas com neoplasia de mama em todo o mundo e cerca de quinhentas mil pessoas morreram com esta patologia (HARBECK; GNANT, 2016).

Nos Estados Unidos, estima-se que o câncer de mama causou a morte de mais de 39.000 homens e mulheres em 2012, com mais de 229.000 novos casos diagnosticados no mesmo ano. Em média uma em cada oito mulheres será diagnosticada no decorrer de sua vida (BAN; GODELLAS, 2014).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer americano e Fundação Lance Armstrong a sobrevivência da neoplasia se inicia no diagnóstico, porém a dor ameaça à saúde e qualidade de vida nestas pacientes. Entre 60 a 65 % das pessoas com neoplasia avançada e aproximadamente 40% das sobreviventes a cinco anos de doença relatam sintomas algícos (GREEN; HART-JOHNSON; LOEFFLER, 2011).

2.1.2 Manifestações clínicas relacionadas ao câncer de mama

2.1.2.1 Dor

Oficialmente definida em 1986 pela *International Association for the Study of Pain*, como sendo uma “desagradável experiência sensorial e emocional associada a um dano atual ou potencial do tecido ou descrita em termos deste dano”.

A dor sofre variações até mesmo na maneira como o indivíduo a relata, pois há relacionamento com inúmeros fatores pessoais tais como: sexo, idade, personalidade, herança genética/cultural, necessidades comportamentais e experiências dolorosas pregressas. Na sua avaliação não se deve negligenciar a

descrição do paciente sobre o padrão, a intensidade e a natureza da mesma, considerando que, por ser subjetiva, somente o indivíduo pode descrevê-la da forma como é sentida. A dor, então, não é simplesmente o produto final de um sistema de transmissão sensorial, em vez disto, é um processo dinâmico que envolve interações contínuas entre os sistemas neurais ascendentes e descendentes em conjunto com a percepção algica pessoal (KATZ; MELZACK, 1999).

Conforme sua origem, a dor crônica vem sendo referida como a aquela sem valor biológico, com duração superior ao tempo de cura típica, não responsiva a tratamentos à base de fármacos específicos e com duração superior a seis meses. Esta sensação específica que é grave e intratável possui consequências prejudiciais, que além dos distúrbios psicológicos incluem situações como perda de emprego e isolamento social. Conforme os dados publicados em 2015 sua prevalência verificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 12 meses foi de 37% em países desenvolvidos e de 41% em países em desenvolvimento, sendo que se encontrava maior em pacientes idosos, do sexo feminino e naqueles com menor grau socioeconômico (KATZ; ROSENBLOOM; FASHLER, 2015).

Este sintoma pode ser dividido em oncológico e não oncológico. Esta última pode se desenvolver como resultado de estímulos persistentes ou alterações em nociceptores devido ao dano tecidual localizado a partir de uma lesão aguda ou crônica, danos no sistema nervoso central ou periférico. Em ambos os casos, ocorre na neuropatia diabética dolorosa, dor pós-derrame, lesão da medula espinhal, que não são facilmente detectáveis devido à escassez de instrumentações diagnósticas disponíveis (TURK; WILSON; CAHANA, 2011).

A dor crônica oncológica está entre os sintomas mais importantes em termos de prevalência e potenciais consequências. A integração das melhores práticas para seu controle fazendo com que sejam eficazes e acessíveis no tratamento oncológico ainda é um desafio para o sistema de saúde em todo o mundo. Em contingentes com tumores sólidos, a prevalência global varia de 15% a mais de 75%, dependendo do tipo e da extensão da doença.

Este sintoma vem sendo considerado o terceiro maior problema de saúde pública, porém, continua a ser negligenciado pela medicina. Estas queixas relacionadas ao câncer estão em constante aumento à medida que mais pessoas conseguem sobreviver à doença. Nos Estados Unidos, a dor é a mais frequente causa

de incapacidade e a segunda causa de visitas ao médico. Muitas hospitalizações não programadas (14%- 26%) são atribuídas ao não controle algico, custando cerca mais de 10 milhões de dólares em despesas (GREEN; HART-JOHNSON; LOEFFLER, 2011).

Um relatório divulgado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos sobre a dor crônica revela que a prevalência da mesma varia amplamente entre 30 - 40 % da população adulta americana, tem sido relatado que cerca de 100 milhões de adultos sofrem de dor crônica, um total maior do que o número de indivíduos com diabetes, doença cardíaca e câncer combinados, o custo com esses pacientes gira em torno de 560 – 635 bilhões de dólares, esta estimativa combina gastos com cuidados em saúde, custos com a perda de produtividade além das perdas da Receita Federal, serviços jurídicos e compensação por incapacidade (GATCHEL *et al.*, 2014).

Associado a estes custos globais da Receita Federal temos que mensurar o uso de medicamentos para tratar este sintoma, que tem se expandido exponencialmente nas últimas décadas, com aumentos nas despesas de 188% entre 1996 e 2005. Apesar dos avanços no entendimento da neurofisiologia e psicologia da dor, a terapia medicamentosa sozinha normalmente não é suficiente para eliminar erradicar a sintomatologia clínica (BASHIR; COLVIN, 2013).

2.1.2.2 Manifestações mentais

Mais de 120 milhões de pessoas em todo o mundo sofre com depressão, esse número engloba quase duas vezes mais mulheres que homens. A depressão foi a quarta causa de incapacidade funcional na década de 1990 e está estimada para alcançar a segunda posição em 2020, ficando atrás somente de doenças cardiovasculares. Além disso, as pacientes com depressão possuem um alto risco de suicídio, bem como aumento da morbidade e mortalidade (CVETKOVIC; NENADOVIC, 2016).

Sintomas depressivos são comuns em pessoas com doença clínica. Esses sintomas podem ser uma complicação da doença, de seu tratamento ou uma adaptação normal a essa doença que ameaça a vida, porém, são frequentemente, subestimados. Algumas evidências sugerem que fatores emocionais e existenciais

estão envolvidos no processo do adoecer, assim como no sucesso do tratamento (CANGUSSU *et al.*, 2010).

A prevalência de transtornos psiquiátricos, principalmente depressão, na população com sintomas álgicos está consideravelmente mais elevada com relação à população geral. Problemas mentais alteram significativamente a apresentação das doenças físicas, tornando o tratamento mais difícil, piorando a qualidade de vida, além de afetar diretamente o prognóstico e a sobrevida das doentes, no entanto, são sintomas negligenciados no contexto do paciente (HO *et al.*, 2011).

Pacientes com câncer frequentemente enfrentam uma ampla gama de sintomas que resultam em angústia considerável. A depressão nas neoplasias está bem estabelecida, com taxas em pacientes com câncer avançado que variam de 13,7 a 45.3% dependendo dos critérios diagnósticos aplicados. Os critérios diagnósticos para depressão incluem fatores afetivos, cognitivos e sintomas somáticos (TOBIAS *et al.*, 2017).

A depressão assim como o câncer, tem sido considerada uma patologia que se apresenta como um grave problema de saúde pública, sendo iminente aprofundar o conhecimento acerca da avaliação da depressão para a população feminina com câncer. O inventário de Depressão de Beck (IDB) é um instrumento que atende ao propósito de avaliar a depressão. Em pacientes com câncer, o IDB foi utilizado em adolescentes, pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico, neoplasia de pâncreas, e mulheres com câncer de mama submetidas a psicoterapia (GANDINI *et al.*, 2007).

O IDB é um auto relatório para avaliar a gravidade de sintomas depressivos, foi traduzido para o português em 1982 (BECK *et al.* 1987) e validado por Gorenstein e Andrade (1996), inclui 21 itens classificados em uma escala de 4 pontos. O intervalo varia de 0 até 63 e se classifica da seguinte forma: <10 nenhum ou mínimos sintomas de depressão; 10-18 sintomas leves a moderados de depressão; 19-29 depressão moderada a grave; 30-63 depressão severa (MAASS *et al.*, 2015).

2.1.2.3 Inter-relação entre câncer de mama, dor e transtornos mentais

Um dos aspectos averiguado nestas pacientes é a qualidade de vida (QV), conceito este utilizado pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964. O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências trouxe como consequência negativa a progressiva desumanização, deste modo, a preocupação com este conceito refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos de controle de sintomas, diminuição da mortalidade e aumento da expectativa de vida (FLECK *et al.*, 1999).

O fato destas pacientes que sofrem com esta patologia obterem uma sobrevida maior em decorrência da melhora assistencial à doença, faz com que muitas delas experimentem sequelas tardias em decorrência da doença e/ou do seu tratamento, como depressão e ansiedade, sintomas estes que podem prejudicar a QV das pacientes (MAASS *et al.*, 2015).

Um dos métodos de avaliar a QV é através do rastreio de auto-relato, onde foi constatado que em média um quarto a um terço das pacientes com câncer de mama relata sofrimento, ansiedade e depressão, sendo que estes, aumentam para aproximadamente 50% após o diagnóstico e tratamento. Os fatores de risco para o sofrimento psicossocial e níveis mais baixos de QV incluem menores recursos pessoais, estratégias de enfrentamento mal adaptadas, sintomas físicos mal controlados, falta de apoio social, história médica psiquiátrica, má comunicação médico-paciente, menor escolaridade, bem como idade mais jovem ou intermediária (MEHNERT; KOCH, 2007).

As pacientes diagnosticadas com câncer de mama possuem um maior risco de apresentar depressão do que mulheres saudáveis. A prevalência de sintomas depressivos encontra-se mais elevada imediatamente após o diagnóstico. A existência desses sintomas psico-mentais gera um impacto negativo na QV dessas mulheres. Contudo profissionais de saúde tendem a subestimar a prevalência de sintomas depressivos entre pacientes com neoplasia, uma vez que estes profissionais acreditam que eles sejam próprios do doente ou são considerados como uma parte da aceitação do diagnóstico (TOJAL; COSTA, 2015).

Os distúrbios psiquiátricos mais diagnosticados nestas pacientes são: alteração do humor, ansiedade, depressão, transtornos de desordens somatoformes e disfunção sexual. Aproximadamente metade dos pacientes com câncer possuem diferentes transtornos psiquiátricos ou psicológicos que necessitam de diagnóstico e terapia adequada. Pois existe uma diferença significativa na QV entre pacientes com uma doença associada a depressão, em oposição aos pacientes que sofrem da mesma patologia sem associação com sintomas mentais (CVETKOVIC; NENADOVIC, 2016).

Ao avaliar uma paciente com neoplasia de mama se faz de extrema necessidade avaliar a presença de sintomas álgicos, pois sua presença geralmente está relacionada a uma QV pior. O impacto da dor na vida do paciente pode ser subdividido em dor física incapacitante, que afeta nas atividades diárias, e aquelas que interferem nas habilidades laborais. Muitas vezes está associada a problemas emocionais, particularmente depressão, ansiedade, raiva e irritabilidade. A presença de aflição emocional nestes pacientes apresenta um desafio ao avaliar sintomas como fadiga, nível de atividade reduzida, diminuição da libido, mudança de apetite, distúrbios do sono, distúrbios alimentares, memória, déficit de concentração, pois estes sintomas podem ser resultados da dor em si, mas também da angústia emocional ou de tratamentos medicamentosos (DANSIE; TURK, 2013).

O fenômeno da dor inclui a percepção subjetiva, a experiência real, e a combinação dos dois. Diferentes indivíduos podem relatar diferentes níveis de dor como resultado do mesmo estímulo físico, com base na combinação do processo fisiológico e dos fatores psicossociais. Além disso, evidências sugerem que as experiências dolorosas passadas influenciam na classificação da dor (KANE *et al.*, 2005; MARCO *et al.*, 2012).

Do ponto de vista psicológico, a dor crônica é caracterizada por relações estreitas entre comportamento e componentes subjetivos. Vários estudos já avaliaram a eficácia do tratamento cognitivo-comportamental, um exemplo é o estudo de Phillips (1987) que comparou o tratamento cognitivo-comportamental com um grupo controle, onde o grupo submetido a terapêutica recebeu tratamento por 9 semanas incluindo treinamento de relaxamento, treinamentos de habilidades, estabelecimento de metas, redução da medicação, estimulação a atividade, gestão do humor e ansiedade. O

estudo constatou melhoria clínica significativa em 83% dos pacientes que receberam o tratamento cognitivo-comportamental (WILSON; GIL, 1996).

2.1.2.4 Agravos de tratamentos utilizados

Infelizmente, uma média de 43% dos pacientes com câncer recebe cuidado inadequado com relação à dor, o que afirma a necessidade contínua de educação profissional nesta área. Cerca de 75% dos pacientes possuem sintomas álgicos relacionados diretamente com a neoplasia, o restante causado pelo tratamento antineoplásico. A estratégia de tratamento inclui a terapia modificadora da doença, tratamento para controle de sintomas e planos para tratar a necessidade de melhorar a comunicação, estabelecer metas, coordenação de cuidados e serviços de apoio à família (POTERNOY, 2011).

Após tratamento antineoplásico em câncer de mama a presença de sintomas álgicos varia entre 25% a 60% entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. A dor crônica ainda é frequentemente escondida por sobreviventes, além de serem negligenciadas pelos profissionais da saúde. A literatura atual mostra que existe associação entre danos em nervos relacionados a técnica cirúrgica, terapia adjuvante como quimioterapia, radioterapia e terapia endócrina, além de idade precoce (GREEN; HART-JOHNSON; LOEFFLER, 2011).

Pacientes com dor crônica após cirurgia apresentam diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde, incluindo deficiência de funcionamento físico e aumento de sofrimento psicossocial. O conhecimento de seus fatores de risco após cirurgia não apenas aumenta a compreensão de suas características fisiopatológicas e mecanismos psicossociais, mas também proporciona uma base para a prevenção, determinando quais pacientes possuem maior necessidade de intervenção.

No trabalho publicado por Poleshuck *et al.* (2006) se sugere que idade mais jovem, cirurgias mais invasivas, dor aguda severa no pós-operatório, quimioterapia e radioterapia após cirurgia estejam associados a um risco aumentado de desenvolvimento de dor crônica em paciente com neoplasia de mama.

Vale lembrar que os tratamentos cirúrgico, radioterápico, quimioterápico, hormonal e outros métodos utilizados no combate à doença oncológica, em combinação ou sozinhos, têm potencial de levar a graves estados de dor persistente, essas síndromes dolorosas podem prejudicar a qualidade de vida e reduzir a aderência às terapias potencialmente curativas, levando a redução da sobrevida (PAICE, 2011).

2.2 MENSURAÇÃO DA DOR

2.2.1 Instrumentos existentes para avaliação da dor

Até recentemente, os métodos utilizados para medição da dor, tratava a mesma de forma simplificada, como sendo uma única qualidade que variava apenas em intensidade. Estes métodos incluíam o uso de escalas unidimensionais: escala visual analógica (EVA), escala classificação numérica e escala de classificação verbal.

Na escala numérica o paciente avalia sua dor típica numa escala de 0 a 10, ou de 0 a 100, representam os extremos da possível experiência dolorosa, equivalendo a ausência de dor ou a pior imaginável, respectivamente. A escala de avaliação verbal, o pesquisador pede para o paciente relatar o nível álgico da seguinte maneira: nenhum, muito leve, leve, moderada ou intensa. Ambas as escalas parecem suficientemente confiáveis e válidas, nenhum método demonstra maior capacidade de resposta em detecção do melhor tratamento (KLOOSTER *et al.*, 2006; MARCO *et al.*, 2012; DANSIE; TURK, 2013; KERSTEN; WHITE; TENNANT, 2014).

A EVA mais comum consiste em uma linha de 10 cm na horizontal ou vertical, com as palavras “sem dor” e “pior dor” nas extremidades, os pacientes são orientados a marcar na linha de 10 cm um ponto que acreditam corresponder a intensidade dolorosa. A distância em centímetros da extremidade inferior até o ponto marcado é usada como índice numérico da gravidade da dor (SOUSA, 2002).

Apesar da EVA ser um método simples, no momento de sua execução ele possui certas limitações e desvantagens, como aplicação em pacientes com problemas de percepção motora e àqueles que não compreendem as instruções. No entanto, com certeza a principal desvantagem da EVA é a suposição de que a dor é

uma experiência unidimensional, podendo ser medida em uma única escala. Apesar de a intensidade ser algo muito relevante na classificação dolorosa, sabemos que a palavra dor se refere a uma variedade de qualidades que devem ser levadas em consideração ao avaliar o paciente (KATZ; MELZACK, 1999).

Embora as escalas numérica e verbal sejam simples de administrar e demonstrem confiabilidade e validade, os autores mencionados indicam que a EVA possui vantagens em sua aplicação e mensuração, tornando-a o instrumento de escolha quando uma medida unidimensional é necessária, pois além de se correlacionar com as escalas numéricas e verbais, é sensível aos procedimentos farmacológicos e não farmacológicos que alteram a experiência da dor, além de fornecer dados claros e simples ao paciente.

Ao avaliar os sintomas existentes nestas pacientes, se faz necessária uma avaliação mais aprofundada. A partir da compreensão de que a dor é um fenômeno multifatorial, Melzack (1975) desenvolveu o “Questionário para dor McGill”, instrumento utilizado para avaliar outras características da dor além da intensidade. Foi projetado para fornecer medidas quantitativas que pudessem ser tratadas estatisticamente e permitir a comunicação das qualidades da dor (sensoriais, afetivas e avaliativas do fenômeno doloroso) (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

Considerar a dor apenas como uma característica sensorial é olhar este problema que aflige milhões de pacientes de forma unilateral, esta necessidade de avaliar a dor de forma global foi o que motivou Melzack, na Universidade de McGill, no Canadá, em 1975, a sugerir que existem três principais dimensões psicológicas da dor, são elas: sensorial-discriminativa; motivacional-afetiva e cognitiva-avaliativa. Propuseram que estas dimensões algicas estão associadas a um sistema fisiológico especializado do cérebro. A primeira dimensão citada é influenciada principalmente pela via de condução rápida da medula espinhal, já a segunda que determinam as sensações desagradáveis da dor está relacionada ao sistema reticular e límbico que estão relacionadas ao sistema de condução lento da medula espinhal. Ambas as dimensões são influenciadas pelo processo neocortical do sistema nervoso central (SNC) que avalia a experiência algica prévia.

Essas três categorias interagem uma com as outras para fornecer informações perceptivas sobre a localização, a magnitude e propriedades espaço-temporais dos estímulos nocivos, tendência motivacional para fuga ou ataque e

informações cognitivas baseadas no passado, determinando como resultado diferentes estratégias de resposta (KATZ; MELZACK, 1999).

Existe uma grande dificuldade, ainda nos tempos de hoje, para definir verbalmente a descrição da dor, tratando-se de algo subjetivo que leva em consideração a experiência pessoal, como já foi citado anteriormente. Pensando nisto, Melzack, propôs correlacionar várias palavras citadas por paciente para qualificar a dor, como valores numéricos a fim de quantificar a mesma e poder distinguir as dimensões e profundidade algica.

Segundo o estudo de Melzack e Torgerson (1971) para determinar a intensidade da dor, inicialmente foram convidados médicos e graduandos em medicina para classificar 102 palavras, obtidas da literatura clínica, em pequenos grupos que descrevem distintamente diferentes aspectos da dor, a partir daí foram subdivididas em três principais classes e 16 subclasses, sendo classes: sensorial, afetiva e avaliativa. Cada subclasse consiste em um grupo de palavras que foram consideradas pela maioria dos sujeitos qualitativamente semelhantes. Algumas dessas palavras são sem dúvida, sinônimos, outras parecem sinônimos, mas variam em intensidade, e muitas fornecem diferenças sutis que pode ser importante para os pacientes que estão tentando desesperadamente se comunicar com seus médicos.

A segunda parte do estudo foi tentar determinar a intensidade da dor implícita nas palavras dentro de cada subclasse. Para isso, foram solicitados grupos de médicos, pacientes e acadêmicos de medicina para atribuir um valor de intensidade a cada palavra, usando uma escala numérica, que variava de dor mínima até excruciante. Quando esta avaliação foi realizada, mostrou-se que várias palavras dentro de cada subclasse pareciam ter a mesma relação de intensidade relativa. Apesar dos valores precisos da escala numérica diferir para os três grupos, houve concordância nas posições das palavras em relação umas com as outras. Das 102 palavras, 76 fazem parte do questionário atual, devido ao alto grau de concordância nas relações de intensidade entre descritores de dor realizados por sujeitos que possuem diferentes contextos culturais, origens socioeconômicas e educacionais.

Seguindo o mesmo raciocínio além da lista de descritores, o questionário de McGill conta com uma figura do corpo humano para mostrar a disposição espacial da dor e palavras que descrevem propriedades e intensidade atual da dor, o valor é gravado de 1 a 5, e cada número é associado com as seguintes palavras 1- leve; 2-

desconfortável; 3- agonizante; 4- horrível; 5- excruciante, estas palavras tem por finalidade fornecer âncoras para a especificação da dor global.

Ao se testar o questionário de dor de McGill em um estudo preliminar, notou-se que muitos pacientes achavam que certas palavras-chave estavam ausentes, com isso, foi realizada uma seleção da lista original de Melzack e Torgerson, categorizadas adequadamente e classificado com a média de valores da escala. Outro conjunto de palavras como fresca, fria e congelante, foi usado em raras ocasiões pelas pacientes, porém foram consideradas essenciais para descrição adequada da dor. Assim quatro subclasses foram adicionadas, em uma nova classe denominada miscelânea, oficializado desta maneira o questionário de dor de McGill.

A mensuração da experiência dolorosa pelo questionário se faz através da leitura dos descritores e a paciente é orientada a escolher somente um daqueles descritores que reflete exatamente a qualidade do sentimento e sensações álgicas daquele momento, podendo a mesma não escolher qualquer descritor de determinada subclasse se não corresponder ao reflexo da dor. O índice de classificação de dor se faz com base nos valores dados as palavras. Neste sistema, a palavra em cada subclasse que implica menor dano é pontuada como 1, a próxima palavra é dada uma nota 2, e assim por diante. Os valores de classificação dos descritores escolhidos pelos pacientes são somados para obter uma pontuação separada por dimensão: sensitiva (subclasses 1-10), afetiva (subclasses 11-15), avaliativa (subclasse 16) e miscelânea (subclasses 17-20), além disso, é mensurada a pontuação total (subclasses 1-20).

Ao longo das últimas décadas, este questionário foi traduzido e validado por diversos países como Finlândia, Itália, Alemanha, Holanda e Noruega, no Brasil, a validação foi realizada por Varoli e Pedrazzi, na Universidade de São Paulo, unidade Ribeirão Preto, em 2006.

A validação para o português falado no Brasil se fez, inicialmente com a tradução do questionário original de Melzack por três tradutores proficientes em inglês e português falado no Brasil, cada um deles preparou tradução. Uma versão em português traduzida anteriormente foi adicionada a seleção. As quatro traduções foram analisadas por cinco profissionais da saúde (3 cirurgiões-dentistas; 1 médico e

1 estudante de medicina), fluentes em português-inglês. Para cada descritor da dor foi selecionada a tradução que melhor se relacionava com o termo original em inglês, a palavra mais frequentemente marcada (pelo menos 3 vezes) foi incluída na versão inicial em português. A tradução foi realizada do inglês para o português e vice-versa.

O questionário resultante foi então aplicado em 80 indivíduos com diferentes idades, gêneros, níveis sociais e educacionais (20 professores, 20 graduados, 20 funcionários e 20 pacientes), após adaptação visando melhor entendimento dos descritores, e adaptação dos valores de intensidade de cada palavra, 20 pós-graduandos e 20 graduandos em odontologia, foram submetidos a aplicação da versão final da tradução afim de detectar dúvidas quanto ao significado dos descritores da dor, bem como as instruções sobre como preencher o questionário. Sua tradução e adaptação o tornaram válido para utilização como instrumento de mensuração da dor em português (VAROLI; PEDRAZZI, 2006).

No que diz respeito a avaliação neurológica será utilizada a escala de coma de Glasgow, um instrumento de avaliação neurológico utilizado em pacientes apresentando comprometimento do SNC ou fatores que atenuem o nível de consciência, classificação conforme pontuação em categorias: grave (3 a 8 pontos), moderado (9 a 12 pontos) e leve (13 a 15 pontos) (KOIZUMI; ARAUJO, 2005).

2.2.2 Formulários

Os formulários estão inseridos nos anexos.

2.3 JUSTIFICATIVA DO TRABALHO

Na literatura existem poucos estudos que correlacionam mulheres com neoplasia de mama com sintomatologia álgica associada a depressão. Faltam informações para que o tratamento destas pacientes sejam otimizados. Faz-se necessário estabelecer evidências entre dor em câncer de mama com depressão, a fim de proporcionar melhores terapêuticas para minimizar o dano nesta população.

Esta pesquisa acrescentara para o avanço do conhecimento do tema, ainda pouco abordado, propiciando o tratamento adequado do paciente com dor oncológica de forma mais plena, como um todo, avaliando o doente não somente como portador da dor, mas sim de um sintoma que leva a incapacidade funcional, piora da qualidade de vida, distúrbios psiquiátricos como a depressão, podendo desta forma ser conduzido de modo mais humano, aliviando e prevenindo o sofrimento.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a percepção da dor e depressão em pacientes com câncer de mama em um Hospital de alta complexidade Dr. Alfredo Abraão em Campo Grande/ MS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a presença de correlações estatística entre depressão, questionário da dor de McGill, EVA e IDB.
- Quantificar as pontuações no IDB das participantes com insônia em comparação com aquelas com sono bom.
- Estudar a influência da raça das participantes na sua predisposição a alterações afetivas conforme o questionário da dor de McGill, levando em conta fatores adicionais.
- Computar as correlações entre IDB e as variáveis MPQ, idade e EVA.
- Explorar a possibilidade do uso concomitante de dimensões do questionário da dor de McGill e EVA para melhorar a interpretação do sintoma álgico.
- Indagar uma possível existência de correlações entre EVA, questionário da dor de McGill e a idade das participantes.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO, LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

Compreende-se por um estudo do tipo observacional, analítico do tipo comparação entre grupos. A pesquisa foi realizada no Hospital do Câncer Dr. Alfredo Abraão no município de Campo Grande - MS, no período de janeiro a julho de 2017.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para a realização da pesquisa foi realizado um levantamento dos prontuários do Hospital do Câncer Dr. Alfredo Abraão com CID 10 C50 (neoplasia maligna de mama), nestes prontuários foram observados se existe relato médico de diagnóstico de depressão ou se existe utilização de antidepressivo. Portanto neste estudo foram consideradas pacientes com depressão aquelas cujo prontuário tenha relato médico deste diagnóstico ou aquelas em uso de antidepressivo.

A amostra foi composta por dois grupos: um grupo de pacientes com diagnóstico histopatológico de câncer de mama e depressão (G1), e outro grupo por pacientes com neoplasia de mama porém sem diagnóstico de depressão (G2). No total foram avaliadas 82 pacientes.

Entre os critérios de inclusão estavam pacientes com diagnóstico histopatológico de neoplasia de mama e maiores de 18 anos.

Foram excluídas do estudo as pacientes com nível de consciência de Glasgow inferior a 13 pontos, pacientes com demência ou com outros distúrbios psiquiátricos que não seja depressão. Foram excluídas pacientes dos grupos protegidos (indígenas e quilombolas) e aquelas pacientes que não concordaram em participar do estudo.

Para avaliação neurológica foi utilizada a escala de coma de Glasgow.

4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

As pacientes selecionadas através da pesquisa dos prontuários foram contatadas através de ligação telefônica para saber se existia interesse em participar da pesquisa e posterior agendamento de um encontro no Hospital da Pesquisa para realização da avaliação. Esta se fez através de um formulário padrão, com perguntas sócio demográficas (ANEXO 4) e com o questionário de dor de McGill (ANEXO 2), que avalia a dimensão da dor, associado a escala visual analógica. Concomitante foi realizado o inventário de depressão de Beck (ANEXO 5), um instrumento utilizado para verificar a existência de sintomas psiquiátricos de sofrimento.

Para realização da pesquisa, todas as participantes convidadas e que aceitaram ser incluídas como sujeitos foram informadas sobre a pesquisa, os objetivos, a metodologia empregada, inexistência de riscos atuais ou potenciais, benefícios previstos, a razão de sua escolha como participante e caso concordem a necessidade de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice), em linguagem acessível ao seu entendimento. As pacientes que concordaram em participar da pesquisa receberam o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi lido e assinado pelas mesmas, sendo que estas ficaram com uma cópia assinada pela pesquisadora. As informações e a coleta de dados no hospital foram realizadas em um consultório médico reservado pelo Hospital do Câncer Dr. Alfredo Abraão para que a paciente se sinta confortável para responder aos questionários.

4.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.4.1 Organização dos dados

As informações colhidas diretamente das fichas de avaliação a respeito da pesquisa foram direcionadas para armazenamento em um banco de dados, no qual foram submetidas a análise estatística descritiva e analítica.

4.4.2 Delineamento do estudo e análise estatística

A comparação entre pacientes não deprimidas e aquelas deprimidas em relação aos escores nas diferentes dimensões do questionário de dor de McGill, bem como aos escores da escala visual analógica da dor e aos escores na escala de Beck, foi realizada por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney, uma vez que a maior parte das amostras de dados não passaram no teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Já a comparação entre as diferentes classificações de qualidade do sono e entre as diferentes raças dos pacientes, em relação aos escores nas diferentes dimensões do questionário de McGill, bem como aos escores da escala visual analógica da dor e aos escores na escala de Beck, foi realizada por meio do teste de Kruskal-Wallis, seguido pelo pós-teste de Dunn, para múltiplas comparações quando pertinente. Já a avaliação da correlação linear entre as variáveis quantitativas avaliadas neste estudo, foi realizada por meio do teste de correlação linear de Spearman. Os demais resultados deste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas e gráfico. A análise estatística foi realizada por meio do programa estatístico SigmaPlot, versão 12.5, considerando um nível de significância de 5%.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que determina as diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos foi realizado cadastro do estudo na Plataforma Brasil, submetido ao parecer do Comitê de Ética de Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e subsequente cadastro na pró-reitoria de pesquisa da UFMS.

Ressalta-se que o estudo não desencadeou nenhum prejuízo aos participantes, os benefícios provenientes da pesquisa foram unicamente para fins de agregar conhecimento, sendo assim o resultado obtido servira de parâmetro na reformulação de condutas, planejamento quanto á melhor terapêutica do paciente. Em uma eventual situação de dano imprevisto, deverá ser suspenso o

desenvolvimento da pesquisa, sendo informados as instituições competentes, patrocinadores e participantes.

O coordenador da pesquisa será responsável por manter arquivado o material da pesquisa durante o período de cinco (5) anos, de maneira a disponibilizar um documento final que poderá ser apresentado e eventos científicos que lhe couber, para serem incluídos em periódicos científicos com qualis A-B, deveram ser elaborados três (3) vias de manuscritos que passarão por apreciação dos periódicos de interesse.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mulheres participantes da pesquisa apresentaram média de idade de 57,96 anos com desvio padrão de 1,34 anos. Raça predominante de brancas com 41,5% seguida das raças parda 36,6% e negra 22%. A maioria das pacientes era separada (28%), tinha ensino fundamental incompleto (36,6%), média da prole de 2,52 filhos com desvio padrão de 0,19.

A renda familiar média foi de 2092,28 reais com desvio padrão de 207,1 reais, o número de dependentes desta renda foi de 2,38 pessoas com desvio padrão de 0,13 pessoas. Segundo a classificação pessoal destas mulheres a renda foi classificada como ruim em 56,1%.

Durante a avaliação das participantes, a autoclassificação da saúde predominante foi boa (48,8%), a frequência com que elas se sentem solitárias foi: algumas vezes 32,9%, seguida da raramente 31,7%. Quando perguntado se a paciente tinha diagnóstico de depressão ou fazia uso de algum antidepressivo a resposta mais frequente foi “não” com 76,8%. Em contrapartida na avaliação do inventário de depressão de Beck a pontuação média foi de 11,48 pontos com desvio padrão de 0,91 pontos.

Na Tabela 1 estão demonstrados o perfil sócio demográfico e o inventário de Beck detalhado.

Tabela 1 - Perfil Sócio demográfico e valor do Inventário de Depressão de Beck (n=82)

Variável (Entre mínimo e máximo)	Média±EPM ou % (n)
Idade (Entre 32 e 85 anos)	57,96±1,34
Raça	
Branca	41,5 (34)
Pardo	36,6 (30)
Negra	22,0 (18)
Renda Familiar (entre R\$ 600,00 e 15000,00)	2092,28±207,10
Dependentes da renda (entre 1 e 5 dependentes)	2,38±0,13
Classificação Renda	
Ruim	56,1 (46)
Média	28,0 (23)

Boa	15,8 (13)
Filhos (Entre 0 e 9 filhos)	2,52±0,19
Condição Civil	
Casado	23,2 (19)
União estável	12,2 (10)
Solteira	17,1 (14)
Separada	28,0 (23)
Viúva	19,5 (16)
Escolaridade	
Analfabeto	9,8 (8)
Fundamental completo	6,1 (5)
Fundamental incompleto	36,6 (30)
Médio completo	22,0 (18)
Médio incompleto	7,3 (6)
Superior completo	9,8 (8)
Superior incompleto	7,3 (6)
Pós-Graduado	1,2 (1)
Classificação Saúde	
Muito ruim	2,4 (2)
Ruim	13,4 (11)
Nem boa nem ruim	23,2 (19)
Boa	48,8 (40)
Muito boa	12,2 (10)
Depressão	
Não	76,8 (63)
Sim	23,2 (19)
Frequência Solidão	
Nunca	20,7 (17)
Raramente	31,7 (26)
Algumas vezes	32,9 (27)
Muitas vezes	4,9 (4)
Sempre	9,8 (8)
IDB (entre 0 e 42 pontos)	11,48±0,91

Ao avaliar o perfil algico da amostra foi verificado o uso de analgésicos em 46,3% dos casos, sendo que destes 73,7% são não opióides. Verificou-se que a dimensão mais frequente foi a sensitiva com 17,88 e desvio padrão de 0,96, seguida da dimensão miscelânea com 6,73 e desvio padrão de 0,48. A pontuação total do questionário de dor de McGill foi 32,33 com desvio padrão de 1,85.

Na intensidade atual da dor a pontuação média observada foi 2,34 com desvio padrão de 0,15, sendo a resposta mais frequente “leve” com 20,7%, seguidas da agonizante e horrível, ambas com 14,6%. A intensidade menos citada foi ausência de dor com 7,3%. A frequência da dor mais referida foi “periódica” com 50%. O valor da EVA foi de 5,71 com desvio padrão de 0,32.

No que se refere a localização mais relatada pelas participantes, a mama direita encontra-se com 23,2% das respostas, e a mama esquerda como segunda colocada com 18,3%.

As participantes relataram presença de sintomas concomitantes a dor em 31,7% dos casos, sendo os sintomas mais citados cefaleia (46,2%) e tontura (34,6%). A qualidade do sono classificada como boa em 52,4% da amostra e como insônia em 30,5%.

Verifica-se boa ingestão alimentar em 84,1% dos casos e ausência de atividade física em 62,2% da população estudada.

Na Tabela 2 estão demonstrados o perfil algico e seus sintomas concomitantes.

Tabela 2 - Perfil algico das pacientes (n=82)

Variável	Média±EPM ou % (n)
Uso de Analgésico	
Não	53,7 (44)
Sim	46,3 (38)
Qual (n=38)	
Não Opióide	73,7 (28)
Opióide	26,3 (10)
Dimensão do questionário de dor de McGill	
Sensitiva (Entre 0 e 34 pontos)	17,88±0,96
Afetiva (Entre 0 e 14 pontos)	5,05±0,48
Avaliativa (Entre 0 e 5 pontos)	2,67±0,19
Miscelânea (Entre 0 e 14 pontos)	6,73±0,48
Total (Entre 0 e 65 pontos)	32,33±1,85
Intensidade Atual da Dor (Entre 0 e 5 pontos)	2,34± 0,15
Intensidade Atual da Dor	
Sem dor	7,3 (6)
Leve	20,7 (17)

Agonizante	14,6 (12)
Horível	14,6 (12)
Excruciante	8,5 (7)
Localização da Dor	
Mama direita	23,2 (19)
Mama esquerda	18,3 (15)
Lombar	9,8 (8)
Outros	48,78 (40)
Frequência dor	
Nenhuma	7,3 (6)
Breve	26,8 (22)
Periódica	50,0 (41)
Constante	15,9 (22)
Sintomas Concomitantes	
Sim	31,7 (26)
Não	68,3 (56)
Sintomas Concomitantes (n=26)	
Cefaleia	46,2 (12)
Tontura	34,6 (9)
Náusea	19,2 (5)
Constipação	7,7 (2)
Diarreia	7,7 (2)
Sonolência	3,8 (1)
Qualidade do Sono	
Insônia	30,5 (25)
Descontínuo	17,1 (14)
Bom	52,4 (43)
Ingesta de Alimentos	
Alguma	4,9 (4)
Pouca	11,0(9)
Boa	84,1 (69)
Atividade Física	
Nenhuma	62,2 (51)
Pouca	17,1 (14)
Alguma	12,2 (10)
Boa	8,5 (7)
EVA (Entre 0 e 10)	5,71±0,32

A Tabela 3 demonstra a relação entre depressão, questionário de dor de McGill, EVA e IDB, com p sempre maior que 0,183.

Tabela 3 - Correlação entre Depressão e Questionário da dor de McGill, EVA e IDB

Variável	Depressão		Valor de p
	Não	Sim	
Dimensão no questionário de McGill			
Sensitiva	17,16±1,11	20,26±1,85	0,208
Afetiva	4,75±0,54	6,05±1,03	0,194
Avaliativa	2,59±0,22	2,95±0,42	0,391
Miscelânea	6,46±0,55	7,63±0,97	0,279
Total	30,95±2,11	36,89±3,76	0,183
Escala visual analógica	5,51±0,38	6,38±0,49	0,342
IDB	10,97±0,98	9,65±2,21	0,324

Os dados estão apresentados em média±erro padrão da média. Valor de p no teste de Mann-Whitney. Letras diferentes na linha indicam diferenças significativas entre pacientes sem e com depressão ($p<0,05$).

Na Tabela 4 pode-se observar que o inventário de Beck está relacionado com a qualidade do sono com $p = 0,036$, sendo o valor de Beck de 14,08 com desvio padrão de 1,56 relacionado ao perfil do sono do tipo insônia e o Beck com valor de 9,51 com desvio padrão de 1,16 com o perfil do sono bom.

Na análise bilateral entre escore de Beck e qualidade do sono houve significância estatística. Contudo, foi decidido realizar uma análise estatística mais delineada através do pós-teste de Dunn, sendo observado que nos pacientes com insônia está correlacionada com IDB maior, significando que possuem um maior grau de depressão, assim como quem tinha um sono bom tiveram menor IDB e consequentemente menor depressão.

Na análise da qualidade do sono, avaliada na Tabela 4, fica evidente que àquelas pessoas que dormem bem, possuem menores indícios de depressão, ou que quem possui menor depressão dormem melhor. Este é o princípio de correlação e não da funcionalidade de um sintoma e outro.

Não houve relação entre qualidade do sono e dimensões de McGill ou qualidade do sono e EVA.

Tabela 4 - Relação entre qualidade do sono e Questionário de dor de McGill, EVA e IDB

Variável	Qualidade do sono			Valor de p
	Insônia	Descontínuo	Bom	
Dimensão no questionário de McGill				
Sensitiva	20,84±1,51	15,00±2,53	17,09±1,34	0,116
Afetiva	6,20±0,92	4,07±1,23	4,70±0,61	0,251
Avaliativa	3,32±0,33	2,29±0,46	2,42±0,26	0,074
Miscelânea	7,88±0,82	5,21±1,30	6,56±0,65	0,162
Total	38,24±3,08	26,57±4,51	30,77±2,56	0,061
EVA	6,66±0,57	5,74±0,88	5,15±0,40	0,063
IDB	14,08±1,56a	12,86±2,64ab	9,51±1,16b	0,036

Os dados estão apresentados em média±erro padrão da média. Valor de p no teste de Kruskal-Wallis. Letras diferentes na linha indicam diferenças significativas entre pacientes com diferentes qualidades de sono (pós-teste de Dunn, $p < 0,05$).

Ao avaliar a Tabela 5, que faz uma análise entre as raças e o questionário de dor de McGill, EVA e IDB, pode-se inferir que as raças negra e parda possuem significância estatística ($p < 0,05$) com o questionário de McGill, nas dimensões afetiva, miscelânea e total, porém não é verificada essa relação com a raça branca.

Não se observa relação estatística entre as raças e EVA ou raças e IDB.

Tabela 5 - Relação entre raça e questionário de dor de McGill, EVA e IDB

Variável	Raça			Valor de p
	Branca	Negra	Parda	
Dimensão no questionário de dor de McGill				
Sensitiva	16,21±1,52	5,94±2,16	20,93±1,38	0,103
Afetiva	5,26±0,81ab	3,00±0,87b	6,03±0,70 ^a	0,049
Avaliativa	2,47±0,34	2,17±0,36	3,20±0,25	0,100
Miscelânea	5,91±0,81ab	5,28±0,96b	8,53±0,65 ^a	0,022
Total	29,85±3,10ab	26,39±3,98b	38,70±2,40 ^a	0,032
EVA	5,56±0,55	4,76±0,69	6,46±0,41	0,163
IDB	12,68±1,63	11,39±1,64	10,17±1,36	0,605

Os dados estão apresentados em média±erro padrão da média. Valor de p no teste de Kruskal-Wallis. Letras diferentes na linha indicam diferenças significativas entre as raças (pós-teste de Dunn, $p < 0,05$).

Na Tabela 6 é exposta a análise entre o IDB e as variáveis: questionário de dor de McGill, idade e EVA. Observa-se a significância estatística entre todas as esferas, porém ao se calcular o coeficiente de correlação, todos ficam abaixo de 0,4.

Tabela 6 - Correlação linear entre o IDB e outras variáveis

Correlação linear entre o IDB e outras variáveis	P	R
Dimensão no questionário de McGill		
Sensitiva	0,003	0,325
Afetiva	0,002	0,343
Avaliativa	0,027	0,244
Miscelânea	0,003	0,327
Total	0,002	0,344
Idade	0,018	0,261
Escala visual analógica	0,001	0,360

p=valor de p no teste de correlação linear de Spearman. r=coeficiente de correlação linear.

A Tabela 7 faz uma análise entre EVA e o questionário de McGill e EVA e idade. Na tabela fica evidente haver relação estatística significativa com $p < 0,001$ entre EVA e todas as dimensões de McGill, sendo que na dimensão total o coeficiente de correlação linear é forte com valor de 0,729. Mas quando se avalia EVA com idade, não existe esta relação estatística, havendo um $p = 0,680$ e um coeficiente de correlação linear negativo.

Tabela 7 - Correlação linear entre a EVA e outras variáveis

Correlação linear entre o EVA e outras variáveis	P	R
Dimensão no questionário de dor de McGill		
Sensitiva	<0,001	0,620
Afetiva	<0,001	0,687
Avaliativa	<0,001	0,643
Miscelânea	<0,001	0,636
Total	<0,001	0,729
Idade	0,680	-0,046

p=valor de p no teste de correlação linear de Spearman. r=coeficiente de correlação linear.

Na Figura 1 está apresentada a correlação forte entre escore total do questionário de McGill e EVA, cada símbolo representa ambos os escores para um único paciente. Valor de p é aquele no teste de correlação linear de Spearman, enquanto que o valor de r é o coeficiente de correlação linear.

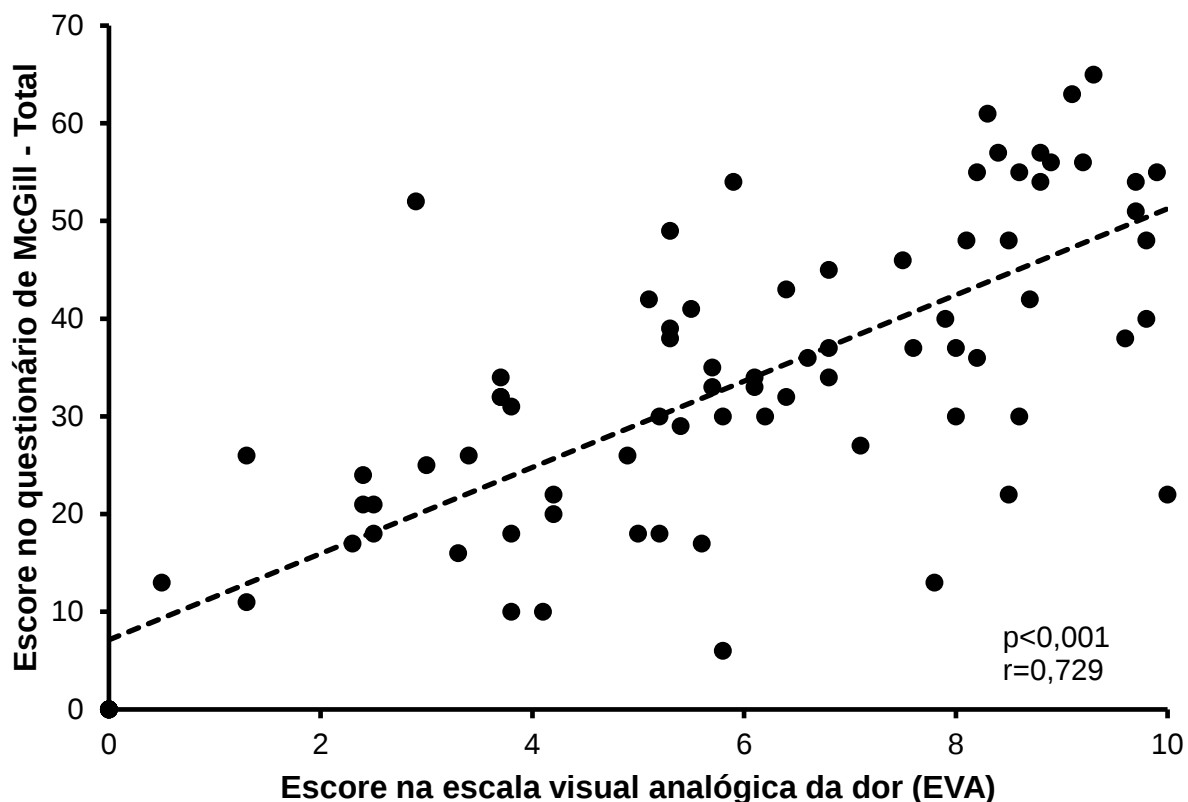


Figura 1 - Gráfico de dispersão ilustrando a correlação linear positiva forte entre o escore na EVA e o escore total no MPQ.

Na Tabela 8 encontra-se a avaliação entre idade e questionário de dor de McGill, onde não foi averiguada significância estatística.

Tabela 8 - Correlação linear entre a idade e outras variáveis

Correlação linear entre a idade dos pacientes e outras variáveis	P	R
Dimensão no questionário de dor de McGill		
Sensitiva	0,368	-0,101
Afetiva	0,972	-0,004
Avaliativa	0,195	-0,145
Miscelânea	0,864	-0,019
Total	0,478	-0,079

p=valor de p no teste de correlação linear de Spearman. r=coeficiente de correlação linear.

Nesta pesquisa, 82 participantes foram analisadas através do questionário de dor de McGill, EVA, IDB além de um questionário sócio demográfico. Todas as pacientes possuíam o diagnóstico de neoplasia de mama e inicialmente foram divididas em dois grupos: um grupo com depressão composto por 19 pacientes e um grupo sem depressão com 63 mulheres. A presença de depressão neste questionário sócio demográfico foi de 23,2%, muito semelhante com o encontrado por CANGUSSU *et al.* (2010) que avaliaram sintomas de depressão em mulheres com câncer de mama através do IDB – forma curta detectando a prevalência de 29,6%. Neste estudo, os sintomas depressivos foram mais frequentes nas mulheres que relataram dor e/ ou limitação do movimento do membro superior.

O local mais comumente afetado pela dor nas pacientes foram as mamas com um total de 41,5 % o que corrobora com a pesquisa realizada por Bredal *et al.* (2014) que encontraram uma taxa de 60,2%.

Neste estudo foi averiguado o IDB de 11,48, o que segundo a literatura se encontra na classificação de uma depressão leve a moderada. Dados diferentes foram encontrados pelo estudo de Tojal e Costa, onde o IDB era de depressão moderada a grave, muito provavelmente porque as amostras foram distintas, na primeira com uma população com média de 57,96 anos e na segunda com uma média de idade menor que 40 anos.

Quando se observa a Tabela 3 onde foram cruzados os dados entre depressão e as variáveis: questionário de dor de McGill, EVA e IDB, verifica-se que

não existe significância estatística. Foi obtido o valor do p elevado levando a suposição de que mesmo se a amostra fosse expandida, provavelmente tão pouco houvesse uma correlação.

Mansano-Schlosser e Ceolim, 2007, avaliaram a qualidade do sono com a evolução clínica em paciente com câncer de mama. Neste estudo foi averiguado que a má qualidade do sono, principalmente no quesito tempo de duração, está relacionado com um pior prognóstico naquela população estudada. Neste estudo a qualidade do sono está relacionada com IDB, sendo que pacientes com pior sono, demonstram índice de depressão maior, o que também favorece um prognóstico desfavorável.

Segundo consenso publicado por Watson *et al.*, 2015, a recomendação diária de sono para um adulto são de 7 horas por noite, dormir uma quantidade menor está relacionado a diversas patologias, entre elas podemos citar: diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, câncer, aumento do risco de morte, além disto, comprometem a função imunológica do indivíduo. No artigo publicado por Grandner (2017) reafirma a importância do sono na qualidade de vida e prevenção de doenças, demonstrando que àqueles pacientes que dormem menos que 6 horas apresentam maior mortalidade e propensão a doenças crônicas.

De acordo com revisão realizada por Girschik, Heyworth e Fritsch (2013), existem 2 mecanismos que podem justificar a relação entre câncer de mama com sono ruim. O primeiro seria o comprometimento da função imunológica e vias metabólicas que levam a obesidade e o segundo um mecanismo indireto que sugere o aumento do número de neoplasia devido alteração na liberação de melatonina. No entanto, o verdadeiro processo pelo qual o sono influenciaria o risco de câncer ainda permanece desconhecido. O estudo realizado por estes autores procurou avaliar a influência do sono com o risco de desenvolver câncer de mama, no entanto, não houve associação entre o auto relato do sono, qualidade subjetiva, duração do sono, ou combinação de qualidade e duração do sono com risco aumentado de neoplasia de mama.

Levando em conta todos os itens da Tabela 5, que avalia a relação entre raças e McGill, EVA e IDB fica evidente que a pessoa da raça parda possui mais alterações na dimensão afetiva, miscelânea e total quando comparada com a raça negra, demonstrando que participantes da raça parda apresentam mais sintomas álgicos

nestas dimensões. No entanto, não há indícios de que isso ocorreria nas pessoas de raça branca.

Na análise da Tabela 6 que se refere à relação entre IDB e variáveis: questionário de dor de McGill, idade e EVA, pode-se observar a significância estatística entre o IDB e todas as esferas analisadas, porém ao se fazer o cálculo de correlação, o coeficiente não excedeu o valor de 0,4, indicando uma correlação fraca.

Quando se analisa a inter-relação entre EVA e as dimensões de McGill, fica claro haver dependência estatística entre todas as dimensões, com coeficiente de correlação linear forte na dimensão total e moderado nas demais. No entanto, não foi verificada correlação entre EVA e idade das pacientes. Caso houver a correlação, os cálculos indicam que essa deveria ser inversamente proporcional.

Ao se avaliar a idade e questionário de dor de McGill não foi encontrada significância estatística.

6 CONCLUSÃO

Após os resultados apresentados pode-se concluir que não houve correlação estatística entre depressão, questionário de dor de McGill, EVA e IDB.

É possível afirmar que participantes com insônia possuem maior pontuação no IDB do que participantes com sono bom, no entanto, se faz necessário o aprofundamento sobre este assunto, haja vista que no estudo não podemos afirmar se é a depressão que piora o sono, ou se quem tem um sono ruim tem mais predisposição a ter depressão.

Na pesquisa foi verificado que pessoa parda tem mais predisposição a alterações afetivas no questionário de dor de McGill, mas sabemos que é a dor possui múltiplos fatores, sendo muito simplório afirmarmos que somente o fato da raça ser parda predisporia à alterações afetivas, portanto é extremamente relevante o aprofundamento sobre o assunto.

Existe correlação entre IDB e as variáveis: MPQ, idade e EVA, embora seja uma correlação fraca, o que demonstra que a esfera da depressão é influenciada pelo perfil de dimensão da dor, pela faixa etária e intensidade algica.

Pode-se concluir também que não houve correlação entre EVA e idade. Além disso, não foi averiguada a significância estatística entre o fator Idade e questionário de McGill.

O dado mais significativo do trabalho foi à averiguação de uma correlação forte entre de dimensões do questionário de dor de McGill e EVA, o que traduz que a análise da dor pode ser melhorada e aprimorada quando se utiliza ambas as escalas.

7 REFERÊNCIAS

- BAGLIONI, C.; SPIEGELHALDER, K; NISSEN, C.; RIEMANN, D. Clinical implications of the causal relationship between insomnia and depression: how individually tailored treatment of sleeping difficulties could prevent the onset of depression. **The EPMA Journal**, v. 2, n. 3, p. 287 – 293, Apr. 2011.
- BAN, K. A.; GODELLAS, C. V. Epidemiology of Breast Cancer. **Surgical Oncology Clinics of North America**, v. 23, n. 3, p. 409 - 422, July 2014.
- BASHIR, U.; COLVIN, L. A. The place of pharmacological treatment in chronic pain. **Anaesthesia and Intensive Care Medicine**, v. 14, n. 12, p. 528 - 532, Dec. 2013.
- BECK, A.T.; BROWN, G.; STEER, R.A.; EIDELSON, J.I.; RISKIND, J.H. Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 96, n. 3, p. 179 - 183, Aug. 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- BREDAL, I.S.; SMEBY, N.A.; OTTESEN, S.; WARNCKE, T.; SCHLICHTING, E. Chronic pain in breast cancer survivors: comparison of psychosocial, surgical and medical characteristics between survivors with and without pain. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.48, n.5, p. 852 - 862, Nov. 2014.
- CANGUSSU, R.O.; SOARES, T.B.C.; BARRA, A.A.; NICOLATO, R. Sintomas depressivos no câncer de mama: inventário de depressão de Beck - short form. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 2, p. 106 - 110, Jan. 2010.
- CHA, K.M.; CHUNG, Y.K.; LIM, K.Y.; NOH, J.S.; CHUN, M.; HYUN, S.Y.; KANG, D.R.; OH, M.J.; KIM, N.H. Depression and insomnia as mediators of the relationship between distress and quality of life in cancer patients. **Journal of Affective Disorders**, v. 217, p. 260 – 265, Aug. 2017.
- CVETKOVIC, J.; NENADOVIC, M. Depression in breast cancer patients. **Psychiatry Research**, v. 30, n. 240, p. 343 - 347, June 2016.
- DANSIE, E. J.; TURK, D. C. Assessment of patients with chronic pain. **British Journal of Anaesthesia**, v. 111, n. 1, p. 19 - 25, July 2013.
- FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL - 100) Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19 - 28, Mar. 1999.
- GANDINI, R.C.; MARTINS, M.C.F.; RIBEIRO, M.P.; SANTOS, D.T.G. Inventário de Depressão de Beck - IDB: validação fatorial para mulheres com câncer. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 23 - 31, Jan./Jun. 2007.

GATCHEL, R. J.; MCGEARY, D. D.; MCGEARY, C. A.; LIPPE, B. Interdisciplinary Chronic Pain Manage: Past, Present, and Future. **American Psychologist**, v. 69, n. 2, p.119 - 130, Feb./ Mar. 2014.

GAUTHIER, L. R.; YOUNG, A.; DWORKIN, R. H.; RODIN, G.; ZIMMERMANN, C.; WARR, D.; LIBRACH, S. L.; MOORE, M.; SHEPHERD, F. A.; RIDELL, R. P.; MACPHERSON, A.; MELZACK, R.; GAGLIESE, L. Validation of the short-form McGill pain questionnaire-2 in younger and older people of cancer pain. **The Journal of Pain**, v. 15, n. 7, p. 756 - 770, July 2014.

GIRSCHIK, J.; HEYWORTH, J.; FRITSCHI, L. Self-reported sleep duration, sleep quality, and breast câncer risk in a population-based case-control study. **American Journal of Epidemiology**, v. 177, n. 4, p. 316 – 327, Jan. 2013.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validação de uma versão em português do Inventário de Depressão de Beck e do Inventário de Ansiedade de Traço Estadual em assuntos brasileiros. **Braz J Med Biol Res.**, v. 29, n. 4, p. 453 - 457, Abr., 1996.

GRANDNER, M.A. Sleep, healthy and society. **Sleep Medicine Clinics**, v. 12, n.1, p. 1 – 22, Mar. 2017.

GREEN, C. R.; HART- JOHNSON, T.; LOEFFLER, D. R. Cancer - related chronic pain: examining quality of life in diverse cancer survivors. **Cancer**, v. 117, n. 9, p. 1994 - 2003, May 2011.

HARBECK, N.; GNANT, M. Breast cancer. **The Lancet**, v. 389, n. 10074, p. 1134 - 1150, Mar. 2017.

HO, P.T.; LI, C.F.; NG, Y. K.; TSUI, S.L.; NG, F.K.J. Prevalence of and factors associated with psychiatric morbidity in chronic pain patients. **Journal Psychosomatic Research**, v. 70, n. 6, p. 541- 547, June 2011.

KANE, R. L.; BERSHADSKY, B.; ROCKWOOD, T.; SALEH, K.; ISLAM, N. C. Visual analog scale pain reporting was standardized. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 58, n. 6, p. 618 - 623, June 2005.

KATZ, J.; MELZACK, R. Measurement of pain. **Pain Control in the Perioperative Period**, v. 79, n. 2, p. 231 - 251, Apr. 1999.

KATZ, J.; ROSENBLOOM, B. N.; FASHLER, S. Chronic Pain, Psychopathology, and DSM- 5 Somatic Symptom Disorder. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 60, n. 4, p. 160- 167, Apr. 2015.

KERSTEN, P.; WHITE, P. J.; TENNANT, A. Is the pain visual analogue scale linear and responsive to change? An exploration using rasch analysis. **Plos one**, v. 9, n. 6, p. 1 - 10, June 2014.

KLOOSTER, P. N.; VLAAR, A. P. J.; TAAL, E.; GHEITH, R. E.; RASKER, J. J.; EL-GARF, A. K.; VAN DE LAAR, M. A. F. J. The validity and reliability of the graphic rating scale and verbal rating scale for measuring pain across cultures: A study in Egyptian and Dutch women with rheumatoid arthritis. **Clinical Journal Pain**, v. 22, n. 9, p. 827 - 830, Nov./ Dec. 2006.

KOIZUMI, M. S.; ARAÚJO, L. Escala de Coma de Glasgow - subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n.2, p. 136 - 142, June 2005.

KONTODIMOPOULOS, N.; NTINOULIS, K.; NIAKAS, D. Validity of the Greek EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23 for measuring health-related quality of life in breast cancer patients. **European Journal of Cancer Care**, v. 20, n. 3, p. 354 - 361, May 2011.

MAASS, S. W.M.C.; ROORDA, C.; BERENDSEN, A.J.; VERHAAK, P.F.M.; BOCK, G.H. The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: a systematic review. **Maturitas**, v. 82, n. 1, p. 100 - 108, Sept. 2015.

MANSANO-SCHLOSSER, T.C.; CEOLIM, M.F. Association between poor clinical prognosis and sleep duration among breast cancer patients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1 – 9, June 2017.

MARCO, C. A.; NAGEL, J.; KLINK, E.; BAEHREN, D. Factors associated with self-reported pain scores among ED patients. **American Journal of Emergency Medicine**, v. 30, n. 2, p. 331 - 337, Feb. 2012.

MEHNERT, A.; KOCH, U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. **Psycho-Oncology**, v. 16, n. 3, p. 181 - 188, Mar. 2007.

MELZACK, R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. **Pain**, v. 1, n. 3, p. 277 - 299, Sep., 1975.

MELZACK, R.; TORGERSO, W. S. On the language of pain. **Anesthesiology**, Philadelphia, v. 34, n. 1, p. 50 - 59, 1971.

PAICE, J. A. Chronic treatment - related pain in cancer survivors. **Pain**, v. 152, n. 3, p. S84 - S89, Mar. 2011.

perguntas sócio demográficas (ANEXO 4) e com o questionário de McGill (ANEXO 2), que avalia a dimensão da dor, associado a escala visual analógica. Concomitante foi realizado o inventário de depressão de Beck (ANEXO 5), um instrumento utilizado para verificar a existência de sintomas psiquiátricos de sofrimento.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 473 - 483, Dez. 1996.

POLESHUCK, E.L.; KATZ, J.; ANDRUS, C.H.; HOGAN, L.A.; JUNG, B.F.; KULICK, D. I.; DWORKIN, R. H. Risk factor for chronic pain following breast cancer surgery: a prospective study. **Journal of Pain**, v. 7, n. 9, p. 626 - 634, Sept. 2006.

POTERNOY, R. K. Treatment of Cancer Pain. **Pain** 3, v. 377, n. 25, p. 2236 - 2247, Jun. 2011.

ROWE, Philip. Essential statistics for the pharmaceutical sciences. **Chichester**, England: John Wiley & Sons Ltda, 2007.

SAUNDERS C. **Hospice and palliative care**: an interdisciplinary approach. London: Edward Arnold, 1991

SKROBIK, Y. Pain may be inevitable; inadequate management is not. **Critical Care**, v. 12, n. 2, p. 142 - 142, Apr. 2008.

SOUSA, F. A. Pain: the fifth vital sign. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 446 - 447, May 2002.

TOBIAS, K. G.; LEHRFELD, J.; ROSENFELD, B.; PESSIN, H.; BREITBART, W. Confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory - II in patients with advanced cancer: A theory-driven approach. **Palliative and Supportive Care**, v.15, n. 6, p. 704 - 709, Jul. 2017.

TOJAL, C.; COSTA, R. Depressive symptoms and mental adjustment in women with breast cancer. **Psycho - Oncology**, v. 24, n. 9, p. 1060 - 1065, Feb. 2015.

TURK, D. C.; WILSON, H. D.; COHANA, A. Treatment of chronic non-cancer pain. **Pain 2**, v. 377, n. 25, p. 2226 - 2235, June 2011.

VAROLI, F. K.; PEDRAZZI, V. Adapted version of the McGill pain questionnaire to brazilian portuguese. **Brazilian Dental Journal**, v. 17, n. 4, p. 328 - 335, Sept. 2006.

WATSON, N. F.; BADR, M. S.; BELENKY, G.; BLIWISE, D. L.; BUXTON, O.M.; BUYSSE, D.; DINGES, D.F.; GANGWISCH, J.; GRANDNER, M.A.; KUSHIDA, C.; MALHOTRA, R.K.; MARTIN, J.L.; PATEL, S.R.; QUAN, S.; TASALI, E. Recommended amount of sleep for a healthy adult: A join consensus statement of the American academy of sleep medicine and sleep research society. **Sleep**, v. 38, n.6, p. 843 – 844, June 2015.

WILSON, J. J.; GIL, K. M. The efficacy of psychological and pharmacological interventions for the treatment of chronic disease - related and non-disease-related pain. **Clinical Psychology Review**, v. 16, n. 6, p. 573 - 597, 1996.

YANG, H.; BRAND, J.S.; FANG, F.; CHIESA, F.; JOHANSSON, A.L.V.; HALL, P.; CZENE, K. Time-dependent risk of depression, anxiety, and stress-related disorders in patients with invasive and *in situ* breast câncer. **International Journal of Cancer**, v. 140, n. 4, p. 841-852, Nov. 2016.

APÊNDICE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “dimensão da dor em pacientes com câncer de mama: um estudo caso-controle”. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por Paula Oliveira Santiago pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

1. O que sabemos sobre a dor em pacientes com neoplasia?

A dor não se traduz somente a sensação dolorosa, mas também mudanças significativas na vida diária, tais como diminuição da atividade, depressão, ansiedade, mudança de humor, diminuição da energia, distúrbios do sono, problemas familiares, e isolamento social. A dor crônica é considerada o terceiro maior problema de saúde pública, porém, continua a ser negligenciada pela medicina.

A dor crônica oncológica está entre os sintomas mais importantes em termos de prevalência e potenciais consequências. Em populações com tumores sólidos, a prevalência global de dor crônica varia de 15% a mais de 75%, dependendo do tipo e da extensão da doença.

A intensidade da dor é a medida mais comumente aferida na dor oncológica, porém esta não descreve suficientemente a natureza multidimensional da dor. O questionário de dor de McGill (MPQ) e sua forma curta SFMPQ são medidas mais amplamente utilizadas para qualificar a dor. A versão SFMPQ foi revisada e surgiu o SFMPQ-2 que adicionou ao questionário SFMPQ qualidades neuropáticas, isto é especialmente relevante para avaliação da dor oncológica.

2. Porque o estudo está sendo feito?

O tratamento para a dor crônica oncológica deve ser individualizado, sendo necessário avaliar os benefícios e malefícios com a terapêutica.

O intuito do presente estudo, busca avaliar a paciente com câncer de mama, diagnosticada com depressão, com pacientes com câncer de mama sem diagnóstico de depressão e avaliar através do questionário de McGill a possibilidade de haver dor nestas doentes, averiguar o tipo da dor referida caso ela exista, comparando um grupo com o outro, a fim de orientar a população prescritora e seus cuidadores quanto a necessidade da valorização do sintoma para se propor uma terapêutica adequada e individualizada.

3. Quem participará deste estudo? Quais são os meus requisitos?

Participarão deste estudo pacientes atendidos no Hospital do Câncer Dr. Alfredo Abraão, no município de Campo Grande - MS. Serão convidados a participarem do estudo os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos que tenham o diagnóstico de neoplasia de mama.

Os pacientes serão divididos em 2 grupos:

Grupo Caso – participantes com diagnóstico de neoplasia de mama e depressão.

Grupo Controle – participantes com diagnóstico de neoplasia de mama sem diagnóstico de depressão.

4. Quem não pode ou não deve participar deste estudo?

Serão excluídas do estudo as participantes com nível de consciência de Glasgow inferior a 13 pontos, voluntárias dementes ou com outros distúrbios psiquiátricos que não seja depressão, relatada em prontuário médico. Serão excluídas participantes dos grupos protegidos (indígenas e quilombolas) e aquelas pacientes que não concordaram em participar do estudo.

A escala de coma de Glasgow é um instrumento de avaliação neurológico utilizado em pacientes apresentando comprometimento do Sistema Nervoso Central ou fatores que atenuem o nível de consciência.

5. O que serei solicitado a fazer?

Independente do grupo que você for selecionado(a), será realizada uma entrevista contigo para saber informações sobre o que você sente e outros dados que

não tenham sido encontrados no seu prontuário. Além da entrevista, será realizada a aplicação de um formulário padrão, com perguntas biopsicossociais e com o questionário de McGill, autoaplicável que avalia a dimensão da dor e a escala visual analógica.

Você será informado de todos os resultados de seu questionário e caso apresente alteração em algum deles, receberá acompanhamento com a especialização adequada.

6. Quanto tempo estarei no estudo?

Os procedimentos da pesquisa serão realizados em 1 ou 2 encontros, a serem realizados preferencialmente no dia do retorno no ambulatório de oncologia do Hospital do Câncer Dr. Alfredo Abrão. A pesquisa é pontual, ou seja, realizados os procedimentos acima citados, não será mais solicitado nenhum retorno ou novo procedimento. Caso você apresente algum indicio de alteração no questionário de McGill, terá acompanhamento com o setor de psicologia ligado ao hospital e caso já faça acompanhamento, o resultado de seu questionário será encaminhado para a profissional que o assiste para melhor tratamento da patologia, mas este acompanhamento não será utilizado na pesquisa.

7. Que prejuízos (ou eventos adversos) podem acontecer comigo se eu participar deste estudo?

Você não terá qualquer prejuízo, mas se sentir que a pergunta não é adequada, pode deixar de responder ou mesmo desistir de continuar a entrevista.

8. Receberei alguma compensação financeira?

Você não receberá compensação financeira, mas suas despesas com transporte poderão ser ressarcidas.

9. Que benefício eu posso esperar?

O principal benefício do estudo é diagnosticar a origem da dor: psicológica ou metabólica, caso seja caracterizada como psicológica a paciente será encaminhada para acompanhamento conjunto com serviço de psicologia/ psiquiatria ligado ao Hospital de pesquisa e se a paciente já fizer um acompanhamento com tal serviço será repassada a informação para os profissionais que a atendem a fim de aperfeiçoar o tratamento, caso seja caracterizada como de origem metabólica haverá a possibilidade de se entrar em contato com o médico assistente da paciente a fim de otimizar as medicações para otimizar o tratamento.

10. Meu sigilo será mantido?

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador (seu médico ou outro profissional), a equipe do estudo e o Comitê de Ética terão acesso às informações do estudo.

11. Eu serei informado do surgimento de informações significativas sobre o assunto da pesquisa?

Sim, você será informado periodicamente de qualquer nova informação que possa modificar a sua vontade em continuar participando do estudo.

12. Quem devo chamar se tiver qualquer dúvida ou algum problema?

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para (67) 3345-3105 e solicite contato com Paula Oliveira Santiago, ou pelo celular (67) 98100-7732, identificando-se como membro da pesquisa. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 3345-7187.

13. Eu posso me recusar a participar ou pedir para sair do estudo?

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você poderá ser solicitado a sair do estudo se não cumprir os procedimentos previstos ou atender às exigências estipuladas. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que quero participar deste estudo.

Campo Grande, ____ de _____ de ____

Nome do Participante:

Telefone para Contato: _____

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Nome do pesquisador: Paula Oliveira Santiago

ANEXOS

ANEXO 1

Escola de Coma de Glasgow

Parâmetros	Resposta Observada	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Com estímulo verbal	3
	Com estímulo doloroso	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta Verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras impróprias	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta Motora	Obedece aos comandos	6
	Localiza e retira o estímulo	5
	Localiza o estímulo	4
	Responde em flexão	3
	Responde em extensão	2
	Nenhuma	1

ANEXO 2

Questionário - McGill versão validada em português

McGill Pain Questionnaire – Português

Nome _____ Data _____ Hora _____

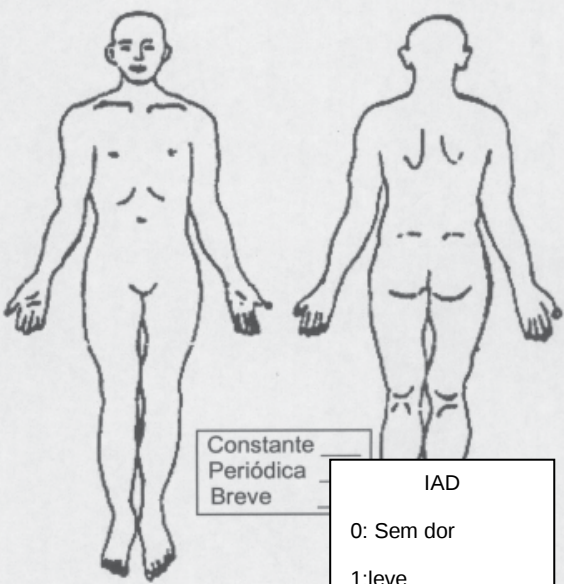
Analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____

analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____

Intervalo de Administração dos Analgésicos +4 +1 +2 +3

IaVd: S _____ Af _____ Av _____ M(S) _____ M(AfAv) _____ M(T) _____ PRI (T) _____

(1-10) (11-15) (16) (17-19) (20) (17-20) (1-20)

1 Espasmódica _____ 2 Crescente _____ 3 Picada _____ 4 Aguda _____ 5 Beliscante _____ 6 Fisgada _____ 7 Quente _____ 8 Formigamento _____ 9 Insensibilidade _____ 10 Suave _____	11 Cansativa _____ 12 Enjoativa _____ 13 Amedrontadora _____ 14 Castigante _____ 15 Desgraçada _____ 16 Incômoda _____ 17 Difusa _____ 18 Aperto _____ 19 Fresca _____ 20 Importunante _____	Intensidade Atual de Dor (IAD) _____ Comentários: _____  Constante _____ Periódica _____ Breve _____
11 Exaustiva _____ 12 Sufocante _____ 13 Apavorante _____ 14 Debilitante _____ 15 Enlouquecedora _____ 16 Perturbadora _____ 17 Irradiante _____ 18 Dormente _____ 19 Fria _____ 20 Nauseante _____	12 Sufocante _____ 13 Aterrorizante _____ 14 Debilitante _____ 15 Enlouquecedora _____ 16 Perturbadora _____ 17 Irradiante _____ 18 Dormente _____ 19 Fria _____ 20 Nauseante _____	Sintomas que Acompanham: _____ náusea _____ Dor de cabeça _____ Tontura _____ Sonolência _____ Constipação _____ Diarréia _____ Sono: _____ Bom _____ Descontínuo _____ Insônia _____ Comentários: _____
12 Sufocante _____ 13 Apavorante _____ 14 Debilitante _____ 15 Enlouquecedora _____ 16 Perturbadora _____ 17 Irradiante _____ 18 Dormente _____ 19 Fria _____ 20 Nauseante _____	12 Sufocante _____ 13 Aterrorizante _____ 14 Debilitante _____ 15 Enlouquecedora _____ 16 Perturbadora _____ 17 Irradiante _____ 18 Dormente _____ 19 Fria _____ 20 Nauseante _____	Sintomas que Acompanham: _____ náusea _____ Dor de cabeça _____ Tontura _____ Sonolência _____ Constipação _____ Diarréia _____ Sono: _____ Bom _____ Descontínuo _____ Insônia _____ Comentários: _____
13 Apavorante _____ 14 Debilitante _____ 15 Enlouquecedora _____ 16 Perturbadora _____ 17 Irradiante _____ 18 Dormente _____ 19 Fria _____ 20 Nauseante _____	13 Apavorante _____ 14 Debilitante _____ 15 Enlouquecedora _____ 16 Perturbadora _____ 17 Irradiante _____ 18 Dormente _____ 19 Fria _____ 20 Nauseante _____	Sintomas que Acompanham: _____ náusea _____ Dor de cabeça _____ Tontura _____ Sonolência _____ Constipação _____ Diarréia _____ Sono: _____ Bom _____ Descontínuo _____ Insônia _____ Comentários: _____
14 Debilitante _____ 15 Enlouquecedora _____ 16 Perturbadora _____ 17 Irradiante _____ 18 Dormente _____ 19 Fria _____ 20 Nauseante _____	14 Debilitante _____ 15 Enlouquecedora _____ 16 Perturbadora _____ 17 Irradiante _____ 18 Dormente _____ 19 Fria _____ 20 Nauseante _____	Sintomas que Acompanham: _____ náusea _____ Dor de cabeça _____ Tontura _____ Sonolência _____ Constipação _____ Diarréia _____ Sono: _____ Bom _____ Descontínuo _____ Insônia _____ Comentários: _____
15 Enlouquecedora _____ 16 Perturbadora _____ 17 Irradiante _____ 18 Dormente _____ 19 Fria _____ 20 Nauseante _____	15 Enlouquecedora _____ 16 Perturbadora _____ 17 Irradiante _____ 18 Dormente _____ 19 Fria _____ 20 Nauseante _____	Sintomas que Acompanham: _____ náusea _____ Dor de cabeça _____ Tontura _____ Sonolência _____ Constipação _____ Diarréia _____ Sono: _____ Bom _____ Descontínuo _____ Insônia _____ Comentários: _____
16 Perturbadora _____ 17 Irradiante _____ 18 Dormente _____ 19 Fria _____ 20 Nauseante _____	16 Perturbadora _____ 17 Irradiante _____ 18 Dormente _____ 19 Fria _____ 20 Nauseante _____	Sintomas que Acompanham: _____ náusea _____ Dor de cabeça _____ Tontura _____ Sonolência _____ Constipação _____ Diarréia _____ Sono: _____ Bom _____ Descontínuo _____ Insônia _____ Comentários: _____
17 Irradiante _____ 18 Dormente _____ 19 Fria _____ 20 Nauseante _____	17 Irradiante _____ 18 Dormente _____ 19 Fria _____ 20 Nauseante _____	Sintomas que Acompanham: _____ náusea _____ Dor de cabeça _____ Tontura _____ Sonolência _____ Constipação _____ Diarréia _____ Sono: _____ Bom _____ Descontínuo _____ Insônia _____ Comentários: _____
18 Dormente _____ 19 Fria _____ 20 Nauseante _____	18 Dormente _____ 19 Fria _____ 20 Nauseante _____	Sintomas que Acompanham: _____ náusea _____ Dor de cabeça _____ Tontura _____ Sonolência _____ Constipação _____ Diarréia _____ Sono: _____ Bom _____ Descontínuo _____ Insônia _____ Comentários: _____
19 Fria _____ 20 Nauseante _____	19 Fria _____ 20 Nauseante _____	Sintomas que Acompanham: _____ náusea _____ Dor de cabeça _____ Tontura _____ Sonolência _____ Constipação _____ Diarréia _____ Sono: _____ Bom _____ Descontínuo _____ Insônia _____ Comentários: _____
20 Nauseante _____	20 Nauseante _____	Sintomas que Acompanham: _____ náusea _____ Dor de cabeça _____ Tontura _____ Sonolência _____ Constipação _____ Diarréia _____ Sono: _____ Bom _____ Descontínuo _____ Insônia _____ Comentários: _____

IAD

0: Sem dor

1: leve

2: Desconfortável

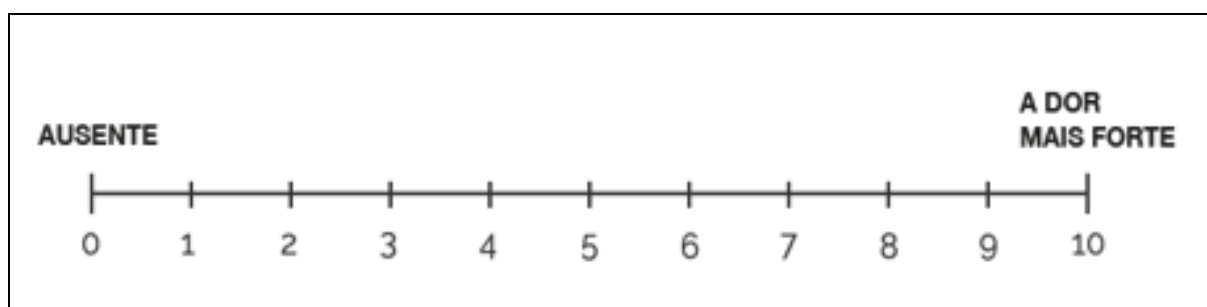
3: Agonizante

4: Horrível

5: Excruciante

ANEXO 3

Escala visual analógica



ANEXO 4**Questionário - Perfil Sócio Demográfico**

Perfil Sócio Demográfico

Ficha ()

- 1) Idade: _____(em anos)

- 2) Raça:
 - a. ☐ Branca
 - b. ☐ Parda
 - c. ☐ Negra
 - d. ☐ Amarelo
- 3) Qual é a renda média familiar R\$ _____

- 4) Quantas pessoas dependem desta renda?(incluindo com você) _____

- 5) Como classifica sua renda
 - ☐ Ruim
 - ☐ Média
 - ☐ Boa

- 6) Número de Filhos _____

- 7) Condição Civil
 - a. ☐ solteira
 - b. ☐ casada
 - c. ☐ união estável
 - d. ☐ separada
 - e. ☐ viúva

- 8) Escolaridade:
 - a. ☐ analfabeto
 - b. ☐ ensino fundamental incompleto

- c. ☐ ensino fundamental completo
- d. ☐ ensino médio incompleto
- e. ☐ ensino médio completo
- f. ☐ ensino superior incompleto
- g. ☐ ensino superior completo
- h. ☐ pós graduação

9) Como classifica sua saúde

- a. ☐ muito ruim
- b. ☐ ruim
- c. ☐ nem boa, nem ruim
- d. ☐ boa
- e. ☐ muito boa

10) Com que frequência se sente sozinha:

- a. ☐ sempre
- b. ☐ muitas vezes
- c. ☐ algumas vezes
- d. ☐ raramente
- e. ☐ nunca

11) Faz uso de antidepressivo ou possui diagnóstico de depressão

- a. ☐ sim
- b. ☐ não

ANEXO 5

Inventário de depressão de Beck

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o quera
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

13	0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões	18	0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite
14	0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio	19	0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
15	0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho	20	0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
16	0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	21	0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo
17	0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa		

ANEXO 6**Declaração de anuência da Instituição****CARTA DE ANUÊNCIA DA DIRETORIA TÉCNICA DO HOSPITAL DE CÂNCER
ALFREDO ABRÃO**

A Diretora Técnica do Hospital de Câncer de Campo Grande/MS Alfredo Abrão, Dra. Andrea de Siqueira Campos Lindenberg, concorda com a realização de Projeto de Pesquisa em mestrado, intitulada: “DIMENSÃO DA DOR EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA: UM ESTUDO CASO-CONTROLE”, a ser desenvolvido pela Dra. Paula Oliveira Santiago, CRM 6780/MS, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, a ser realizada no Hospital de Câncer de Campo Grande/MS Alfredo Abrão.

Por ser verdade, firmo a presente.

Andréa de S. C. Lindenberg
Diretora Técnico do HCAA
CRM-MS 2790

Dra. Andrea de Siqueira Campos Lindenberg

E-mail: andrealindenberg@gmail.com

Fone: (67) 99984-2923

ANEXO 7

Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIMENSÃO DA DOR EM PACIENTES COM CANCER DE MAMA: UM ESTUDO CASO-CONTROLE

Pesquisador: PAULA OLIVEIRA SANTIAGO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63801816.0.0000.0021

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.355.428

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional, analítico do tipo caso-controle. A amostra será composta por uma média de 40 pacientes (grupo caso-pacientes com câncer de mama e diagnóstico de depressão) e 80 pacientes (grupo controle-pacientes com câncer de mama sem diagnóstico de depressão) selecionadas conforme critérios de inclusão e exclusão da pesquisa em tratamento para câncer de mama no Hospital do Câncer Dr. Alfredo Abraão no município de Campo Grande - MS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Estimar a dimensão da dor em pacientes com câncer de mama com diagnóstico de depressão e pacientes com neoplasia de mama sem diagnóstico de depressão em um hospital de alta complexidade em Campo Grande, MS.

Objetivos específicos: Caracterizar as dimensões da dor segundo questionário de McGill; Classificar a dor segundo suas dimensões; Estimar o Odds Ratio; Averiguar a presença de dor em pacientes com neoplasia de mama; Avaliar se os sintomas algícos são mais prevalentes em algum dos dois grupos; Avaliar se possuir diagnóstico de depressão é um fator de risco para sintomas algícos.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 2.355.428

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador:

Riscos:

Existe a possibilidade de no decorrer da pesquisa ser confirmado que a dor da paciente esteja relacionada a sintomas psiquiátricos como depressão e ansiedade, dessa forma a paciente será encaminhada ao serviço de apoio psicológico existente no Hospital onde a pesquisa será realizada.

Benefícios:

Diagnosticar a origem da dor: psicológica ou metabólica, caso seja caracterizada como psicológica a paciente será encaminhada para acompanhamento conjunto com serviço de psicologia/ psiquiatria ligado ao Hospital de pesquisa e se a paciente já fizer um acompanhamento com tal serviço será repassada a informação para os profissionais que a atendem a fim de aperfeiçoar o tratamento, caso seja caracterizada como de origem metabólica haverá a possibilidade de se entrar em contato com o médico assistente da paciente a fim de otimizar as medicações para o tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nada a declarar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Declaração de Responsabilidade Orçamentária da Pesquisa e Termo de Compromisso não têm assinatura da pesquisadora, TCLE, carta de anuência do hospital, cronograma e instrumento de coleta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Declaração de Responsabilidade Orçamentária da Pesquisa e Termo de Compromisso não têm assinatura da pesquisadora.(ATENDIDO)

TCLE deve ser readequado: detalhar metodologia, reservar local de assinatura e rubrica das folhas (ATENDIDO) e alterar o termo voluntário para participante (ATENDIDO).

Ainda, prever riscos e benefícios diretos ao participante (ATENDIDO).

Citar, no TCLE, as providências tomadas em relação ao tratamento continuado.(ATENDIDO)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL - UFMS



Continuação do Parecer: 2.355.428

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_776572.pdf	11/09/2017 20:56:07		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	11/09/2017 20:52:08	PAULA OLIVEIRA SANTIAGO	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	15/08/2017 10:14:02	PAULA OLIVEIRA SANTIAGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEOK.docx	15/08/2017 10:13:41	PAULA OLIVEIRA SANTIAGO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	caso_controle_COMPLETO.docx	12/12/2016 15:16:47	PAULA OLIVEIRA SANTIAGO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	12/12/2016 15:06:24	PAULA OLIVEIRA SANTIAGO	Aceito
Brochura Pesquisa	caso_controle.docx	12/12/2016 15:06:04	PAULA OLIVEIRA SANTIAGO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HCAA.pdf	12/12/2016 14:58:42	PAULA OLIVEIRA SANTIAGO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO.docx	12/12/2016 14:57:09	PAULA OLIVEIRA SANTIAGO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 29 de Outubro de 2017

Assinado por:
SERGIO FELIX PINTO
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br