



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO
DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Viviane da Silva Clemente Totina

**CARACTERIZAÇÃO DA PERSONALIDADE E ESTADO
EMOCIONAL DO PORTADOR DE MELANOMA.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Biotecnologia Médica.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Gabriela Sálvio

**Botucatu
2019**

Viviane da Silva Clemente Totina

**CARACTERIZAÇÃO DA PERSONALIDADE E
ESTADO EMOCIONAL DO PORTADOR DE
MELANOMA**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Biotecnologia Médica.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Gabriela Sálvio

Botucatu
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Totina, Viviane da Silva Clemente.

Característica da personalidade e estado emocional do portador de melanoma / Viviane da Silva Clemente Totina. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Ana Gabriela Sálvio

Capes: 70710007

1. Personalidade - Avaliação. 2. Transtornos da ansiedade. 3. Depressão. 4. Melanoma.

Palavras-chave: Dimensões da personalidade; Melanoma; Sintomas de ansiedade; Sintomas de depressão.

Viviane da Silva Clemente Totina

**CARACTERÍSTICAS DA PERSONALIDADE E
ESTADO EMOCIONAL DO PORTADOR DE
MELANOMA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Biotecnologia Médica.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Gabriela Sálvio

Comissão examinadora

Prof. (a). Dr. (a): Ana Gabriela Sálvio
Dep. de Dermatologia do Hospital Amaral de Carvalho - Jaú

Prof.(a). Dr. (a) Cristiane Lara Mendes-Chiloff
Dep. Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da FMB - Unesp

Prof.(a). Dr. (a) Elaine Cristina Gardinal Pizato
Faculdades Integradas de Jaú - FIJ

Botucatu, 28 de Fevereiro de 2019.

DEDICATÓRIA

Aos pacientes que dividem sua sabedoria de vida nessa jornada que é o câncer.

AGRADECIMENTOS

Á Deus pela minha vida, família e amigos.

Ao Programa de Pós Graduação em Pesquisa e Desenvolvimento: Biotecnologia Médica, corpo docente e discente, direção e administração pela oportunidade de aprimoramento profissional e de desenvolver este trabalho.

À Dra. Ana Gabriela Sálvio, minha orientadora, pela paciência, respeito, por acreditar e dar oportunidade.

Ao Hospital Amaral Carvalho de Jaú, por permitir o desenvolvimento deste trabalho, em especial à equipe do Departamento de Pele e Partes Moles (Dani) o Setor de Agendamento pelo auxílio.

A equipe de Psicologia do Hospital Amaral Carvalho (Ana Carolina, Ellen, Lara, Larissa, Luciana, Jéssica, Monique e Natália) pelo apoio e companheirismo nessa jornada.

A Vanessa de Moraes pelo apoio e auxílio.

Aos pacientes e seus familiares, pela colaboração e confiança.

Ao meu marido Ricardo e filho Vinícius pela compreensão, parceria, paciência e pelos momentos de minha ausência. Amo vocês!

Á minha sogra Cidinha pela disponibilidade e apoio.

À minha família.

Ao Dr. Rafael Plana Simões e principalmente Dr. Sérgio Augusto Rodrigues, pela disponibilidade, interesse e envolvimento.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para execução deste estudo.

ΕΠΙΓΡΑΦΕ

"A sabedoria está no corpo, a Inteligência está em cada célula do corpo. A psique se estende pelo corpo."

Regina Paschoaluci Liberato

RESUMO

Resumo

TOTINA, V.S.C. **Caracterização da Personalidade e Estado Emocional do Portador de Melanoma**. 2019. Dissertação (Mestrado em Pesquisa e Desenvolvimento - Biotecnologia Médica) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019.

Introdução: O melanoma é um tipo de câncer de pele agressivo, gerando diferentes comportamentos ao diagnóstico, dependendo da situação emocional do indivíduo. O modo como o paciente recebe o diagnóstico pode estar associado à personalidade e sua relação com a vida. Objetivo: Identificar as características emocionais e as dimensões da personalidade do paciente com melanoma no momento diagnóstico. Métodos: Foram selecionados 30 pacientes no momento do diagnóstico de melanoma e 30 sem diagnóstico oncológico sendo, ambos os grupos submetidos à avaliação psicológica através de dois instrumentos: Escala de Ansiedade e Depressão (HADS) e Inventário Fatorial de Personalidade (IFP II). Resultados: Neste estudo os sintomas de ansiedade e depressão não tiveram significância estatística e foram sintomas predominantes no grupo controle do que no grupo melanoma. Na interpretação e análise de correspondência do IPF II deste estudo as variáveis estatisticamente significativas que caracterizam os pacientes com melanoma foram **Assistência, Afago, Deferência, Afiliação, Persistência e Autonomia**. A dimensão **Ordem** é característica no que se refere aos estádios clínicos mais avançados (III e IV). Discussão: Neste trabalho não observa uma associação direta de sintomas de ansiedade e depressão na fase diagnóstica, ponto que merece atenção na escuta clínica e evolução do tratamento. Notamos as pessoas com melanoma a tendência abandono de si e busca de reconhecimento, para manter o trabalho, boa execução e admiração do outro, bem como pouca tolerância ao desconforto psicológico, distanciando de suas necessidades individuais e cuidados na busca de sua independência, proporcionando o avanço da doença. A percepção da necessidade de reorganizar-se e cuidar-se quando já aumento sua proporção, portanto a observamos que mais pesquisas nesse campo contribuiriam na ampliação do indivíduo. Conclusão: Os resultados dessa pesquisa ampliam e atualizam a literatura presente revelando a importância do crescente desenvolvimento do conhecimento científico na compreensão existencial e dos importantes aspectos do paciente com melanoma.

Palavras-chave:

Melanoma, Sintomas de Ansiedade, Sintomas de Depressão e Dimensões da Personalidade.

ABSTRACT

Abstract

TOTINA, V.S.C. Characterization of Personality and Emotional Status of the Melanoma Carrier. 2019. Dissertação (Mestrado em Pesquisa e Desenvolvimento - Biotecnologia Médica) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019.

Introduction: Melanoma is a type of aggressive skin cancer, generating different behaviors at diagnosis, depending on the individual's emotional situation. How the patient receives the diagnosis may be associated with personality and its relation to life. Objective: To identify the emotional characteristics and personality dimensions of the patient with melanoma at the moment of diagnosis. Methods: 30 patients were selected at the time of diagnosis of melanoma and 30 without oncological diagnosis. Both groups were submitted to psychological evaluation through two instruments: Anxiety and Depression Scale (HADS) and Factorial Personality Inventory (IFP II). Results: In this study the symptoms of anxiety and depression were not statistically significant and were predominant symptoms in the control group than in the melanoma group. In the interpretation and correspondence analysis of the IPF II of this study, the statistically significant variables that characterize patients with melanoma were **Assistance, Cuddling, Deference, Affiliation, Persistence and Autonomy**. The **Order** dimension is characteristic for the more advanced clinical stages (III and IV). Discussion: This study does not observe a direct association of anxiety and depression symptoms in the diagnostic phase, a point that deserves attention in clinical listening and treatment evolution. We note that people with melanoma tend to abandon themselves and seek recognition, to keep the job, good execution and admiration of the other, as well as little tolerance for psychological discomfort, distancing from their individual needs and care in the quest for their independence, providing the disease progression. The perception of the necessity to reorganize and to take care of itself when its proportion has already increased, therefore we observed that more research in this field would contribute in the enlargement of the individual. Conclusion: The results of this research amplify and update the present literature revealing the importance of the growing development of scientific knowledge in existential comprehension and important aspects of the patient with melanoma.

Key words:

Melanoma, Symptoms of Anxiety, Symptoms of Depression, and Dimensions of Personality

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
Câncer	16
Câncer e os aspectos emocionais	18
Personalidade	20
Psicologia e Melanoma	22
2. OBJETIVO	24
OBJETIVO ESPECÍFICO	24
3. MÉTODO.....	24
3.1. PARTICIPANTES	24
3.2. ASPECTOS ÉTICOS.....	25
3.3. INSTRUMENTOS.....	25
3.4. PROCEDIMENTOS	27
3.5. ANÁLISE DOS DADOS	27
3.6. ESTRATÉGIA QUANTITATIVA	28
4. RESULTADOS.....	28
5. DISCUSSÃO.....	33
6. CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIA	38
ANEXO 1.....	43
ANEXO 2.....	45

1. INTRODUÇÃO

Câncer

Com todo avanço científico e tecnológico o câncer ainda é uma doença ameaçadora. Seu diagnóstico é vivenciado com grande impacto ao paciente e o convoca a refletir sua existência, olhar sua singularidade, seu lugar no mundo e quem ele é, onde esta, suas escolhas, entre outros. Esse momento de sua história emergem sentimentos, emoções e conflitos a serem compreendidos e caracterizados com o seu adoecer.

Atualmente o câncer é considerado uma doença crônica e tratável. A palavra câncer vem do grego *karkinos* e do latim *cancer*, que significa caranguejo, simbolizado pelas características do tumor como as pernas do animal e pela sua agressividade, imprevisibilidade, invulnerabilidade e capacidade de aprisionamento (Chiattono, 1992).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o câncer a segunda causa de morte no mundo. Para 2018 estimou-se a incidência de 18,1 milhões de casos e 9,6 milhões de óbitos em todo mundo por câncer. Cerca de 70% das mortes por câncer ocorrem em países de baixa e média renda.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima para o Brasil, no biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer por ano (INCA, 2017).

O câncer é uma doença que tem sua origem nos genes de uma única célula, tornando-a capaz de se proliferar no local, formando uma massa tumoral ou neoplasias malignas que podem dividir-se rapidamente e formar tumores competindo por nutrientes dos tecidos vizinhos e quando não controlado, lançar células à distância, chamadas de metástases. O câncer pode surgir em qualquer órgão podendo ser mais ou menos agressivo (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016; Carvalho, 1994 & Caponero, 2008).

O câncer mais frequente no mundo é o câncer de pele. Existem mais de 85 tipos de câncer de pele, mas os mais conhecidos pela população são o carcinoma basocelular, o carcinoma espinocelular e o melanoma. O câncer de pele é classificado de duas formas: não melanoma e melanoma (INCA, 2017; Caponero, 2008 & AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016).

O câncer de pele não melanoma é curável na maioria dos casos. No caso do melanoma, o prognóstico é considerado bom e favorável quando diagnosticado e tratado em suas fases iniciais (INCA, 2017).

No Brasil, o câncer de pele corresponde a 25% de todos os tumores registrados no

país. O melanoma, contudo, apesar de representar apenas 4% a 6% dos cânceres de pele, representa 60% das mortes por essa neoplasia (INCA, 2017 & Balch, 2009). Em 2015, foram registrados no país 1.012 óbitos por melanoma em homens e 782 em mulheres (INCA, 2017).

O melanoma cutâneo é um tipo de câncer que se origina na junção dermoepidérmica, nos melanócitos (células produtoras de melanina, substância que determina a cor da pele) apresentando rápido crescimento. É classificado em quatro subtipos histológicos: melanoma extensivo superficial, melanoma nodular, melanoma acral lentiginoso, lentigo maligno melanoma (Hirata, 2008, p.76).

O melanoma é mais frequentemente encontrado em indivíduos de pele branca, que se queimam com facilidade e raramente ou nunca se bronzeiam. Também é encontrado em indivíduos com histórico progresso de exposição solar intensa e intermitente, presença de múltiplos nevos melanocíticos, nevos atípicos ou displásicos, além de presença de lentigos solares e alterações actínicas na pele (Hirata, 2008; Balch, 2009 & INCA, 2017).

A população brasileira apresenta marcante heterogeneidade de tipos de pele, resultado de vários grupos étnicos em diferentes regiões do país, assim é compreensível que a epidemiologia do melanoma varie de acordo com a região estudada do país (INCA, 2017). O melanoma pode ocorrer em qualquer sexo e idade, sendo mais raro na puberdade, com predominância por volta dos 60-70 anos, como apresenta a literatura.

O melanoma cutâneo tem fatores genéticos e ambientais envolvidos em sua etiologia. Mesmo diante de sua previsibilidade, os fatores de riscos e marcadores, assim como os percussores do melanoma, são indicativos de trabalhos de prevenção e detecção precoce, sendo o seu diagnóstico um grande desafio (Balch, 2009; Sálvio, 2011 & INCA, 2017).

A identificação da lesão suspeita de melanoma se faz na maioria das vezes através de uma mácula enegrecida assimétrica, com bordas irregulares, coloração variada, diâmetro maior que 6 mm e mudança de aspecto (Balch, 2009 & Sálvio, 2011).

Todo o paciente com o diagnóstico oncológico deve ser estadiado no momento do diagnóstico como preconiza União Internacional Contra o Câncer (UICC) e a *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), com dados relevantes e indispensáveis para classificação do TNM para o tratamento clínico e avaliação prognóstica. Com base nas diretrizes de classificação TNM é necessária caracterização do tumor primário (T de 0 a 4), informações sobre a base linfonodal (N de 0 a 4) e a presença de metástases à distância (M de 0 a 1). Todo esse procedimento de estadiamento deve ser realizado logo nas primeiras visitas do paciente ao hospital (Balch, 2009 e Gershenwald et al., 2017/2018).

O estadiamento clínico patológico é realizado por exames específicos que determinam o grau da doença logo no momento do diagnóstico. O estágio da doença é importante para definir o plano de tratamento. O melanoma em fase *in situ* (Estádio 0) são as lesões restritas à epiderme, ou seja não invasivas. A invasão da pele, mas sem a presença de comprometimento dos linfonodos, categorizam os portadores de melanoma como localizado (Estádios I e II), os portadores de invasão a linfonodos regionais caracterizam o Estádio III e os portadores de metástases à distância o Estádio IV (Balch, 2009 & Gershenwald et al., 2017/2018).

Um paciente com melanoma *in situ* (Estádio 0), apresenta 92% de sobrevida em 10 anos, enquanto que no estágio IV a sobrevida global em 1 e 2 anos é de 65% e 40%. Nos últimos anos, houve uma grande melhora na sobrevida dos pacientes com melanoma, principalmente devido à detecção precoce da metástase do tumor e às novas drogas usadas no tratamento do melanoma metastático (Balch, 2009 & INCA, 2017).

Infelizmente dados nacionais revelam que a maioria dos diagnósticos de melanoma é feita nos Estádios avançados da doença. Portanto, a baixa sobrevida revela inúmeros desafios a serem trilhados, tanto nas orientações e informações como em acesso aos serviços de saúde (Balch, 2009; Sálvio et al., 2011; Hirata, 2008 & INCA, 2017).

Hirata (2008) afirma pacientes com doença disseminada possuem prognóstico ruim e baixa sobrevida. A escolha do tratamento a ser adotado deve ter como base os múltiplos fatores, incluindo o aspecto biopsicossocial, a condição física do paciente e o impacto do tratamento em sua qualidade de vida. A conduta cirúrgica é o tratamento de escolha no melanoma inicial, porém, é válido lembrar que a prevenção é o melhor tratamento (Sálvio et al., 2011; Almeida, 2008 & INCA, 2017).

Kasparian (2009) afirmam que apesar do progresso no manejo das doenças malignas, o diagnóstico de câncer, incluindo o melanoma, é um evento difícil na vida dos pacientes e seus familiares. Pesquisas sugerem alto potencial de alterações na vida diária do indivíduo, bem como em sua identidade, imagem corporal, percepção, representação de papéis sociais, relacionamentos familiares, trabalho e finanças, evocando sofrimento emocional e implicações por mudanças.

Câncer e os aspectos emocionais

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, o câncer é, sem dúvida, uma doença aterrorizante e aflitiva para o paciente e sua família. O diagnóstico de um câncer é visto

como uma ameaça e associado diretamente com a morte, medo do sofrimento, medo das limitações, isolamento social e mutilações físicas. Durante o adoecer o paciente pode sofrer alterações socioeconômicas, mudanças de papéis, problemas nos relacionamentos interpessoais, bem como, perdas reais e simbólicas. Pode haver a presença de sentimentos negativos, depressão, angústia, ansiedade, raiva, revolta, insegurança, desespero, desesperança e mudanças de humor e outros. Isso pode ocorrer não só no diagnóstico, mas também no percurso e desenvolvimento do tratamento (Chiattonne,1992 & Carvalho, 1994).

Diante da complexidade do câncer, observou-se a presença de contribuições psicológicas no processo e progressão da doença. Pesquisas para compreender e reduzir os riscos do adoecer e principalmente o sofrimento envolvido avançaram nas últimas décadas, possibilitando fundamentar a Psico-Oncologia.

Criada e fundamenta por James Holland na década de 90 como uma subespecialidade da Oncologia, a Psico-Oncologia compreende duas dimensões psicológicas presentes no diagnóstico do câncer. Em primeiro dimensiona qual o impacto no funcionamento emocional do paciente, sua família e profissionais de saúde envolvidos em seu tratamento. Em segundo, o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e na sobrevivência ao câncer (Carvalho, 2002).

Na mesma década a pesquisadora Maria da Glória Gimenes define no Brasil a Psico-Oncologia como uma área de interface entre a Oncologia e a Psicologia, que utiliza metodologia da Psicologia da Saúde, na atuação principalmente do psicólogo na assistência multiprofissional, na pesquisa e aprimoramento ao paciente oncológico, familiares e equipe (Carvalho, 2002).

Para Chiattonne (1992, p76) a doença acarreta problemas de adaptação, pois toda a doença é um episódio coerente na biografia do indivíduo. Ela representa um sentido na história pessoal ou evolui conforme as determinações históricas da vida emocional do paciente. Isso gera um desequilíbrio e abalo estrutural na condição de ser dentro do seu dinamismo estrutural. Portanto, a doença em si também pode ser considerada um dos responsáveis pelo adoecer, diante disso quem é portador de melanoma e quais são suas condições emocionais? Existe alguma relação com a doença.

A via de comunicação entre mente e corpo é realizada através dos sistemas endócrino, fisiológico, nervoso e imunológico. Estes sistemas relacionam o estresse às emoções, à memória, ao aprendizado, à personalidade, aos comportamentos e aos sintomas. Existe, portanto, a percepção de que os elementos de ordem psicológica influenciam esses

sistemas no equilíbrio do organismo. (Liberato, 2008 & Veit & Carvalho, 2008).

A descoberta das inter-relações entre os aspectos físicos e psicológicos traz à percepção do envolvimento psicossocial no adoecer. Por muito tempo predominou a ideia de que a incapacidade de lidar com as vicissitudes emocionais de sua vida estava associada com o diagnóstico do câncer (Carvalho, 2002 & Veit & Carvalho, 2008).

Alguns autores buscaram estabelecer relações entre as diferentes personalidades ou padrões comportamentais com o câncer, porém, os dados encontrados na literatura são abundantes e muitas vezes inconclusivos. Carvalho (2002) relata que, se existirem aspectos de personalidades predisponentes que pareçam estar envolvidos com o surgimento e desenvolvimento do câncer eles por sua vez não apresentam conexão com os processos psicológicos mais profundos que pudessem confirmar exclusivamente o diagnóstico oncológico como consequência de uma estrutura psicológica e de personalidade.

Atualmente observa-se que as emoções podem estar envolvidas no desenvolvimento do câncer como contribuinte na baixa eficácia do sistema imunológico. Contudo, o principal foco dos estudos está ligado ao impacto psicológico do câncer no paciente, familiares e profissionais da saúde.

Alguns padrões de personalidade de fato permitem o desenvolvimento um trabalho psicoterápico importante de prevenção aos que pertencem aos possíveis grupos com probabilidade de estrutura emocional favoráveis ao adoecer. Isso ocorre, pois reforça a importância do indivíduo reconhecer a existência do próprio sofrimento psíquico e compreender a dinâmica psicológica de temor e frustração intrínseca das relações interpessoais. Afirmado assim, um dos pontos desafiadores da oncologia e da psico-oncologia (Carvalho, 2002; Carvalho, 1994 & Romero, 2009).

Personalidade

As teorias de personalidade e sua aplicabilidade formam uma grande linha de interesse em diversas áreas científicas como filosofia, psicologia, sociologia, antropologia, medicina entre outras. Diversificada por diferentes teorias do desenvolvimento humano para elucidar através de aspectos genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais um conjunto de características internas e externas da complexidade que é o ser humano. Sendo assim, não existe uma única teoria que define a personalidade, mas sim um conjunto de padrões de pensar, agir e sentir, de um processo gradual e complexo da

subjetividade e singularidade humana (Leme, Rabelo & Alves, 2015 & Romero, 2004).

Para a compreensão da personalidade precisamos de vários aspectos específicos da subjetividade a serem observadas como o clínico, experimental e correlacional. O enfoque psicológico nos permite comparar os sujeitos entre si através de instrumentos investigativos. A teoria psicológica de compreensão humanista, fenomenológica e existencial nos aproxima da expressão da subjetividade e singularidade, da história do indivíduo, das situações e imposições, da fragilidade e da potencialidade e de sua liberdade de escolhas (Romero, 2004 & Leme, Rabelo & Alves, 2015).

A personalidade configura e modela a experiência do indivíduo em suas relações, interações e influências situacionais, o que nos permite traçar alguns aspectos de sua subjetividade e dar direcionamento para compreensão de suas experiências reais e subjetivas. Tal fato possibilita conhecer a pessoa e seu modo de se relacionar com o mundo, ou seja, a sua existência (Romero, 2004 & Capitano, 2009).

Romero (2004) afirma que cada pessoa se caracteriza por uma série de aspectos e traços que o diferencia de outro indivíduo e são nas interações que qualificamos uma pessoa, suas vivências e sua história pessoal. A personalidade apresenta um indivíduo, uma pessoa, sua subjetividade e singularidade.

Assim, a personalidade nos permite compreender o modo de existir do ser humano. O modo como o homem é percebido e compreendido em sua totalidade. Que é uma estrutura imediata na qual decorre a vida, a forma como é construída na relação com o mundo – as coisas e pessoas – possibilita atualizar as potencialidades e circunstâncias nos acontecimentos que vão marcando nossa identidade. Refere onde estamos e quem somos, nossas sensações, ações, aflições e significações que estão em constante mudança de acordo com a amplitude e restrições das quais vivenciamos dentro da liberdade (Forguerhi, 2004 e Ehrlich, 2000).

A personalidade é complexa, envolve múltiplas características, cada uma das quais pode ser mais prevalentes em algumas situações do que em outras. As situações da vida são igualmente complexas, pois algumas podem ser escolhidas independentemente das consequências, e outras são impostas como o adoecer. Embora a personalidade possa exercer efeitos principais sobre o processo da doença, grande parte do processo será mais interacionista, ou seja, dependerá das formas de enfrentar e as resposta emocionais presentes. A personalidade e a doença fazem parte de um contexto temporal e biossocial maiores e relacionais entre si (Capitano, 2009).

Quando a doença é uma ameaça à vida, a psicologia considera que a influência dos

fatores emocionais existentes proporcionará a forma como cada indivíduo enfrentará e os significados que serão atribuídos a essa experiência de perda e/ou ameaça. Portanto a maneira que irá lidar com a situação é, no final das contas, o que proporciona ou não o adoecimento (Carvalho, 2008).

O paciente oncológico tem muitas vezes dificuldades de reconhecer suas necessidades físicas e psicológicas, podendo ou não estar relacionado com sua personalidade e relação modo de relacionar com sua existência. Tal fato prejudica sua reação e resulta em uma má qualidade na relação com a vida. O câncer expõe seu portador a uma rede complexa e mutável de condições nas diferentes etapas da doença e exige do indivíduo respostas adaptativas e mobilização de recursos psicossociais para lidar com o estresse (Carvalho, 1994 & Peçanha, 2008).

Não se pode pensar apenas na doença, mas também no doente. A sua própria doença apresenta a história de vida deste indivíduo, características de personalidade, subjetividade e humor, e também os fatores causais em sua vivência. Sendo o corpo um constituinte da existência do homem, seus estados emocionais contribuirão na produção e modificações bioquímicas, funcionais e orgânicas (Carvalho, 1994 & Liberato, 2008).

Buscamos aproximar a partir de um grupo da existência e compreender a personalidade do portador de melanoma.

Psicologia e Melanoma

No que se referem ao melanoma alguns estudos se concentram na qualidade de vida relacionada à saúde e ao sofrimento emocional nos pacientes oncológicos. Erim e cols. (2013) confirma que mesmo diante do sofrimento existente, a ansiedade é tida como principal contribuinte para diminuir a qualidade de vida do paciente com melanoma. Beutel e cols. (2014) constataram que em média, cerca de 30% dos pacientes com melanoma maligno sofriam do ponto de vista psicológico no momento do diagnóstico e tratamento.

Kasparian (2009) em uma revisão de literatura confirma que 30% de todos os pacientes com melanoma relataram níveis de sofrimentos psíquicos equivalentes às identificadas em pacientes com câncer de mama, cólon e maior que os pacientes com câncer ginecológico e de próstata, grande indicativo do manejo clínico e suporte psicossocial.

A ameaça à vida, o aparente estado de independência e o esperado comportamento

funcional do paciente com melanoma em estádios iniciais apontam indicativos de negligência da família, amigos e profissionais de saúde em termos de apoio psicossocial, potencializando sentimentos de ansiedade e depressão (Kasparian, 2009). Encontra-se no uso da Escala de Ansiedade e Depressão (HADS) a prevalência da ansiedade comparada à depressão, apresentando a incidência de 23% sintomas de ansiedade e 11% sintomas de depressão no paciente com melanoma (Kasparian, 2009).

Estudos demonstram que a HADS é um instrumento com indicadores sensíveis na preocupação com sintomas clínicos do estado de humor, principalmente no contexto da progressão do melanoma. Além de uma ferramenta de rastreio breve e de baixo custo, a HADS proporciona evidências clínicas necessárias para intervenções psicológicas e para estudos, permitindo protocolos de atuação psicoeducativas. Na prática, a percepção distinta entre a ansiedade e a depressão permite também as orientações farmacológicas adequadas ao paciente oncológico. (Botega, 1995 & Kasparian, 2009).

A avaliação psicológica adequada depende da combinação de diferentes recursos investigativos. Alguns testes psicológicos, instrumentos exclusivo de uso do psicólogo, são de auxílio na investigação clínica e compreensão do indivíduo, porém alguns possuem limitações científicas. O Inventário Fatorial de Personalidade (IFP-II) foi recentemente validado e padronizado para a população brasileira. É de aplicação simples e relativamente rápida, permitindo o delineamento dos principais fatores de personalidade. (Leme, Rabelo & Alves, 2015).

Peres e Santos (2006) no emprego do IFP em sua pesquisa com pacientes candidatos ao Transplante de Medula Óssea (TMO), subsidiaram a compreensão de importantes aspectos da personalidade e forneceram contribuição para o aperfeiçoamento da assistência a esses indivíduos.

Neme e Bredariolli (2010), em um estudo empregando o IFP em mulheres com câncer de mama, útero e ovários, sugeriram padrões de personalidades apontados com frequência na literatura em psico-oncologia, especialmente aos comportamentos, estresse emocional ao câncer, marcado com a forte tendência de reprimir e negar emoções, além de sentimentos e experiências negativas para essas mulheres.

No contexto hospitalar a avaliação psicológica promove a articulação entre a assistência e a pesquisa, permitindo o desenvolvimento de novas práticas profissionais e manejo no enfrentamento do sofrimento psíquico com o adoecer.

O modo como o paciente associa a má notícia, está relacionado com seu tipo de personalidade, modo de existência e enfrentamento da vida. A questão fundamental é

como podemos melhorar a relação com o adoecer para e o seu e relacionamento com a equipe desde o diagnóstico para adaptar as informações e criar estratégias frente às suas demandas diante da nova realidade (Carvalho, 2008).

O presente estudo contribuirá na ampliação do conhecimento dessa população e modo a compreender e perceber esses indivíduos a partir de sua própria vivência. É importante compreender e conhecer os aspectos emocionais presentes e as características de personalidade envolvidas no diagnóstico do melanoma. Validado com dados quantitativos através de métodos psicológicos projetivos a avaliação clínica, possibilitará compreender esse paciente e seu sofrimento, proporcionando base para novos projetos de cuidado e acompanhamento. Buscando assim conhecer melhor a realidade desse serviço e poder ampliar a própria prática clínica profissional através de novos olhares dessa realidade existente. Bem como, construir conhecimento e divulgar ao meio científico, principalmente para a área da psicologia ampliando o conhecimento do profissional multidisciplinar na área da saúde em oncologia.

2. OBJETIVO

Identificar as características emocionais e de personalidade do paciente com melanoma no momento diagnóstico.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Comparar as características emocionais e de personalidade do paciente oncológico com um grupo não oncológico estatisticamente.

Identificar os recursos emocionais, bem como sintomas de ansiedade e depressão associados ao diagnóstico oncológico.

Caracterizar a personalidade dos pacientes com melanoma nos diferentes estádios clínicos ao diagnóstico.

3. MÉTODO

3.1. PARTICIPANTES

Foram selecionados os casos novos (momento que paciente entra na instituição, após encaminhamento do seu município de origem) atendidos no Departamento de Pele do

Hospital Amaral Carvalho de Jaú, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no período de Julho de 2017 a Abril de 2018.

Dos 66 pacientes com diagnóstico de melanoma abordados, 30 aceitaram participar do estudo. Para o grupo controle formamos uma amostra de conveniência com 30 indivíduos da comunidade, funcionários e profissionais da saúde, sem nenhum diagnóstico oncológico, para fazer parte do grupo controle totalizando, portanto 60 indivíduos compôs a amostra, representados da seguinte forma:

Grupo melanoma - com diagnóstico de melanoma (n=30);

Grupo controle - sem diagnóstico oncológico (n=30).

3.2. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Fundação Doutor Amaral Carvalho de Jaú, sendo aprovado sob parecer número 2.167.485, preconizando os parâmetros nas resoluções que regulamentam a atividade científica com ser humano no país do Conselho Nacional de Saúde - resolução 466/12. As participações foram voluntárias e todos informados sobre os riscos e benefícios da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1). A pesquisadora se disponibilizou a prestar o atendimento psicológico aos indivíduos.

3.3. INSTRUMENTOS

Os instrumentos escolhidos são característicos do uso na área hospitalar, condição clínica e situacional, sendo de fácil compreensão pelo indivíduo e autoaplicáveis.

Ambos os grupos (controle e melanoma) foram submetidos à mesma aplicação de dois instrumentos psicológicos:

A) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

É um instrumento de rastreio para avaliar sintomas de ansiedade e depressão que possam ser influenciados por doença física do indivíduo, validado por Botega (1995). Os conceitos de ansiedade e depressão estão separados nesse instrumento, composto de 14 questões de múltipla escolha e duas de subescalas (ansiedade e depressão) com sete itens cada, que são respondidos numa escala ordinal de quatro pontos (0 – inexistente a 3 – muito grave) e verificada cada subescala separadamente: HAD Ansiedade e HAD Depressão. A pontuação varia de 0 a 21, com nota de corte 8 para caracterizar o indivíduo na identificação dos sintomas: Improvável (de 0 a 7). Possível, com sintomas leves (de 8 a 11). Provável para sintomas moderados (12 a 21), considerando grave á partir de 14. (ANEXO 2).

B) Inventário Fatorial de Personalidade (IFP II):

É um teste psicométrico padronizado e validado pela Casa do Psicólogo, de uso exclusivo do psicólogo. Teve seu parecer favorável pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Sapesi) do Conselho Federal de Psicologia (CFP). Tem como objetivo a investigação de 13 necessidades, características ou motivos psicológicos (dimensões da personalidade), onde o indivíduo descreve suas próprias impressões pessoais (Quadro 1). Sua derivação vem da teoria das necessidades básicas de Henry Murray (1893-1988). Os itens possibilitam uma única resposta dentre as opções de uma ampla escala do tipo *Likert* composta de sete pontos, que variam progressivamente de “nada característico (1)” a “totalmente característico (7)”.

Quadro 1. Definição das necessidades ou fatores do IFP II

Fatores	Definição
Assistência	Expressa os desejos e os sentimentos de piedade, compaixão e ternura, pelos quais o sujeito deseja dar simpatia e gratificar as necessidades de um sujeito indefeso, defendê-lo no perigo, dar-lhe suporte emocional e consolo na tristeza, doença e outros infortúnios.
Intracepção	Sujeito que se deixa conduzir por sentimentos e inclinações difusas; o sujeito é dominado pela procura da felicidade, pela fantasia e imaginação.
Afago	Busca apoio proteção. Espera ter seus desejos satisfeitos por alguma pessoa querida e amiga, deseja ser afagado, protegido, amado, orientado, perdoado e consolado. Precisa constantemente de alguém que o entenda e o proteja e sofre de sentimentos de abandono e ansiedade, insegurança e desespero.
Deferência	Respeito, admiração e reverência. Desejo de admirar e dar suporte a um superior gostam de elogiar honrar superiores, bem como imitá-los e obedecê-los.
Afiliação	Dar e receber afeto de amigos. Confiança, boa-vontade e amor. Gostam de se apegar a ser leais aos amigos.
Dominância	Sentimentos de autoconfiança e o desejo de controlar os outros, influenciar ou dirigir o comportamento deles através de sugestão, sedução, persuasão ou comando.
Desempenho	Refere-se à ambição e empenho. Expressa o desejo de realizar algo difícil, como dominar, manipular e organizar objetos, pessoas e ideias. Gostam de fazer coisas independentemente e com maior rapidez possível, sobressair, vencer obstáculos e manter altos padrões de desempenho.
Exibição	Refere-se à vaidade. Expressam o desejo de impressionar, ser ouvido e visto. Tal sujeito gosta de fascinar as pessoas, exercer fascínio e mesmo chocá-las, gostam de dramatizar as coisas para impressionar e entreter.
Agressão	Refere-se à raiva, irritação e ódio. Desejo de superar com vigor e violência a oposição. Gostam de lutar, brigar, atacar e injuriar os outros. Gostam de fazer oposição, censurar e ridicularizar os outros.
Ordem	Refere-se à tendência em pôr as coisas em ordem, manter limpeza, organização, equilíbrio e precisão.

Persistência	Refere-se à tendência de levar a cabo qualquer trabalho iniciado, por mais difícil que possa parecer. Vivem obcecadas por ver o resultado final de um trabalho, esquecendo o tempo e o repouso necessário, resultando, não raro, em queixas de pouco tempo, cansaço e preocupação.
Mudança	Refere-se ao desligar-se de tudo que é rotineiro e fixo. Características: pessoas que gostam de novidade, aventura, não tem nenhuma ligação permanente em lugares, objetos ou pessoas. Gostam de coisas novas, mudanças de hábitos, lugares, comidas e coisas em geral.
Autonomia	Refere-se a sentir-se livre, sair do confinamento, resistir à coerção e à oposição. Características: pessoas que não gostam de executar tarefas impostas por autoridades, pois gostam de agir independente e livremente, seguindo seus próprios impulsos. Desafiam qualquer convenção.

Leme, I. F. A. S., Rabelo, I. S. & Alves, G. S. A. (2015). *Atualização dos estudos psicométricos e normas do Inventário Fatorial de Personalidade – IFP II*. São Paulo: Casa do Psicólogo (p.67-68).

3.4. PROCEDIMENTOS

No primeiro momento foram realizadas as entrevistas com os pacientes, logo após o contato com a equipe médica, na rotina assistencial do Departamento de Pele do Hospital Amaral Carvalho de Jaú. As entrevistas ocorreram em um espaço reservado sem possibilidades de qualquer tipo de interferência, sendo preservado o sigilo ético.

Foi realizada uma avaliação psicológica focal, com a coleta de alguns dados clínicos e sócios demográficos necessários para conhecer o paciente e sua compreensão do diagnóstico e conduta terapêutica. Logo em seguida foram aplicados os testes HADS e IFP II, com duração aproximada de 90 minutos, seguindo as recomendações técnicas, sem dificuldades.

Após as entrevistas foram consultados os prontuários do paciente, para coleta das informações clínicas referentes ao estágio clínico.

Em um segundo momento formando uma amostra de conveniência para esse estudo foram convidados a participar da pesquisa indivíduos de forma aleatória, mas que necessariamente não tivessem nenhum diagnóstico oncológico. Esclarecidos os objetivos da pesquisa e importância de sua contribuição, seguindo a realização de aplicação dos instrumentos. Estes ocorreram em locais de preferência do indivíduo, preservando a segurança das informações e cuidados na coleta dos dados, seguindo o mesmo processo como indicado com os pacientes oncológicos.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sócio demográficos foram tabelados para a organização e análise quantitativa.

O HADS foi apurado e convertido em escore bruto na classificação interpretativa

presente pelo próprio instrumento.

A interpretação dos escores nos fatores do IFP II é realizada em função do sexo. O perfil de personalidade dos indivíduos é expresso a partir do percentil e corresponde ao escore bruto após a soma das respostas. Assim, os escores abaixo do percentil 40, representam necessidades fracas do sujeito (extremamente baixa) e os acima de 60, necessidades fortes (extremamente altas), fator característico da personalidade que serão discutidas de acordo com a interpretação e orientações técnicas. Os dados são apurados através do recurso de programação de correção web pelo Sistema de Correção Informatizada dos Instrumentos de Avaliação Psicológica e Sistema de Aplicação Informatizada para instrumentos restritos a psicólogos.

3.6. ESTRATÉGIA QUANTITATIVA

Após a divisão dos grupos os dados obtidos foram tabulados no programa Microsoft Office Excel. A análise descritiva foi realizada utilizando-se as medidas de tendência central, de dispersão e contagem de frequências.

As análises foram executadas na plataforma livre R-Gui (R CORE TEAM R, 2018). Os dados dos escores de personalidade e estado emocional foram inicialmente resumidos por meio de médias, desvio padrão, medianas, valores mínimos e máximos para cada grupo de avaliação (grupo com melanoma x grupo controle. E grupo com melanoma nos diferentes estádios da doença). Para avaliar possíveis diferenças dos escores, optou-se por realizar o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, complementado pelo teste de comparação múltipla de Dunn, considerando um nível de 5% de significância (ZAR, 1999).

4. RESULTADOS

Os dados sócio demográficos presentes na Tabela 1, em ambos os grupos (melanoma e controle), apresentam distribuição quanto ao sexo, idade, escolaridade e exercício profissional entre os sujeitos.

Tabela 1

Distribuição dos 60 indivíduos de acordo com sexo, idade, escolaridade e exercício profissional.

	Categorias	Melanoma (n=30)	Controle (n=30)
Sexo	Feminino	57% (n=17)	83% (n=25)
	Masculino	43% (n=13)	17% (n=5)
Idade	Média	61anos	43 anos
	Mediana	55 anos	37anos
Escolaridade	Fundamental completo	-	3% (n=1)
	Fundamental incompleto	53% (n=16)	-
	Ensino médio	30% (n=9)	27% (n=8)
	Ensino superior	10% (n=3)	70% (n=21)
Exercício Profissional	Ativo	67% (n=20)	97% (n=29)
	Inativo	33% (n=10)	3% (n=1)

A distribuição dos indivíduos quanto ao sexo foi homogênea entre o grupo com melanoma, havendo predomínio do sexo feminino entre os indivíduos do grupo controle.

A maior escolaridade foi observada no grupo controle, com predomínio de escolaridade do nível superior (70%). Em contrapartida, o nível fundamental incompleto (53%), prevaleceu no grupo melanoma.

Quanto à categoria exercício profissional 67% dos indivíduos com melanoma eram ativos e 97% no grupo controle eram ativos.

A análise de aprendizado de máquina revela como única variável associada com o diagnóstico de melanoma, a idade. Portanto, quanto maior a idade (> 40 anos), maior a prevalência do diagnóstico. Os testes de associações de Spearman e teste de Fisher também apresentam possíveis efeitos das covariáveis idade e sexo.

Quanto às características de personalidade e sintomas de ansiedade e depressão (estados emocionais), na Tabela 2 observam-se os resultados estatísticos a partir da média, desvio padrão, mediana (mínima e máxima) e *p-value* que revela diferenças significativas ($p < 0,05$) entre o grupo controle e grupo melanoma para algumas variáveis.

Tabela 2.

Sumário Estatístico dos escores das variáveis referentes aos instrumentos Escala de Ansiedade e Depressão (HADS) e Inventário Fatorial de Personalidade (IFP II), no grupo controle e no grupo melanoma.

Características	Variáveis	Controle (n=30)	Melanoma (n=30)	P-value
Sintomas	HAD Ansiedade			
	Média (Desvio Padrão)	7.67 (3.14)	7.10 (3.25)	
	Mediana [Min. - Máx.]	7.50 [2 – 15 ^a]	6.50 [2 – 16 ^a]	0,352

	HAD Depressão			
	Média (Desvio Padrão)	5.30 (2.64)	4.60 (3.48)	
	Mediana [Min. - Máx.]	5.00 [0 – 11 ^a]	5.00 [0 – 19 ^a]	0,21
	Assistência			
	Média (Desvio Padrão)	44.0 (5.24)	49.0 (7.27)	
	Mediana [Min. - Máx.]	45.0 [27 – 51 ^a]	50.5 [28 – 56 ^b]	<0,001*
	Intracepção			
	Média (Desvio Padrão)	33.3 (6.49)	33.3 (6.85)	
	Mediana [Min. - Máx.]	32.5 [21 – 45 ^a]	34.0 [21 – 49 ^a]	0,836
	Afago			
	Média (Desvio Padrão)	31.5 (9.06)	37.1 (9.99)	
	Mediana [Min. - Máx.]	33.0 [17 – 49 ^a]	38.0 [15 – 49 ^b]	0,0213*
	Deferência			
	Média (Desvio Padrão)	46.1 (5.65)	50.7 (7.79)	
	Mediana [Min. - Máx.]	45.5 [36 – 60 ^a]	51.0 [28 – 63 ^b]	0,00503*
	Afiliação			
	Média (Desvio Padrão)	51.0 (6.99)	54.5 (8.45)	
	Mediana [Min. - Máx.]	53.0 [30 – 60 ^a]	56.0 [33 – 65 ^b]	0,0355*
	Dominância			
	Média (Desvio Padrão)	25.0 (8.77)	26.9 (9.94)	
	Mediana [Min. - Máx.]	25.0 [7 – 40 ^a]	26.5 [8 – 45 ^a]	0,549
	Desempenho			
Personalidade	Média (Desvio Padrão)	48.2 (6.48)	49.9 (8.08)	
	Mediana [Min. - Máx.]	49.5 [33 – 58 ^a]	50.0 [29 – 62 ^a]	0,407
	Exibição			
	Média (Desvio Padrão)	29.6 (9.76)	31.5 (10.7)	
	Mediana [Min. - Máx.]	27.5 [14 – 55 ^a]	29.5 [17 – 56 ^a]	0,564
	Agressão			
	Média (Desvio Padrão)	13.8 (6.43)	13.1 (7.30)	
	Mediana [Min. - Máx.]	12.0 [5 – 30 ^a]	11.5 [5 – 32 ^a]	0,505
	Ordem			
	Média (Desvio Padrão)	33.7 (6.45)	34.6 (4.87)	
	Mediana [Min. - Máx.]	33.0 [22 – 51 ^a]	35.0 [25 – 42 ^a]	0,445
	Persistência			
	Média (Desvio Padrão)	40,2 (7.76)	45.9 (6.45)	
	Mediana [Min. - Máx.]	41.0 [12 – 51 ^a]	46.5 [26 – 56 ^b]	0,00178*
	Mudança			
	Média (Desvio Padrão)	35.4 (5.89)	34.3 (8.77)	
	Mediana [Min. - Máx.]	35.0 [22 – 47 ^a]	35.0 [16 – 49 ^a]	0,75
	Autonomia			
	Média (Desvio Padrão)	42.5 (7.54)	46.3 (7.78)	
	Mediana [Min. - Máx.]	41.0 [26 – 56 ^a]	47.0 [30 – 61 ^b]	0,0425*

* Diferenças estatísticas significativas dos escores medianos das variáveis ($p < 0,05$).

Em relação aos sintomas de ansiedade e depressão avaliados a partir da Escala de Ansiedade e Depressão (HADS), não se observa diferença estatística significativa entre os grupos.

O Inventário Fatorial de Personalidade (IFP II) aponta a médias e medianas mais elevadas no grupo melanoma do que no grupo controle com e diferença significativa ($p < 0,05$) para as dimensões de personalidade **Assistência, Afago, Deferência, Afiliação, Persistência e Autonomia**. Portanto, o presente trabalho aponta essas características de personalidade no grupo de pacientes com melanoma.

Caracterizando o grupo de melanoma no estágio clínico ao diagnóstico (0, I, II, III e IV), foi dividido os casos de melanoma em três subgrupos: estádios iniciais (0 e I), estádios intermediários (II) e estádios avançados (III e IV), as variáveis das características de personalidade e sintomas de depressão e ansiedade foram avaliados comparando os três subgrupos.

Observam-se na Tabela 3 os resultados estatísticos a partir da média, desvio padrão, mediana (mínima e máxima) e *p-value* caracterizando significância o valor de $p < 0,05$.

Tabela 3.

Sumário Estatístico dos escores das variáveis referentes aos instrumentos Escala de Ansiedade e Depressão (HADS) e Inventário Fatorial de Personalidade (IFP II) do grupo melanoma nos estádio clínico (0 à IV).

Características	Variáveis	Estádios Iniciais (N=12)	Estádios Intermediários G2 (N=11)	Estádios Avançados G3 (N=7)	P-value
Sintomas	HAD Ansiedade				
	Média (Desvio Padrão)	6.50 (2.50)	7.55 (3.64)	7.43 (4.04)	
	Mediana [Min. - Máx.]	6 [2 – 12 ^a]	7 [2 – 16 ^a]	6 [3 -13 ^a]	0,785
	HAD Depressão				
	Média (Desvio Padrão)	3.67 (1.92)	5.55 (4.84)	4.71 (3.04)	
	Mediana [Min. - Máx.]	3 [0 – 6 ^a]	5 [1 – 19 ^a]	6 [0 – 8a]	0,5
Personalidade	Assistência				
	Média (Desvio Padrão)	47.9 (9.10)	48.3 (6.75)	52.0 (3.70)	
	Mediana [Min. - Máx.]	51 [28 – 56 ^a]	50 [35 – 56 ^a]	52 [45 – 56 ^a]	0,449
	Intracção				
	Média (Desvio Padrão)	36.1 (5.53)	30.9 (6.59)	32.4 (8.44)	
	Mediana [Min. - Máx.]	38 [29 – 43 ^a]	33 [21 – 41 ^a]	30 [24 -49 ^a]	0,103
	Afago				
	Média (Desvio Padrão)	35.8 (9.71)	34.9 (11.6)	43.0 (5.51)	
	Mediana [Min. - Máx.]	35.5 [20 – 49 ^a]	37 [15- 49 ^a]	43 [36 – 49 ^a]	0,208
	Deferência				
Média (Desvio Padrão)	51.5 (5.93)	48.1 (9.35)	53.4 (7.76)		

Mediana [Min. - Máx.]	52.5 [38 – 58 ^a]	51 [28 -59 ^a]	55 [43 – 63 ^a]	0,447
Afiliação				
Média (Desvio Padrão)	54.6 (8.31)	53.1 (10.6)	56.6 (4.79)	
Mediana [Min. - Máx.]	56 [39 – 65 ^a]	54 [33 – 63 ^a]	57 [51 – 63 ^a]	0,928
Dominância				
Média (Desvio Padrão)	28.7 (9.93)	26.5 (9.83)	24.4 (11.0)	
Mediana [Min. - Máx.]	26.5 [16 – 45 ^a]	28 [8 – 38 ^a]	19 [15 – 44 ^a]	0,537
Desempenho				
Média (Desvio Padrão)	48.4 (8.83)	49.2 (7.53)	53.4 (7.66)	
Mediana [Min. - Máx.]	49 [29 – 62 ^a]	50 [37 – 60 ^a]	55 [42 – 62 ^a]	0,44
Exibição				
Média (Desvio Padrão)	32.0 (12.8)	32.1 (9.76)	29.6 (9.66)	
Mediana [Min. - Máx.]	30 [17 – 56 ^a]	30 [18 – 45 ^a]	29 [17 – 45 ^a]	0,898
Agressão				
Média (Desvio Padrão)	13.3 (5.39)	14.9 (9.75)	9.86 (4.02)	
Mediana [Min. - Máx.]	12 [5 – 26 ^a]	18 [5 – 32 ^a]	10 [5 – 17 ^a]	0,539
Ordem				
Média (Desvio Padrão)	32.5 (4.46)	34.7 (4.76)	38 (4.10)	
Mediana [Min. - Máx.]	33 [25 – 40 ^a]	35 [26 – 42 ^{ab}]	39 [31 – 42 ^b]	0,0392*
Persistência				
Média (Desvio Padrão)	44.4 (7.40)	46.0 (4.63)	48.3 (7.32)	
Mediana [Min. - Máx.]	46.5 [26 – 52 ^a]	46 [38 – 56 ^a]	51 [36 – 56 ^a]	0,556
Mudança				
Média (Desvio Padrão)	31.1 (9.15)	34.8 (8.45)	37.4 (8.79)	
Mediana [Min. - Máx.]	33 [16 – 45 ^a]	37 [18 – 46 ^a]	35 [28 – 49 ^a]	0,606
Autonomia				
Média (Desvio Padrão)	46.9 (5.96)	47.5 (7.92)	43.4 (10.5)	
Mediana [Min. - Máx.]	47.5 [36 – 58 ^a]	47 [35 – 61 ^a]	47 [30 – 56 ^a]	0,802

* Diferença estatística significativa entre as medianas dos grupos de estágio do melanoma.

Percebe-se que apenas a dimensão da personalidade **Ordem**, entre todas as variáveis apresentou diferença estatística significativa ($p < 0,05$). Nessa característica de personalidade, observa-se que a mediana dos estádios avançados (estádio III e IV) é superior em relação aos estádios iniciais (estádio 0 e I), com significância estatística. Já entre os estádios avançado e intermediário (estádio II) não há diferença estatística. Tais dados estão representados no Blox Plot da característica **Ordem** (Figura 1). Essa significância é representada pelas letras (a e b). O grupo 1 (a) é diferente do grupo 3 (b) devido a correspondência das letras diferentes, enquanto que o grupo 2 (ab) não há evidências de diferenças tanto em relação ao grupo 1 (a), quanto ao grupo 3 (b), que se mostra superior aos demais.

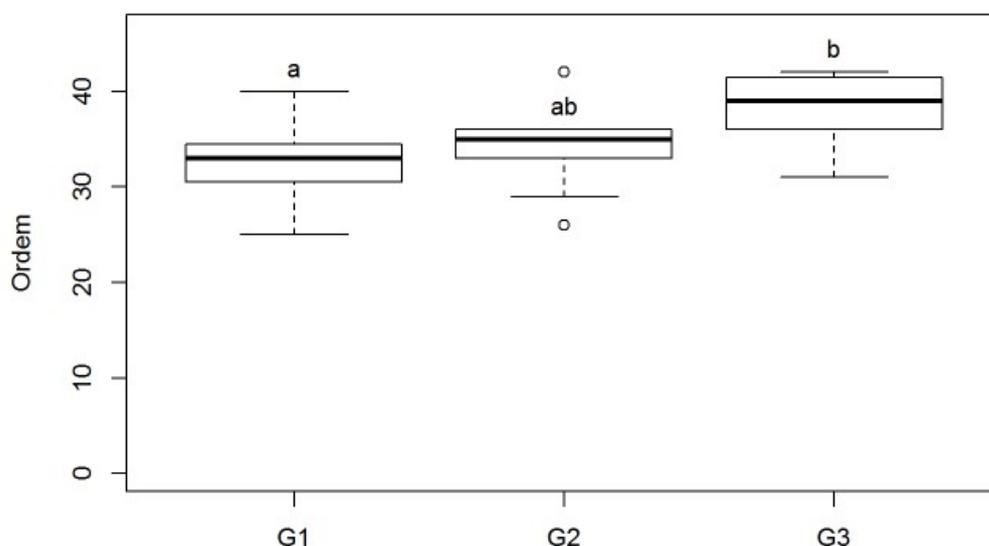


Figura 1. Blox Plot da característica de personalidade ORDEM nos estádios clínicos do melanoma.

5. DISCUSSÃO

O trabalho caracteriza o retrato de uma população com melanoma provenientes do serviço de saúde pública ao momento diagnóstico, predominantemente do sexo feminino, com idade entre 50-60 anos, ativas, ou seja, exercendo suas atividades profissionais diversas e baixo nível de escolaridade (ensino fundamental incompleto), comparada ao grupo de controle com nível superior, na qual pode ter impactado nos resultados apresentados.

Mols e cols. (2010) afirmam que a personalidade ao estado de saúde e impacto do câncer em sobreviventes do melanoma, não podem ser explicados por características sócio-demográficas ou clínicas.

Em relação aos sintomas de ansiedade e depressão avaliados a partir da Escala de Ansiedade e Depressão (HADS) não se observa diferença estatística significativa entre os grupos. Apesar da ausência de significância estatística, é importante notar a maior presença dos sintomas de depressão (média 5,30) e ansiedade (média 7,67) no grupo controle teoricamente considerado saudável. Remete a preocupação com a população em geral que podem estar vivendo conflitos e sofrimento emocional, diante de suas histórias de vidas, atividades profissionais e experiências.

Tal fato demonstra que o desenvolvimento do câncer não está associado unicamente com a depressão e ansiedade na fase diagnóstica. Li e cols., (2012) relatam que sintomas

depressivos no câncer tem sido variável e depende do tipo e estágio da doença, sendo mais comumente encontrado em câncer no estágio final de vida, assim como na população em geral. Neste trabalho não observa uma associação direta de sintomas de ansiedade e depressão na fase diagnóstica, ponto que merece atenção na escuta clínica e atenção na evolução do tratamento do paciente com melanoma.

Sintomas de ansiedade é uma reação esperada no diagnóstico oncológico podendo também estar presente em outras fases da doença, o que pode dificultar o tratamento e também diminuir a qualidade de vida do paciente (Carvalho, 2008). Sabe-se que a piora da qualidade de vida durante a evolução do tratamento pode estar associada a sintomas de ansiedade e quadros depressivos.

Tal fato foi observado no estudo feito por Kasparian e cols. (2009), sendo esse um grande impacto psicológico do paciente com melanoma, merecendo investigação futura e conduta adequada, propondo monitorização e intervenção precoce visando sempre a melhor qualidade de vida dos pacientes.

Os instrumentos investigativos como IPF II, para Romero (2004), permitem generalizar e configurar o modo de ser do indivíduo e o relacionar-se com o mundo, apresenta a subjetividade e singularidade do indivíduo, portanto, o modo de viver mediante a realidade e o lidar com as situações.

O presente trabalho aponta as características de personalidade: Assistência, Afago, Deferência, Afiliação, Persistência e Autonomia, como características desse grupo de pacientes com melanoma. Compreendemos que o ser humano é uma totalidade e o câncer tem um significado dentro da história pessoal. Dessa forma, o IFP II caracterizou nosso grupo com melanoma, na Assistência revelando sujeitos com grandes desejos e sentimentos de piedade, compaixão e ternura. Desejam gratificar as necessidades de pessoas pelo qual tem simpatia e lhe aparentam ser indefesas, assim defendem-nas do perigo e dão suporte emocional, consolo na tristeza, doenças e outros infortúnios.

Afago com uma tendência à busca de apoio e proteção. Portanto, são pessoas que esperam ter seus desejos satisfeitos por outra pessoa querida, precisam constantemente de alguém que os entenda e os proteja.

Na Deferência demonstram serem pessoas respeitadas, admiradas e reverenciadas. Admiram seus superiores, elogiam, obedecem, honram e imitam-nos. Demonstram a propensão de dar e receber afeto demonstrando lealdade e apego, de boa confiança, boa vontade e amor, com a característica da Afiliação.

Na Persistência levam até o fim qualquer trabalho iniciado, por mais difícil que possa

parecer, com obsessão ao resultado final, esquecendo o tempo e o repouso necessário. Consequentemente queixam-se de pouco tempo, cansaço e preocupações. São pessoas dedicadas e confiantes em sua capacidade, planejam o processo, não desistem com facilidade e geralmente são atenciosos e empáticos.

Por fim a Autonomia caracteriza serem independentes e livres. Resistem à coerção e a oposição. Seguem seus impulsos desafiando convenções, com dificuldade de controlar sentimentos negativos, no desconforto psicológico especialmente, relativos à frustração. Podem tomar decisões precipitadas e procrastinar afazeres, demandando de atenção e outras pessoas.

Nesse ponto retomamos a afirmação da Dr^a. Lydia Temoshok (1979) em sua pesquisa com pacientes com melanoma, na qual conectou o câncer com um padrão de comportamento e enfrentamento emocional que chamou do Tipo C. Esse padrão Tipo C se referia a indivíduos muito agradáveis, com necessidade de serem aceitos, dificuldade de expressar suas emoções, agradar figuras de autoridade e estranhos, reprimidos emocionalmente. Tais características supostamente enfraqueceriam sua saúde física, deixando o organismo vulnerável para a doença. (Temoshok, 1987).

Canada, Fawzy & Fawzy (2005), ressalta que o tipo de personalidade não prevê a recorrência da doença e sobrevida, mais sim a biologia da doença, assim o tipo de personalidade não é determinante de risco, mas sim um fator importante a ser investigado devido ao grande impacto na vida e saúde.

Quando se agrupa os indivíduos com melanoma em estádios iniciais (0 e I), estágio intermediários (II) estádios avançados (III e IV), há significância estatística para a característica Ordem nos estádios mais avançados da doença (Estádios III e IV). Isso reflete que apresentam a tendência de por todas as coisas em ordem, manter limpo, organizado, preciso e equilibrado. Portanto, será que ao sentir a vida ameaçada por uma doença crônica como o câncer remeta repensar sua história, individualidade e reorganizar e fortalecer suas estruturas emocionais.

Notamos pessoas com melanoma como refere Leme, Rabello & Alves (2015), com grande tendência ao abandono de si e busca de reconhecimento, na qual busca manter o trabalho, com boa execução e admiração do outro, bem como pouca tolerância ao desconforto psicológico, distanciando de suas necessidades individuais e cuidados de si na busca de sua independência, permitindo talvez o avanço da doença. Demandando a percepção da necessidade de reorganizar-se e cuidar-se quando já aumento a proporção da doença, portanto observamos que mais pesquisas nesse campo contribuiriam na ampliação do indivíduo.

O modo de existir preocupado e angustiado, diante de uma ameaça a existência e limita a realização de autonomia e escolhas diante da vida, não permitindo operar mudanças e abrir significados para ela. Quando não aceita suas inseguranças, limitações, insatisfações e falta de desejo, o indivíduo vive uma existência enferma. O diagnóstico do melanoma é vivida como ameaça a vida permite refletir quais são as capacidades individuais, a busca de sentido e alívio do sofrimento, propõe o agir e tornar um momento da vida mais agradável e de bem estar, pois é preciso coragem para enfrentar os riscos presente, reconhecer suas possibilidades para o desenvolvimento e conhecimento de si mesmo e realizar novas escolhas e mudanças, não o que outro tem para oferta, como vimos nas características apresentadas, mas o que ele pode fazer para si.

Mediante a um padrão de personalidade já estabelecido no diagnóstico, compreendê-lo é ponto importante para favorecer um melhor prognóstico e tratamento. A doença pode ser impositiva e limitar a vivência, mas só o psicológico pode significar as relações, sejam elas de ordem subjetivas e sociais, afim de não diminuir e incapacitar totalmente a existência. Ao definir esse padrão de atitudes e comportamentos logo no início do diagnóstico, o profissional possibilita o indivíduo olhar para si, direcionar e dar o movimento na qual ele quer conduzir a sua vida.

Essa pesquisa proporciona a aproximação da prática clínica com a atividade científica, favorecendo a produção de conhecimento hospitalar e na psico-oncologia, bem como, novas práticas assistenciais.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo, sintomas de ansiedade e depressão não estão presentes de maneira significativa no momento do diagnóstico do melanoma.

Foram encontradas as seguintes dimensões de personalidade no paciente com melanoma na fase diagnóstica: **Assistência, Afago, Deferência, Afiliação, Persistência e Autonomia**. Tal fato demonstra a necessidades afetivas, de apego e espera de desejos satisfeitos, além da necessidade de organização em sentirem reconhecidos por algo que lhe exigiu grande esforço. Reforçando a condição de apoio terapêutico assistencial do paciente com melanoma diante de uma existência limitada.

A dimensão **Ordem** revelada no estágio clínico do melanoma característica que demonstra grande necessidade do indivíduo de reavaliar suas decisões e ponderar suas emoções diante de suas vivências.

Considera-se então pertinente dar continuidade ao suporte psicológico ao paciente e seus familiares após a fase diagnóstica, com intuito de fortalecer suas estruturas emocionais e vivência com a nova realidade do adoecer e melhor qualidade de vida.

Os resultados dessa pesquisa ampliam e atualizam a literatura presente revelando a importância do crescente desenvolvimento do conhecimento científico na compreensão existencial e dos importantes aspectos do paciente com melanoma. Favorece o desenvolvimento de protocolos de avaliação psicológica hospitalar para a instituição escolhida.

Embora o número de pacientes estudados seja pequeno com uma amostra de conveniência muito distinta dos pacientes oncológicos, o estudo resgata a importância de olhar para, o ser humano e sua individualidade, as necessidades do paciente oncológico e o trabalho em equipe multidisciplinar.

Referência

- AMERICAN CANCER SOCIETY. (2016). *About Basal and Squamous Cell Skin Cancer*. Alanta: Autor. Recuperado de <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8818.00.pdf>.
- Balch, C. M., Gershenwald, J. E., Seng-Jaw, S. & Thompson, J. F. (Org.). Final Version of 2009 AJCC *Melanoma Staging and Classification*. J. Clin. Oncol. 2009. Dec 20;27 (36): 6199-6206.
- Beutel, M. E., Fischbeck, S., Binder, H., Blettner, M., Braehler, E., Emrich, K. ... Zeissig, S. R. (2015). *Depression, Anxiety and Quality of Life in Long-Term Survivors of Malignant Melanoma: A register-Based Cohort Study*. Plos One. Lournal.Pone. Jan 23, :1-12.
- Botega, N. J., Bio. M. R., Zomignani, M. A., Garcia, J. R. C. & Pereira, W. A. B. (1995). *Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão*. Revista de Saúde Pública, 29(5): 355-63.
- Canada, A. L., Fawzy, N. W. & Fawzy, I. F. (2005). *Personality and disease outcome in malignant melanoma*. Journal of Psychosomatic Research. Jan; 58, (1): 19-27.
- Capitano, J. P. (2009). *Personality and Disease*. Brain Behav Immun. Jul;22(5):647-650.
- Caponero, R. (2008). Biologia do câncer. In Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, R. L., Macieira, Veit, M. T., ... Holtz, L (Orgs.). *Temas em Psico-Oncologia*. São Paulo: Summus. p. 32-39.
- Carvalho, M. M. (2002). *Psico-Oncologia: história, características e desafios*. Psicologia USP.13(1), 151-166.
- Carvalho, V. A. (1994). Personalidade e câncer. In Carvalho, M. M. J. *Introdução à Psiconcologia*. Campinas: Editorial Psy II. p.65-78.
- Chiattonne, H. B. C. (1992). Uma vida para o câncer. In Angerami-Camon, V.A. (Org.). *O doente, a psicologia e o hospital*. São Paulo: Pioneira.
- Ehrlich, I. F (2000). A teoria da personalidade em Sartre. In. Castro, D.S.P. (Org.). *Fenomenologia e Análise do Existir*. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo: Sobraphe. p.225-244.
- Erim, Y., Loqual, C., Chultheis, U., Lindner, M., Beckmann, M. ... Senf, W. (2013) *Anxiety, Posttraumatic Stress, and Fear of Cancer Progression in Patients with Melanoma in Cancer Aftercare*. Onkologie. 36: 540-544.
- Forghieri, Y. C (2004). *Psicologia Fenomenológica: Fundamentos, Métodos e Pesquisa*. São Paulo: Editora Pioneira. p.23-55.
- Gershenwald, J. E. and Scoluyer, R. A. (2018) *Melanoma Staging: American Joint Committe on Cancer (AJCC) 8th Edtion and Beyond*. Ann. Surg. Oncol. 25: 2105-2110.
- Gershenwald, J.E., Scoluyer, R. A., Hess, K. R., Sondak, V. K., Long, G. V. ... Lazar, A. J.

- (cols.). *Melanoma staging: Evidence-based changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual*. CA Cancer J Clin 2017; 67: 472-492. VC2017 American Cancer Society.
- Hirata, S. H., Almeida, F. A., Enokihara, M. Y., Rosa, I. P. R., Almeida, G. O. O. (2008). Câncer de Pele. In Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, R. L., Macieira, Veit, M. T., ... Holtz, L. (Orgs.). *Temas em Psico-Oncologia*. São Paulo: Summus. p. 67-81.
- INCA - Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. (2017). *Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil*. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Rio de Janeiro: Autor.
- Kasparian, N. A., Mcloone, J. K. & Butow, P. N. (2009). *Psychological Responses and Coping Strategies Among Patients with Malignant Melanoma: A systematic review of the literature*. Arch Dermatol. 145 (12): 1415-1427.
- Leme, I. F. A. S., Rabelo, I. S. & Alves, G. S. A. (2015). *Atualização dos estudos psicométricos e normas do Inventário Fatorial de Personalidade – IFP II*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Li, M., Fitzgerald, P., & Rodim, G. (2012). *Evidence-based treatment of depression in patients with cancer*. Journal of Clinical Oncology, 30 (11), 1187-1196.
- Liberato, R. P. (2008). Psiconeuroimunologia. In Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, R. L., Macieira, Veit, M. T., ... Holtz, L. (Orgs.). *Temas em Psico-Oncologia*. São Paulo: Summus. p. 233-239.
- Mols, F., Holterhues, C., Nijsten, T., Van de Poll-France, L.V. (2010). *Personality is associated with health status and impact of cancer among melanoma survivors*. Eur J Cancer. Feb; 46 (3): 573-580.
- Neme, C. M. B. & Brendariolli, R. N. B. (2010). Mulheres com Câncer de Mama, de Útero e de Ovários: estudos clínicos de casos. In Neme, C. M. B (Orgs.). *Psico-Oncologia: caminhos e perspectivas*. São Paulo: Summus. p.99-147.
- Peçanha, D. L. M. (2008). Câncer: Recursos de Enfrentamento na Trajetória da doença. In Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, R. L., Macieira, Veit, M. T., ... Holtz, L (Orgs.). *Temas em Psico-Oncologia*. São Paulo: Summus. p. 209-217.
- Peres, R. S. & Santos, M. A. (2006). *Contribuições do Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) para avaliação psicológica de pacientes onco-hematológicos com indicação para o transplante de medula óssea*. Psicologia em Revista. Belo Horizonte. v. 12-n.19- p 22-33. Jun.
- R CORE TEAM R (2018) *A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Recuperado de <http://cran.r-project.org/> (<http://cran.r-project.org/>).
- Romero, E. (2004). *O Encontro de Si na Trama do Mundo: Personalidade, Subjetividade e Singularidade*. (1ª ed.). São José dos Campos – SP: Della Bídia Editora.
- Sálvio, A. G., Assumpção Junior, A., Segalla, J. G. M., Nicolini, H. R. & Didone, R. (2011).

- Experiência de um ano de modelo de programa de prevenção contínua do melanoma na cidade de Jaú-SP. Brasil. Anais Bras. Dermatologia.* 86 (4): 669-74.
- Sálvio, A. G., Ferreira, M. R., Pádua, M. G., Assumpção Junio, A. & Segalla, J. G. M. (2009). Pôsteres - Melanoma Maligno e Câncer de Pele. *Aspectos Emocionais do paciente portador de melanoma.* Anais do XVIII Congresso Brasileiro de Cancerologia – Concan.
- Temoshok, L. (1987). *Personality, coping style, emotion and câncer: towards anintegrative model.* *Cancer surveys.* vol. 6. n. 3. p. 544—567. February.
- Veit, M. T. & Carvalho, V. A. (2008). Psico-Oncologia: definições e área de atuação. In Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, R. L., Macieira, Veit, M. T., ... Holtz, L (Orgs.). *Temas em Psico-Oncologia.* São Paulo: Summus. p. 15-20.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2018). *Organization (2018). Cancer.* Recuperado de <http://www.who.int/cancer/en>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2013). *Global Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.* Geneva: Autor.
- ZAR, J.H. *Biostatistical analysis.* 4ªed. New Jersey, Prentice-Hall, Inc., 663 p., 1999 am avaliados inicialmente, por meio de testes de associações de Spearman e teste de Fisher.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa, cujo tema é: “Compreensão das características de personalidade e estado emocional do portador de melanoma no estágio O a IV”, pretende compreender e conhecer a experiência emocional, características de personalidade dos pacientes portadores de melanoma em seus diferentes estádios.

A pesquisadora Viviane da Silva Clemente Totina é pós graduanda pela Faculdade de Medicina de Botucatu e psicóloga do Hospital Amaral Carvalho de Jaú – SP e realizará esta pesquisa com os pacientes com diagnóstico de melanoma, em diferentes estádios, atendidos pelo Departamento de Pele e Partes Moles do Hospital Amaral Carvalho.

Riscos e Benefícios

Ao participar da pesquisa você não corre nenhum risco, e a coleta de material será através de uma avaliação psicológica com a aplicação de uma escala de ansiedade/depressão – HAD (Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão) com 14 perguntas, sendo de 3 alternativas cada e um teste psicológico de dimensão da personalidade – IFP II (Inventário Fatorial de Personalidade), com 100 perguntas e 7 alternativas para cada pergunta. Algumas perguntas podem causar um certo desconforto ou incomodo em virtude do tema. Na aplicação de cada instrumento de avaliação utilizaremos um tempo estimado de 40 a 50 minutos no total. Os procedimentos aos quais serei submetido não provocarão danos morais, físicos ou financeiros. Sua participação contribuirá para a produção do conhecimento psicológico e científico. Caso haja necessidade, estaremos à sua disposição para lhe oferecer suporte psicossocial;

Custos e Pagamentos

Sua participação na pesquisa não acarretará em nenhum tipo de despesa e caracteriza como voluntária. Hospital Amaral Carvalho de Jaú que está isento de qualquer responsabilidade na realização deste estudo.

Confidencialidade

Eu....., portador do RG.....
Entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial. Eu também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósito científico.

Direito de Desistência

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará adversamente meu tratamento na clínica ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado.

Consentimento Voluntário

Eu certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

.....Data:/...../.....

Assinatura do participante da pesquisa

Eu certifico que expliquei a(o) Sr. (a)acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei Assinatura acima.

.....Data:/...../.....

Assinatura do Pesquisador Responsável

Informações de nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento do estudo, para contato em caso de dúvidas:

Pesquisadora Viviane da Silva Clemente Totina: Endereço Residencial: Rua Antônio Pico, 101 Jd. Dona Emília – CEP: 17215-037 Jaú/SP. Telefone de contato: cel. (14) 99783-4297 ou (14)3602-1200 ramal:1508, E-mail: psicologia.viviane@amaralcarvalho.org.br

Orientadora: Dra. Ana Gabriela Sálvio Endereço Rua: Dona Silvéria 150 - Centro – CEP: 17210-080 Jaú/SP. Telefone de contato: (14)3602-1200 ramal:1374 ou 1829.

Caso de dúvida sobre o processo ético de aprovação e acompanhamento desta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Amaral Carvalho, Éderson Roberto de Mattos, através do telefone (14) 3602-1194, ramal 1552, ou pelo endereço Rua das Palmeiras, 89 – Vila Assis CEP 17210-120, Jaú – SP.

Muito obrigado pela sua colaboração!

ANEXO 2

ESCALA HAD - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

NOME: _____

ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE

Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):

- a maior parte do tempo[3]
- boa parte do tempo[2]
- de vez em quando[1]
- nunca [0]

2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:

- sim, do mesmo jeito que antes [0]
- não tanto quanto antes [1]
- só um pouco [2]
- já não consigo ter prazer em nada [3]

3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer

- sim, de jeito muito forte [3]
- sim, mas não tão forte [2]
- um pouco, mas isso não me preocupa [1]
- não sinto nada disso[1]

4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

- do mesmo jeito que antes[0]
- atualmente um pouco menos[1]
- atualmente bem menos[2]
- não consigo mais[3]

5. Estou com a cabeça cheia de preocupações

- a maior parte do tempo[3]
- boa parte do tempo[2]
- de vez em quando[1]
- raramente[0]

6. Eu me sinto alegre

- nunca[3]
- poucas vezes[2]
- muitas vezes[1]
- a maior parte do tempo[0]

7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- sim, quase sempre[0]
- muitas vezes[1]
- poucas vezes[2]
- nunca[3]

8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:

- quase sempre[3]
- muitas vezes[2]
- poucas vezes[1]
- nunca[0]

9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- nunca[0] de vez em quando[1] muitas vezes[2] quase sempre[3]

10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- completamente[3]
 não estou mais me cuidando como eu deveria[2]
 talvez não tanto quanto antes[1]
 me cuido do mesmo jeito que antes[0]

11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:

- sim, demais[3]
 bastante[2]
 um pouco[1]
 não me sinto assim[0]

12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir

- do mesmo jeito que antes[0]
 um pouco menos que antes[1]
 bem menos do que antes[2]
 quase nunca[3]

13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- a quase todo momento[3]
 várias vezes[2]
 de vez em quando[1]
 não senti isso[0]

14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- quase sempre[0]
 várias vezes[1]
 poucas vezes[2]
 quase nunca[3]

RESULTADO DO TESTE

OBSERVAÇÕES:

Ansiedade: [] questões (1,3,5,7,9,11,13) **Depressão:** [] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)

Score: 0 – 7 pontos: improvável 8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa) 12 – 21 pontos: provável

NOME RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE: _____

DATA: _____