

QUALIDADE DE VIDA, INDICADORES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E SATISFAÇÃO SEXUAL EM PACIENTES ADULTOS COM CÂNCER.

QUALITY OF LIFE, ANXIETY AND DEPRESSIONS INDICATORS AND SEXUAL SATISFACTION IN ADULT PATIENTS WITH CANCER.

Recibido: 16 de Junio del 2010 | Aceptado: 10 de Agosto del 2010

FERNANDA DA CRUZ BERTAN₁; ELISA KERN DE CASTRO₂;
(UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - Brasil).

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão e a satisfação sexual de pacientes com câncer. Participantes: 82 pacientes com idade média de 38,99 (DP= 7,47). Instrumentos: WHOQOL-breve, GHQ-12 e Questionário de Satisfação Sexual. Resultados: a qualidade de vida, os indicadores de ansiedade e depressão e a satisfação sexual correlacionaram-se de forma significativa. Observou-se que os pacientes que foram submetidos à radioterapia apresentaram melhor qualidade de vida que pacientes que não fizeram esse tratamento. Os indicadores de ansiedade e depressão foram preditores da qualidade de vida total. Os achados mostram a íntima relação entre essas variáveis e a importância de avaliar a qualidade de vida para promover o bem-estar de pacientes com câncer.

PALAVRAS CHAVE: Câncer; qualidade de vida, ansiedade; depressão; satisfação sexual.

ABSTRACT

Purpose: evaluate quality of life, anxiety, depression and sexual satisfaction indicators in patients with cancer. Participants: 82 patients with average age of 38,99 (DP=7,47). Instruments: Whoqol-bref, GHQ-12 and a Sexual Satisfaction Questionnaire. Results: Quality of life, anxiety, depression and sexual satisfaction indicators were significantly correlated. Patients submitted to radiotherapy presented better quality of life than non-submitted patients. Anxiety and depression indicators were significantly predictors of quality of life. Findings showed a close relation among these variables and the necessity to study quality of life to improve their well-being.

KEY WORDS: Cancer; health related quality of life; anxiety; depression; sexual satisfaction.

1. Professora da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Brasil, mestre em Psicologia Clínica (UNISINOS) Email: fernandacbertan@hotmail.com

2. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Doutora em Psicologia Clínica e da Saúde (Universidad Autónoma de Madrid)Email: elisa.kerndecastro@gmail.com

INTRODUÇÃO

O processo global de industrialização modificou os padrões de saúde-doença, conhecida como transição epidemiológica, caracterizada pela mudança do perfil de mortalidade, com diminuição de taxas de doenças infecciosas e aumento de doenças crônico-degenerativas, como o câncer (Guerra et al., 2005). Nos países da América Latina, essa transição epidemiológica ainda não se completou devido a diferentes fatores como, por exemplo, a desigualdade social.

Atualmente, o câncer é umas das principais causas de morte em todo o mundo, sendo considerado um importante problema de Saúde Pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Gonçalves, Padovani & Popim, 2008; Guerra, Gallo, Azevedo & Mendonça, 2005).

No Brasil, devido às desigualdades sociais existentes, há uma diversidade no perfil epidemiológico do câncer. Os tipos de câncer mais comuns na população de classe social elevada têm aumentado nos últimos anos, como é o caso do câncer de mama, próstata e colorretal. Porém, também tem se mantido elevadas as taxas de câncer mais comuns à população de baixa renda, como por exemplo, o de colo de útero, pênis e estômago (Guerra et al., 2005). Dados referentes ao DATASUS, sobre a mortalidade de pessoas por câncer no país sugerem um número de 145.000 pessoas no ano de 2005. Destas, 78.600 eram do sexo masculino, e 66.815 eram do sexo feminino. Somente na Região Sul, o número de pessoas com câncer corresponde a 29.960 (Datusus, acesso em 20/05/2009)

Diante da alta incidência de pessoas acometidas por câncer, é preciso estar atento não apenas ao diagnóstico precoce e ao seu tratamento adequado, mas também à percepção que o sujeito tem sobre sua própria vida. Nesse sentido, o conceito de qualidade de vida vem sendo aplicado aos Serviços de Saúde de forma sistemática e científica, desde os anos 70 (Castro, Caiuby, Draibe, & Canziani, 2003) através de recente aprimoramento de novos paradigmas no processo saúde-doença. A qualidade de vida, portanto, vai além do modelo biomédico e foca seu interesse nos aspectos relacionados à promoção da saúde, prevenção

de doenças, tratamento e reabilitação, no sentido de melhorar o bem-estar do paciente (Castro et al., 2003; Seidl & Zannon, 2004; Vinaccia & Orozco, 2005). Essa idéia confronta-se com o crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências afins, que trouxe, como consequência negativa, a progressiva desumanização da Saúde (Straub, 2005).

A Organização Mundial da Saúde definiu o conceito de qualidade de vida como à percepção individual da pessoa sobre sua saúde, conforme suas exigências culturais, sistemas de valores, metas, expectativas e preocupações (WHOQOL Group, 1995).

Entende-se que os determinantes e condicionantes do processo de saúde-doença são multifatoriais e complexos (Seidl & Zannon, 2004). Assim, a qualidade de vida pode ser entendida como um indicador de resultado das intervenções assistenciais e dos programas de políticas públicas que visem a prevenção e o controle de doenças.

A avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer têm sido relacionada a diferentes temas que envolvem seu tratamento, buscando contribuir para uma otimização de recursos disponíveis e para melhorar os diferentes aspectos da qualidade de vida no Sistema de Saúde (Franzi & Silva, 2003; Seidl & Zannon, 2004). A literatura científica sobre o tema é extensa em oncologia, porém ainda muitos estudos centram-se apenas na dimensão física quando avaliam a qualidade de vida (Bertan & Castro, 2009).

Para que o paciente com câncer consiga obter um bom índice de qualidade de vida, é importante que seu estado emocional, embora abalado, se mantenha saudável. No entanto, estudos referem que é freqüente o aparecimento de transtornos psicológicos após o diagnóstico de uma doença grave como o câncer (Baptista, Santos & Dias, 2006; Carvalho, Ribeiro, Ribeiro, Nunes, Cuckier & Stelmach 2007; Garcia, Tafuri, Nogueira & Carcinoni, 2000). O risco para o surgimento de transtornos nesses pacientes se deve a diferentes fatores, tais como estigma da doença, dificuldade para enfrentar o tratamento (quimioterapia, radioterapia, etc.) e seus efeitos, e a readaptação após o tratamento Os

problemas psicológicos mais vivenciados são a depressão e a ansiedade, que se iniciam desde o período pré-diagnóstico, seguindo durante e após o tratamento.

Com respeito à depressão em pacientes com câncer, a literatura demonstra que essa associação existe, seja a depressão como um fator de pré-disposição à doença ou como um acometimento posterior ao diagnóstico (Baptista, Santos & Dias, 2006; Garcia et al., 2000). Na linguagem cotidiana, depressão é sinônimo de tristeza, assim como a alegria, um sentimento psíquico normal, uma reação de ajustamento a situações adversas, como perda, desapontamento, etc (Antonio, Moreno & Roso, 2006). Porém, diagnosticar a depressão em pacientes com câncer é bastante difícil, devido a que alguns sintomas, como alteração de apetite, diminuição de energia, da libido e autoestima, insônia e ideias suicidas, se sobrepõem aos sintomas e/ou características comuns do câncer e do tratamento (Baptista, Santos & Dias, 2006; García et al., 2000).

A ansiedade também é observada em grande parte dos pacientes com câncer e pode estar associada a períodos de espera, diagnóstico, cirurgia ou tratamentos (Carvalho et al., 2007). Nesse sentido, Lopes, Santos e Lopes (2008) sugerem a técnica de relaxamento progressivo como medida eficaz para a sua redução nesse tipo de paciente. Estudos que abordam a depressão e a ansiedade juntas sugerem que o estado emocional do paciente, sua auto-estima, sua percepção sobre imagem corporal, entre outros fatores, encontram-se relacionados (Andrade & Gorenstein, 2007; Avelar, Derchain, Camargo, Lourenço, Sarian & Yoshida, 2006; Carvalho et al., 2007).

A satisfação sexual é um aspecto importante da vida do indivíduo que deve ser considerada quando se avalia qualidade de vida. Embora seja um tema importante, a sexualidade de pacientes com câncer é um tema que tem recebido pouca atenção por parte dos pesquisadores, até o momento (Bernardo, Lorenzato, Figueiroa, & Kitoko, 2007; Burwell, Case, Kaelim & Avis, 2006; Huget, Morais, Osis, Pinto-Neto & Gurgel, 2005; Potosky, Reeve, Cleeg, Hoffman, Stephenson, Albertsen, Gilliland & Stanford, 2002; Silva, 2007; Tofani, 2006).

Em pacientes com câncer, existem estudos que examinaram como a doença afeta a vida sexual; porém, restringem-se a relacioná-la com problemas de origem física como vagina seca, menopausa (Burwell et al., 2006) e cirurgia ginecológica (Huget et al., 2005). Estudos que avaliam o relacionamento conjugal, ou outros fatores de ordem psicológica, são pouco frequentes (Silva, 2007). Nesses estudos, diferentes resultados foram encontrados, relacionados à satisfação sexual: idade, tempo e tipo de tratamento, autoestima e autoimagem, atratividade sexual, tipo de cirurgia, falta de libido, submissão sexual, repercussões psicológicas (depressão e ansiedade), nível socioeconômico, escolaridade, relação marital ou estável, impotência, desejo sexual, entre outras.

Em um estudo longitudinal (Andersen, Carpenter, Yang & Shapiro, 2007), que avaliou a sexualidade de mulheres com câncer de mama, a partir do seu comportamento sexual, satisfação sexual e satisfação com o relacionamento, os resultados demonstraram que as pacientes, apesar das dificuldades, mantiveram sua vida sexual. Outro estudo longitudinal, também com mulheres com câncer de mama (Burwell et al., 2006), demonstrou que os problemas sexuais, sugerindo que a vagina seca e baixa atratividade sexual foram relacionadas a maiores problemas sexuais globais. Esses problemas eram maiores no período de diagnóstico e diminuía com o passar do tempo; no entanto, ainda eram significativos um ano após a cirurgia.

Em relação à satisfação sexual relacionada à qualidade de vida, o estudo de Huget (2005) com mulheres tratadas por câncer de mama demonstrou que pacientes com relacionamento marital estável apresentaram maior satisfação sexual, bem como mulheres com mastectomia conservadora e total que fizeram reconstrução imediata. Por outro lado, em pesquisa que investigou a sexualidade do casal em situação de cuidados paliativos oncológicos de um dos cônjuges (Silva, 2007), os resultados demonstraram a necessidade da reestruturação familiar e conjugal a partir do diagnóstico. Percebeu-se, neste estudo, que houve aproximação dos cônjuges devido à doença, o que pode justificar o comportamento sexual dos participantes, bem como o tempo de relacionamento do casal.

Evidenciou-se, portanto, que a literatura latinoamericana na área da Psicooncologia ainda é escassa no que se refere à qualidade de vida, a depressão e ansiedade, e satisfação sexual, de pacientes portadores de câncer. Do mesmo modo, não é possível identificar precisamente qual o papel que algumas variáveis sociodemográficas como sexo e idade do paciente, assim como variáveis clínicas da doença e do tratamento (tipo de tratamento realizado, tempo de diagnóstico, etc) desempenham para a avaliação que esses pacientes fazem de sua qualidade de vida. Sendo assim, o objetivo principal do presente trabalho foi examinar a qualidade de vida, os indicadores de saúde geral - ansiedade e depressão – e satisfação sexual de adultos com câncer, identificando possíveis diferenças quanto ao sexo, estado civil e tipo de tratamento realizado. Igualmente, buscou-se identificar a influência desses fatores psicológicos individuais (satisfação sexual, ansiedade e

depressão) para a qualidade de vida desses pacientes.

MÉTODO

Participantes

Participaram desse estudo 82 pacientes, com diferentes tipos de cânceres (mama, leucemias, linfomas, sarcomas, pele, aparelho digestivo, aparelho reprodutor, ossos); 21 deles com alguma metástase, na faixa etária entre 20 e 50 anos, e que estavam em tratamento em um hospital público da cidade Chapecó (SC), Brasil. Os critérios de inclusão foram: 1) ter diagnóstico de câncer; e 2) estar em tratamento quimioterápico, radioterápico, ou ambos há pelo menos um mês. Já os critérios de exclusão foram: 1) pacientes que estivessem sedados e sem condições de responder às perguntas; e 2) pacientes que tivessem sofrido lesão no sistema nervoso. A tabela 1, abaixo, mostra as principais características dos participantes:

TABLA 1. Descrição dos participantes.

Descrição dos Participantes		N (%)
Sexo		
	Masculino	25 (30,5%)
	Femenino	57 (69,5%)
Escolaridade		
	Ensino Fundamental Inc.	44 (53,7%)
	Ensino Fundamental Comp.	8 (9,8%)
	Ensino Secundário Inc.	4 (4,9%)
	Ensino Secundário Comp.	16 (19,5%)
	Superior Inc.	3 (3,7%)
	Superior Comp.	3 (3,7%)
	Pós-Graduação	3 (3,7%)
Trabalho		
	Trabalha	18 (22,0%)
	Não trabalha	11 (13,4%)
	Não trabalha devido à doença	49 (59,8%)
	Aposentado	4 (4,9%)
Estado Civil		
	Solteiro/Separado	19 (23,2%)
	Casado/Coabitam	63 (76,8%)
	Pacientes com parceiro sexual	72 (87,8%)
	Pacientes sem parceiro sexual	10 (12,2%)
	Pacientes sem história de câncer na família	30 (36,6%)
	Pacientes com história de câncer na família	52 (63,4%)
Tratamentos Realizados		
	Quimioterapia	62 (75,6%)
	Radioterapia	44 (53,7%)
	Cirurgia	56 (68,3%)
	Media (DP)	
Idade		38,99 (7,47)
Número de Filhos		1,94 (1,14)
Tempo de Diagnóstico (meses)		13,92 (16,11)
Numero de Hospitalizações (no ultimo ano)		1,51 (1,65)

Instrumentos:

1. Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos: elaborado com a finalidade de investigar dados pessoais do paciente (idade, sexo, grau de instrução, etc.), dados clínicos (informações sobre o estado de saúde atual, tempo do diagnóstico, tratamento realizado, última hospitalização, etc.); e sobre sua vida sexual (estado civil, tempo em que está com o parceiro ou está sem parceiro, quem é o parceiro, se atualmente tem mais de um parceiro, e a identidade sexual).
2. Instrumento de Avaliação de Qualidade da Organização Mundial da Saúde Vida-Versão Breve -WHOQol-breve (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000): é um instrumento desenvolvido pela OMS, que objetiva avaliar a qualidade de vida em diferentes culturas. A versão breve do questionário contém 26 itens e deriva da versão original de 100 itens (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999). As versões em português (do Brasil) de ambos os instrumentos foram desenvolvidas no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. O WHOQol-breve consta de duas questões gerais e de 24 questões, compõem cada uma das 24 facetas que avaliadas pelo instrumento original. Os quatro domínios do instrumento são: físico, psicológico, social, e ambiente. Para cada questão, existem 5 graus de intensidade e o paciente escolhe uma delas. Quanto à consistência interna, o valor alpha de Cronbach, das 26 questões no estudo de validação, foi de 0,91 com pacientes adultos. O instrumento mostrou-se discriminativo ao avaliar pacientes psiquiátricos e um grupo-controle (Fleck et al., 1999; Fleck, 2000).
3. Questionário de Saúde Geral de Goldberg – GHQ-12 (Goldberg, 1978; Gouveia et al., 2003): consta de uma série de 12 afirmações sobre o estado de saúde das pessoas, em geral, e objetiva identificar doenças psiquiátricas não graves. O estudo de validação do instrumento de 12 itens, no Brasil, mostrou que sua estrutura é bifatorial, ou seja, que mede indicadores de ansiedade e depressão (Gouveia et al., 2003). A tarefa do indivíduo consiste em dizer se as afirmações se aplicam ou não a ele. O QSG-12 é uma versão curta do instrumento, derivada da escala original, que consiste em 60 itens. O estudo de Gouveia, Chaves, Oliveira, Dias, Gouveia & Andrade (2003) verificou alpha de Cronbach para depressão de 0,81 e para ansiedade de 0,66, com índice geral de saúde mental (modelo unifatorial) de 0,84.
4. Questionário de Satisfação da Vida Sexual em Situação de Doença Crônica (QSS): Questionário piloto elaborado pelos autores do estudo, a fim de examinar a satisfação sexual de pacientes com câncer. O instrumento é composto por 13 questões. As primeiras cinco perguntas dizem respeito a informações gerais sobre a sexualidade do paciente (vida sexual, orientação sexual, quem é o parceiro, quantos parceiros). Na sexta questão, sobre desconforto sexual, o paciente deve responder se sente ou não desconforto e, em caso positivo, deverá listar os desconfortos que sente. Da sétima à décima terceira questão, o paciente deve responder, numa escala de 1 a 4, questões referentes a mudanças na sua vida sexual, frequência e nível de satisfação.

Delineamento e Procedimentos:

A pesquisa é de natureza quantitativa, correlacional e transversal. A coleta de dados da presente pesquisa foi realizada junto a um hospital público que é referência na região oeste do estado de Santa Catarina (Brasil) para o tratamento do câncer.

A aplicação dos instrumentos foi realizada enquanto o paciente aguardava consulta médica ou a sessão de radioterapia, ou também durante quimioterapia. A Equipe de Enfermagem encaminhava os pacientes e, em seguida, após a explicação dos objetivos do estudo era solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorreu na sala de Enfermagem para os pacientes que estavam aguardando consulta ou a realização da radioterapia, ou no próprio leito, no caso de pacientes em quimioterapia. O tempo de duração de aplicação dos instrumentos foi em média 30 minutos. Inicialmente era aplicado o questionário de dados sociodemográficos e

clínicos. Logo após, era aplicado o instrumento de qualidade de vida, seguido do questionário de saúde geral e, por fim, o questionário de satisfação sexual.

O Projeto foi aprovado por Comitê de Ética da UNISINOS, sendo respeitada a Resolução brasileira 196/96, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Inicialmente, realizaram-se análises descritivas dos resultados do WHOQOL, QHG-12 e QSS. A Tabela 2 apresenta as médias, medianas, quartis e valores mínimos e máximos dos resultados desses instrumentos.

Com respeito à existência de desconforto sexual e ao tipo de desconforto mencionado no QSS, 48 pacientes (40,4%) referiram ter algum tipo de desconforto sexual. Alguns mencionaram mais de um tipo de problema. As principais queixas foram: falta de libido ou falta de prazer (17 pacientes); problemas emocionais que interferem na atividade sexual (10); problemas relacionados à menopausa ou falta de ereção (9); cansaço físico e fraqueza (9); dor no ato sexual (6); ressecamento vaginal (5) e medo (2).

A Tabela 3 mostra as porcentagens relativas aos níveis baixo (abaixo do 1º quartil), médio (dentro do 2º e 3º quartis) e alto (acima do 4º quartil) para a qualidade de vida e suas dimensões, para os indicadores de ansiedade e depressão, e para a satisfação sexual.

TABLA 2. Resultados Descritivos do Instrumento de Qualidade de vida WHOQOL(QV), dos indicadores de ansiedade e depressão (GHQ), e do Questionário de Satisfação Sexual (QSS).

Instrumentos	Fator	Média (DP)	Mediana	1º.Quartil 25	3º.Quartil 75	Min./ Máx.
Qualidade de Vida (WHOQOL)	QV Total	81 (10,67)	81,52	75	89,75	46-100
	QV física	22 (3,60)	22,44	21	25	21-44
	QV psicológica	22 (3,20)	21,89	20	24	13-29
	QV social	10 (2,33)	10,09	8	12	4-15
	QV ambiente	28 (4,23)	27,11	25	30	13-36
Questionário de Saúde Geral (GHQ-12)	Indicadores de Ansiedade	11(2,50)	10,79	9	13	5-16
	Indicadores de Depressão	16 (5,15)	17,11	13	21	8-30
Questionário de Satisfação Sexual (QSS)		19 (4,34)	18,28	15	21,25	10-26

TABLA 3. Pontos de corte da Qualidade de vida, Ansiedade e Depressão e Satisfação Sexual.

Instrumentos	Fator	Nível	Porcentagem
Qualidade de Vida (WHOQOL)	QV Total	Baixo	28,0%
		Médio	45,1%
		Alto	24,4%
	QV física	Baixo	36,6%
		Médio	41,5%
		Alto	19,5%
	QV psicológica	Baixo	35,4%
		Médio	41,5%
		Alto	20,7%
	QV social	Baixo	29,3%
		Médio	53,7%
		Alto	14,6%
	QV ambiente	Baixo	32,9%
		Médio	45,1%
		Alto	19,5%
Questionário de Saúde Geral (GHQ-12)	Indicadores de Ansiedade	Baixo	26,8%
		Médio	56,1%
		Alto	14,6%
	Indicadores de Depressão	Baixo	26,8%
		Médio	53,7%
		Alto	17,1%
Questionário de Satisfação Sexual (QSS)	Baixo	30,5%	
	Médio	45,1%	
	Alto	24,4%	

A seguir, realizou-se a análise correlacional a fim de verificar as associações entre qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão, e satisfação sexual. Os resultados mostraram que a qualidade de vida geral correlacionou-se, de maneira significativa, com todas as demais variáveis, assim como as dimensões psicológicas, social e ambiental (conforme

mostra a Tabela 4). A única correlação que não foi significativa ocorreu entre os níveis de satisfação sexual e a qualidade de vida física. Esses resultados demonstraram que os pacientes que apresentaram maior qualidade de vida, eram pacientes que apresentaram menores índices de ansiedade e depressão, e maior índice de satisfação sexual.

TABLA 4. Análise de Correlação.

	WHOQOL total	WHOQOL físico	WHOQOL psicológico	WHOQOL social	WHOQOL ambiente
GHQ-12 ansiedade	-0,585**	-0,440**	-0,411**	-0,395**	-0,573**
GHQ-12 depressão	-0,596**	-0,448**	-0,395**	-0,466**	-0,565**
QSS	0,362**	0,146	0,253	0,434**	0,359**

**Correlação significativa 0,01

*Correlação significativa 0,05

Em seguida, foi realizado teste t para examinar possíveis diferenças na qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão, e satisfação sexual entre homens e mulheres, entre solteiros/divorciados e casados/vivem junto, entre pacientes que têm história familiar de câncer, ou não, pacientes que fizeram quimioterapia ou não, e pacientes que foram submetidos à radioterapia e os que não realizaram esse tratamento. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos nas análises realizadas. Com relação à radioterapia, encontraram-se resultados significativos relacionados à qualidade de vida total ($t=-2,327$, $p<0,05$), social ($t=-2,198$, $p<0,05$) e ambiente ($t=-2,183$, $p<0,05$). Os pacientes que foram submetidos a esse tratamento apresentaram melhores resultados na qualidade de vida.

Finalmente, os cinco modelos de regressão (método stepwise) para a qualidade de vida total e suas dimensões (física, psicológica, social e ambiental) são apresentados na Tabela 5 e mostram, em geral, o peso das variáveis indicadores de ansiedade e de depressão e, em menor grau, da satisfação sexual. Com respeito à variável dependente qualidade de vida total, a análise de regressão mostrou que os

indicadores de ansiedade e depressão foram preditores nos três passos, de forma significativa ($\beta=-0,301$, $p<0,05$ e $\beta=0,322$, $p<0,05$, respectivamente), porém a inclusão da variável satisfação sexual no modelo fez com que este explicasse 42,8%, porém esse resultado não foi significativo. A análise de regressão da variável qualidade de vida física mostrou capacidade preditiva dos indicadores de ansiedade apenas no passo 1 ($\beta= 0,146$, $p<0,01$), porém com a inclusão dos indicadores de depressão o modelo deixou de ser preditivo. Já com relação à qualidade de vida psicológica, o modelo geral não foi significativo. Em contrapartida, para a qualidade de vida social, as variáveis preditoras no passo 3 foram indicadores de depressão ($\beta= -0,307$, $p<0,05$) e satisfação sexual ($\beta=0,307$, $p<0,01$), sendo que o modelo preditivo explicou 30,7% da variância ($R^2=0,307$, $p<0,01$). Esses resultados indicam que altos níveis de depressão e alta satisfação sexual têm influência significativa sobre a qualidade de vida social de pacientes com câncer. Por último, os indicadores de ansiedade ($\beta=-0,321$, $p<0,05$) e de depressão ($\beta=-0,275$, $p<0,05$) contribuíram de maneira significativa para modelo de regressão da qualidade de vida ambiental, que explicou 40% da sua variância ($R^2=0,400$, $p<0,5$).

TABLA 5. Análises de regressão (método stepwise) para predição da qualidade de vida total e suas dimensões física, psicológica, social e ambiental.

Qualidade de Vida total				
Step e Variável Preditora	R ²	ΔR ²	sr ²	B
Step 1	0,342**	0,342**		
Ansiedade			0,392**	-0,585**
Step 2	0,404**	0,062**		
Ansiedade			0,547*	-0,322*
Depressão			0,266**	-0,361**
Step 3	0,428	0,023		
Ansiedade			0,543*	-0,301*
Depressão			0,266*	-0,322*
Sstisfação Sexual			0,277	0,162
Qualidade de Vida Física				
Step e Variável Preditora	R ²	ΔR ²	sr ²	B
Step 1	0,193**	0,193**		
Ansiedade			0,146**	-0,440**
Step 2	0,128	0,035		
Ansiedade			0,210	-0,242
Depressão			0,102	-0,272
Step 3				
Ansiedade				
Depressão				
Qualidade de Vida Psicológica				
Step e Variável Preditora	R ²	ΔR ²	sr ²	B
Step 1	0,169**	0,169**		
Ansiedade			0,132**	-0,411**
Step 2	0,189	0,020		
Ansiedade			0,192	-0,262
Depressão			0,093	-0,205
Step 3	0,201	0,012		
Ansiedade			0,192	-0,247
Depressão			0,094	-0,176
Sstisfação Sexual			0,081	0,118
Qualidade de Vida Social				
Step e Variável Preditora	R ²	ΔR ²	sr ²	B
Step 1	0,156**	0,156**		
Ansiedade			0,097**	-0,395**
Step 2	0,224**	0,068**		
Ansiedade			0,136	-0,118
Depressão			0,066**	-0,381**
Step 3	0,307**	0,083**		
Ansiedade			0,130	-0,078
Depressão			0,064*	-0,307*
Sstisfação Sexual			0,055**	0,307**
Qualidade de Vida Ambiental				
Step e Variável Preditora	R ²	ΔR ²	sr ²	B
Step 1	0,328**	0,328**		
Ansiedade			0,157**	-0,573**
Step 2	0,375*	0,047*		
Ansiedade			0,222*	-0,343*
Depressão			0,108*	-0,316*
Step 3	0,400*	0,025		
Ansiedade			0,220*	-0,321*
Depressão			0,118*	-0,275*
Sstisfação Sexual			0,092	0,168

**p<0,01; *p<0,05

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou avaliar a qualidade de vida, os indicadores de ansiedade e depressão, e satisfação sexual em pacientes adultos com câncer. Nesse sentido, foi também analisada a influência desses fatores para a qualidade de vida dos pacientes. A literatura aponta para a qualidade de vida como um fator importante e esperado na promoção da saúde e na prevenção de doenças principalmente em estudos com pacientes portadores de doença crônica (Castro et al., 2003; Vinaccia & Orozco, 2005). Estudos que avaliam qualidade de vida e câncer apontam que os principais problemas psicológicos apresentados por estes pacientes são a depressão e a ansiedade (Baptista et al., 2006; Carvalho et al., 2007; Garcia et al., 2000). No entanto, são poucos estudos latinoamericanos que avaliam sua relação com a qualidade de vida. Observa-se também, que a satisfação sexual é um aspecto importante na avaliação da qualidade de vida do indivíduo (Andersen et al., 2007; Burwell et al., 2006), principalmente na doença crônica, devido a adaptação ao adoecimento e tratamento, no dia a dia do paciente.

Em relação à qualidade de vida, verificou-se que as dimensões física, psicológica e ambiental foram as que apresentaram maior frequência de pacientes com baixa qualidade de vida. Além disso, observaram-se altos índices de ansiedade e depressão em, aproximadamente, 15% da amostra e baixo ou médio nível de satisfação sexual, na maioria dos pacientes. O estudo realizado no Brasil por Braz, Rivas, Dedivitis, Nishimoto & Barros (2005) já havia detectado baixos níveis de qualidade de vida em pacientes com câncer, especialmente naqueles submetidos a procedimentos agressivos. Juver e Verçosa (2008) e Diniz e colaboradores (2006), por outro lado, verificaram que sintomas depressivos são freqüentes em pacientes com câncer, podendo ser ainda mais importantes em caso de cuidados paliativos. Nesse sentido, torna-se imprescindível avaliar sintomas de depressão em pacientes com câncer e tratar a ansiedade decorrente da doença e tratamento, uma vez que podem afetar o seu prognóstico desses pacientes (Carvalho et al., 2007; Lopes, Santos & Lopes, 2008).

As correlações significativas da qualidade de vida, com os indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual são dados que demonstram que variáveis psicológicas estão interligadas não só com a dimensão psicológica da qualidade de vida, mas também e principalmente com outras dimensões desse constructo/conceito. A associação entre qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes com câncer (Jorngarden, Mattsson & Von Essen, 2007; Mystakidou, Tsilika, Parpa, Katsouda, Galanos & Vlahos, 2005; Tagay et al., 2006), e entre qualidade de vida e sexualidade (Fobair, Stewart, Chang, D'onofrio, Banks, Bloom, 2006; Frumovitz et al., 2005; Huget et. al, 2009) foi demonstrada na literatura internacional, porém até então, não foram encontrados dados relacionando todos esses aspectos na literatura latinoamericana.

A ausência de diferenças na satisfação sexual entre pacientes homens e mulheres pode estar demonstrando que, para esses pacientes, o impacto de uma doença como o câncer para a sexualidade interfere igualmente nas vidas desses pacientes. O estudo brasileiro realizado por Tofani e Vaz (2006) já havia observado sentimentos de impotência e fracasso relacionados à sexualidade em homens com câncer de próstata. No entanto, é possível supor que homens com câncer de próstata, particularmente, podem sofrer maiores danos na sua satisfação sexual já que a localização do câncer diz respeito ao órgão genital masculino, que em muitos casos pode ficar comprometido com a cirurgia para retirada do tumor. Na presente pesquisa, devido à heterogeneidade dos tipos de câncer dos participantes, não foi possível estabelecer comparações entre os diagnósticos, porém faz sentido a idéia de que os tumores relacionados diretamente à sexualidade/masculinidade/feminilidade desses pacientes podem gerar maior impacto na satisfação sexual.

Com respeito aos efeitos do tratamento para o câncer, alguns estudos (Bernardo et al., 2007; Frumovitz et al., 2005) sugerem que o tratamento radioterápico altera a sexualidade desses pacientes, desencadeando disfunções sexuais como frigidez e falta de lubrificação, de excitação e de orgasmo, falta de libido e vaginismo. No entanto, no presente estudo não foi observado decréscimo na satisfação sexual de pacientes que realizaram radioterapia, e sim

melhor qualidade de vida, resultado similar ao encontrado por Franzi e Silva (2003). Como a radioterapia é um tratamento que alivia sintomas de dor (INCA, 2009), é possível pensar que essa seja a razão pela qual os pacientes submetidos a esse tipo de tratamento apresentaram mais qualidade de vida do que aqueles que não precisaram ser submetidos a esse tipo de tratamento, uma vez que podem ter sentido maior conforto físico com o tratamento. No entanto, como a amostra é heterogênea com relação aos tipos de câncer dos pacientes, futuros estudos deverão aprofundar esse aspecto controlando o efeito da radioterapia para a qualidade de vida do paciente a partir do tipo de câncer diagnosticado e pela sua gravidade.

Com respeito à quimioterapia, seus efeitos colaterais visíveis (perda do cabelo, náusea, emagrecimento, etc.) assim como o possível aparecimento de sintomas de menopausa precoce nas mulheres são apontados como um dos fatores que podem interferir na sexualidade de pacientes com câncer (Burwel et al., 2006). Por outro lado, Machado e Sawada (2008) referem que, três meses após o início do tratamento com quimioterapia, eles experimentam uma melhora na sua qualidade de vida, os pacientes estão adaptados e percebendo os efeitos do tratamento. Apesar de esses estudos terem apontado estas questões referentes ao tipo de tratamento, não foi possível observar nessa pesquisa qualquer particularidade relacionada à quimioterapia na qualidade de vida, na satisfação sexual ou nos indicadores de ansiedade e depressão desses pacientes.

O principal achado da análise de regressão diz respeito à importância dos indicadores de ansiedade e depressão, e em menor medida da satisfação sexual para as dimensões da qualidade de vida e da qualidade de vida total. Tais resultados indicam que, quanto mais baixos os níveis de ansiedade e depressão e mais altos os níveis de satisfação sexual, melhor será a qualidade de vida desses pacientes com câncer. Esse resultado é muito importante, tendo em vista os altos índices de sintomas de ansiedade e depressão nesse grupo de pacientes, identificados em uma gama de estudos (Baptista et al., 2006; Diniz et al., 2006; Valle, Zuñiga, Tuzet, Martínez, Jará & Aliaga, 2006). Por outro lado, mostra que a

sexualidade desses pacientes é componente importante de sua qualidade de vida (Fobair et al., 2006), nesse caso especialmente na sua dimensão social. Em particular, dois aspectos chamam a atenção: o primeiro deles se refere à não correlação e, portanto, à não predição da satisfação sexual para a dimensão física da qualidade de vida. Esse resultado é interessante, já que confirma a idéia de que a sexualidade é mais um aspecto psicológico e social do que algo físico (Gagnon & Simon, 2005); em segundo lugar, chama a atenção que as variáveis investigadas não foram preditoras da dimensão psicológica da qualidade de vida. Assim, é possível que a qualidade de vida psicológica esteja mais relacionada a outros fatores que não foram incluídos no estudo e que digam respeito à percepção de si mesmo (por exemplo, autoconceito, autoestima, personalidade, etc.).

Os resultados desse estudo possuem algumas limitações que fazem com que não possam ser generalizados. O primeiro deles diz respeito à formação da amostra, que foi recrutada por conveniência e é predominantemente feminina, de baixa escolaridade e as pessoas estão em diferentes estágios da doença. Além disso, a heterogeneidade da amostra em relação ao tipo de câncer é outra possível limitação, uma vez que não foi possível examinar possíveis particularidades na qualidade de vida, satisfação sexual, ansiedade e depressão entre essas diferentes neoplasias. Em função do número de participantes, também deve ser interpretado com cautela os resultados relativos à análise de regressão linear, já que 82 pacientes pode ser considerado um número pequeno de pacientes para que se faça tal análise tendo três variáveis preditoras. No entanto, seguimos a sugestão de Dancey e Reidy (2006) que referem ser aceitável o número de quinze participantes por variável, o que no nosso caso totalizaria um mínimo de 60 pacientes.

Os resultados obtidos nesse estudo demonstraram íntima relação entre qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão, e satisfação sexual em uma amostra de pacientes com câncer do Sul do Brasil. Portanto, esses achados apóiam a idéia de que é necessário prover uma maior atenção psicológica a esses pacientes, uma vez que, atualmente, o câncer é

considerado uma doença crônica, e os pacientes acometidos por essa enfermidade deverão aprender a conviver com ela dentro de suas possibilidades.

Futuros estudos deverão aprofundar esse tema, especialmente no que diz respeito à sexualidade, investigando longitudinalmente, nas diferentes fases da doença, a qualidade de vida e outros aspectos relacionados. Igualmente, seria importante aprofundar possíveis diferenças de gênero na adaptação à doença crônica, uma vez que pode haver particularidades importantes na adaptação à doença e nos sintomas psicopatológicos que possam apresentar.

REFERENCIAS

- Andersen, B. L., Carpenter, K. M., Yang, H. & Shapiro, C. L. (2007). Sexual well-being among partnered women with breast cancer recurrence. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 3151-3157.
- Andrade, L. H. S. G. & Gorenstein, C. (2007). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria clínica*, 25, 285-290.
- Antonio, R., Moreno, R. A. & Roso, M. C. (2006). Transtorno Depressivos. In: Abreu. (Ed). *Síndromes Psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental*. (pp. 39-45), Porto Alegre: Artmed.
- Avelar, A. M. A., Derchain, S. F. M., Camargo, C. P. P., Lourenço, L. S., Sarian, L. O. Z. & Yoshida, A. (2006). Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. *Revista Ciência Médica*, 25, 11-20.
- Baptista, M. N., Santos, K. M. & Dias, R. R. (2006). Auto-eficácia, locus de controle e depressão em mulheres com câncer de mama. *Psicologia Argumento*, 44, 27-36.
- Bernardo, B.C, Lorenzato, F. R. B., Figueiroa, J. N. & Kitoko, P. M. (2007). Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 29, 85-90.
- Bertan, F. C. & Castro, E. K. (2009). Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática da literatura. *Revista Psico*, 40, 366-372.
- Braz, D. S., Ribas, M. M., Dedivitis, R. A., Nishimoto, I. N. & Barros, A. P.B. (2005). Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. *Clinics*, 60, 135-142.
- Burwell, S. R., Case, L. D., Kaelim, C. & Avis, N. E. (2006). Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 2815-2821.
- Carvalho, N. S., Ribeiro, P. S., Ribeiro, M., Nunes, M. P. T., Cuckier, A. & Stelmach, R. (2007). Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica: Uma comparação entre variáveis de ansiedade e depressão. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33, 1-6.
- Castro, M., Caiuby, A. V. S., Draibe, S. A. & Canziani, M. E. F. (2003). Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Revista Associação Médica Brasileira*, 49, 245-249.
- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia usando o SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed, 3 ed., 608 p.
- DATASUS, Ministério da Saúde. www.datasus.gov.br acesso em 20/05/2009
- Diniz, R.W., Gonçalves, M. S., Bensi, B. G., Campos, A. S., Del Giglio, A., Garcia, J. B., Miranda, V. C., Monteiro, T. A. & Rosemberg, M. (2006). O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. *Revista Associação Médica Brasileira*, 52, 298-303.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-brief". *Revista de Saúde Pública*, 34, 178-183.
- Fleck, M., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'onofrio, C., Banks, P. J., Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 579-594.
- Franzi, S. A. & Silva, P. G. (2003). Avaliação da qualidade de vida em pacientes

- submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 49, 153-158.
- Frumovitz, M.; Sun, C. C.; Schover, L. R.; Munsell, L. F.; Jhingran, A.; Wharton, J. T.; Eifel, P.; Bevers, T. B.; Levenbach, C. F.; Gershenson, D. M. & Bodurka, D. C. (2005). Quality of life sexual functioning in cervical cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 23(30):7428-7436.
- Gagnon, J. & Simon, W. (2005). *Sexual Conduct: the social source of human sexuality*. 2 ed. New Brunswick: Aldine Transaction.
- Garcia, M. A. A., Tafuri, M. J., Nogueira, R.C. & Carcinoni, T. M. (2000). A depressão em pacientes com câncer: Uma revisão. *Revista Ciências Médicas*, 9, 80-85.
- Goldberg, D. P. (1978). *Manual for the General Health Questionnaire*. Windsor National Foundation for Educational Research.
- Gonçalves, I. R., Padovani, C. & Popim, R. C. (2008). Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 1337-1342.
- Gouveia, V., Chaves, S. S., Oliveira, I. C., Dias, M. R., Gouveia, R. S. & Andrade, P. R. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: Estudo da sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19, 241-248.
- Guerra, M. R., Gallo, C. V. M., Azevedo, G. & Mendonça, S. (2005). Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51, 227-234.
- Huget, P. R., Morais, S. S., Osis, M. J. D., Pinto-Neto, A.M. & Gurgel, M. S. C. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31, 61-67.
- INCA - Instituto Nacional do Câncer. Estimativa de incidência e mortalidade. www.inca.gov.br. Acesso em 20 de maio de 2009.
- Jörngarden, A., Mattnon, E. & Essen, L. (2007). Health-related quality of life, anxiety and depression among adolescents and young adults with cancer: a prospective longitudinal study. *European Journal of Cancer*, 43, 1952-1958.
- Juver, J. P. S. & Verçosa, N. (2008). Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 58, 287-298.
- Lopes, R. F. F., Santos, M. R. & Lopes, E. J. (2008). Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10, 39-49.
- Machado, S. M. & Sawada, N. O. (2008). Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterapia adjuvante. *Texto e Contexto*, 17, 750-757.
- Ministério da Saúde (2008). Portaria no. 3.535 do Ministério da Saúde, publicado em Diário Oficial da União em 14/10/1998. Acesso em 28/04/2008.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A. & Vlahos, L. (2005). Assessment of anxiety depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of life Research*, 14, 1825-1833.
- Potosky, A. L., Reeve, B. B., Cleeg, L. X., Hoffman, R. M., Stephenson, R. A., Albertsen, P. C., Gilliland, F. D. & Stanford, J. L. (2002). Quality of life following localized prostate cancer treated Initially with androgen deprivation therapy or non therapy. *Journal of the Cancer Institute*, 94, 407-409.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. da C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 580-588.
- Silva, R. M. (2007). *A sexualidade do casal em situação de cuidados paliativos oncológicos*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação da Universidade Católica de Brasília, UCB. Brasília, Distrito Federal.
- Straub, R.O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed., pp 676.
- Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M., Erim, Y., Bockisch, A., Senf, W., Görges, R. (2006). Health-related quality of life, depression and anxiety in thyroid cancer patients. *Quality of life Research*, 15, 695-703.
- Tofani, A. C. A. (2006). *Qualidade de vida, autoconfiança, depressão, ansiedade e capacidade para enfrentar tensões em portadores de câncer de próstata*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e da Personalidade da Pontifícia Universidade

- Católica do Rio Grande do Sul, PUC-RS.
Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Tofani, A. C. A. & Vaz, C. E. (2006). Câncer de próstata, sentimentos de impotência e fracasso ante os cartões IV e VI de Rorschach. *Interamerican of Journal Psychology*, 41, 197-204.
- Valle, R., Zúñiga, M., Tuzet, C., Matinez, C., Jará, J. y Aliaga (2006). Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. *Anales de la Facultad de Medicina*, 67, 327-332.
- Vinaccia, S. y Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología*, 1, 125-137.
- WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, 41, 1403 – 1409.