

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “PROFESSOR JÚLIO DE
MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Guilherme Gryscek

**Prevalência de Sintomas Ansiosos e Depressivos em
Pacientes Acompanhados em Ambulatório de Cuidados Paliativos
do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu –
UNESP**

Botucatu

2013

Guilherme Gryscek

**Prevalência de Sintomas Ansiosos e Depressivos em Pacientes
Acompanhados em Ambulatório de Cuidados Paliativos do
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu –
UNESP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cristina Pereira Lima

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Fernanda Bono Fukushima

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde e Saúde Mental: Aspectos Conceituais, Epidemiológicos e de Formação e Avaliação de Programas

**Botucatu
2013**

Guilherme Gryscek

**Prevalência de Sintomas Ansiosos e Depressivos em Pacientes
Acompanhados em Ambulatório de Cuidados Paliativos do
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu –
UNESP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva

Aprovação em 29 de agosto de 2013

Prof^a Dr^a Maria Cristina Pereira Lima - Orientadora

Prof^a Dr^a Fernanda Bono Fukushima - Co-orientadora

Prof^a Dr^a Cristiane Lara Mendes Chilof – FMB – UNESP

Prof^a Dr^a Adriana Marcassa Tucci - UNIFESP

Toda dedicatória é também uma reflexão. Quem seria o maior beneficiário pela conclusão dessa pesquisa? Os pacientes sob cuidados paliativos? Eu mesmo? O Ambulatório de Cuidados Paliativos? Todos aqueles que, mesmo em face dos maiores problemas e de um mau prognóstico, seguem em frente?

Cedo para dizer com certeza; então devo dedicar este trabalho a quem sempre esteve ao meu lado, me apoiou, me ajudou a não desistir, teve que lidar com meus altos e baixos, minha inércia, minhas fraquezas... mais do que isso, me ensinou a ser alguém no meio acadêmico e me mostrou como trilhar os melhores caminhos e ser tolerante com minhas limitações durante o trajeto. Dedico este trabalho à minha co-pesquisadora, argumentadora, revisora, companheira, a pessoa mais importante de toda a minha vida, minha amável esposa Rebeca Jesumary Gonçalves Gryscek

AGRADECIMENTOS

Mesmo passando muitas horas sozinho, pensando, elaborando, pesquisando, lendo, anotando, revisando, me irritando, escrevendo, reescrevendo, corrigindo, entre tantos outros gerúndios, todo esse trabalho contou com a ajuda preciosa de muitas pessoas, às quais agradeço:

- À Jeová Deus, que tem me concedido forças e sabedoria para cada dia ser exatamente como deve: necessário;*
- À minha esposa, Rebeca Jesumary Gonçalves Gryscek, por ser tão completa companheira;*
- À minha orientadora, Prof^a Dr^a Maria Cristina Pereira Lima, pela exemplar e excelente orientação dessa pesquisa, sendo mais que orientadora, sendo alguém com quem pude sempre contar;*
- À minha co-orientadora, Prof^a Dr^a Fernanda Bono Fukushima, pela receptividade e plena colaboração para o bom andamento dessa pesquisa;*
- À minhas colaboradoras na pesquisa: Danusa Machado, Jaqueline Regis e Christine Gryscek, que dedicaram tempo, esforços e talentos para que esse estudo se concretizasse;*
- Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e todos os seus membros que, através de aulas, discussões, revisões, qualificação, deram contribuições preciosas para que esse trabalho se apresentasse em seu formato final;*
- Aos pacientes do Ambulatório de Cuidados Paliativos, que mesmo enfrentando situações de grande sofrimento físico, emocional e espiritual, colaboraram sem reservas para essa pesquisa;*
- Ao Ambulatório de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos da FMB – UNESP e seus servidores e residentes, que tão gentilmente cederam de seu espaço, tempo e atenção para colaborar com minha pesquisa;*
- Aos meus colegas de trabalho da Unidade de Saúde de Família e à Comunidade que assisto, por serem sempre compreensivos e apoiadores quando necessitei me ausentar do trabalho para empreender minha Pós-Graduação;*
- Aos meus pais, Carlos Alberto Borges Gryscek, que sempre me inspirou a buscar algo mais profundo; e minha mãe, Márcia Ablas Rezende Gryscek, que, com seu carinho e amor, me ajudou a chegar onde estou hoje;*
- À minha irmã Christine Gryscek que, em especial, tem me ensinado algumas lições muito valiosas sobre buscarmos a nós mesmos;*
- À minha avó, Dorothea Ablas Rezende que tem mostrado com seu exemplo que envelhecer não significa um fim em si, mas a oportunidade de sempre recomeçar;*
- Aos meus sogros, João Batista Gonçalves e Elisabeth Regina Jesumary Gonçalves que tem sido uma família como eu nunca poderia esperar, me dando incentivo e apoio, e se alegrando com minhas novas conquistas;*
- Aos meus sobrinhos, Marcelo e Pedro, que entraram em nossas vidas há pouco, mas já nos trazem muitas alegrias;*
- À minha terapeuta, Priscila Tamarozzi Julião de Souza que soube me guiar pelos caminhos inconscientes para que este trabalho se tornasse realidade consciente;*
- Ao Professor Carl Gustav Jung que tem servido como bom guia em minhas experiências e jornadas pelo profundo de minha própria psique;*
- Aos mais novos membros de minha família: Órion e Diana, meus adoráveis e carinhosos gatinhos;*

La mort n'a peut-être pas plus de secrets à nous révéler que la vie?

Talvez a morte tenha mais segredos para nos revelar que a vida

Gustave Flaubert (1821 – 1880)

A morte deveria ser assim:

Um céu que pouco a pouco anoitecesse

E a gente nem soubesse que era o fim...

Mário Quintana (1906 – 1994)

A morte é de certa maneira uma impossibilidade que, de repente, se torna uma realidade

Johann Wolfgang Von Goethe (1749 – 1832)

Todo o interesse na doença e na morte é, em verdade, apenas uma outra expressão de nosso interesse na vida

Thomas Mann (1875 – 1955)

RESUMO

A transição demográfica tem criado para os países em geral e, em especial aos em desenvolvimento, um desafio que é o de propiciar qualidade de vida, ao lado da longevidade crescente. Nesse contexto, os cuidados paliativos ganham força, na medida em que maior expectativa de vida implica em maiores prevalências de doenças crônicas, frequentemente associadas a essa modalidade de cuidado. Um componente importante na necessidade de cuidados paliativos são os sintomas depressivos e ansiosos. **Objetivo:** O presente estudo tem com objetivo estimar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos e avaliar os fatores associados em indivíduos sob Cuidados Paliativos no Ambulatório de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, observacional, com uma amostra de conveniência. Foram considerados sujeitos pacientes sob Cuidados Paliativos recrutados no Ambulatório de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Foi aplicado questionário composto de diversos instrumentos como: Escala Numérica de Dor, Escala de Independência em Atividades básicas e instrumentais da Vida Diária, Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade e escala para avaliar enfrentamento religioso/espiritual, além de variáveis sócio-demográficas. Foi feita inicialmente uma análise descritiva da população estudada a partir do cálculo de medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas e de frequência para variáveis categóricas. Foram calculadas estimativas de prevalência e respectivos intervalos de 95% de confiança. A presença de sintomas depressivos e/ou ansiosos foi considerada variável dependente, sendo adotado o nível de significância padrão de $p \leq 0,05$ para rejeição de hipótese de nulidade. Para análise multivariada foi construído modelo de regressão linear, tendo em vista que a variável dependente foi analisada como variável contínua. **Resultados:** foram entrevistados 40 sujeitos, tendo havido apenas uma recusa. A prevalência de sintomas ansiosos foi 25,0% (IC95% 11,0 a 39%) e de sintomas depressivos foi 40,0% (IC95% 24,1 a 55,9%). Não foram identificados fatores associados a sintomas ansiosos. Após a análise multivariada permaneceram associadas a sintomas depressivos as seguintes variáveis: não ser cuidado pelo companheiro ($p=0,04$), ser dependente em ao menos uma atividade básica de vida diária ($p=0,03$) e a maior pontuação de *coping* negativo na *BriefRCOPE* ($p=0,004$), após ajuste para sexo e renda familiar. **Conclusões:** A associação entre *coping* negativo e sintomas depressivos sugere a importância da religiosidade/espiritualidade na assistência em saúde nos

cuidados paliativos. Assim, pesquisa e formação de profissionais habilitados em abordar questões religioso/espirituais adquirem cada vez mais importância.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Depressão; Ansiedade; *coping* religioso/espiritual

ABSTRACT

In most of countries, especially those in development, demographic transition has been created a challenge, that is give quality of life besides an increasingly longevity. Considering this context, the Palliative Care become more important to deal with the increasing prevalence of Chronic diseases, often associated with this model of care. An important aspect of the Palliative Care is the depressive and anxiety symptoms.

Aim: this study intend to estimate the depressive and anxiety symptoms and identify associated factors in patients receiving Palliative Care in the Antalgic Therapy and Palliative Care Ambulatory of the Hospital das Clínicas of Botucatu Medical School (ATACP HC-FMB).

Methods: It is an observational, cross-sectional study, with a no-random sample. It was considerate subject the Palliative Care patients of the ATACP HC-FMB. It was applied a questionnaire composed of several scales such as: Numerical Pain Scale, Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living Scales (ADL and IADL Scales), Hospital Depression and Anxiety Scale (HAD), an scale to evaluate the religious/spiritual coping (BriefRCOPE), and socio-demographic variables. First of all, it was made a descriptive analysis of the studied population using measures of central tendency and their respective confidence interval for continuous variables and frequency for categorical variables. It was calculated the estimated prevalence and the 95% Confidence Intervals. The presence of depressive and/or anxiety symptoms were considered the dependent variable, and adopted $p \leq 0,05$ to reject the nullity hypothesis. Once the dependent variable was treated as continuous variable, a linear logistic regression model was build to the multivariate analysis.

Results: it was interviewed 40 subjects, with only one refuse. The prevalence of anxiety and depressive symptoms was 25,0% (CI 11,0 – 39,0%) and 40,0% (CI 24,1 – 55,9%), respectively. It was not identified any associated factor with anxiety symptoms. After the multivariate analysis the following variables remained associated to depressive symptoms, adjusted for sex and familiar income: be caring by any other except the partner ($p=0,04$), being dependent in, at least, one Activity of Daily Living ($p=0,03$) and had achieved higher score in BriefRCOPE on the negative coping scale ($p=0,004$).

Conclusion: the importance of the Religiousness and Spirituality in the Palliative Care attention is suggested by the association found between the depressive symptoms and the

negative coping. In this way, research and professional education in religious/spiritual issues assumes even more importance.

Key Words: Palliative Care; Depression; Anxiety; Religious/Spiritual Coping

Lista de QUADROS e TABELAS

Quadro 1 - Index de Atividades de Vida Diária	25
Quadro 2 - Escala de Karnofsky	26
Tabela 1 - Características sócio-demográficas de pacientes atendidos em Ambulatório de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos	31
Tabela 2 - Características relacionadas à Religião e Espiritualidade em pacientes do Ambulatório TACP	32
Tabela 3 - Atividades de lazer de pacientes do Ambulatório TACP	33
Tabela 4 - Uso de Serviços de Saúde e Presença de Sintomas Ansiosos e/ou Depressivos segundo escore na HAD nos pacientes do Ambulatório TACP	34
Tabela 5 - Diagnóstico principal de pacientes acompanhados no Ambulatório TACP ...	35
Tabela 6 - Características do Cuidado, grau de dependência e dor referida em pacientes do Ambulatório TACP	37
Tabela 7 - Presença de sintomas ansiosos/depressivos em pacientes atendidos no Ambulatório TACP, segundo características sócio-demográficas	38
Tabela 8 - Presença de sintomas depressivos e/ou ansiosos em pacientes atendidos pelo Ambulatório de TACP, segundo características religiosas e de enfrentamento religioso/espiritual	39
Tabela 9 - Presença de Sintomas Depressivos e/ou ansiosos em relação à Dependência Funcional e Instrumental, Cuidados, Dor e Doença em Acompanhamento em pacientes atendidos pelo Ambulatório TACP	40
Tabela 10 - Modelo de Regressão Linear para Escore de Depressão na Subescala HADd em pacientes sob cuidados paliativos no Ambulatório TACP	42

Lista de SIGLAS e ABREVIATURAS

CRE: *Coping* Religioso/Espiritual

FMB: Faculdade de Medicina de Botucatu

TACP: Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos

UNESP: Universidade Estadual Paulista

HAD: Escala Hospitalar de depressão e Ansiedade

HADa: Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (Subescala Ansiedade)

HADd: Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (Subescala Depressão)

BriefRCOPE: Escala Breve de Enfrentamento Religioso/Espiritual

SUMÁRIO

Lista de QUADROS/TABELAS	
Lista de SIGLAS e ABREVIATURAS	
RESUMO	
ABSTRACT	
1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVO GERAL	21
3.1 Objetivos Específicos	21
4 HIPÓTESES	22
5 MÉTODO	23
5.1 Procedimentos	24
5.2 Análise dos Dados	28
5.3 Aspectos Éticos	29
6 RESULTADOS	30
6.1 Descrição da Casuística	30
6.2 Análise Univariada	37
6.3 Análise Multivariada	41
7 DISCUSSÃO	43
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXO 1 - Questionário	56
ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	67
ANEXO 3 – Modelo do Termo Livre e Esclarecido	68

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica tem criado para os países em geral e, em especial aos em desenvolvimento, um desafio que é o de propiciar qualidade de vida ao lado da longevidade crescente. Nesse contexto, os cuidados paliativos ganham força, na medida em que maior expectativa de vida implica em maiores prevalências de doenças crônicas, frequentemente associadas a essa modalidade de cuidado. Assim, tanto no plano nacional como internacional tem sido ressaltada a importância do desenvolvimento de programas de cuidados paliativos (FLORIANI & SCHRAMM, 2007; FIELD *et al.*, 1997; WHO, 2002; DAVIES *et al.*, 2004; THE ECONOMIST, 2008). Estes surgem não apenas como estratégia voltada à redução de gastos em saúde, mas, sobretudo visando proporcionar cuidados humanizados a pacientes portadores de doenças fora da possibilidade de cura, possibilitando a continuidade da vida com qualidade, respeitando seus desejos e preferências, proporcionando alívio de sintomas e minimizando seu sofrimento.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, (WHO, 2002 p.84) os cuidados paliativos são definidos como:

“Abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias frente a doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio de sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psico-sociais e espirituais. Os cuidados paliativos:

- Promovem o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis;
- Afirmam a vida e compreendem a morte como um processo natural;
- Não pretendem apressar ou adiar a morte;
- Integram os aspectos psicológicos e espirituais do cuidado ao paciente;

- Oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver da forma mais ativa possível até a morte;
- Oferecem um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com o sofrimento durante a doença do paciente e durante seu próprio luto;
- Usam uma abordagem em equipe para responder às necessidades dos pacientes e de suas famílias, incluindo aconselhamento durante o luto, se indicado;
- Aumentam a qualidade de vida, e podem influenciar positivamente o curso da doença;
- São aplicáveis de modo precoce durante o curso da doença, em conjunto com outras terapias que são direcionadas a prolongar a vida (químico ou radioterapia) e incluem investigações necessárias à melhor compreensão e manejo de complicações clínicas angustiantes”.

O modelo de cuidado integral e interdisciplinar proposto pela medicina paliativa preza pela melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos em situações de incapacidade e terminalidade. São abordados aspectos clínicos, psicológicos, referentes ao bem-estar espiritual e social demandados pelo pacientes ou por seus familiares (MACIEL *et al*, 2006; SILVA & HORTALE, 2006). Para expressar o sofrimento humano na condição de terminalidade, Saunders desenvolveu o conceito de “dor total”. A dor é um dos mais comuns e angustiantes sintomas descritos por portadores de doenças crônicas, como o câncer. É uma experiência, não somente física, mas envolve vários outros aspectos do ser humano, incluindo a personalidade, humor, comportamento e relações sociais. Este conceito envolve quatro domínios da dor: dor física, emocional (psicológica), social e espiritual. A dor física pode ser causada diretamente pela doença, pelo tratamento, pelo estado geral e inúmeras comorbidades. O aspecto social se relaciona com o lugar do indivíduo na comunidade e sua cultura, assuntos financeiros, e o impacto dor nos familiares e cuidadores. Dor psicológica é

causada e afetada por medo, ansiedade e depressão. O sofrimento espiritual, que geralmente é pouco valorizado nas avaliações clínicas, inclui questões existenciais, a procura por um sentido, raiva contra o ‘destino’, bem como questões de fé específicas em alguns indivíduos. A contribuição de cada um desses componentes será singular e trará implicações próprias (SAUNDERS & SYKES, 1993).

Assim, considerando o domínio psicológico, a ansiedade e depressão são condições que influenciam a qualidade de vida e devem ser contempladas nos cuidados paliativos (ROGER, 2006; BIRCH & DRAPER, 2008; MYSTAKIDOU *et al*, 2008). Ambas as condições devem ser identificadas e abordadas para se obter um impacto positivo na qualidade de vida destes indivíduos (IRWIN *et al*, 2008; NOORANI & MONTAGNINI, 2007; BOTTINO, 2009; SILVA & SUDIGURSKY, 2008).

Em relação a esses aspectos emocionais, um estudo mostra que a depressão estará presente em 25% dos pacientes admitidos em unidades de cuidados paliativos (LLOYD-WILLIAMS, 2001). Outro estudo demonstra uma prevalência de 16% de depressão nesta população (DURKIN *et al*, 2003) e um estudo brasileiro, utilizando a escala de depressão de Beck, revelou quase 68% de prevalência de depressão em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos, em especial naqueles internados, que desconheciam seu diagnóstico ou que não tinham recebido tratamento específico para a neoplasia (DINIZ *et al*, 2006). Em recente meta-análise sobre a prevalência de transtornos do humor e ansiedade em populações sob cuidados paliativos (MITCHELL *et al*, 2011), encontrou-se uma prevalência 24,6% de depressão (maior e menor, segundo DSM-IV) e de 9,8% de transtornos ansiosos.

Quando se consideram sintomas depressivos, indivíduos sob cuidados paliativos apresentam, em revisão de literatura, uma prevalência variando de 22 a 60% (JUVER &

VERÇOSA, 2008; BOTTINO, 2009). Em um estudo de base comunitária com população idosa, uma subpopulação potencial usuária dos cuidados paliativos, encontrou-se 20,9% de prevalência de sintomas depressivos (HOFFMANN *et al*, 2010). Desse modo, indivíduos em cuidados paliativos apresentam mais sintomas depressivos que a comunidade em geral. Em relação a outras variáveis relacionadas com a depressão, Boing *et al* aponta que sua prevalência é maior entre mulheres (22,2%), indivíduos com condição econômica mais desfavorável (18,1%) e aqueles que vivem sem companheiro (30,7%) (BOING *et al*, 2012).

Ao lidar com questões relacionadas à saúde física e mental em indivíduos sob cuidados paliativos, a religiosidade e a espiritualidade nos cuidados dispensados pelas equipes de saúde têm ganhado importância (PERES *et al*, 2007; CAMPANELLO *et al*, 2012). Apesar de não haver consenso de como a associação entre religiosidade/espiritualidade e saúde deva ser aplicada à prática clínica, os pacientes demonstram desejo de serem questionados sobre religião e espiritualidade no contexto de seus cuidados de saúde (CONNELLY & LIGHT, 2003) e pesquisadores têm apoiado o desenvolvimento e uso de intervenções clínicas com foco na religião e espiritualidade. Estudos apontam para a melhora nos indicadores de Saúde Mental e adaptação ao estresse em pessoas que praticam atividades religiosas, além de terem estilo de vida mais equilibrado e com menos uso dos serviços de saúde (MOREIRA-ALMEIDA *et al*, 2006; KOENIG, 2004). Os objetivos dessas intervenções podem ser diversos, como beneficiar pacientes com doenças crônicas (NARAYANASAMY, 2003), melhorar a saúde de idosos deprimidos (KOENIG *et al*, 1998) e como parte essencial do tratamento paliativo de pacientes terminais (BURTON, 1998).

Quando confrontados com diversos problemas, os indivíduos vivenciam o estresse psicológico. Este representa a relação entre a pessoa e o ambiente, percebido como uma situação além da qual pode suportar, por exceder seus recursos pessoais e trazendo ameaça ao

bem-estar. O estresse vivenciado enquanto resposta às exigências do meio, é normal e mesmo benéfico, mas quando se torna intenso e crônico, se associa a efeitos adversos à saúde física e mental (PANZINI & BANDEIRA, 2007). Para manejar esse estresse os indivíduos se utilizam de um conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, chamado de *coping*. Assim, o *coping* é um processo de interação entre os indivíduos e seu ambiente, cuja função é administrar, ou seja, reduzir, minimizar e tolerar uma situação estressora, e não controlá-la ou dominá-la.

Quando as pessoas se voltam para a religião ou espiritualidade para lidar com o estresse, ocorre o *coping* religioso/espiritual (CRE)¹. Este é definido como “uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse e as consequências negativas dos problemas de vida, por meio de um conjunto de estratégias religiosas e/ou espirituais utilizadas para manejar o estresse diário” (PANZINI & BANDEIRA, 2007). Desse modo, para lidar com o sofrimento espiritual, os indivíduos se utilizam do *coping*, e essa estratégia ganha notável importância no contexto dos Cuidados Paliativos.

Observou-se maior uso de estratégias de CRE por aqueles com menores sintomas cognitivos de depressão (KOENIG *et al*, 1995). O CRE pode se associar com estratégias voltadas ao problema ou à emoção, como, por exemplo, quando há liberação de sentimentos negativos, demonstrando um caráter não adaptativo. Desse modo, os resultados da avaliação do CRE podem ser classificados em estratégias positivas e negativas. Estudos têm evidenciado um uso consideravelmente maior das estratégias de CRE positivo em relação ao negativo (PARGAMENT *et al*, 1998; FARIA & SEIDL, 2006). Verificou-se que melhor

¹ Embora frequentemente tratados como sinônimos, há uma distinção entre os termos ‘religião’ e ‘espiritualidade’. Religião se relaciona com práticas e doutrinas institucionalizadas e compartilhadas coletivamente, enquanto a Espiritualidade se refere a buscas e práticas subjetivas, individuais e não-institucionais. Visto serem reconhecidas como aspectos complementares, nesta dissertação se usará o termo ‘religioso/espiritual’ para se referir a esse aspecto da vivência humana. (Panzini & Bandeira, 2007)

Qualidade de Vida se relacionava com maior uso de CRE positivo, enquanto o CRE negativo mostrava associação com pior Qualidade de Vida (PANZINI & BANDEIRA, 2007).

Considerando que os indivíduos sob cuidados paliativos sofrem estresse crônico e variados aspectos da “dor total”, é importante investigar sintomas ansiosos e depressivos e sua relação com o *coping* religioso/espiritual, condições de vida e saúde, independência funcional e outras variáveis sócio-demográficas. A partir desse cuidadoso exame, os serviços de saúde poderiam corresponder melhor às necessidades daqueles sob cuidados paliativos por identificá-las e propor intervenções adequadas às realidades individuais.

2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista a transição demográfica e epidemiológica atual, observa-se um aumento de doenças crônico-degenerativas, demandando uma maior necessidade de cuidados paliativos. Na população sob cuidados paliativos, é necessário uma abordagem global dos indivíduos, integrando, além dos aspectos clínicos, também os emocionais e espirituais. Identificar essas necessidades pode auxiliar as equipes de saúde em seu planejamento e preparo, bem como para direcionar a formação de recursos humanos. Esse estudo visa contribuir para o entendimento dessas necessidades de saúde de sujeitos sob cuidado paliativo e o planejamento de serviços no contexto dos cuidados paliativos.

3 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos e sua associação com religiosidade/espiritualidade em pacientes sob cuidados paliativos no Ambulatório de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

3.1 Objetivos Específicos

1. Descrever *coping* religioso/espiritual em pacientes sob cuidados paliativos
2. Descrever características sócio-demográficas, clínicas, capacidade funcional, lazer e condições de saúde em pacientes sob cuidados paliativos.
3. Analisar a associação entre sintomas depressivos e ansiosos e *coping* religioso/espiritual, livres de confundimento com outras características investigadas.

4 HIPÓTESES

A prevalência de sintomas depressivos e/ou ansiosos é maior nesse grupo de pacientes do que na população geral.

Maior prevalência de sintomas Depressivos e/ou Ansiosos está associada a sexo feminino, menor renda e piores condições de saúde.

Maior prevalência de sintomas Depressivos e/ou Ansiosos em pessoas que atribuem menor importância à religião e com menor escore de *coping* positivo e maior escore de *coping* negativo.

5 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal observacional (HENNEKENS & BURING, 1987), com uma amostra de conveniência composta por indivíduos sob cuidados paliativos no Ambulatório de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (TACP – FMB). O Ambulatório TACP – FMB presta assistência ambulatorial a duas populações: pacientes com dor crônica (maioria dos atendidos no serviço) e aqueles sob cuidados paliativos, sendo estes últimos atendidos na modalidade ambulatorial e também em atendimento domiciliar programado. Os Cuidados Paliativos são oferecidos a indivíduos que, após avaliação clínica recebem uma resposta negativa à seguinte pergunta: ‘Você ficaria surpreso se esse paciente morresse nos próximos 12 meses?’ (GOLDSMITH *et al*, 2008).

Assim, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

1. Estar sob cuidados paliativos no Ambulatório de TACP - FMB;
2. Ter 18 anos ou mais;
3. Ser portador de doenças crônico-degenerativa ou neoplasia maligna, em estágio de evolução além da possibilidade de cura.
4. Concordar em participar da pesquisa conforme explicitado no termo de consentimento;

Este estudo considerou como único critério de exclusão: ser sabidamente portador de síndrome demencial (por meio de diagnóstico médico), tendo em vista os instrumentos de pesquisa adotados, que necessitam respostas diretamente obtidas do sujeito de pesquisa.

Havia 134 indivíduos sob cuidados paliativos neste serviço, constituindo a população do presente estudo.

5.1 Procedimentos

Os sujeitos foram recrutados no Ambulatório de TACP nas datas de seus atendimentos. As entrevistas foram realizadas por quatro entrevistadores de nível superior na área da saúde, previamente treinados no questionário que contém as seguintes seções (Anexo 1):

Dados Sócio-demográficos: Variáveis sócio-demográficas têm sido apontadas como importantes fatores de risco para depressão e ansiedade (BOING *et al*, 2012). Assim, foram investigados dados gerais como sexo, idade, escolaridade, renda individual, família, com quem mora, estado civil e raça. Abordou-se também a questão da religiosidade/espiritualidade, que tem sido descrita como tendo uma grande significância em indivíduos portadores de condições crônicas incuráveis (PERES *et al*, 2007).

Escala de Dor (tipo *Numerical Rating Scales*; JENSEN *et al*, 1986): usada para quantificar a intensidade da dor física usando números. Embora possa ter várias graduações, comumente tem 11 pontos, sendo que 0 (zero) representa “nenhuma dor” e 10 (dez) representa a “pior dor possível”. Os demais números representam quantidades intermediárias de dor. A escala pode ser aplicada gráfica ou verbalmente. Apesar de suas relativas limitações por ser um instrumento unidimensional e necessitar de habilidades mínimas do entrevistado

para ser completada, tem gerado dados fidedignos em pacientes idosos (ANDRADE *et al*, 2006). Neste estudo foi utilizado relato verbal do paciente para essa escala, como utilizado em outros estudos (MARQUES *et al*, 2013)

Escala para Avaliação do Desempenho em Atividades da Vida Diária: a incapacidade funcional é um forte preditor de mortalidade em idosos, e deve ser incluída como parte da avaliação de rotina das equipes de saúde (DEL DUCA *et al*, 2009). A capacidade funcional pode ser medida através de instrumentos padronizados que avaliam o desempenho do indivíduo nas atividades da vida diária. Uma das mais utilizadas é a Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz), que foi desenvolvida para prever o prognóstico de doentes crônicos. Nessa escala constam seis itens que medem desempenho do indivíduo em atividades de auto-cuidado, que podem ser classificados como independentes ou dependentes (LINO *et al*, 2008). No presente estudo optou-se pelo uso do Index de AVD (Quadro 1), que classifica os indivíduos segundo suas dependências nas diversas atividades avaliadas (KATZ, 1963; BRASIL, 2006).

Quadro 1: Index de Atividades de Vida Diária

Classificação	Descrição
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional
G	Dependente para todas as atividades
Outra	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F

Fonte: Brasil, 2006

Também foi utilizada a Escala de Lawton (LAWTON & BRODY, 1969) para Atividades Instrumentais da Vida Diária. Quanto maior o escore, maior o grau de independência do sujeito na execução das atividades. Para a presente análise o desempenho na escala de Lawton foi tratado como variável contínua.

Escala funcional de Karnofsky: avaliação funcional em Cuidados Paliativos é fundamental para a vigilância da curva evolutiva da doença e é valiosa na tomada de decisões, na previsão prognóstica e para o diagnóstico de terminalidade. A partir de uma avaliação global das condições de saúde do sujeito, é estabelecido um percentual de dez a cem que corresponde a uma estimativa aproximada da chance de sobrevida em um ano (KARNOFSKY & BARCHEVAL, 1949; MACIEL, 2009).

Quadro 2: Escala de Karnofsky

Escala de Performance de Karnofsky	
100%	Sem sinais, sem evidência de doença
90%	Mínimos sinais e sintomas, capaz de realizar suas atividades com esforço
80%	Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço
70%	Cuida de si mesmo, capaz de trabalhar
60%	Necessita de assistência ocasional, não é capaz de trabalhar
50%	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes
40%	Necessita de cuidados médicos especiais
30%	Extremamente incapacitado, necessita hospitalização, mas sem iminência de morte
20%	Muito doente, necessita de suporte
10%	Moribundo, morte iminente

Fonte: modificado de KARNOFSKY & BARCHEVAL, 1949.

Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (HAD): sintomas somáticos presentes na ansiedade e na depressão são encontrados com frequência em indivíduos clinicamente doentes. No caso de comorbidade os sintomas psicológicos discriminam melhor os transtornos do humor e ansiedade das doenças clínicas. Por conta disso se desenvolveu a HAD (ZIGMOND & SNAITH, 1983), uma escala com sete itens para ansiedade e sete itens para depressão, cuja pontuação de cada subescala varia de 0 a 21. Esse instrumento teve validação de sua versão em português (BOTEGA *et al*, 1995) e pode ser um útil instrumento de rastreamento diagnóstico (MITCHELL *et al*, 2010; BRENNAN *et al*, 2010), de modo que pontuações acima de sete são sugestivas de quadros ansiosos ou depressivos. Embora idealizada para uso em indivíduos internados, estudos validaram essa escala para pacientes ambulatoriais com dor crônica por minimizar a contribuição dos sintomas físicos na avaliação dos sintomas psíquicos (CASTRO *et al*, 2006; 2011).

Escala Breve de Enfrentamento Religioso (Brief Religious Coping - BriefRCOPE):

O *coping* religioso/espiritual (CRE) é o uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse e as consequências negativas dos problemas de vida. Os objetivos do CRE são a busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade e transformação da vida, bem como a busca de bem-estar físico, psicológico, emocional e de crescimento e conhecimento espiritual (PANZINI & BANDEIRA, 2007).

Para acessar o CRE tem se usado escalas como a RCOPE e a *BriefRCOPE*, que são escalas desenhadas para serem teórica e empiricamente embasadas, orientadas funcionalmente, abrangentes, com validação clínica e significativas e abertas aos aspectos positivos e negativos da religião. Foi estruturada de acordo com a cultura religiosa norte-americana, de tradição judaico-cristã, com maioria protestante e católica, mas pode ser

aplicada em populações com diferentes crenças e níveis de envolvimento religioso, e no *coping* com diversos problemas (PANZINI & BANDEIRA, 2007; PARGAMENT *et al*, 2000). Alguns estudos têm associado o uso de CRE e saúde física/mental (KOENIG *et al*, 1995) e esse uso pode ser classificado em positivo ou negativo.

O *coping* positivo abrange técnicas que proporcionem efeito benéfico/positivo ao praticante, como procurar o amor e proteção de Deus ou outras forças espirituais, buscar perdoar e ser perdoado, orar pelos outros, resolver problemas com a ajuda de Deus, entre outros. O *coping* negativo envolve estratégias que geram consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo, como questionar a existência, o amor ou os atos de Deus, sentir insatisfação/descontentamento em relação a Deus ou membros de instituição religiosa (PANZINI & BANDEIRA, 2007).

No presente estudo usa-se a Escala Breve de Enfrentamento Religioso, versão brasileira da *BriefRCOPE* (FARIA & SEIDL, 2006), de 14 itens, sendo 7 sobre o enfrentamento positivo e 7 sobre o negativo; os participantes deveriam responder ao instrumento em relação à sua condição de saúde atual. As respostas são dadas em escala Likert de 4 pontos (1 = ‘nunca’, 2 = ‘um pouco’, 3 = ‘algumas vezes’ e 4 = ‘quase sempre’), sendo avaliado o uso do CRE positivo e negativo (FARIA & SEIDL, 2006).

5.2 Análise dos Dados

Os dados foram digitados em planilha eletrônica. Foram extraídas tabelas de frequência simples, verificando-se a consistência dos dados e fazendo-se as correções necessárias. A análise dos dados foi feita através do programa estatístico STATA 10.0 (STATA CORP, 2007). Foi feita inicialmente uma análise descritiva da população estudada a

partir do cálculo de medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas e de frequência para variáveis categóricas.

Foram consideradas variáveis dependentes a presença de sintomas depressivos e ansiosos identificados pela HAD. Foram utilizados os pontos de corte 7/8 para identificação de ‘casos’ e ‘não-casos’ separadamente para sintomas ansiosos e depressivos, calculando-se estimativas de prevalência e respectivos intervalos de 95% de confiança. Na análise univariada as variáveis dependentes foram tratadas como categóricas, optando-se pelo Teste exato de Fisher tendo em vista o número de sujeitos da casuística (BERQUÓ & cols, 1981). Para maximizar o poder estatístico dos testes nas análises multivariadas optou-se por construir modelos de regressão linear (HOSMER & LEMESHOW, 1989), nos quais o desfecho foi tratado como variável contínua, ajustando-se os coeficientes. Foram incluídas nos modelos as variáveis significativas na análise univariada, ao nível de $p \leq 0,05$, e aquelas apontadas na literatura como fator de risco para depressão e ansiedade, na eventualidade de não terem sido significativas como descrito acima. Para utilizar a regressão linear foi avaliada a distribuição do escore de depressão, sendo observada distribuição normal. Em todas as análises considerou-se significativo quando $p \leq 0,05$.

5.3 Aspectos Éticos

Este projeto recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB – UNESP para seu desenvolvimento sob o Protocolo CEP nº 3851-2011 (Anexo 2).

Os indivíduos incluídos no estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e preencheram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 3), em acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. No caso de pacientes que apresentaram

incapacidade de decisão livre e esclarecida, foi solicitada autorização para participação na pesquisa ao seu representante familiar.

6 RESULTADOS

6.1 Descrição da Casuística

Realizaram-se 40 entrevistas (29,6% da população de estudo inicial) num período de oito meses, por quatro entrevistadores treinados com ensino superior (sendo um médico e três psicólogas). Dois pacientes foram entrevistados em seus domicílios e os demais no Ambulatório de TACP. Houve apenas uma recusa, de uma paciente do sexo feminino com 70 anos, cujo acompanhante referia não poder aguardar a entrevista.

Com relação à idade, os sujeitos entrevistados mostraram uma média de 68,5 anos (\pm 12,8) e mediana de 71,5, variando de 30 a 85 anos.

Na Tabela 1 estão descritas as características sócio-demográficas. Observou-se o predomínio de mulheres (65%), sujeitos vivendo com companheiro (57,5%) e casados (52,5%). Entre os sujeitos, 47,5% tinham renda familiar mensal de até R\$ 1500,00 e 65% referiram ser brancos.

TABELA 1: Características sócio-demográficas de pacientes atendidos em Ambulatório de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos, Botucatu (n=40)

Variável	n	%
Sexo	40	100
Masculino	14	35,0
Feminino	26	65,0
Convivência		
Sozinho	5	12,5
<u>Com cônjuge</u> somente	11	27,5
<u>Com cônjuge</u> e filhos	5	12,5
<u>Com cônjuge</u> , filhos e netos	7	17,5
Com filhos somente	7	17,5
Com filhos e netos	3	7,5
Outros	2	5,0
Estado Marital		
Solteiro	5	12,5
Casado	21	52,5
Amasiado	2	5,0
Separado	2	5,0
Divorciado	1	2,5
Viuvez	9	22,5
Renda familiar mensal (R\$)		
Menos de 500	3	7,5
Entre 500 e 1499	16	40,0
Entre 1500 e 2999	13	32,5
Entre 3000 e 5000	6	15,0
Mais de 5000	2	5,0
Cor referida		
Branco	26	65,0
Pardo	11	27,5
Preto	1	2,5
Amarelo	2	5,0

Quando comparada à população de estudo, a casuística não mostrou diferença em relação ao sexo ($p=0,90$) ou à faixa etária ($p=1,00$). A população em acompanhamento pela equipe do Ambulatório TACP constou de 134 sujeitos, sendo 118 (88,1%) em atendimento ambulatorial e 16 (11,9%) em seguimento por meio de visitas domiciliares; foram entrevistados 2 sujeitos em visita domiciliar (5%) e 38 (95%) em seguimento ambulatorial.

Com relação à religião e espiritualidade, a Tabela 2 mostra que há um predomínio de católicos (67,5%). A frequência aos serviços religiosos foi menor que uma vez por mês por 52,5% dos indivíduos, embora a maioria tenha declarado que a religião é importante (84,6%), dá forças (89,7%) e traz sentido (87,5%) para suas vidas. A Escala Breve de *Coping* Religioso/Espiritual mostrou um maior escore para aspectos positivos ($3,62\pm 0,27$) que para aspectos negativos ($1,38\pm 0,58$).

TABELA 2: Características relacionadas à Religião e Espiritualidade em pacientes do Ambulatório TACP, Botucatu (n= 40) * sem informação de um sujeito TACP=Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos

Variável	n	%
Religião		
Católico	27	67,5
Evangélica/Protestante	11	27,5
Espírita	1	2,5
Sem religião	1	2,5
Importância da Religião*		
Importante	33	84,6
Não Importante	6	15,4
Força da religião*		
Muita	35	89,7
Pouca	4	10,3
Sentido da Religião		
Muito	35	87,5
Pouco	5	12,5
Frequência à Religião		
Mensal ou mais	19	47,5
Menos que mensal	21	52,5

Sobre as atividades de lazer, a maioria referiu não realizar nenhuma atividade de lazer (67,5%) e a principal razão de não realizarem essas atividades era por motivo de saúde (69,2%). Entre aqueles que referiram realizar atividade de lazer, a maioria o fazia semanalmente (84,6%) e disse sentir satisfação em realizar tais atividades (53,8%).

TABELA 3: Atividades de lazer de pacientes do Ambulatório TACP, Botucatu (n=40)

Lazer			
Tem atividade de lazer			
	Sim	13	32,5
	Não	27	67,5
Quanto faz de lazer (13)			
	Toda semana	11	84,6
	Menos que semanal	2	15,4
Sente Satisfação com lazer (13)			
	Não	6	46,2
	Sim	7	53,8
Por que não faz lazer? (26)*			
	Por causa da Saúde	18	69,2
	Por não gostar	8	30,8

* sem informação de um sujeito; TACP=Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos

A Tabela 4 mostra a utilização dos serviços de saúde pelos pacientes. A maioria disse ter dificuldade no acesso aos serviços de saúde quando necessita (60%), sendo que 92,5% são usuários costumeiros do SUS e 68,4% realizam consultas, exames e tratamentos exclusivamente pelo SUS. Dentre todos os serviços usados por esses pacientes, a maioria faz uso regular do Ambulatório TACP (42,5%) ou Pronto Socorro (25%), e o restante se utiliza de outros serviços diversificados de saúde.

O profissional mais procurado pelos pacientes no último ano foi o médico (87,5%). A minoria dos pacientes recebiam assistência domiciliar regular (17,5%) e o profissional que mais realiza essa assistência domiciliar é o profissional de enfermagem (57,1%).

TABELA 4: Uso de Serviços de Saúde e Presença de Sintomas Ansiosos e/ou Depressivos segundo escore na HAD nos pacientes do Ambulatório TACP, Botucatu (n=40)

Uso de Serviços de Saúde	N	%
Percepção da Facilidade de Acesso aos Serviços de Saúde		
Sim	16	40,0
Não	24	60,0
Serviços Utilizados na maior parte das vezes		
Ambulatório	17	42,5
Pronto Socorro	10	25,0
Outros	13	32,5
Plano de Saúde		
SUS	37	92,5
Particular	3	7,5
Gastos com Saúde		
SUS	26	68,4
Convênio	2	5,3
Próprio	7	18,4
Família	3	7,9
Profissional mais procurado no último ano		
Médico	35	87,5
Não Médico	5	12,5
Assistência Domiciliar Regular		
Sim	7	17,5
Não	33	82,5
Sintomas Ansiosos (Escala HADa)		
Sim	10	25,0
Não	30	75,0
Sintomas Depressivos (HADd)		
Sim	16	40,0
Não	24	60,0

TACP=Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos; HADa e HADd: Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (Sub-escala de Ansiedade e de Depressão, respectivamente)

Nesse estudo, a Subescala de Ansiedade (HADa) mostrou 25,0% (IC95% 11,0% a 39,0%) com sintomas ansiosos e a Subescala de Depressão (HADd) mostrou 40,0% (IC95% 24,1% a 55,9%) com sintomas depressivos. As pontuações das subescalas mostraram:

- HADa: média de 6,3 (\pm 4,6) e mediana de 5 (1 – 19);
- HADd: média de 7,25 (\pm 5,8) e mediana de 6 (0 – 20);

Quanto ao diagnóstico principal relacionado ao acompanhamento no serviço, 40% referiam algum tipo de Câncer e 60% outras doenças crônicas, conforme tabela 5:

Tabela 5: Diagnóstico principal de pacientes acompanhados no Ambulatório TACP, Botucatu (n=40)

Diagnóstico	n	%
Câncer	15	40,0
Doença Reumática	1	2,5
Osteoartrose	8	20,0
Paraplegia	1	2,5
Sequelas de Acidente Vascular Cerebral	2	5,0
Sequelas de Doença Aterosclerótica Coronariana	1	2,5
Insuficiência Cardíaca Congestiva	2	5,0
Complicações de Diabetes Mellitus	5	12,5
Neuralgia Pós-herpética	4	10,0
Total	40	100,0

TACP=Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos;

Os aspectos relacionados a cuidados recebidos, independência funcional e prognóstico se encontram na Tabela 6. Eram cuidados pelo companheiro 47,5% e, 52,5% pelos filhos ou outros. A maioria referiu se sentir bem cuidado a maior parte das vezes (97,4%).

A Escala de Karnofsky teve média de 72,75 ($\pm 16,8$), com mediana de 75 (40 – 100). A classificação de Katz mostrou a maioria como independentes para as atividades básicas da vida (Categoria A: 65%). Quanto às Atividades Instrumentais, observou-se a partir da categorização em tercís que 37,5% são independentes, 27,5% dependem em parte de outros e 35% são considerados dependentes para essas atividades. A maioria referiu sentir dor a maior parte do tempo (80%) e ao dimensionar essa dor em termos numéricos (0 – 10), a média de dor na semana anterior à entrevista foi de 5 ($\pm 2,8$) e mediana de 6. Ao separar em tercís, 30% referiu pouca dor, 40% dor moderada e 30% dor intensa.

TABELA 6: Características do Cuidado, grau de dependência e dor referida em pacientes do Ambulatório TACP, Botucatu (n=40)

	n	%
Quem Cuida?		
Companheiro	19	47,5
Filhos ou outros	21	52,5
Sente bem cuidado?		
Maioria das vezes	37	97,4
Às vezes	1	2,6
Classificação ABVD (Index Katz)		
A	26	65,0
B	4	10,0
C	1	2,5
G	1	2,5
Outro	8	20,0
Dependência Funcional		
Sim	14	35,0
Não	26	65,0
Classificação AIVD (Lawton)		
8 – 12 (independentes)	15	37,5
13 – 16 (intermediários)	11	27,5
17 – 24 (dependentes)	14	35,0
Sente Dor a maior parte do tempo?		
Sim	32	80,0
Não	8	20,0
Dor na última semana		
Pouca (0 – 4)	12	30,0
Moderada (5 – 7)	16	40,0
Intensa (8 – 10)	12	30,0

ABVD= Atividades básicas de Vida Diária; AIVD= Atividades Instrumentais de Vida Diária. TACP=Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos;

6.2 Análise Univariada

Na Análise Univariada, conforme descrito na Tabela 7, verificou-se a presença de sintomas ansiosos ou depressivos de acordo com cada subescala e os fatores associados pesquisados. Os sintomas ansiosos não apresentaram nenhuma associação para sexo ($p=0,44$),

situação conjugal ($p=1,00$), renda familiar mensal ($p=0,14$) e cor referida ($p=0,72$). Sintomas depressivos não se associaram com sexo ($p=0,33$), situação conjugal ($p=1,00$) e cor referida ($p=0,72$), mas mostraram associação com renda familiar mensal ($p=0,05$).

TABELA 7: Presença de sintomas ansiosos/depressivos em pacientes atendidos no Ambulatório TACP, segundo características sócio-demográficas, Botucatu (n=40)

Variável	HADa					HADd					
	Não		Sim		p	Não		Sim		p	
	n	%	n	%		n	%	n	%		
Sexo	0,44										0,33
Masculino	12	85,7	2	14,3		10	71,4	4	28,6		
Feminino	18	69,2	15	30,8		14	53,8	12	46,3		
Situação conjugal	1,00										1,00
Com cônjuge	17	73,9	6	26,1		15	65,2	8	34,8		
Sem cônjuge	13	73,5	4	23,5		9	52,9	8	47,1		
Renda familiar mensal	0,14										0,05
1500 ou mais	18	85,7	3	14,3		16	76,2	5	23,8		
Até 1500	12	63,2	7	36,4		8	42,1	11	57,9		
Cor referida	0,72										0,33
Branco	20	76,9	6	23,1		14	53,8	12	46,2		
Não Branco	10	71,4	4	28,6		10	71,4	4	28,6		

TACP=Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos; HADa e HADd: Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (Sub-escala de Ansiedade e de Depressão, respectivamente)

A Tabela 8 relaciona a presença de sintomas ansiosos ou depressivos, segundo características religiosas. Não se observou associação desses sintomas com a força da religião na vida dos indivíduos ($p=0,55;1,00$), com a importância da religião em suas vidas ($p=0,63;1,00$), ao sentido que a religião dá às suas vidas ($p=1,00;0,63$) e nem com a frequência aos serviços religiosos ($p=0,72;0,75$). Por outro lado, em relação ao CRE, as variáveis importância, força e sentido da religião apresentaram associação positiva com o CRE positivo ($p=0,03; 0,01; 0,03$; respectivamente), mas não com o CRE negativo.

TABELA 8: Presença de sintomas depressivos e/ou ansiosos em pacientes atendidos pelo Ambulatório de TACP, segundo características religiosas e de enfrentamento religioso/espiritual, Botucatu (n=40)

<i>Variável</i>	HADa				HADd							
	Não		Sim		p		Não		Sim		p	
	n	%	n	%			n	%	n	%		
Força Religião*					0,55				1,00			
Muita	26	74,3	9	25,7			21	60,0	14	40,0		
Pouca	4	100,0	0	0,0			3	75,0	1	25,0		
Importância Religião*					0,63				1,00			
Importante	25	75,8	8	24,2			20	60,6	13	39,4		
Não Importante	4	66,7	2	33,3			4	66,7	2	33,3		
Sentido Religião					1,00				0,63			
Sim	26	74,3	9	25,7			20	57,1	15	42,9		
Não	4	80,0	1	20,0			4	80,0	1	20,0		
Frequência de prática religiosa					0,72				0,75			
Mensal	15	79,0	4	21,0			12	63,2	7	36,8		
Menos que mensal	15	71,4	6	28,6			12	57,1	9	42,9		

* sem informação de um sujeito; TACP=Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos; HADa e HADd: Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (Sub-escala de Ansiedade e de Depressão, respectivamente)

Com respeito aos sintomas ansiosos (Tabela 9) não foi observada associação com dependência para atividades básicas (0,28) e instrumentais (p=0,90), quem cuida (p=0,72), sentir-se bem cuidado (p=0,26;), diagnóstico de câncer (p=0,46), ter assistência domiciliar (p=0,16) e dor na ultima semana (p=0,21).

Observa-se associação entre a presença de sintomas depressivos e a dependência para atividades básicas da vida diária (p=0,04) e também com ser cuidado por outros que não o companheiro (p=0,03), não sendo observada associação para as demais variáveis.

TABELA 9: Presença de Sintomas Depressivos e/ou ansiosos em relação à Dependência Funcional e Instrumental, Cuidados, Dor e Doença em Acompanhamento em pacientes atendidos pelo Ambulatório TACP, Botucatu (n=40)

Variável	HADa					HADd						
	Não		Sim		p	Não		Sim		p		
	n	%	N	%		n	%	n	%			
ABVD (dependência funcional)						0,28						0,04
Independente	21	80,8	5	19,2		19	73,1	7	26,9			
Dependente	9	64,3	5	35,7		5	35,7	9	64,3			
AIVD (dependência instrumental)						0,90						0,66
Independente	12	80,0	3	20,0		8	53,3	7	46,7			
Intermediário	8	73,7	3	27,3		8	72,7	3	27,3			
Dependente	10	71,4	4	28,6		8	57,1	6	42,9			
Quem Cuida						0,72						0,03
Companheiro	15	79,0	4	21,0		15	79,0	4	21,0			
Filhos ou outros	15	71,4	6	28,6		9	42,9	12	57,1			
Sente bem cuidado						0,26						0,37
Maioria das vezes	28	75,7	9	24,3		24	64,9	13	35,1			
Às vezes	0	0,0	1	100,0		0	0,0	1	100,0			
Recebe Assistência Domiciliar?						0,16						0,68
Sim	7	100,0	0	0,0		5	71,4	2	28,6			
Não	23	69,7	10	30,3		19	57,6	14	42,4			
Doença						0,46						1,00
Não Câncer	20	80,0	5	20,0		15	60,0	10	40,0			
Câncer	10	66,7	5	33,3		9	60,0	6	40,0			
Dor na Última Semana						0,21						0,78
Pouca	9	75,0	3	25,0		6	50,0	6	50,0			
Moderada	14	87,5	2	12,5		10	62,5	6	37,5			
Intensa	7	58,3	5	41,7		8	66,7	4	33,3			

TACP=Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos; HADa e HADd: Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (Sub-escala de Ansiedade e de Depressão, respectivamente); ABVD= Atividades básicas de Vida Diária; AIVD= Atividades Instrumentais de Vida Diária

6.4 Análise Multivariada

Frente aos resultados observados com relação ao escore de ansiedade da HADa na análise univariada, optou-se por não construir um modelo multivariado para este desfecho. Na análise multivariada para sintomas depressivos foi utilizado o escore da HADd como variável contínua, como mencionado acima. Foram incluídas as seguintes variáveis: sexo, renda familiar, atividades básicas de vida diária, quem cuida agrupado (companheiro ou não-companheiro), escore de *coping* negativo na escala *BriefRCOPE*, índice de Karnofsky e escore na escala numérica de dor na última semana. Estas variáveis obedeceram ao critério de significância na análise univariada ou foram incluídas pela sua importância na literatura relacionada ao tema.

Permaneceram no modelo (Tabela 10) as variáveis: atividades básicas de vida diária (ABVD) ($p=0,03$), agrupadas em totalmente independente ou com ao menos uma dependência; quem cuida, agrupado em cuidado pelo companheiro ou não ($p=0,04$); escore de *coping* negativo como variável contínua ($p=0,004$). Optou-se manter as variáveis sexo e renda familiar no modelo em função da associação destas com sintomas depressivos (ANDRADE *et al*, 2003; BOING *et al*, 2012).

Quanto maior o escore de *coping* negativo, maior o escore de sintomas depressivos na escala HADd. Do mesmo modo, não ser cuidado pelo companheiro (a) e ter ao menos uma dependência aumentam o escore na HADd.

TABELA 10: Modelo de Regressão Linear* para Escore de Depressão na Subescala HADd em pacientes sob cuidados paliativos no Ambulatório TACP do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (n=40)

Variáveis	Coefficiente	IC95%	p
AVD**	3,51	0,24-6,77	0,03
Quem Cuida (Não companheiro)	3,79	0,22-7,36	0,04
Coping negativo	3,82	1,21-6,43	0,004

*Ajustado para sexo e renda familiar e demais variáveis do modelo; **AVD: pelo menos uma dependência; HADd=Subescala de Depressão da Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade

7 DISCUSSÃO

Neste estudo, encontrou-se uma prevalência de 40% de sintomas depressivos e 25% de sintomas ansiosos numa população sob cuidados paliativos. Nenhum dos fatores pesquisados se associou com os sintomas ansiosos, porém, os sintomas depressivos apresentaram uma associação significativa com: menor renda familiar, não ser cuidado por companheiro, ter pelo menos uma dependência das atividades de vida diária e uso de *coping* religioso/espiritual negativo.

O desenvolvimento da presente pesquisa foi limitado por diversos aspectos. A primeira limitação é o reduzido número de casos pesquisados, que pode ter diminuído o poder de algumas análises estatísticas, como por exemplo, com relação aos sintomas ansiosos, em que não foi possível identificar nenhum fator de risco associado. Além das dificuldades inerentes à coleta de dados em serviços de saúde (treinamento de entrevistadores, limitação do espaço físico, pouca disponibilidade de horário, não comparecimento dos pacientes em seus dias de consulta agendada), algumas particularidades do serviço estudado podem ter contribuído para o tamanho da casuística pesquisada. No Ambulatório TACP – FMB, os cuidados paliativos são oferecidos graças ao esforço conjunto dos profissionais diretamente envolvidos em apenas dois períodos por semana, sendo um serviço relativamente pequeno frente à população que o HC – FMB assiste. Desse modo, a pequena amostra pesquisada reflete essa limitação do próprio serviço. Durante a realização do presente estudo, esse serviço foi quase descontinuado por falta de profissionais que se responsabilizassem pela manutenção das rotinas ambulatoriais e de visita domiciliar. Assim, esse serviço mostra fragilidade em sua continuidade enquanto modelo de atenção a indivíduos fora de possibilidade terapêutica curativa. Esta realidade vai ao encontro da afirmação de Floriani (2007), de que “a inserção dos cuidados paliativos no sistema de saúde dos países em desenvolvimento tem sido um

grande desafio, devido à dificuldade de priorizá-los por parte dos governos”. Isso pode ocorrer devido à pouca importância dada pela sociedade aos cuidados paliativos, uma vez que essa prática de cuidado explicita as limitações do modelo curativo e tecnológico da medicina atual. Talvez novos estudos de metodologia qualitativa possam investigar como o HC - FMB e os profissionais que nele trabalham encaram a questão da terminalidade e dos cuidados paliativos.

A segunda limitação se refere ao possível viés de seleção dos sujeitos, por se tratar de uma amostra não-aleatorizada, de conveniência, uma vez que a investigação foi realizada com aqueles indivíduos em melhores condições de saúde, que estavam em acompanhamento ambulatorial. Embora a população deste estudo não tenha apresentado diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo ou idade do universo pesquisado, houve diferença na proporção de pacientes ambulatoriais e de visita domiciliar. Isto pode sugerir que aqueles indivíduos que fizeram parte desta pesquisa poderiam ser os de menor gravidade dentro o universo pesquisado. Esse fato é reforçado pela maioria dos sujeitos entrevistados terem se mostrado independentes para as atividades básicas de vida diária e com uma boa avaliação no Índice de Karnofsky. A terceira limitação, relativa ao desenho transversal do estudo, é devida ao fato de não ser possível atribuir causalidade entre os fatores de risco pesquisados e o desfecho, mas somente uma associação entre alguns fatores e os sintomas depressivos. Os achados podem ser generalizados para serviços com características semelhantes, mas não para qualquer população sob cuidados paliativos.

Com relação aos achados desta pesquisa, os sujeitos sob cuidados paliativos acompanhados pelo Ambulatório TACP – FMB apresentam faixa etária média acima de 65 anos e grande heterogeneidade quanto ao motivo do acompanhamento. Embora esses Cuidados tenham se desenvolvido inicialmente para atender pacientes com câncer, há uma

tendência de se incluir outras doenças crônicas, como AIDS, insuficiência cardíaca e doenças neurológicas, o que concorda com o estudo de Floriani (2007). Segundo Arantes (2009), cada vez mais as indicações para esse tipo de cuidados são abrangentes e se relacionam com diversas doenças, sendo todas elas crônico-degenerativas, causando alguma incapacidade e, portanto, algum grau de dependência. Essa tendência colabora com os esforços de inserir esses cuidados nos sistemas de saúde ao redor do mundo.

A prevalência de depressão na presente casuística foi de 40%, maior que na população geral, que foi de 16,2%, obtido por meio de autorrelato no estudo de Boing *et al* (2012).

Ao se analisar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos e as características da casuística desse estudo, duas populações de referência podem ser usadas: população idosa e população sob cuidados paliativos. A prevalência de sintomas depressivos e ansiosos segundo a HAD neste estudo mostrou-se mais elevada que na população idosa geral. Utilizando a Escala Geriátrica de Depressão Abreviada, Hoffmann *et al* (2010) encontraram prevalência de 20,9% de sintomas depressivos em uma população idosa. Possivelmente, a prevalência de sintomas depressivos nesta pesquisa seja maior devido à condição de saúde da população sob cuidados paliativos, que estão sabidamente fora de possibilidade de cura.

Quando comparado com populações sob cuidados paliativos, Mitchell *et al* (2011) mostram prevalência de depressão de 16,5% (IC95% 13,1 – 20,3%), segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV ou CID10. Possivelmente, ao se considerar os sintomas depressivos ao invés do diagnóstico clínico, a prevalência deve se elevar, como se pode observar no presente estudo e como mostram outras revisões, em que a prevalência de sintomas depressivos em populações sob cuidados paliativos variou de 22 a 60% (JUVER & VERÇOSA, 2008; BOTTINO, 2009).

Dadas as características da casuística estudada, pode se supor que foi encontrada uma elevada prevalência de sintomas depressivos por se tratar de uma população idosa sob cuidados paliativos, agrupando assim condições associadas com maiores prevalências de depressão.

Quanto aos sintomas ansiosos, encontrou-se uma prevalência de 25%, embora Mitchell *et al* (2011) tenha encontrado prevalência de 9,8% (6,8 – 13,2) de transtornos ansiosos. Novamente, a prevalência pode ter aumentado consideravelmente devido ao fato do presente estudo investigar sintomas ansiosos ao invés do diagnóstico clínico. Os sintomas ansiosos não se relacionaram com nenhum dos fatores pesquisados neste estudo, possivelmente devido ao tamanho amostral.

Ao se considerar a análise multivariada, a presença de sintomas depressivos se associou com diversos fatores, apresentando significância a menor renda familiar mensal, ser cuidado por outras pessoas que não o companheiro, e ser dependente em pelo menos uma atividade da vida diária. Segundo Boing *et al* (2012), a prevalência de depressão se mostrou mais elevada entre os viúvos ou separados (30,7%) e nos mais pobres (18,1%), concordando com os achados da presente pesquisa. Hoffmann *et al* (2010) encontraram associação entre depressão e baixa renda familiar, bem como com percepção de falta de apoio social. Por outro lado, esses mesmos estudos apontam que a depressão é mais relacionada com o sexo feminino e maior intensidade de dor, associações não observadas no presente estudo. Talvez isso se deva ao tamanho amostral, aos instrumentos utilizados, ao viés de seleção ou mesmo às circunstâncias de vida relacionadas com estar sob cuidados paliativos.

O CRE é considerado um bom preditor de resultados de saúde. Segundo Panzini & Bandeira (2007), o uso do CRE se associa com menores índices de desordens emocionais e comportamentos que possam trazer efeitos negativos na saúde.

A *brief*RCOPE, utilizada nesse estudo, considera aspectos positivos e negativos do CRE e mostrou um maior uso dos aspectos positivos que dos aspectos negativos. Ainda de acordo com Panzini & Bandeira (2007), diversas evidências apontam uso maior das estratégias de CRE positivo que negativo, como encontrado no presente estudo e em outros que utilizaram a *Brief*RCOPE e outras escalas de CRE (FARIA & SEIDL, 2006; VALCANTI *et al*, 2012; VITORINO & VIANNA, 2012; MARTINS *et al*, 2012).

Embora o uso do *coping* negativo tenha sido menor, ele se associou significativamente com a presença de sintomas depressivos. Esse achado concorda com outros estudos e com o observado por Pargament e cols., que associaram o CRE positivo “ao crescimento psicológico e espiritual, à avaliação positiva da qualidade de vida e à redução de sintomas sugestivos de problemas emocionais”, enquanto o CRE negativo se correlacionou com sintomas de depressão (PARGAMENT, 1998 apud FARIA & SEIDL, 2006). A presente pesquisa encontrou essa associação entre o uso de CRE negativo e sintomas depressivos, em acordo com os achados de outros autores, que identificam associação entre um uso do CRE negativo e piores resultados na saúde física e mental (FARIA & SEIDL, 2006; MARTINS *et al*, 2012). Por isso “alguns autores sugerem que o uso elevado de estratégias de *coping* negativo é tão ou mais prejudicial à saúde o quanto seria benéfico o uso de *coping* positivo” (MARTINS *et al*, 2012). Tal achado mostra a relevância de se considerar tanto os aspectos positivos quanto os aspectos negativos do CRE. Assim, a relação entre a presença de sintomas depressivos e o uso de estratégias de *coping* negativo, mostra que a maneira como a religião/espiritualidade é utilizada pelos indivíduos pode ter impacto quanto à presença de sintomas depressivos e, portanto, em sua qualidade de vida e prognóstico. Por conhecer a importância dada pelo indivíduo aos aspectos religiosos e espirituais de sua vida e como os utiliza para lidar com sua

situação atual, a equipe de saúde pode potencializar suas intervenções e o cuidado total àqueles sob Cuidados Paliativos.

As variáveis usualmente utilizadas para avaliar a questão de religiosidade, como frequência aos serviços religiosos, importância, força e sentido da religião na vida do sujeito, não apresentaram relação com os sintomas depressivos. No entanto, se relacionaram com o uso do CRE positivo, enquanto o CRE negativo se relacionou com os sintomas depressivos, mas não com as variáveis religiosos/espirituais. Esses achados concordam com outros estudos que encontraram relação entre a importância dada à religião e o uso de CRE, bem como um uso maior de CRE positivo em relação ao CRE negativo (VALCANTI *et al*, 2012; FARIA & SEIDL, 2006).

Estudos que promovem um uso mais amplo de Escalas de CRE mostram que as variáveis religiosos/espirituais comumente usadas tem baixa fidedignidade para encontrar associação entre religião/espiritualidade e variáveis de saúde pesquisadas, mas quando se utilizam instrumentos com medidas mais precisas e abrangentes a associação encontrada tem maior efeito. Isso sugere a importância do uso de instrumentos com boas características psicométricas para acessar aspectos religiosos/espirituais, podendo predizer melhor resultados em relação à saúde (PANZINI & BANDEIRA, 2007).

Desse modo, intervenções que levassem em conta ou tivessem foco no CRE poderiam se mostrar efetivas por apresentar impacto positivo na saúde e qualidade de vida (PANZINI & BANDEIRA, 2007; PERES *et al*, 2007), além de se configurar uma maneira do indivíduo voltar-se para o enfrentamento do problema com possíveis benefícios vindos do uso do CRE (VALCANTI *et al*, 2012). Para tornar isso possível, tem se sugerido a formação adequada de profissionais de saúde nessa área. Pode se conseguir isso por exemplo, incorporando-se no currículo formativo de médicos, psicólogos, enfermeiros, entre outros, o estudo e abordagem

sistemática dos aspectos religiosos/espirituais e sua associação com saúde mental e qualidade de vida (PNAZINI & BANDEIRA, 2007; BIFULCO & IOCHIDA, 2009).

Assim, nos serviços de saúde, em especial naqueles voltados para os Cuidados Paliativos, evidencia-se a necessidade de se dar atenção aos aspectos espirituais como parte dos cuidados dispensados pelas equipes de saúde (PANZINI & BANDEIRA, 2007). Incorporar ferramentas que avaliem esse aspecto, bem como ampliar as equipes com profissionais habilitados a dar a devida colaboração na questão espiritual pode ser determinante para o bom cuidado com aqueles sob cuidados paliativos.

Frente a esses resultados, os serviços de saúde devem se interessar em ampliar seu cuidado também para questões que envolvem a espiritualidade, tanto por validar esses aspectos como por manejá-los para melhorar a qualidade de vida de seus pacientes. Estudos de natureza prospectiva poderiam apontar o impacto que a abordagem sistemática de questões religiosas/espirituais no cuidado pode ter sobre a qualidade de vida e sintomas de natureza emocional.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, dentre os sujeitos sob cuidados paliativos, os sintomas depressivos foram mais presentes que na população em geral. Sintomas depressivos se mostraram presentes naqueles com menor renda familiar, que não são cuidados pelo companheiro e apresentam ao menos uma incapacidade nas atividades básicas de vida diária. Evidenciou-se também a associação entre a presença de sintomas depressivos e a utilização de mais estratégias de *coping* religioso/espiritual negativas. Tais achados confirmam algumas das hipóteses da pesquisa: de que as prevalências de sintomas ansiosos e depressivos seriam maiores que na população geral; e de que os sintomas depressivos estariam relacionados com menor renda e maior uso de CRE negativo. Outras hipóteses não foram confirmadas, como por exemplo, a associação dos sintomas depressivos com o sexo feminino.

Desse modo, a abordagem religioso/espiritual como parte dos cuidados oferecidos pode trazer impacto positivo na qualidade de vida e redução de sintomas depressivos da população sob cuidados paliativos. Para isso, faz-se necessário mais estudos sobre as relações entre religiosidade/espiritualidade e cuidados de saúde, bem como maiores investimentos e atenção à formação de profissionais capacitados nesta linha de cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, A. C. de L. Q., *Indicações de Cuidados Paliativos* pp.20-57 In: Manual de Cuidados Paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos – Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009

ANDRADE, F. A. de *et al*, *Mensuração da dor no idoso: uma revisão* Rev Latino-Am. Enfermagem 14(2):271-6, 2006

ANDRADE, L. *et al*, *The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys* Inter J Meth Psych Research 12(1):3-21, 2003

BERQUÓ, E. S., & cols, Bioestatística 1ªed. rev. São Paulo: EPU, 1981

BIFULCO, V. A. & IOCHIDA, L. C., *A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura* Rev Bras Educ Med 33(1):92-100, 2009

BIRCH, D. & DRAPER, J., *A critical literature review exploring the challenges of delivering effective palliative care to older people with dementia* J Clin Nurs 17(9):1144-63, may, 2008

Blazer, D. G. *et al*, *The epidemiology of depression in an elderly community population* Gerontol 27:281-7, 1987

BOING, A. F., *et al*. *Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional* Rev Saúde Pública 46(4):617-23, 2012

BOTEGA, N. J. *et al*, *Transtornos do Humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão* Rev Saúde Pública 29(5):355-63, 1995

BOTTINO, S. M. B. *et al*, *Depressão e Câncer* Rev Psiq Clín 36(3):109-115, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*, 192p – Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRENNAN, C. *et al*, *The Hospital Anxiety and Depression Scale: a diagnostic meta-analysis of case-finding ability* J Psychos Research 69(4):371-8, 2010

BURTON, L. A., *The spiritual dimension of palliative care* Semin Oncol Nurs 14(2):121-8, 1998

CAMPANELLO, L. *et al*, *Implementing spiritual care at the end of life: Italy* Eur J Pall Care 19(6):274-5, 2012

CASTRO, M. M. C. *et al*, *Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em pacientes com dor crônica* Rev Bras Anesthesiol 56(5):470-7, 2006

CASTRO, M. M. C. *et al*, *Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida* Rev Psiquiatr 38(4):126-9, 2011

CONNELLY, R., & LIGHT, K., *Exploring the "new" frontier of spirituality in health care: identifying the dangers* J Relig Health 42(1):35-36, 2003

DATASUS, Cadernos de Informações de Saúde, Botucatu-SP, versão maio/2010 <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sp.htm>, último acesso em 29/04/2013, 2010

DAVIES, E., *et al*. Better palliative care for older people Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 40p, 2004

DEL DUCA, G. F., *et al*, *Incapacidade funcional em idosos* Rev Saúde Pública 43(5):786-805, 2009

DINIZ, R. W. *et al*, *O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva a depressão em paciente sob cuidados paliativos* Rev Assoc Med Bras 52(5):298-303, 2006

DURKIN, I. *et al*, *L. Psychiatric Disorder in a palliative care unit* Palliat Med 17:212-8, 2003

FARIA, J. B. de & SEIDL, E. M. F., *Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/Aids*, Psicologia em Estudo 11:1 155-164, jan/abr 2006

FIELD, M. J. *et al*. Approaching death: improving care at the end of life. Washington, D.C.: National Academy Press, XVII 437p, 1997

FLORIANI, C. A. & SCHRAMM F. R. *Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica* Cad Saúde Pública 23(9):2072-80, set, 2007

GOLDSMITH, B. *et al*, *Variability in access to hospital palliative care in United States* J Palliat Med 11:1094-102, 2008

HENNEKENS, C.H. & BURING, J. E., Epidemiology in Medicine. Boston: Little Brown and Company, 1987

HOFFMANN, E. J. *et al*, *Sintomas depressivos e fatores associados no idoso* J Bras Psiquiatr 59(3):190-7, 2010

HOSMER, D.W. & LEMESHOW, S., Applied Logistic Regression Wiley-intercience publication, 1989

IRWIN, S. A. *et al*, *Psychiatric issues in palliative care: recognition of depression in patients enrolled in hospice care* J Palliat Med 11(2):158-63, mar, 2008

JENSEN, M. P. *et al*, *The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods* Pain 184:117-26, 1986

JUVER, J. P. da S. & VERÇOSA, N., *Depressão em pacientes com dor no câncer avançado* Rev Bras Anesthesiol 58(3):287-298, 2008

KARNOFSKY, D. & BARCHENAL, J. H. *The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer* p.191-205 In: Evaluation of chemotherapeutic agents Maclead, C. M. (ed) New York, NY: Columbia University Press, 1949

KATZ, S. *et al*, *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function* JAMA 185:914-9, 1963

KOENIG, H. G. *et al*, *Religious coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients* Psychosomatics 36(4); 369-375, 1995

KOENIG, H. G. *et al*, *Religiosity and remission of depression in medically ill older patients* Am J Psychiatry 155:536-42, 1998

KOENIG, H. G., *Religion, spirituality and medicine: research findings and implications for clinical practice* South Med J 97:1194-200, 2004

LAWTON, M. P. & BRODY, E. M., *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living* Gerontologist 9:179-86, 1969

LINO, V. T. S., *et al*, *Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz)* Cad Saúde Pública 24(1):103-12, jan. 2008

LLOYD-WILLIAMS, M., *Screening for Depression in palliative care patients: a review* Eur J Cancer Care 10:31-5, 2001

MACIEL, M. G. S. *et al*. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil / documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos - Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006

MACIEL, M. G. S., *Avaliação do Paciente sob Cuidados Paliativos* pp.37-45 In: Manual de Cuidados Paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos – Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009

MARQUES, C. A. *et al*, *Associação entre depressão, níveis de dor e falta de apoio social em pacientes internados em enfermarias de clínica médica* J Bras Psiquiatr 62(1):1-7, 2013

MARTINS, M. E. *et al*, *Coping religioso-espiritual e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino* Rev Esc Enferm USP 46(6):1340-7, 2012

MITCHELL, A. J. *et al*, *Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative-care settings: a meta-analysis* J Affect Disord 126(3):335-48, nov 2010

MITCHELL, A. J. *et al*, *Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care setting: a meta-analysis of 94 interview-based studies* Lancet Oncol 13(2):160-74, Feb 2011

MOREIRA-ALMEIDA, A., *et al*, *Religiousness and mental health: a review* Rev Bras Psiquiatr 28(3):242-50, 2006

MYSTAKIDOU, K. *et al*, *The relationship between quality of life and levels of hopelessness and depression in palliative care* Depress Anxiety 25(9):730-6, 2008

NARAYANASAMY, A., *Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients* Br J Nurs 11(2):1461-70, 2003

NOORANI, N. H. & MONTAGNINI, M., *Recognizing depression in palliative care patients* J Palliat Med 10(2):458-64, apr, 2007

PANZINI, R. G. & BANDEIRA, D. R., *Coping (enfrentamento) Religioso/Espiritualidade* Rev Psiq Clín 34(supll 1):126-35, 2007

PARGAMENT, K. I. *et al*, *Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors* J Sci Study Relig 37(4):710-24, 1998

PARGAMENT, K. I. *et al*, *The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE* J Clin Psychol 56(4):519-43, 2000

PERES, M. F. P. *et al*, *A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos* Rev Psiq Clín 34(supl1):82-7, 2007

ROGER, K. S., *A literature review of palliative care, end of life, and dementia* Palliat Support Care 4(3):295-303, sep, 2006

SAUNDERS, C. & SYKES, N., The management of terminal malignant disease 3^a ed. London, Edward Arnold, 1993

SILVA, E. P. da. & SUDIGURSKY, D., *Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica* Acta Paul Enferm 21(3):504-8, 2008

SILVA, R. C. P. & HORTALE, V. A., *Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(10):2055-2066, out, 2006

THE ECONOMIST, *Into the Sunset* The Economist, 2008

VALCANTI, C. C., *et al*, *Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico* Rev Esc Enferm USP 46(4):838-45, 2012

VITORINO, L. M. & VIANNA, L. A. C., *Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados* Acta Paul Enferm 25(NE1):136-42, 2012

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Geneva: World Health Organization 180p, 2002

ZIGMOND, A. S. & SNAITH, R. P., *The hospital anxiety and depression scale* Acta Psychiatr Scand 67:361-70, 1983.

ANEXO 1 - Questionário

Nome completo do entrevistado: _____;

Sexo: 1 - masculino 2 – feminino

Telefone de contato: (____) _____ - _____;

Nome do informante (auxiliar ou substituto): _____;

Parentesco com o entrevistado: _____;

Tempo de conhecimento (se não for parente): _____;

Entrevistador: _____;

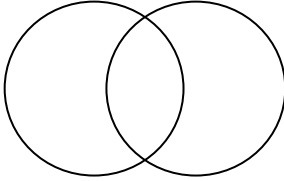
Data: ____ / ____ / ____; hora de início: ____ h ____;

Local da Entrevista: Ambulatório; Residência;

Mostre e leia junto com o entrevistado e informantes ou familiares o termo de consentimento livre e esclarecido; após a leitura marque a opção escolhida e prossiga a entrevista se for consentido.

Bloco A – MEEM (Aplicado ao entrevistado)

A1. Por favor me diga a data de hoje (assinale um ponto para cada resposta correta)						
Dia do mês		Ano		TOTAL:		
Mês		Dia da semana				
A2. Vou lhe dar o nome de três objetos. Quando eu terminar pedirei que repita em voz alta as palavras que puder lembrar, em qualquer ordem. Guarde as palavras porque vou voltar a perguntar daqui a pouco. (leia o nome dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os não lembrados)						
ARVORE		CACHORRO		MESA		TOTAL:
A3. Vou dizer alguns números e gostaria que contasse de trás para a frente (a pontuação é o numero de dígitos na ordem correta):						
1 3 5 7 9				Resposta do entrevistado:	TOTAL:	
Resposta Correta: 9 7 5 3 1						
A4. Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, apanhe o papel com a sua Mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque-o sobre suas pernas (um ponto para cada ação correta):						
PEGA O PAPEL						TOTAL:
DOBRA NA METADE COM AS MAOS						
COLOCA O PAPEL SOBRE AS PERNAS						
A5. Há alguns minutos, li uma serie de 3 palavras e você repetiu aquelas que se lembrou. Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra (um ponto para cada resposta correta em qualquer ordem)						
ARVORE		CACHORRO		MESA		TOTAL:
A6. Por favor, copie este desenho (entregue o desenho com os círculos que se cruzam. A ação esta correta se os círculos não se cruzam mais do que a metade. Anote um ponto se o desenho estiver correto)						

	TOTAL:
TOTAL DE PONTOS NO BLOCO A (DE A1 A A6)	
Maximo de 19 pontos; se for 13 ou mais continue a entrevista com o entrevistado; se for 12 ou menos agradeça e encerre a entrevista)	TOTAL:

Bloco B - Identificação e Dados Sócio-demográficos (Aplique ao entrevistado ou informante substituto):

B1. Em que dia, mês e ano nasceu				
B2. Quantos anos completos você tem?				
B3. Atualmente você vive com quem?				
1	Sozinho	5	Com outro familiar	
2	Esposa (o) ou companheira (o)	6	Com outro não familiar	
3	Com um ou mais filhos	7	Com empregado (a) domestica	
4	Com netos	9	Não sabe / não respondeu	
B4. Quantas pessoas moram nessa casa atualmente? Incluindo o entrevistado (anote o numero de pessoas; se não sabe ou não respondeu anote 99)				
B5. Qual o seu estado marital hoje?				
1	Solteiro	4	Separado	
2	Casado	5	Divorciado	
3	Amasiado	9	NS/NR	
B6. Sabe ler/escrever um recado? (Se a resposta for 2, siga para B.8)				
1	Sim	2	Não	
B7. Concluiu até que série na escola?				
1	1º grau	4	Pós-graduação	
2	2º grau (inclui ensino técnico)	5	Supletivo	
3	Graduação	9	NS/NR	
B8. Quanto dinheiro, mais ou menos, você ganha por mês?				
1	Menos de R\$ 500,00	4	Entre R\$ 3.000,00 e 5.000,00	

2	Entre R\$ 500 e 1.499,00	5	Mais de R\$ 5.000,00		
3	Entre R\$ 1.500 e 2.999,00	9	NS/NR		
B8. Quanto dinheiro, mais ou menos, você e as pessoas que moram com você ganham por mês?					
1	Menos de R\$ 500,00	4	Entre R\$ 3.000,00 e 5.000,00		
2	Entre R\$ 500 e 1.499,00	5	Mais de R\$ 5.000,00		
3	Entre R\$ 1.500 e 2.999,00	9	NS/NR		
B9. Qual a importância da religião na sua vida?					
1	Importante	3	Nada importante		
2	Regular	9	NS/NR		
B10. Qual a sua religião? (Se a resposta for 8, siga para B.14)					
1	Católica	6	Oriental/budismo		
2	Evangélica/protestante	7	Outras		
3	Espírita	8	Nenhuma		
4	Judaísmo	9	NS/NR		
5	Afro-brasileira				
B11. Com qual frequência vai à igreja ou serviço religioso?					
1	Nunca	4	Quase toda semana		
2	Várias vezes ao ano	5	Mais de uma vez por semana		
3	Uma ou duas vezes por mês	9	NS/NR		
B12. Quanto sua religião lhe dá forças para enfrentar dificuldades?					
1	Completamente	3	Não muito	9	NS/NR
2	Muito	4	Nada		
B13. Sua religião dá sentido à sua vida?					
1	Totalmente	3	Às vezes	9	NS/NR
2	Muito	4	Nunca		
B14. Qual dessas opções o descrevem melhor?					
1	Branco (origem européia)	5	Amarelo		
2	Pardo (combinação de branco e preto)	6	Outra		
3	Preta	9	NS/NR		
4	Indígena				
B16. O Sr. tem alguma dificuldade de acessar ou usar serviços de saúde, quando necessário?					
1	Sim	2	Não	9	NS/NR
B17. Qual é o serviço de saúde normalmente procurado quando necessita de atendimento?					

1	Unidade básica de Saúde (posto ou centro de saúde)	5	Hospital	
2	Consultório	8	Outro: _____	
3	Ambulatório	9	NS/NR	
4	Pronto-socorro/emergência			
B18. Esse serviço de saúde é				
1	SUS	8	Outro: _____	
2	Previdência governamental	9	NS/NR	
3	Privado/particular			
B19. Qual o profissional de saúde mais requisitado para o seu atendimento no último ano?				
1	Médico	5	Enfermeiro	
2	Dentista	6	Agente de Saúde	
3	Fisioterapeuta	8	Outro: _____	
4	Psicólogo	9	NS/NR	
B20. Quem paga pelos gastos com saúde, incluindo consultas, exames, medicamentos?				
1	Usa somente serviço público (SUS)	4	Familiares/amigos	
2	Convênio de saúde	8	Outro: _____	
3	Próprio entrevistado	9	NS/NR	
B21. Recebe assistência domiciliar regular de profissional de saúde? (se for 5 siga para a questão B.23)				
1	Sim, mais de uma vez por semana	4	Sim, mensal	
2	Sim, semanal	5	Não recebe assistência regular	
3	Sim, quinzenal	9	NS/NR	
B22. Qual profissional faz essa assistência?				
1	Médico	5	Nutricionista	
2	Enfermeiro	6	Cuidador formal (contratado)	
3	Psicólogo	8	Outro: _____	
4	Fisioterapeuta	9	NS/NR	
B23. Quem cuida do Sr. Em casa no dia a dia? (considerar o cuidador principal)				
1	Cônjuge/companheiro	5	Cuidador formal	
2	Filhos	6	Vizinho/amigo/conhecido	
3	Mãe/pai	8	Outros familiares: _____	
4	Irmão/irmã	9	NS/NR	
B24. De modo geral o Sr. se sente bem cuidado? (considerar o cuidador principal)				

1	Sempre	4	Poucas vezes	
2	Na maior parte das vezes	5	Nunca	
3	Algumas vezes	9	NS/NR	
B25. Atualmente faz alguma atividade para seu lazer, para se divertir ou para se distrair? (se for 2, vá para B.29)				
1	Sim	2	Não	9 NS/NR
B26. Qual é ou era essa atividade?				
B27. Com que frequência faz essa atividade?				
1	Quase diariamente	4	Mensalmente	
2	Toda semana	5	Às vezes	
3	Quinzenalmente	9	NS/NR	
B28. Faz essa atividade tanto quanto gostaria? (Se a resposta for 2, siga para o Bloco C)				
1	Não, gostaria de fazer mais vezes	2	Sim, faço o quanto gosto	9 NS/NR
B29. Por que não faz?				
1	Perdeu o prazer em fazer qualquer coisa	4	Não acha o lazer importante	
2	Não se sente disposto pelas condições de saúde	5	Não gosta de atividades de lazer	
3	É limitado pelas condições de saúde	9	NS/NR	

Bloco C – Status Funcional (Aplicado ao entrevistado ou informante substituto)

(Considere a semana anterior como referência e considere como as atividades ocorrem a ‘maioria das vezes’)

C01. Qual o principal modo de se locomover?				
1	Anda sem utilização de nenhum dispositivo de auxílio	3	Cadeiras de rodas ou scooter	
2	Anda com utilização de dispositivos de auxílio (andador, bengala, muleta)	4	Restrito ao leito	
C02. Consegue controlar o ato de urinar?				
1	Controle completo (continente)	3	Não tem nenhum controle (incontinente)	
2	Apresenta episódios de incontinência ou tem controle através de cateter ou ostomia			
C03. Consegue controlar o ato de evacuar?				
1	Controle completo (continente)	3	Não tem nenhum controle (incontinente)	
2	Apresenta episódios de incontinência ou tem controle através de cateter ou ostomia			

Códigos para questões C.4 – C. 21					
1 - Independente (nenhuma ajuda, preparação ou supervisão em nenhum episódio)					
2 - Auxílio para as atividades					
3 - Dependência total (realização da atividade por completo por outra pessoa durante todos os episódios)					
9 - A atividade não ocorreu no período					
C.4	TOMAR BANHO (como toma banho de corpo inteiro, incluindo como se transfere para dentro e fora da banheiro ou chuveiro E como lava cada parte do corpo, excluindo costas e cabelo)	1	2	3	9
C.5	HIGIENE PESSOAL (como faz sua higiene pessoal, incluindo pentear os cabelos, escovar os dentes, barbear-se, maquiagem, lavar e secar rosto e mãos)	1	2	3	9
C.6	VESTIR-SE DA CINTURA PARA CIMA (como se veste e se despe, incluindo roupas íntimas)	1	2	3	9
C.7	VESTIR-SE DA CINTURA PARA BAIXO (como se veste e se despe, incluindo roupas íntimas)	1	2	3	9
C.8	ANDAR (como anda entre as divisões da casa no mesmo piso)	1	2	3	9
C.9	LOCOMOÇÃO (como se move entre os aposentos no mesmo piso. Se usa cadeira de rodas, tem auto-suficiência uma vez que esteja na cadeira)	1	2	3	9
C.10	TRANSFERÊNCIA PARA O VASO SANITÁRIO (como se senta e se levanta do vaso sanitário/bacia)	1	2	3	9
C.11	USO DO BANHEIRO (como usa o vaso sanitário, como se limpa após o uso do vaso ou após episódio de incontinência, troca de fraldas, manejo de ostomias ou sondas – EXCLUI transferência para o vaso sanitário)	1	2	3	9
C.12	MOBILIDADE NA CAMA (como se move para e a partir da posição de decúbito, como se vira de lado a lado e posiciona o corpo quando na cama)	1	2	3	9
C.13	ALIMENTAÇÃO (como come e bebe, incluindo a ingestão de alimentos por outras vias, com sonda ou nutrição parenteral)	1	2	3	9
C.14	PREPARAÇÃO DE REFEIÇÕES (como são preparadas, planejamento, juntar ingredientes, cozinhar, dispor a comida e os utensílios)	1	2	3	9
C.15	TRABALHO DOMÉSTICO (como são realizadas atividades domésticas rotineiras)	1	2	3	9
C.16	GESTÃO DE FINANÇAS (como são pagas as contas, controle dos gastos)	1	2	3	9
C.17	USO DE MEDICAMENTOS (como são tomadas, lembrar-se de tomar, abertura dos recipientes, ingestão da dose correta, administração de injeções e aplicação de cremas ou pomadas)	1	2	3	9
C.18	USO TELEFONE (como são feitas ou recebidas chamadas telefônicas)	1	2	3	9
C.19	ESCADAS (como lida com lances de escada de 12-14 degraus)	1	2	3	9
C.20	COMPRAS (como faz compra de comida e artigos para casa – EXCLUIR transporte)	1	2	3	9

C.21	TRANSPORTE (como anda de transporte público, incluindo orientação e pagamento de tarifas, ou dirige um veículo, incluindo sair de casa, entrar e sair do veículo)	1	2	3	9
-------------	--	----------	----------	----------	----------

Bloco D - Histórico Médico

D1. 1 Quanto tempo faz desde a última internação hospitalar? (em relação ao episódio mais recente dos últimos 90 dias)					
1	Não houve hospitalização recente	5	Nos últimos 7 dias		
2	Entre 31 e 90 dias atrás	6	Internado no momento		
3	Entre 15 e 30 dias atrás	9	NS/NR		
4	Entre 8 e 14 dias atrás				

Algum médico ou enfermeira já disse que [entrevistado] tem alguma dessas doenças:

- 1 - Ausente
- 2 - Diagnóstico principal e motivo da assistência atual
- 3 - Diagnóstico presente, recebendo tratamento
- 4 - Diagnóstico presente, monitorado, mas sem tratamento no momento

D.2	Fratura de fêmur proximal nos últimos 30 dias	1	2	3	4
D.3	Outra fratura nos últimos 30 dias	1	2	3	4
D.4	Osteoartrose	1	2	3	4
D.5	Artrite reumatóide	1	2	3	4
D.6	Outras doenças reumatológicas	1	2	3	4
D.7	Doença de Alzheimer	1	2	3	4
D.8	Outras demências	1	2	3	4
D.9	Hemiplegia	1	2	3	4
D.10	Paraplegia	1	2	3	4
D.11	Quadriplegia	1	2	3	4
D.12	Doença de Parkinson	1	2	3	4
D.13	Acidente Vascular Cerebral (derrame)	1	2	3	4
D.14	Epilepsia	1	2	3	4
D.15	Esclerose Múltipla	1	2	3	4
D.16	Doença arterial coronariana (Infarto agudo do miocárdio, angina estável ou instável)	1	2	3	4
D.17	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Enfisema ou Bronquite crônica)	1	2	3	4
D.18	Insuficiência Cardíaca	1	2	3	4
D.19	Transtorno Ansioso (inclui TOC, TAG, Pânico)	1	2	3	4
D.20	Depressão	1	2	3	4
D.21	Transtorno bipolar do humor	1	2	3	4
D.22	Esquizofrenia	1	2	3	4
D.23	Pneumonia nos últimos 30 dias	1	2	3	4
D.24	Infecção urinária nos últimos 30 dias	1	2	3	4
D.25	Câncer	1	2	3	4

D.26	Diabetes <i>mellitus</i>	1	2	3	4
-------------	--------------------------	----------	----------	----------	----------

D27. Outras (especifique)						
D28. Quais as medicações atualmente em uso, quanto toma, como toma e com que frequência?						
n°	Nome (a)	Dose (b)	Unidade ©	Via (d)	Freq (e)	S/N (f)
D29. Escala de Karnofsky						

Bloco E – Dor Atual

E1. Costuma sentir dor a maior parte do tempo?										
1	Sim	3	Às vezes							
2	Não	9	NS/NR							
E2. Quanta dor você tem sentido na última semana? De zero a dez (Zero é sem nenhuma dor e dez é a pior dor possível):										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
E3. Quanta dor você está sentindo agora?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Bloco F – HAD

Agora são perguntas sobre seu estado emocional. Não precisa ficar muito tempo pensando em cada pergunta; responda o que vier primeiro à mente de acordo com as alternativas:

F1. (A) Você se sente tenso ou contraído				
3	A maior parte do tempo	1	De vez em quando	
2	Boa parte do tempo	0	Nunca	
F2. (D) Você ainda sente satisfação (gosto) pelas mesmas coisas que costumava gostar				
0	Sim, do mesmo jeito de antes	2	Só um pouco	
1	Não tanto quanto antes	3	Já não sinto prazer em nada	

F3. (A) Você sente uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer				
3	Sim, de um jeito muito forte	1	Um pouco, mas isso não me preocupa	
2	Sim, mas não tão forte	0	Não sinto nada disso	
F4. (D) Dá risada e se diverte quando vê coisas engraçadas				
0	Do mesmo jeito que antes	2	Atualmente bem menos	
1	Atualmente um pouco menos	3	Não consigo mais	
F5. (A) Está com a cabeça cheia de preocupações				
3	A maior parte do tempo	1	De vez em quando	
2	Boa parte do tempo	0	Raramente	
F6. (D) Você se sente alegre				
3	Nunca	1	Muitas vezes	
2	Poucas vezes	0	A maior parte do tempo	
F7. (A) Consegue ficar sentado à vontade e se sentir relaxado				
0	Sim, quase sempre	2	Poucas vezes	
1	Muitas vezes	3	Nunca	
F8. (D) Está lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas				
3	Quase sempre	1	De vez em quando	
2	Muitas vezes	0	Nunca	
F9. (A) Tem uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha ou um aperto no estômago)				
0	Nunca	2	Muitas vezes	
1	De vez em quando	3	Quase sempre	
F10. (D) Perdeu o interesse em cuidar da aparência				
3	Completamente	1	Talvez não tanto quanto antes	
2	Você não está mais se cuidando como deveria	0	Você se cuida do mesmo jeito que antes	
F11. (A) Você se sente inquieto, como se não pudesse ficar parado em nenhum lugar				
3	Sim, demais	1	Um pouco	
2	Bastante	0	Não se sente assim	
F12. (D) Fica esperando animado as coisas boas que estão por vir				
0	Do mesmo jeito que antes	2	Bem menos que antes	
1	Um pouco menos que antes	3	Quase nunca	
F13. (A) De repente tem a sensação de entrar em pânico				
3	a quase todo momento	1	De vez em quando	
2	várias vezes	0	Não sinto isso	
F14. (D) Consegue sentir prazer ao assistir um bom programa de TV, de rádio, ou quando lê alguma coisa				
0	Quase sempre	2	Poucas vezes	
1	Muitas vezes	3	Quase nunca	

Bloco G – Brief RCOPE (Escala de Enfrentamento Religioso/Espiritual)

	Com que frequência você pensa ou faz o que o item afirma:	Nunca	Um pouco	Algumas vezes	Quase Sempre
G1	Procura uma ligação mais forte com Deus	1	2	3	4
G2	Busca o amor e cuidado de Deus	1	2	3	4
G3	Procura a ajuda de Deus para me livrar da minha raiva ou rancor	1	2	3	4
G4	Tenta colocar seus planos em ação juntamente com Deus	1	2	3	4
G5	Tenta perceber como Deus estaria tentando te fortalecer com essa situação	1	2	3	4
G6	Pede perdão a Deus pelos seus pecados	1	2	3	4
G7	Se concentra na religião para parar de se preocupar com seus problemas	1	2	3	4
G8	Pergunta a si mesmo se Deus o abandonou	1	2	3	4
G9	Sente que está sendo punido por Deus por sua falta de devoção	1	2	3	4
G10	Se pergunta o que fez para ser punido por Deus	1	2	3	4
G11	Questiona o amor que Deus tem por você	1	2	3	4
G12	Se pergunta se sua igreja ou grupo religioso o abandonou	1	2	3	4
G13	Chega à conclusão que foi o diabo (mal) que fez isso acontecer	1	2	3	4
G14	Coloca em dúvida o poder de Deus	1	2	3	4

Bloco H – Cuidadores (Escala de Zarit)

Código para questões H1 – H22						
0 – nunca (situação não ocorre em nenhum momento)						
1 – raramente (situação ocorre menos de uma vez por semana, mas ocorre em algumas ocasiões)						
2 – algumas vezes (situação ocorre de 1 a 2 vezes por semana)						
3 – frequentemente (situação ocorre de 3 a 6 dias por semana)						
4 – sempre (situação ocorre todos os dias)						
H1	O Sr(a) sente que [nome] pede mais ajuda do que ele necessita?	0	1	2	3	4
H2	O Sr(a) sente que, por causa do tempo que gasta com [nome], não tem tempo suficiente para si mesmo?	0	1	2	3	4
H3	O Sr(a) se sente estressado entre cuidar de [nome] e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	0	1	2	3	4
H4	O Sr(a) se sente envergonhado como comportamento de [nome]?	0	1	2	3	4
H5	O Sr(a) se sente irritado quando [nome] está por perto?	0	1	2	3	4
H6	O Sr(a) sente que [nome] afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	0	1	2	3	4
H7	O Sr(a) sente receio pelo futuro de [nome]?	0	1	2	3	4
H8	O Sr(a) sente que [nome] depende de você?	0	1	2	3	4
H9	O Sr(a) se sente tenso quando [nome] está por perto?	0	1	2	3	4
H10	O Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com [nome]?	0	1	2	3	4
H11	O Sr(a) sente que não tem tanta privacidade com gostaria por causa de [nome]?	0	1	2	3	4
H12	O Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter que cuidar de [nome]?	0	1	2	3	4
H13	O Sr(a) não se sente à vontade para receber visitas por causa de [nome]?	0	1	2	3	4
H14	O Sr(a) sente que [nome] espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	0	1	2	3	4
H15	O Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de [nome], somando-se suas outras despesas?	0	1	2	3	4
H16	O Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de [nome] por muito mais tempo?	0	1	2	3	4
H17	O Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de [nome]?	0	1	2	3	4
H18	O Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de [nome]?	0	1	2	3	4
H19	O Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por [nome]?	0	1	2	3	4
H20	O Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por [nome]?	0	1	2	3	4
H21	O Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de [nome]?	0	1	2	3	4
H22	De uma maneira geral, quanto você se sente sobrecarregado por cuidar de [nome]?	0	1	2	3	4

Horário de início: ____ h ____; de término: ____ h ____; Feito em ____ ocasiões;

ANEXO 2


Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
 CEP: 18 618-970
 Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
 e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
 e-mail coordenador: tsarden@fmb.unesp.br



 Registrado no Ministério da Saúde
 em 30 de abril de 1997

Botucatu, 30 de agosto de 2011.

Of. 369/11-CEP

Ilustríssima Senhora
 Profª. Drª. Maria Cristina Pereira Lima
 Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da
 Faculdade de Medicina de Botucatu.

Cara Profª Maria Cristina,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que em 30/08/2011, foram autorizadas mudanças abaixo relacionadas no Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3851-2011) "Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em idosos incapacitados candidatos a cuidados paliativos residentes no município de Botucatu-SP", a ser conduzido por Guilherme Ørysched, orientado por Vossa Senhoria, Co-orientado pela Profª Drª Fernanda Bono Fukushima, aprovado por este colegiado em 02 de maio de 2011, na seguinte conformidade:

- Inclusão de sujeitos de pesquisa com 18 ou mais (e não apenas 60 anos ou mais como proposto no projeto original);
- Inclusão de sujeitos independente de sua gravidade (não restringindo-se apenas aos pacientes mais graves, como proposto no projeto original);
- Inclusão apenas de pacientes cadastrados no Ambulatório de Terapia Antalgica e Cuidados Paliativos do HC-FMB-UNESP.
- Com as alterações acima também foi mudado o título do Projeto, que passa a denominar-se "Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes acompanhados no Ambulatório de Terapia Antalgica e cuidados paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu"

Atenciosamente,


 Alberto Santos Capelluppi
 Secretário do CEP

ANEXO 3

Pesquisa: Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes acompanhados no Ambulatório de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – SP
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, RG _____, declaro, por meio deste termo, ter sido convidado a participar a respeito da pesquisa acima intitulada, desenvolvida dentro do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP pelo mestrando Guilherme Gryscek, a quem poderei contatar/consultar se e quando julgar necessário através do telefone (14) 9607-6604, e sob orientação da Profa. Dra. Maria Cristina Pereira Lima.

Entendo que o objetivo dessa pesquisa, de modo geral, é estritamente acadêmico e visa aprimorar o conhecimento a respeito de ansiedade e depressão em pacientes acompanhados no **Ambulatório de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – SP**. Também compreendi que a participação nessa pesquisa é voluntária, sem recebimento de qualquer incentivo financeiro, e com o fim exclusivo de colaborar com o sucesso da pesquisa. Entendo que se aceitar participar da pesquisa não será realizada nenhuma modificação no tratamento ou acompanhamento usual proposto pelos médicos responsáveis pelo meu cuidado e nem solicitado nenhum exame exceto aqueles já usualmente solicitados pelo meu médico assistente.

Fui informado que a participação nessa pesquisa implicará em uma entrevista feita com o objetivo de perguntar a mim ou familiares/cuidadores sobre minhas condições sócio-econômicas, sintomas e estado de saúde. Algumas questões poderão ser respondidas pelo cuidador, que também responderá perguntas referentes aos cuidados dispensados a mim. A entrevista tem previsão de duração aproximada de 60 minutos, podendo ser feita em uma ou mais vezes, dependendo das minhas condições e disposição. Foi me assegurado que todas as informações fornecidas por mim ou meus cuidadores terão objetivos de pesquisa e, portanto serão tratadas de modo confidencial com respeito ao anonimato, e que o acesso e a análise dos dados serão feitos apenas pela equipe de pesquisa envolvida nesse estudo.

Tenho ciência de que, se tiver dúvidas ou me sentir prejudicado, poderei contatar o pesquisador responsável, ou ainda o Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu locado no campus da UNESP no Distrito de Rubião Jr ou pelo telefone (14) 3811-6143. Foi me esclarecido que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo à minha assistência e cuidado ou constrangimentos. Mantere em minha posse uma cópia deste termo para futuras consultas, conforme necessário.

Exposto o acima:

Sim, concordo em participar desta pesquisa nos termos expostos;

Não, não concordo em participar desta pesquisa por motivos de natureza pessoal;

BOTUCATU, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante: _____ ;

Assinatura do responsável/cuidador: _____ ;

Assinatura do pesquisador: _____ ;

Pesquisadores principais:

Guilherme Gryscek (ggryscek@gmail.com) (14) 9607-6604

Profa. Maria Cristina Pereira Lima (kika.botucatu@gmail.com) (14) 9798-0422

Endereço de contato: Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Distrito de Rubião Júnior s/n, Botucatu - SP

