

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

AVALIAÇÃO DE ESCORES DE RESILIÊNCIA, QUALIDADE DE VIDA,
DEPRESSÃO E SUAS ASSOCIAÇÕES EM PACIENTES COM CÂNCER DE
PULMÃO EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO.

Antônio Armando

Orientador: José da Silva Moreira

Porto Alegre

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Avaliação de escores de Resiliência, Qualidade de vida e Depressão e suas associações em pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico.

Antônio Armando

Dissertação a apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Mestre

Orientador: José da Silva Moreira

Porto Alegre

2010

A727a **Armando, António**

Avaliação de escores de resiliência, qualidade de vida e depressão e suas associações em pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico / António Armando; orient. José da Silva Moreira. – 2010.

53 f.: il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas. Porto Alegre, BR-RS, 2010.

1. Resiliência psicológica 2. Qualidade de vida 3. Depressão 4. Neoplasias pulmonares 5. Radioterapia I. Moreira, José da Silva II. Título.

NLM: WL705

A medicina é a arte de adiar o inevitável “a Morte”.
Porém, vale sempre preservar a vida nem que seja mor um minuto.

Mas com qualidade.

(Bernardino António 2005)

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José da Silva Moreira, por me ter dado o privilégio de ser meu orientador.

Ao Dr. António Ferreira Fabiano, pelo apoio, disponibilidade e dedicação na elaboração deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Neiro Waechter da Motta, pelo apoio prestado para o ingresso ao mestrado.

A Enfermeira Roseli Pinto Corsini e a Dr. Juliana Mattiello, pelo apoio na coleta dos dados.

Ao amigo, Flávio de Mattos Oliveira pela coragem e todo apoio prestado na realização deste trabalho.

Ao amigo, Joaquim Assis, pelo apoio moral e incentivo prestado durante a realização do mestrado.

Ao Programa de Pós-Graduação de Ciência Pneumológicas da UFRGS pelo meu ingresso ao mestrado.

A minha esposa Sandra e as minhas filhas Sofia, Lusia e Manuela que semiaram em mim a necessidade de me diferenciar cada vez mais academicamente.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	04
RESUMO.....	06
ABSTRAT.....	07
LISTA DE GRÁFICOS.....	08
LISTA DE QUADROS.....	08
LISTA DE TABELAS.....	09
1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	22
2.1 PRINCIPAL	22
2.2 SECUNDÁRIO	22
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	23
5 RESULTADOS	25
6 DISCUSSÃO	32
7 CONCLUSÕES	35
8 SUGESTÕES	36
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICE	42
ANEXOS	44

RESUMO

A resiliência é uma característica psicológica positiva e dinâmica que permite auxiliar o indivíduo e grupos de pessoas a manter equilíbrio em situações de estresse e adversidades. A forma como a resiliência se correlaciona com os escores de qualidade de vida e de depressão em pacientes com câncer é ainda pouco estudada e não é totalmente compreendida. O objetivo principal deste estudo foi avaliar escores de qualidade de vida, de depressão, e de resiliência, e suas correlações, em uma população ambulatorial de pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico.

Métodos: Foram incluídos 38 pacientes consecutivos com câncer de pulmão encaminhados para tratamento radioterápico. Os pacientes preencheram os seguintes questionários todos validados em português brasileiro: A) escala de resiliência de Wagnild e Yang; B) questionário de qualidade de vida abreviado da Organização Mundial de Saúde qualidade (WHOQOL-bref); C) Questionário do Inventário de Depressão Beck (BDI). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Santa Casa - Complexo Hospitalar de Porto Alegre. Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento informado.

Resultados: A idade média dos pacientes foi de 60 anos e 20 (53%) dos pacientes eram homens. O escore médio de resiliência foi de $140,7 \pm 26$. Escore do BDI foi 11 ± 10 (escala 0-41), o do WHOQOL-bref foi $55 \pm 20,3$. Encontrou-se uma correlação entre os escores de resiliência e qualidade de vida e depressão. 52,4% dos pacientes tinham depressão.

Conclusões: Nesta série de pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico, aqueles com altos escores de resiliência, apresentaram melhor qualidade de vida e baixos escores de depressão. Estratégias que visem melhorar a resiliência nesses pacientes podem ter um papel potencial na melhoria da qualidade de vida e depressão.

ABSTRACT

Resilience is a dynamic positive psychological characteristic that allow and help individuals and groups to maintain equilibrium amidst situations of stress and adversity. The way resilience of individual cancer patients correlates to their overall quality of life (QOL) and depression is still little investigated and not completely understood. The main purpose of this study is to analyze resilience, quality of life and depression scores as well as their correlations in a population of ambulatory lung cancer patients undergoing radiation therapy.

Methods: There were enrolled 38 consecutive ambulatory lung cancer patients referred to radiation treatment. These patients completed the following questionnaires, all validated for Portuguese language of Brazil: A) the resilience scale of Wagnild and Young, B) the abbreviated World Health Organization quality-of-life scale (WHOQOL-bref), and C) the Beck Depression Inventory (BDI) in the first week of treatment. The study was approved by the Ethics Committee of Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. All patients signed the informed consent form.

Results: The mean age of patients was 60 years and 20 (53%) were men. Mean resilience score was $140,7 \pm 26$. Mean BDI score was 11 ± 10 , with. Mean WHOQOL-bref score was 55 ± 20.5 . We found a statistically correlation between resilience and QOL scores and depression. 52,4% were depressed.

Conclusions: In this series, patients with higher resilience scores had better overall life quality and lower score of depression. Strategies assigned to enhance resilience in cancer patients may have a potential role in improving their overall quality of life and depression.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico. 1 - Distribuição de acordo a idade dos 38 pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico no Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Rita da Santa (Complexo Hospitalar Santa Casa - Porto Alegre).	23
Gráfico. 2 - Correlação entre escores de depressão e resiliência em pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico no Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Rita da Santa Casa - Complexo Hospitalar de Porto Alegre..	25
Gráfico. 3 - Distribuição do grau de depressão em pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico no Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Rita da Santa Casa - Complexo Hospitalar de Porto Alegre.	25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estadiamento de câncer de pulmão segundo de American Joint Committee on Cancer (AJCC-2002)	09
Quadro 2 - Escala de Karnofsky (%)	12
Quadro 3. Escala ECOG Performance Status.....	12
Quadro 4 - Recomendações da American Psychological Association para melhorar a resiliência:	18

LISTA DE TABELAS

(Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra dos 38 pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico no Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Rita Complexo Hospital Santa Casa - Porto Alegre).....	23
Tabela 2 - Estatísticas descritivas dos escores dos instrumentos de qualidade de vida (WHOQOL-BREF), resiliência e depressão (Índice de depressão de Beck)	24
Tabela 3 - Associação da resiliência com a idade, sexo e performance status (PS), em 38 pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico no Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Rita (Complexo Hospitalar Santa Casa - Porto Alegre).	24
Tabela 4 - Associação entre os escores de qualidade de vida com os escores de resiliência e depressão em 38 pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico no Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Rita (Complexo Hospitalar Santa Casa - Porto Alegre).	24

1 INTRODUÇÃO

O câncer de pulmão é o tumor responsável pelo maior número de mortes por neoplasia no mundo, correspondendo a cerca de 10% de todos os cânceres. A sua mortalidade mundial atual, em ambos os sexos, foi estimada em cerca de 1,2 milhões. Nos Estados Unidos da América, estima-se que estejam ocorrendo cerca de 223.500 casos novos e 157.300 óbitos em 2010 (PARKIN, 2010).

No Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a incidência de câncer de pulmão para 2010 foi estimada em 17.800 casos em homens e 9.830 em mulheres, correspondendo um risco de 18 casos em cada 100.000 homens e 10 casos em cada 100.000 mulheres. A região Sul é a de maior incidência, com 35 casos para cada 100.000 homens e 20 casos para cada 100.000 mulheres (INCA, 2010).

No Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Rita da Santa Casa - Complexo Hospitalar de Porto Alegre/RS, no período de janeiro a dezembro de 2007, foram tratados 212 pacientes com o diagnóstico de câncer de pulmão, dos quais (57%) com propósito curativo, e os restantes com intenção paliativa, especialmente por apresentarem metástases ósseas e cerebrais (Registros do Serviço de Radioterapia de 2008)

O principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de pulmão é o fumo, contribuindo com 90% de todos os casos em homens e 77% em mulheres (*American Cancer Society* (WINGO,1999; ALBERG 2003).

Histologicamente, com vistas à terapêutica, o câncer do pulmão classifica-se em dois grandes grupos: carcinoma de não pequenas células, constituindo 90% dos casos, e carcinoma de pequenas células, com 10% (FLETCHER, 2007).

Para o estadiamento de câncer de pulmão, utiliza-se o sistema de *American Joint Committee on Cancer - AJCC-2002*, Quadro 1. (HALPERIN, 2008)

O tratamento de carcinoma não de pequenas células é variável, podendo ir desde a cirurgia de ressecção pulmonar, radioterapia e/ou quimioterapia, na dependência do estágio da doença, na possibilidade de ressecção, e da condição clínica do paciente.

Tabela 1 – Estadiamento de câncer de pulmão segundo de American Joint Committee on Cancer (AJCC-2002)

Definição das características do tumor primário, comprometimento linfonodal e metástases à distância (TNM) no câncer de pulmão.	
Tumor primário	
Tx	O tumor primário não pode ser avaliado, ou tumor avaliado.
T0	Sem evidência do tumor primário.
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> .
T1	Tumor ≤ 3cm na sua maior dimensão, circundado por pulmão ou pleura visceral, sem evidências broncoscópicas de invasão do brônquio principal ^a
T2	Tumor com qualquer das seguintes características: > 3 cm no maior diâmetro; com comprometimento do brônquio principal a mais de 2 cm da Carina com invasão da pleura visceral associado a atelectasia ou pneumonia obstrutiva estendendo-se até a região hilar mas não afetando todo o pulmão.
T3	Tumor de qualquer tamanho invadindo diretamente alguma das seguintes estruturas: parede torácica (inclusive tumores do sulco superior), diafragma, pleura mediastinal, pericárdio parietal; ou tumor no brônquio principal a menos de 2 cm da carina, mas sem comprometimento da mesma ou atelectasia ou pneumonia obstrutiva associada de todo o pulmão.
T4	Tumor de qualquer tamanho que invada qualquer das seguintes estruturas: mediastino, coração, grandes vasos, traquéia, esôfago, corpo vertebral, carina; ou tumor com derrame pleural ou pericárdico maligno ou com um ou mais nódulos tumorais satélites no mesmo lobo pulmonar do tumor primário.

N- Linfonodos regionais

Nx	Linfonodos regionais não podem ser avaliados.
N0	Sem metástase em linfonodos regionais.
N1	Metástases em linfonodos peribrônquicos, intrapulmonares e/ou hilares homolaterais.
N2	Metástases para linfonodos mediastinais e/ou subcarinais homolaterais.
N3	Metástases para linfonodos mediastinais e/ou hilares contralaterais, escalenos e/ou supraclaviculares homolaterais ou contralaterais.

M - Metástases à distância

Mx	Metástases à distância não podem ser avaliadas
M0	Ausência de metástases à distância
M1	Com metástases à distância.

Estágio de classificação

Classificação TNM

Estágio	0	TIS
Estágio	IA	T1, N0, M0
Estágio	IB	T2, N0, M0
Estágio	IIA	T1, N1, M0
Estágio	IIB	T2, N1, M0; T3, N0, M0
Estágio	IIIA	T1-3, N2, M0; T3, N1, M0
Estágio	IIIB	T4, qualquer N, M0; qualquer T, N3, M0
Estágio	IV	Qualquer T, qualquer N, M1

TIS, tumor *in situ*; T, tumor; N, linfonodos; M, metástases

No estágio clínico I e II, geralmente está indicada a cirurgia. Esta modalidade terapêutica logra taxas de sobrevida em média de 35,0% em cinco anos, podendo chegar até mais de 70,0% em casos no estágio IA. A radioterapia com propósitos curativos é a modalidade de escolha quando há extensão do tumor para o mediastino ou parede torácica (estádio III). Alguns subgrupos de pacientes no estágio IIIA, ou com lesões de ápice pulmonar e invasão parietal, podem se beneficiar do tratamento combinado de cirurgia precedida por quimiorradioterapia. Em pacientes com doença metastática, a quimioterapia e a radioterapia estão indicadas como tratamentos paliativos (HALPERIN, 2008; HANSEN, 2007; FERREIRA,2007; KATH,2009).

O diagnóstico e o tratamento de câncer têm consequências psicológicas, físicas e sociais, com repercussões importantes na qualidade de vida do paciente. Em nível individual, praticamente todas as dimensões são afetadas (WHITE, 2005).

Tradicionalmente, a eficácia terapêutica em pesquisa oncológica, tem sido avaliada por parâmetros biomédicos tais como a diminuição do tumor, intervalo livre de doença e a sobrevida global (Johnson, 2004). No entanto, usando apenas estes parâmetros, não se tem em conta toda a complexidade da doença oncológica. O choque do diagnóstico, a dor e o estresse do tratamento, as restrições ao seu desempenho físico e intelectual, as limitações nas atividades diárias, a estigmatização social, e o lidar com situações que põem em risco a vida do paciente, devem ser tidos em conta. Assim, para além da avaliação clássica, é fundamental que seja também realizada a avaliação do impacto da doença na qualidade de vida, o que constitui uma ferramenta útil para a instituição de tratamento adicional, reabilitação, tratamento paliativo, intervenções psicológicas e sociais, visando ao bem estar do paciente no seu todo (MCLACHLAN, 2001; DETMAR, 2002). Dados da literatura mostram que a qualidade de vida é um importante fator prognóstico em pacientes com câncer (SIDDIQUI , 2008; MEYER, 2009)

De acordo com a OMS, a qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto cultural, do sistema de valores nos quais vivem em relação com os seus objetivos, os seus desejos, as suas normas e as suas inquietações. É um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física, estado psicológico e pelo nível de independência, as suas relações sociais e as relações com elementos essenciais do meio. Porém, vale ressaltar que existe distinção entre a qualidade de vida geral e a qualidade de vida

relacionada à saúde que é a percepção pelo paciente do impacto da sua doença antes, durante e após o tratamento (BRAZIER, 1993).

Para Calman (1984) a qualidade de vida só pode ser medida e descrita em termos individuais e depende do estilo de vida atual, das experiências passadas, sonhos e ambições. A qualidade de vida deverá incluir todas essas áreas da vida e experiência, e deve ter em consideração o impacto da doença e do tratamento. Na visão desse autor, a qualidade de vida muda ao longo do tempo, mesmo em circunstâncias normais. As prioridades e os objetivos no tempo devem ser realistas e é natural que mudem ao longo dele, sendo alterados pela idade e experiência. Para melhorar a qualidade de vida, é necessário diminuir a diferença entre a situação atual e os objetivos do indivíduo e ajustá-los a realidade (APUD – PIMENTEL, 2003)

Secchi considera a qualidade de vida relacionada à saúde um construto multidisciplinar, composto por vários domínios (físico, psicológico, social e espiritual), influenciado pelo tipo de personalidade do paciente e pelos aspectos cognitivos. É um construto subjetivo, relacionado com a atribuição que o paciente faz à doença. É um domínio dinâmico que muda ao longo do tempo (SECCHI, 2001).

O interesse em avaliar a qualidade de vida é remoto. Em 1948, David A. Karnofsky e colaboradores descreveram a primeira escala de desempenho clínico, a chamada escala de Karnofsky (KPS), como forma de avaliar a qualidade de vida (**Tabela 2**). Em 1960, o *Eastern Co-operative Oncology Group (ECOG)*, introduziu outra escala, a *performance status (ECOGPS)*, similar à escala do Karnofsky, mas apenas com cinco pontos (**Tabela 3**). Estas escalas avaliam a condição física do paciente, mas não a qualidade de vida em todas as suas dimensões (HALPERIN,2008).

Tabela 2 - Escala de Karnofsky (%)

100%	Normal; nenhuma queixa; nenhuma evidência de doença.
90%	Capacitado para atividades normais. Pequenos sinais e sintomas.
80%	Atividade normal com esforço. Alguns sinais e sintomas de doença.
70%	Cuidados para si, incapaz para seguir com atividades normais ou trabalho ativo.
60%	Requer ajuda ocasional, porém apto a cuidar de muitas de suas necessidades especiais.
50%	Requer ajuda considerável e frequente assistência médica ou especializada.
40%	Incapacitado; requer cuidado especial e assistência.
30%	Gravemente incapacitado; admissão hospitalar é indicada mas a morte não é iminente.
20%	Muito doente; a admissão hospitalar é necessária, necessitando de terapia e cuidados intensivos.
10%	Moribundo; processo de fatalidade progredindo rapidamente.
0%	Morte.

Tabela 3. Escala ECOG Performance Status.

0	Completamente ativo; capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição.
1	Restrição à atividades físicas rigorosas, é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária.
2	Capaz de realizar todos os auto-cuidados, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; em pé aproximadamente 50% das horas em que está acordado.
3	Capaz de realizar somente auto-cuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que está acordado.
4	Totalmente confinados ao leito ou à cadeira.

Todavia, estas escalas incorporam dois aspectos amplamente aceitos de qualidade de vida:

- **Multidimensionalidade:** É um conceito multidisciplinar, que traduz o bem estar subjetivo do paciente nas vertentes físicas, psicológicas e sociais, os quais se podem subdividir noutras dimensões. O domínio físico refere-se à percepção que o paciente tem da sua capacidade em realizar as suas atividades diárias. O domínio social refere-se à capacidade do paciente se relacionar com os membros da família, vizinhos, amigos e outros. Por fim, o domínio psicológico incorpora aspectos de bem estar emocional e mental como depressão, ansiedade, medo raiva e outros.
- **Subjetividade:** Depende da percepção individual, crenças, sentimentos e expectativas.

Para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, existem vários questionários disponíveis na literatura. São classificados em duas grandes categorias:

- **Questionários específicos**, que são aplicados em doenças específicas. Como, por exemplo, o questionário da *European Organization Research on Treatment of Cancer* (EORTC), desenvolvido em 1986 por Aaronson, já em sua terceira versão, com 30 questões (EORTC – C 30). É um dos questionários mais usados em pacientes oncológicos (KIRKOVA, 2006).
- **Questionários genéricos**, aplicados em várias condições clínicas. O mais usado no nosso meio o questionário da Health Organization Quality Of Life brief (WHOQOL-bref). Ver anexo 1. Trata-se de um questionário de qualidade de vida abreviado, multicultural, já validado em o português do Brasil. É composto de 26 questões que abrangem os seguintes domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK, 2000). É um instrumento de simples utilização e o seu preenchimento leva em média 10 minutos, e pode ser realizado com auxílio de familiar , de enfermeiros ou assistentes sociais.

No domínio psicológico, a depressão é uma das comorbidades que muito acomete o paciente com câncer, daí a necessidade de se realizar seu diagnóstico precocemente e instituir uma intervenção imediata, prevenindo desta forma o seu impacto negativo na qualidade de vida, na adesão ao tratamento, bem como na sobrevida do paciente (STEEL,2007) A sua ocorrência no paciente oncológico varia entre 1,5 a 58% (STEEL,2004).

Clinicamente a depressão é definida como um conjunto de alterações comportamentais, emocionais e de pensamento, tais como afastamento do convívio social, perda de interesse nas atividades profissionais, acadêmicas, perda de prazer nas relações interpessoais, sentimento de culpa ou auto-depreciação, baixa auto-estima, desespero, apetite e sono alterados, sensação de falta de energia e dificuldade de concentração. Porém, recomenda-se muito cuidado na avaliação desses sintomas em pacientes com câncer, já que alguns sintomas que caracterizam a depressão podem ser, na verdade, causados pelo câncer mesmo ou pelo tratamento (WEDDING,2007).

Existem várias escalas para avaliação da depressão. A operacionalização dessas escalas assemelham-se entre si e, em geral, tem sensibilidade e especificidade em torno de 85 e 74%, respectivamente (Williams,2002). Um dos questionários muito usados, é a escala de inventário de Beck, desenvolvido

originariamente por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961) já validado no português brasileiro (CUNHA,2001) (anexo 2). Trata-se de uma escala de auto-relato, para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos. É composta por 21 itens. É um instrumento particularmente adequado para uso em pacientes psiquiátricos, porém tem sido amplamente usado na clínica e em pesquisa com pacientes não psiquiátricos e na população geral. A sua sensibilidade e especificidade é de 97 e 99 %, respectivamente (BECK,1997).

De modo geral, o diagnóstico de câncer e o seu tratamento constituem uma situação estressante para o paciente oncológico com grandes repercussões na sua qualidade de vida. Neste sentido, torna-se crucial que o paciente apresente capacidade de enfrentamento desta situação, para manter uma evolução dentro do melhor possível. Porém, a reação de cada indivíduo diante de situações estressantes é própria sua, e depende dos fatores intrínsecos e extrínsecos que apóiam a formação psíquica de cada um, como também as suas experiências passadas e como elas afetam a percepção atual da enfermidade.

A capacidade de enfrentamento do indivíduo frente a situações estressantes, se enquadra no conceito de resiliência, que é entendida como um conjunto de processos sociais e intra-psíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo estando ele vivenciando experiências desfavoráveis. (AGLIO, 2006; RENATA, 2005).

Para Rutter, a resiliência é um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo em um ambiente não sadio. É um processo interativo entre a pessoa e seu meio, considerado como uma variação individual em resposta ao risco, sendo que os mesmos fatores causadores de estresse podem ser experimentados de formas diferentes pelas pessoas, não sendo a resiliência um atributo fixo do indivíduo (APUD – YUNES, 2003)

Tavares afirma que o desenvolvimento de capacidades de resiliência nos sujeitos passa pela mobilização e ativação das suas capacidades de ser, estar, ter, poder e querer, ou seja, pela sua capacidade de autoregulação e autoestima. Na análise deste autor, ajudar as pessoas a descobrir as suas capacidades, aceitá-las e confirmá-las é uma boa medida, de maneira a torná-las mais confiantes e resilientes

para enfrentar a vida do dia-a-dia por mais adversa e difícil que se apresente (TAVARES, 2001).

Os primeiros estudos sobre resiliência na área da saúde começaram com foco no indivíduo. Estes estudos visavam estudar os fatores que permitiram adaptação de crianças à fase adulta, embora tenham elas vivenciado adversidades na infância. Os primeiros trabalhos publicados sobre o tema foram de Werner e Smith, em 1982, 1992 - *Vulnerable but invincible* , *Overcoming the odds*, e de Anthony e Cohler 1987 - *The invulnerable child* (APUD – YUNES, 2003). Essas publicações apresentam os relatos de estudos longitudinais realizados com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento físico, social e emocional de crianças que viviam em ambientes considerados de risco, tais como a pobreza, pais alcoólatras, maus tratos, ou pais com doença mental. Os resultados desses estudos mostraram que uma parcela significativa destas crianças teve desenvolvimento saudável, isto é, sem problemas no aprendizado e no comportamento, o que foi considerado sinal de adaptação ou ajustamento. Estas crianças foram consideradas resilientes. As características identificadas nestas crianças consideradas resilientes foram o bom temperamento, melhor desenvolvimento intelectual, maior nível de autoestima, maior grau de autocontrole, famílias menos numerosas, e menor incidência de conflitos nas famílias.

Souza e Cervený (2006), realizaram um levantamento de publicações nacionais e internacionais nas bases de dados Medline/Lilacs, *American Psychological Association* (APA), CAPES, UNIVERSIA e Scielo sobre a resiliência na área da saúde. Foram encontrados 632 artigos. Na base de dados da Medline/Lilacs observou-se que a quantidade de artigos publicados sobre o assunto vinha crescendo expressivamente, quase que triplicando a cada período de cinco anos. A partir de 1985, o número de artigos publicados abordando pesquisas realizadas em crianças correspondeu a 49%, diminuindo essa proporção entre 1993 e 1998 (16 %), quando no mesmo período surgem publicações sobre adolescentes e adultos (cerca de 20% e 18%, respectivamente), juntamente com publicações relacionadas a outras categorias. Em geral, a maior parte dos temas inclui refugiados, sobreviventes de guerra e o holocausto, fatores protetores e de risco relacionados à saúde física, abuso sexual na infância, exposição de afro-americanos, violência familiar, uso de drogas por adolescentes, saúde do cuidador de doentes agudos e crônicos, filhos de alcoólatras e drogaditos, estresse familiar,

violência e etnia, crianças com necessidades especiais, estresse ambiental, fatores relacionados ao desempenho acadêmico e divórcio. Na base de dados da *American Psychological Association* (APA), o número de pesquisas é crescente, concentrando-se mais sobre a criança (incluindo o abuso, maus tratos e adoção), o adolescente (associando principalmente ao uso de substâncias psicoativas), programas preventivos e interventivos, estudos teóricos e resiliência familiar associada a membros familiares com problemas de saúde (incluindo a doença crônica física/mental e as deficiências). A Base de Dados CAPES, Scielo, Uniersia mostraram que os primeiros trabalhos no Brasil relacionados à resiliência surgem entre 1996 e 98, com estudos sobre crianças expostas a situações de risco, fatores de proteção e vulnerabilidade psicossocial. Observa-se aqui que as pesquisas brasileiras basicamente acompanham as estrangeiras no que se refere à concentração de temáticas. Entretanto, embora as categorias sejam as mesmas, as temáticas abordadas ressaltam algumas diferenças culturais e peculiares do Brasil.

Como pode se constatar neste levantamento, a resiliência aborda outras temáticas e não só as relacionadas com a crianças como nos estudos iniciais.

O estudo da resiliência em instituições de saúde, especialmente em situação de hospitalização, tem como objetivo compreender que características individuais e ambientais que podem ser modificadas ou estimuladas para que os indivíduos apresentem estratégias eficazes de enfrentamento diante de situações adversas (BIANCHINI, 2006).

Utilizando o termo resiliência de forma específica de enfrentamento da doença, pensa-se em indivíduos que apresentam resiliência frente às mais variadas situações problemáticas, mas aqui destacando-se a doença como a principal delas. A resiliência, neste contexto, seria a capacidade de um indivíduo lidar com a doença, aceitando as suas limitações, colaborando com aderência ao tratamento, readaptando-se e sobrevivendo de forma positiva.

A ciência e a tecnologia cada vez mais possibilitam o diagnóstico precoce e a terapêutica adequada das doenças, permitindo sua boa evolução e até mesmo a cura. Porém, mesmo com tais avanços, muitas doenças promovem alterações orgânicas, emocionais e sociais que exigem constantes cuidados e, conseqüentemente, processos adaptativos (BIANCHINI, 2006).

American Psychological Association (APA) elaborou recomendações que visam à melhora da resiliência (Tabela 4).

Em oncologia, são poucos os estudos que abordam a questão da resiliência. Na pesquisa feita por Simões sobre trabalhos completos publicados na literatura abordando a questão da resiliência no paciente oncológico, foram encontrados apenas 11 artigos. Infelizmente, nenhum deles avaliou como essa característica individual se distribui entre os pacientes com câncer, e nem a sua associação com a qualidade de vida e depressão. (SIMÕES, 2009)

Ferreira (2009), de forma preliminar, avaliou em uma amostra de 48 pacientes (34 mulheres) com diagnóstico de câncer em tratamento quimioterápico no Hospital Regina em Nova Hamburgo (RS), usando o questionário desenvolvido pelo Wagnild & Young, para avaliação da resiliência, já validado para a língua portuguesa falada no Brasil-(anexo 3). É composto de 26 itens, e mede o grau de resiliência individual, que é considerada uma característica positiva da personalidade que aumenta a capacidade de adaptação do indivíduo. Todos os itens são medidos em uma escala de 7 pontos, variando de 1= discordo completamente, até 7=concordo completamente, e se referem às frases afirmativas e refletem de forma acurada as sentenças compostas pelos participantes no estudo inicial sobre resiliência conduzido por Wagnild e Young. Os escores possíveis variam de 25 a 175 com os escores mais altos refletindo maior resiliência.

Tabela 4 - Recomendações da *American Psychological Association* para melhorar a resiliência:

1	Desenvolver boas atitudes: ver as dificuldades da vida como desafios e responder com ação, ao invés de sentimento de medo ou de vítima, auto-piedade, culpa. Enquanto a vida pode ser muito desafiadora, um passo importante para se tornar mais resiliente é desenvolver a auto-fala positiva. Lembrar que é forte e pode ser mais sábio, dependendo de como você lida com os desafios da vida.
2	Torna-se consciente: Uma parte da resiliência é a consciência emocional, assim, torna-se fundamental entender o que esta sentindo e por que. Às vezes, as pessoas se sentem sobrecarregadas com as suas emoções, e isso assusta e imobiliza. Saber por que você se sente perturbado pode fornecer informações valiosas sobre o que precisa mudar em sua vida. Também é importante fazer pesquisa sobre como enfrentar os desafios que enfrentamos. Manter um blog que pode ajudá-lo a explorar o seu mundo interior e vir para cima com um plano de ação.
3	Desenvolver um locus de controle interno: Pessoas resilientes acreditam que eles controlam a suas vidas, e é verdade. Enquanto não podemos controlar nossas circunstâncias, podemos controlar a forma como reagimos a essas circunstâncias, e isso faz uma grande diferença em nossas atitudes e no curso que as nossas vidas tomam. Felizmente você pode desenvolver um locus de controle interno.
4	Cultivar o otimismo: ser otimista é mais do que olhar o lado bom (embora isso ajude). É uma maneira de ver o mundo onde você pode maximizar seus pontos fortes e realizações, minimizar seus pontos fracos e retrocessos. Desenvolver uma visão de mundo mais otimista pode ajudá-lo a tornar-se mais resiliente.
5	Apoio social: Quando nós finalmente enfrentamos nossos próprios desafios, um amigo solidário ou grupo de amigos pode ajudar a aliviar a carga. Aqueles que têm fortes redes de apoio social tendem a ficar mais saudáveis e felizes ao longo da vida, e tendem a lidar bem com o estresse. Por outro lado, aqueles com pouco suporte podem encontrar-se mais vulneráveis, e aqueles com relações conflituosas e insuportáveis tendem a se sair ainda pior.
6	Manter o seu senso de humor: Se você é capaz de rir das frustrações da vida, você pode aumentar a sua imunidade ao estresse e à adversidades. Os que têm um senso de humor sobre a vida tendem a experimentar a vida como menos estressante, e são capazes de se relacionarem com outras pessoas durante tempos difíceis e experimentar inúmeros benefícios do riso. Se você pode dar um passo atrás em situações difíceis o suficiente para manter seu senso de humor, você vai ser mais resistente.
7	Exercício. O exercício tem sido associado a altos níveis de resiliência. Pode ser devido aos efeitos das endorfinas, ou dos benefícios de saúde física para aqueles que exercem, ou ambos. Independentemente disso, a adição de um hábito do exercício regular para o seu estilo de vida pode ser benéfica
8	Entrar em contato com seu lado espiritual: Estudos têm mostrado que aqueles que são mais espirituais tendem a ser mais resilientes também. Isso não significa que você não pode ser resiliente se você é ateu. Mas se você está aberto para isso, a reconexão ou reforçar a sua conexão com seu lado espiritual pode fornecer-lhe forças.
9	Nunca desistir: Embora muitas pessoas soubessem as estratégias de enfrentamento que podem ajudar no estresse, como dietas e programas de exercícios, os indivíduos mais bem sucedidos são aqueles que mantêm o esforço ao longo prazo. Não desista da sua situação, não pare de trabalhar.

Neste estudo preliminar foi encontrada uma distribuição normal dos escores de resiliência, com a média de 141,04 e desvio padrão de 12,75. Os estádios clínicos mais freqüentes foram III e IV. Não houve diferença estatística entre os escores de resiliência com relação ao gênero. Não se constatou diferença entre as pacientes com idade igual ou menor de 50 anos e pacientes com mais de 50 anos. Também não houve diferença em relação ao objetivo do tratamento, se adjuvante neo-adjuvante ou paliativo. Avaliando-se somente as 23 pacientes portadoras de carcinoma de mama, também se verificou uma distribuição normal dos escores de resiliência entre elas. Em resumo, nessa análise preliminar, os escores de resiliência se distribuíram de forma normal, sem relação com o estágio da doença, sexo, idade e objetivo do tratamento (adjuvante *versus* neo-adjuvante *versus* paliativo) em uma população não específica de pacientes com câncer.

No presente trabalho, buscou-se estudar a resiliência em uma série específica de pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico, estimando-se sua associação com os escores de qualidade de vida e depressão.

2 OJETIVOS

2.1 PRINCIPAL

- Avaliar a resiliência em uma série de pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico e sua associação com escores de qualidade de vida e depressão.

2.2 SECUNDÁRIO

- Avaliar a distribuição dos escores de resiliência, qualidade de vida e depressão.
- Analisar nessa série de casos as variáveis demográficas (idade e sexo), clínicas (estadiamento, *performance Status* - desempenho funcional), intenção de tratamento, tratamentos associados) e crença religiosa.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

- **Delineamento:** Trata-se de um estudo de série de casos.
- **Critérios de inclusão:** Pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão em tratamento radioterápico no Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Rita - Complexo Hospitalar Santa Casa, Porto Alegre (RS) de abril de 2009 a abril de 2010.
- **Critérios de exclusão:** Pacientes que tenham outras comorbidades graves, que não permitam a coleta dos dados e preenchimento dos questionários.
- **Aspectos bioéticos:** Projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Santa Casa-Complexo Hospital de Porto Alegre (Protocolo número 2091/09 através do parecer número 072/09). A pesquisa não envolveu riscos para os pacientes e os procedimentos estiveram de acordo com orientações nacionais e internacionais para pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes assinaram o termo de consentimento informado livre e esclarecido de participação na pesquisa, após informações verbais e escritas sobre os propósitos e métodos da mesma (Anexo 4). **Variáveis independentes:** Idade, sexo, estágio da doença, *performance status*, intenção do tratamento, tratamento associado, escala de qualidade de vida WHOQOL - bref (abreviado), inventário de depressão de Beck e escala de resiliência validados para o português brasileiro.
- **Variáveis dependentes:** associação entre resiliência e qualidade de vida, resiliência/escores depressão e qualidade de vida/depressão.
- **Método da coleta dos dados:** Os dados sobre a qualidade de vida, escores de depressão e de resiliência foram coletados através do preenchimento pelos participantes no estudo dos questionários sobre a qualidade de vida da WHOQOL – bref (Anexo 1), Inventário de Beck para depressão (Anexo 2), e a escala de resiliência (Anexo 3). Foi solicitado aos participantes preencherem os questionários na primeira semana de tratamento. As variáveis demográficas, clínicas e crença religiosa foram coletadas ao longo das entrevistas e do prontuário dos pacientes (Apêndice 1).

- **Técnica amostral:** Amostra não probabilística por conveniência, consecutiva.
- **Tamanho de amostra:** O cálculo do tamanho amostral foi efetuado através da técnica de Hulley (2001), e baseado em um estudo piloto de 20 pacientes, adotando-se nível de significância de 5,0%, um poder de 90,0%, e exigindo uma correlação de no mínimo 0,5 entre as escalas. Um mínimo de 38 pacientes fez-se, assim, necessário.

Processamento e Análise dos dados: As informações obtidas foram digitadas numa base de dados nas planilhas Excel com posterior processamento no SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17.

As variáveis quantitativas (escalas, idade e PS) foram descritas através de média e desvio padrão (distribuição simétrica) ou mediana e amplitude interquartilica (distribuição assimétrica). Para as variáveis qualitativas (sexo, intenção de tratamento, estadiamento e religião), foram utilizadas as freqüências absolutas e relativas.

Para avaliar a associação entre as escalas, os coeficientes de correlação de Pearson (distribuição simétrica) ou Spearman (distribuição assimétrica) foram utilizados.

Para comparar as escalas entre os grupos (homens e mulheres, intenção de tratamento, tipo de estadiamento ou religião), os testes t-Student ou Análise de Variância (ANOVA) foram aplicados, se distribuição simétrica. Em caso de assimetria, foram utilizados os testes de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis, respectivamente.

5 RESULTADOS

Foram incluídos 38 pacientes consecutivos com câncer de pulmão encaminhados para tratamento radioterápico.

A idade média dos pacientes foi de 60 anos e 53% dos pacientes eram homens. O tipo histológico predominante foi o carcinoma de não pequenas células (86,8) e 55,3% dos pacientes foram submetidos a tratamento com intenção curativa.

Os escores de resiliência e de qualidade de vida apresentam distribuição aproximadamente normal ou simétrica. No entanto, pelo tamanho do desvio padrão quando comparado com a média, os escores de depressão, pela BDI, informam que a distribuição é assimétrica, ou seja, há maior heterogeneidade entre os indivíduos quanto a essa variável (Tabela 2). É importante destacar que os pacientes têm pior qualidade de vida no domínio Físico e melhor no domínio Social. Quando associados os escores de qualidade de vida com a escala de resiliência, houve associação positiva estatisticamente significativa com todos os domínios do WHOQOL-BREF (Tabela 4). As associações indicam que quanto maior a resiliência, melhor a qualidade de vida dos pacientes. Com a escala de depressão, também houve associação significativa, porém inversa, em todos os domínios, com exceção do escore geral do WHOQOL-BREF. Essas associações representam que quanto maior o escore de depressão, pior é a qualidade de vida dos pacientes.

A associação entre as escalas de resiliência e de depressão está apresentada na Figura 2. Houve associação inversa estatisticamente significativa entre as escalas ($r_s = -0,477$; $p = 0,002$), ou seja, quanto maior a resiliência do paciente menor o escore de depressão. Em relação à depressão, 52,4% dos pacientes apresentam algum grau de depressão (Figura 3).

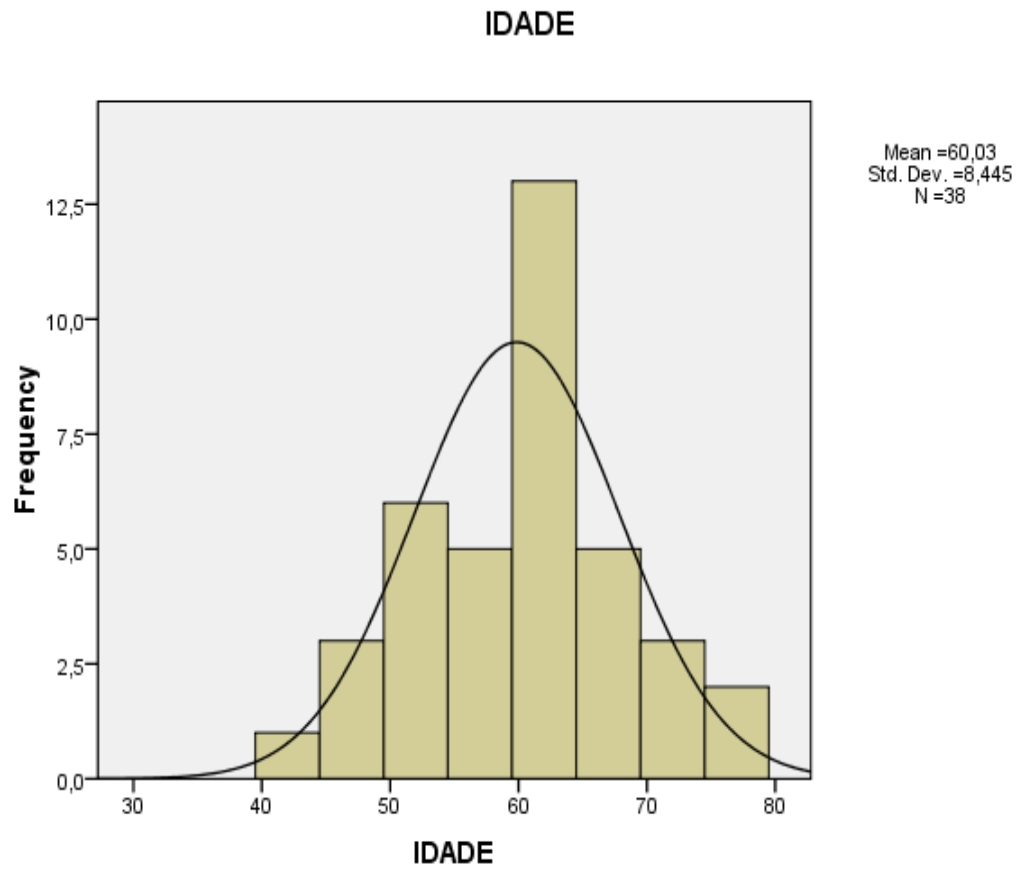


Gráfico. 1 - Distribuição de acordo a idade dos 38 pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico no Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Rita da Santa (Complexo Hospitalar Santa Casa - Porto Alegre).

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra dos 38 pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico no Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Rita Complexo Hospital Santa Casa - Porto Alegre.

Variáveis	Amostra total (n=38) n	%
Sexo		
Feminino	18	47,4
Masculino	20	52,6
Estádio		
II	4	10,5
III	17	44,7
IV	17	44,7
Tipo histológico		
Carcinoma de não Pequenas-células	33	86,8
Carcinoma de Pequenas células	5	13,2
Intenção de tratamento		
Paliativo	17	44,7
Curativa	21	55,3
Quimioterapia		
Não	17	44,7
Sim	21	55,3

Tabela 2 - Estatísticas descritivas dos escores dos instrumentos de qualidade de vida (WHOQOL-BREF), resiliência e depressão (Índice de depressão de Beck)

Escalas	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Resiliência	140,7	141,5	26,0	87	203
BDI	11,3	10,0	7,6	0	34
WHOQOL-BREF					
Físico	57,7	57,1	21,4	18	93
Psicológico	66,0	66,7	16,8	38	100
Social	72,8	75,0	21,5	33	100
Ambiente	67,9	65,6	12,6	47	100
Geral	55,6	50,0	20,3	25	88

Tabela 3 – Associação da resiliência com a idade, sexo e performance status (OS), em 38 pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico no Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Rita (Complexo Hospitalar Santa Casa - Porto Alegre).

	Valor do p
Idade	0.264*
Sexo	0.477**
P.S	0.261***

* teste da correlação de Pearson; ** teste t-student para amostras independentes; *** teste da correlação de Spearman

Tabela 4 – Associação entre os escores de qualidade de vida com os escores de resiliência e depressão em 38 pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico no Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Rita (Complexo Hospitalar Santa Casa - Porto Alegre).

WHOQOL-BREF	Resiliência		BDI	
	r*	valor-p	r _s **	valor-p
Físico	0,497	0,001	-0,538	<0,001
Psicológico	0,646	<0,001	-0,560	<0,001
Social	0,558	<0,001	-0,467	0,003
Ambiente	0,602	<0,001	-0,349	0,032
Geral	0,400	0,013	-0,193	0,245

* coeficiente de correlação de Pearson

** coeficiente de correlação de Spearman

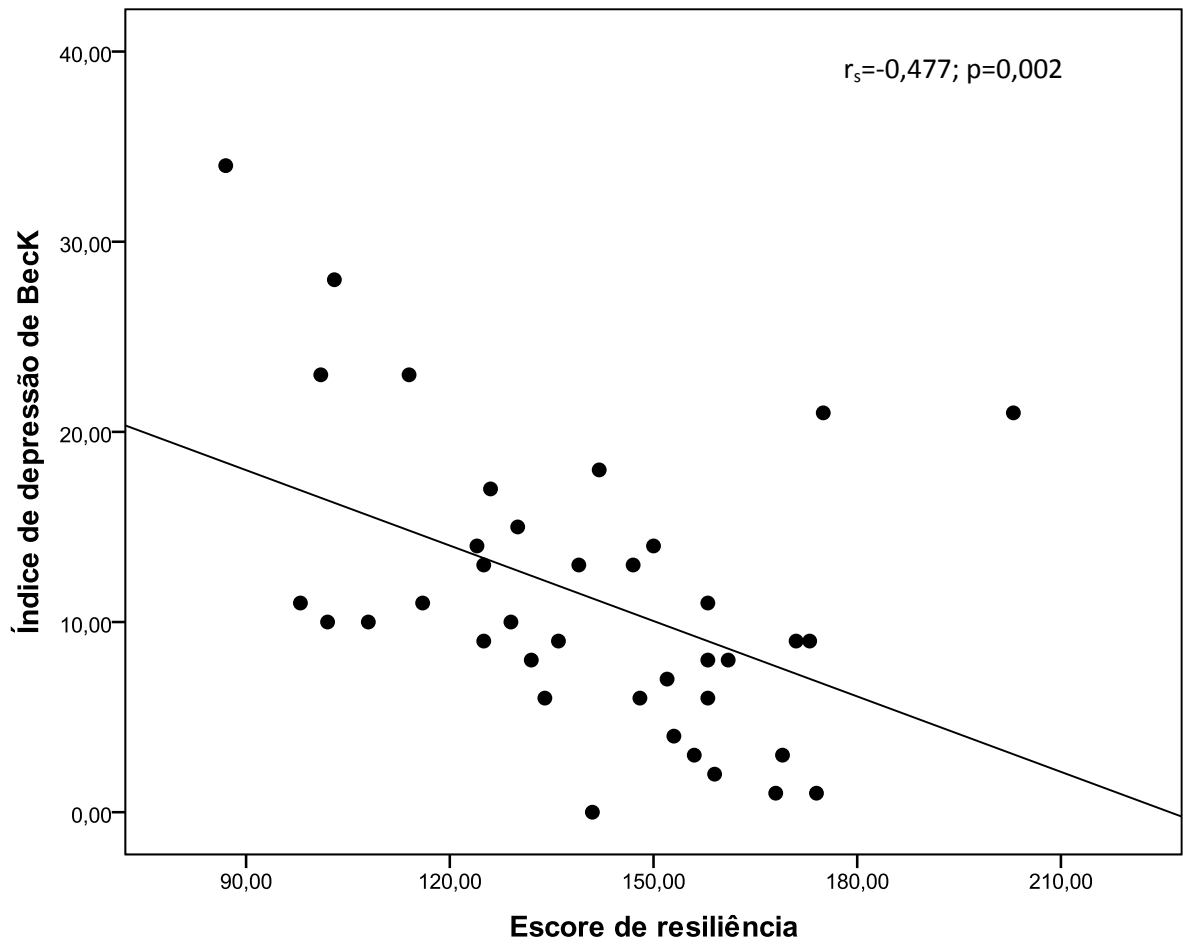


Gráfico. 2 - Correlação entre escores de depressão e resiliência em pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico no Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Rita da Santa Casa - Complexo Hospitalar de Porto Alegre.

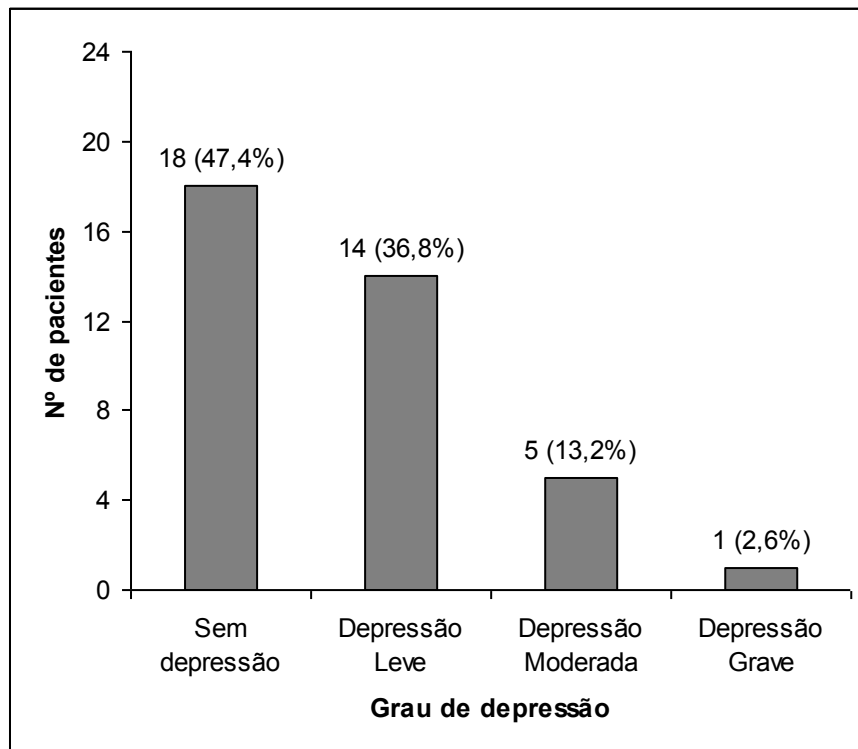


Gráfico. 3 – Distribuição do grau de depressão em pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico no Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Rita da Santa Casa - Complexo Hospitalar de Porto Alegre.

6 DISCUSSÃO

O diagnóstico de câncer e o seu tratamento constituem dois grandes fatores estressantes, com repercussões graves na qualidade de vida do paciente oncológico, afetando praticamente todas as suas dimensões, com repercussões negativas nos desfechos clínicos.

A avaliação da qualidade de vida é fundamental no estudo do paciente oncológico, e tem sido recomendada tanto nos ensaios clínicos como no atendimento diário desse tipo de paciente.

Na dimensão psicológica da qualidade de vida, a depressão é uma das condições que se apresenta em pacientes com câncer, constituindo um mau fator prognóstico.

Perante o diagnóstico de câncer, é fundamental que o paciente apresente capacidade de enfrentamento para manter uma qualidade de vida aceitável.

A capacidade de enfrentamento diante de situações estressantes é individual, depende de paciente para paciente. Essa capacidade diante dessas situações estressantes é que se enquadra no conceito de resiliência.

Infelizmente, a forma como a resiliência se associa com a qualidade de vida e depressão em pacientes com câncer é pouco estudada e não é totalmente compreendida.

No presente estudo, foram avaliados os escores de qualidade de vida, depressão, resiliência e suas associações em pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico bem como as características clínicas e demográficas.

Dos resultados do estudo, em relação à idade dos pacientes, a média foi de 60 anos, o que está de acordo com a faixa etária de maior incidência de câncer de pulmão, no mundo em geral. Quanto ao sexo, predominou o masculino com 53,0% dos casos. Dados da literatura apontam que a incidência de câncer de pulmão na mulher vem aumentando nos últimos anos, porém a doença ainda é mais incidente no sexo masculino. Quanto à histologia, 33 (86,8%) dos casos eram carcinomas não de pequenas células, o que está de acordo com a literatura, perfazendo este grupo cerca de 85% das neoplasias de pulmão. Apenas 4 pacientes encontravam-se no estágio II da Classificação TNM; a grande maioria (89,5%) estava nos estágios

III e IV, e nenhum no estágio I, o que se justifica por não serem pacientes candidatos a tratamento cirúrgico.

Analisando-se os diversos escores, verificou-se que os escores de qualidade de vida e resiliência apresentaram distribuição simétrica. Quanto à distribuição da resiliência, os achados encontrados concordaram com os dados encontrados por outros autores (FERREIRA, 2009; JUNIOR, 2010; SOUZA, 2010).

Na comparação dos escores estudados, foi encontrada associação entre os escores de qualidade de vida em todas as suas dimensões e de resiliência. Dados da literatura demonstram que qualidade de vida é um fator prognóstico importante no paciente oncológico, uma vez que baixos escores nesse item associam-se a pior prognóstico (SIDDIQUI, 2008; MEYER, 2009, SALLY, 1999; BONANNO, 2006). Em 1995, um estudo que avaliou a associação entre a qualidade de vida e a sobrevida geral em pacientes com câncer de pulmão (BUCCHERI, 2005). Foram incluídos neste estudo 128 pacientes em que foi avaliada a qualidade de vida em todos pacientes antes e depois do tratamento. Depois de 3 anos de seguimento, os resultados mostraram que pacientes com altos escores de qualidade de vida apresentaram maior sobrevida geral com significância estatística quando comparados com pacientes com baixos escores de qualidade de vida. Outros estudos com o mesmo enfoque em pacientes com câncer de pulmão apresentam os mesmos desfechos (RUCKDESCHEL, 1994; GANZ, 1991). Assim, pode-se notar a influência da qualidade no prognóstico de paciente com câncer. Por outro lado, apesar de tradicionalmente a avaliação do tratamento do paciente com câncer se basear nos resultados como a resposta do tumor, tempo livre de doença e sobrevida, estes parâmetros nem sempre se correlacionam com a melhoria da qualidade de vida. Pelo contrário, tratamentos específicos, podem não prolongar a sobrevida, mas oferecer melhor qualidade de vida ao paciente. Entender a percepção do paciente sobre a sua doença e tratamento é fundamental na prestação dos cuidados de paciente com câncer. Food and Drug Administration (FDA) Órgão Regulador Governamental Norte Americano, recomenda inclusão da avaliação de qualidade de vida nos ensaios clínicos em oncologia advertindo que quando duas ou mais modalidades terapêuticas apresentam o mesmo efeito terapêutico, deve-se indicar o que oferece melhor qualidade de vida (GANZ, 1985).

Pelos achados deste estudo, podemos inferir que as estratégias que visam melhorar a resiliência em paciente com baixos escores de resiliência logo após o diagnóstico de câncer, poderiam contribuir na melhoria da qualidade de vida.

Quando avaliada a associação entre a qualidade de vida e depressão, foi encontrada associação na dimensão física, psicológico social e do meio ambiente. A depressão é uma condição clínica que acomete o paciente oncológico. A sua prevalência é variável dependendo em parte do sitio primário da neoplasia e do estadiamento da doença (BOTTINO, 2009; RAISON, 2003; CITERO, 2003). Esta entidade está associada à pior qualidade de vida, constituindo um mau fator prognóstico (HEWITT, 2002; HEWITT, 2005) daí a necessidade de se realizar o diagnóstico precoce e instituir o tratamento adequado, prevenindo desta forma o seu impacto negativo. Um estudo que avaliou a associação entre a depressão e a sobrevida em pacientes com câncer de pulmão. Dos 95 pacientes que preencheram completamente os questionários, 50 apresentaram depressão. Foi concluído que pacientes sem depressão tiveram melhor sobrevida geral quando comparado com pacientes com depressão (BUCCHERI,). A associação entre os escores de depressão e qualidade de vida tem sido relatada na literatura (STEEL, 2007, FERRAZ, 2005).

No presente estudo, se constatou associação entre escores de depressão e resiliência. Em 2004, foi publicado um estudo que avaliou a associação entre sintomas depressivos e resiliência em residentes de Nova York seis meses após o ataque de 11 de setembro de 2001. Os resultados mostraram que os indivíduos com baixa resiliência apresentaram alta prevalência de sintomas depressivos (Bonanno, 2004). Outro estudo realizado pelo mesmo autor nos meses logo após ataque na mesma população encontrou a mesma associação (Bonanno, 2004)

7 CONCLUSÕES

No presente estudo,

- Os escores de qualidade de vida e resiliência apresentaram distribuição simétrica.
- Encontrou-se associação entre escores de qualidade de vida e resiliência, entre qualidade de vida e depressão entre escores de depressão e resiliência.
- Em relação às variáveis demográficas, a idade média foi de 60 anos, e o sexo masculino mostrou-se predominante.
- Os tipos histológicos não de pequenas foram os mais comuns, a grande maioria nos estádios III e IV.
- A maior parte dos pacientes (55,3%) foi submetida a tratamento com intenção curativa, com quimioterapia associada à radioterapia.

8 SUGESTÕES

- Que seja incentivada a realização de mais estudos do gênero em pacientes com outras neoplasias.
- Que seja considerada a possibilidade de incluir a avaliação da resiliência logo após o diagnóstico de câncer, para que os pacientes possam se beneficiar de uma atenção especial por parte dos médicos, enfermeiras e psicólogos.

REFERÊNCIAS

Aglio DDD, Koller SH, Yunes MAM. In *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à proteção*. (s.c.): Casa do Psicólogo, 2006.

Alberg A.J, Samet JM. *Epidemiology of lung cancer*. Chest 2003; 123:21.

American Cancer Society. *Cancer facts and figures*. American Cancer Society, Atlanta 1995

Baumeister H, Balke K, Harter M. Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. *J Clin Epidemiol*. 2005;58(11):1090-100.

Beck AT, Guth D, Steer R A, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behav Res Ther* 1997; 35:785.

Bianchini CS. Processos resiliência no contexto de hospitalização: Um estudo de caso. *Paidéia*, 2006; 16(35): 427-436

Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 2004; 59: 20-28.

Bonanno GA, Galea S, Vlahov B.B.D. What Predicts Psychological Resilience After Disaster? The Role of Demographics, Resources, and Life Stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007; 75(5): 671–682

Bottino SMB et al. Depressão e câncer. *Rev Psiq Clín*. 2009;36(3):109-15

Buccheri G, Ferrigno D, Tamburini M, Brunelli C. The patient's perception of his own quality of life might have an adjunctive prognostic significance in lung cancer. *Lung Cancer* 1995; 12: 45–58.

Buccheri G. Depressive reactions to lung cancer are common and often followed by a poor outcome *Eur Respir J* 1998; 11: 173–178

Citero VA, Nogueira-Martins LA, Lourenço MT, Andreoli SB. Clinical and demographic profile of cancer patients in a consultation-liaison psychiatric service. Sao Paulo, *Med J*. 2003; 121(3):111-6.

Cunha JÁ. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH, et al. Health-Related Quality-of-Life Assessments and Patient-Physician Communication: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2002; 288:3027.

Earlam S et al Relation Between Tumor Size, Quality of Life, and Survival in Patients With Colorectal Liver Metastases *J Clin Oncol* 1996; 14:171-175.

Estimativas do câncer no Brasil para o ano 2010, INCA, disponível em www.inca.gov, acessado aos 02/09/2010.

Ferraz GPT. *Sintomas depressivos em pacientes acometidos com neoplasia de cabeça e pescoço*. Arquivos brasileiros de psiquiatria, neurologia e medicina legal. Abril-Mai/Jun 2005; 99(2)

Ferreira et al Oncosinos-Hopital Regina, Novo Hamburgo, Brazil; Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, Brazil. *J Clin Oncol* 2009; 27(Suppl; abstr e 20736).

Ferreira PRF. E cols. *Tratamento combinado em Oncologia*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Fleck MA. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado da qualidade de vida "WHOQOL – bref". *Revista de saúde pública*, Abril, 2000; 34: 178 - 83.

Fletcher CD. *Diagnostic histopatology of Tumor*. 3.ed. (s.c.): Elsevier.

Ganz P A, Lee JJ, Siau J. Quality of life assessment. An independent prognostic variable for survival in lung cancer. *Cancer*. 1991;67:3131-3135.

Halperin EC, Perez LW, Brady L.W. *Principles and Practice os Radiation Oncology*. 5.ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

Hansen EK, Roach M. *Handbook of Evidence-based Radiation Oncology*, Espring 2007.

Hewitt M, Rowland J H, Mental health service use among adult cancersurvivors: analyses of the National Health Interview Survey. *J Clin Oncol*. 2002; 20(23):4581-90.

Jemal A et al. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2010; 60:277-300.

Johnson JR., Temple R. Food and Drug Administration requirements for approval of new anticancer drugs *Cancer Treat Rep* Oct 1985; 69(10):1155-9.

Junior O.C. et al. Comparison of resilience scores of an ambulatory nonselected population of cancer patients older than age 70 or younger than age 50 receiving chemotherapy treatment, Hospital São Mateus, Fortaleza, Brazil; Oncosinos, Hospital Regina, Novo Hamburgo, Brazil. *J Clin Oncol* 2010; 28.

Kathy S et al. Radiotherapy plus chemotherapy with or without surgical resection for stage III non-small-cell lung cancer: a phase III randomised controlled trial. *Lancet* 2009; 374: 379–86

Kirkova J at al; Cancer symptom assessment instruments: a systematic review. *J Clin Oncol*. 2006 Mar 20;24(9):1459-73.

Massie M. Prevalence of Depression in Patients With Cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 32:57–71

McLachlan S.A, Allenby A, Matthews J, et al. Randomized trial of coordinated psychosocial interventions based on patient self-assessments versus standard care to improve the psychosocial functioning of patients with cancer. *J Clin Oncol* 2001; 19:4117.

Meyer F, Fortin A, Gelinas M, et al. Health-related quality of life as a survival predictor for patients with localized head and neck cancer treated with radiation therapy. *J Clin Oncol* 2009; 27:2970.

Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2005; 55:74.

Pimentel LP. *Qualidade de vida do doente oncológico*. Porto: Tipografia Nunes, Lda 2003.

Raison C L, Miller AH. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol Psychiatry*. 2003; 54(3):283-94

Registros do Serviço de Radioterapia do Hospital santa Rita – Complexo Hospitalar de Porto Alegre, 2008

Renata P et al: Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, mar - abr, 2005; 21(2): 436-448.

Ruckdeschel JC, Piantadosi S. Quality of life in lung cancer surgical adjuvant trials. *Chest*.1994;106

Secchi G, Strepparava MG. The quality of life in cancer patients: A cognitive approach. *Eur J Int Med* 2001;12:35-42

Siddiqui, F, Pajak, T F, Watkins-Bruner, D, et al. Pretreatment quality of life predicts for locoregional control in head and neck cancer patients: a radiation therapy oncology group analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008; 70:353.

Somões CG. *Resiliência no paciente que convive com câncer definições elementares e estruturais: uma revisão integrativa*. Trabalho de conclusão - Curso de Enfermagem da escola da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2009

Souza MA et al. Resilience among older (≥ 65 years) cancer patients undergoing ambulatory chemotherapy treatment, Hospital São Mateus, Fortaleza, Brazil;Oncosinos, Hospital Regina, Novo Hamburgo, Brazil. *J Clin Oncol* 2010; 28.

Souza M. Resiliência Psicológica: Revisão da Literatura e Análise da Produção Científica. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican. Journal of Psychology* 2006; 40(1): 119-12

Steel JL, Geller DA, Gamblin TC et al. Depression, immunity, and survival in patients with hepatobiliary carcinoma. *J Clin Oncol* 2007; 25:2397.

Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*, 1993. 2(2): p. 153-9.

Wedding U et al Requestioning depression in patients with cancer: *Contribution of somatic and affective symptoms to Beck's Depression Inventory* *Annals of Oncology* Sep 5, 2007

White CA. Meaning and its measurement in psychosocial oncology. *Psychology*, 2004;13 (7): 324 - 334.

Williams JW Jr, Pignone M, Ramirez G, Perez Stellato, C. Identifying depression in primary care: a literature synthesis of case-finding instruments. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24:225.

Wingo PA, Ries L.A.G., Giovino G.A. et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1996, with a special section on lung cancer and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91: 675.

Yunes M. Psicologia positiva e resiliência: foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 2003; (8):75-84.

APÊNDICE

Folha de coleta de variáveis demográficas e clínicas e crença religiosa

Nome_____

idade_____,sexo_____

cidade_____

Tel._____.

Diagnóstico_____.

estádio__Performance Status____,intenção de tratamento_____

tratamento associado_____.

Outros_____.

ANEXOS

Anexo 1. Escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL bref. Validado em português brasileiro*.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avalia a qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5
2	Quanto satisfeito você esta com a sua saúde?	Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

As seguintes questões são sobre o quanto tem sentido algumas coisas nas últimas semanas

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que a sua dor (física impede você de fazer o que precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de um cuidado médico para levar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	Quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente na sua vida?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico, clima, barulho, poluição, atrativos?	1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam o quão completamente você tem se sentido capaz de fazer certas coisas nas últimas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia física no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis estão as informações para você no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam o quanto bem ou satisfeitos se sentiu a cerca de vários aspectos da sua vida nas últimas semanas.

		Muito ruim	ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de locomover?	1	2	3	4	5

		Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito você está com a capacidade de desempenhar o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito você está com as suas relações interpessoais (amigos conhecidos colegas, parentes)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito está com a sua pessoal?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito você está com apoio que recebe dos amigos?	1	2	3		5
23	Quão satisfeito está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito você está com o acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As seguintes questões referem-se com que você se sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas semanas

		Nunca	Algumas vezes	Freqüente	Muito freqüente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher o questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário a fazer sobre questionário?

Obrigado pela sua colaboração

Anexo 2.BDI – Inventário de Depressão de Beck

Instruções: 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) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido. Tome o cuidado de ler todas as afirmações antes de fazer a sua escolha

<p>1) 0 - Não me sinto triste 1 - Eu me sinto triste 2 - Estou sempre triste 3 - Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar</p>	<p>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 esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p>
<p>3) 0 - Não me sinto um fracasso. 1 - Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 - Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 - Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso</p>	<p>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.</p>
<p>5) 0 - Não me sinto especialmente culpado 1 - Eu me sinto culpado às vezes 2 - Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 - Eu me sinto sempre culpado.</p>	<p>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.</p>
<p>7) 0 - Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 - Estou decepcionado comigo mesmo. 2 - Estou enojado de mim 3 - Eu me odeio</p>	<p>8) 0 - Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 - Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros. 2 - Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 - Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p>
<p>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</p> <p>(11) 0 - Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 - Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 - Atualmente me sinto irritado o tempo todo 3 - Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.</p>	<p>(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 queira.</p> <p>(12) 0 - Não perdi o interesse nas outras pessoas 1 - Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas. 2 - Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas. 3 - Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.</p>
<p>13 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época. 1 Adio minhas decisões mais do que costumava. 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes. 3 Não consigo mais tomar decisões.</p>	<p>14 0 - Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser 1 - Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos. 2 - Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos. 3 - Considero-me feio</p>
<p>15 0 - Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes. 1 - Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.</p>	<p>16 0 - Durmo tão bem quanto de hábito. 1 - Não durmo tão bem quanto costumava. 2 - Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de</p>

2 - Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa. 3 - Não consigo fazer nenhum trabalho.	hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir. 3 - Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17 0 - Não fico mais cansado que de hábito. 1 - Fico cansado com mais facilidade do que costumava. 2 - Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa. 3 - Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.	18 0 - Meu apetite não está pior do que de hábito. 1 - Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser. 2 - Meu apetite está muito pior agora. 3 - Não tenho mais nenhum apetite.
19 0 - Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente. 1 - Perdi mais de 2,5 Kg. 2 - Perdi mais de 5,0 Kg. 3 - Perderam mais de 7,5 Kg. Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: () SIM; () NÃO	20) 0 - Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde. 1 - Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre. 2 - Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso. 3 - Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
(21) 0 - Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual. 1 - Estou menos interessado por sexo que costumava. 2 - Estou bem menos interessado em sexo atualmente. 3 - Perdi completamente o interesse por sexo.	

Escala de resiliência validado em português do Brasil***.

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Quando eu faço plano, eu os levo até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que de qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7

11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa com quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas sobre as quais eu não posso fazer nada.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente pesquisa “**Avaliação sistemática de escores qualidade de vida, depressão, resiliência bem com as suas relações em pacientes com o diagnóstico de câncer tratados com radioterapia**” tem por objetivo avaliar a qualidade de vida, eventual presença de depressão e a capacidade de reação positiva durante períodos de dificuldades (resiliência) em pacientes com diagnóstico de câncer do pulmão em tratamento com radioterapia no Hospital Santa Rita do Complexo Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Estamos convidando o senhor (a) para participar na pesquisa. Para participar deste estudo, o senhor (a) deverá preencher três questionários: o primeiro sobre a qualidade de vida, o segundo sobre depressão e o terceiro sobre a resiliência na primeira semana de tratamento.

A pesquisa não oferece nenhum risco ou desconforto ou custo aos pacientes envolvidos.

Este estudo, vai contribuir na melhor avaliação e compreensão de aspectos relacionados a qualidade de vida dos paciente, o grau de depressão e a capacidade de reação positiva durante períodos de dificuldades nos pacientes com câncer de pulmão tratados com a radioterapia e poderá permitir a planificação de intervenções que possam beneficiar os pacientes com câncer.

Eu,

fui informado (a) dos objetivos deste estudo de forma clara. Recebi informações a respeito da avaliação na qual serei submetido e esclareci todas as minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novos esclarecimentos e modificar minha decisão se eu assim desejar, sem, no entanto, sofrer qualquer represália por parte do pesquisador. As pesquisadoras certificaram-me que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e que terei liberdade para retirar meu consentimento de participação na pesquisa, se assim o decidir, sem prejuízo para mim. Se for do meu interesse, fui certificado que poderei ter acesso aos resultados da pesquisa assim que esta for disponibilizada.

Caso tenha novas perguntas sobre este estudo, devo contatar o pesquisador António Armando pelo endereço: Rua Sarmiento Leite 187 – no térreo, Serviço de Radioterapia, Tel. (51) 32148434, para qualquer pergunta sobre os meus direitos, como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha

participação, posso chamar também o orientador da pesquisa Dr. Antonio Fabiano Ferreira Filho, do Hospital Santa Rita pelo telefone 3214-8053 e Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, que se localiza na Rua Sarmiento Leite 187, Porto Alegre, Rio Grande do Sul - Brasil, telefone 32148571.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Assinatura do Paciente

Nome do Paciente

___/___/___

Assinatura do Pesquisador

Nome do Pesquisador

___/___/___

Este formulário foi lido para _____(nome do paciente) em ___/___/___ (data) pelo _____(nome do pesquisador) enquanto eu estava presente.

Assinatura da testemunha

Nome da testemunha
