

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA II

VINICIUS BARBALHO LIMA

**DEPRESSÃO, AUTO EFICÁCIA E QUALIDADE DE VIDA NO FINAL DA VIDA DE
MULHERES COM DIAGNÓSTICO AVANÇADO DE CÂNCER**

São Luís
2018

VINICIUS BARBALHO LIMA

**DEPRESSÃO, AUTO EFICÁCIA E QUALIDADE DE VIDA NO FINAL DA VIDA DE
MULHERES COM DIAGNÓSTICO AVANÇADO DE CÂNCER**

Artigo apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do grau de Médico.

Orientador: Prof. Dr. João Batista Santos Garcia

São Luís

2018

L732d

Lima, Vinicius Barbalho

Depressão, auto eficácia e qualidade de vida no final da vida de mulheres com diagnóstico avançado de câncer. – São Luís, 2018.

49 f. il.

Orientador: Prof. Dr. João Batista Santos Garcia

Artigo (Graduação em Medicina) – Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Faculdade de Medicina.

Inclui bibliografia, anexo e apêndice.

1. Qualidade de Vida. 2. Final da Vida. 3. Câncer. 4. Depressão. 5. Auto eficácia. I. Título. II. Garcia, João Batista Santos.

CDU: 618.19-006

VINICIUS BARBALHO LIMA

**DEPRESSÃO, AUTO EFICÁCIA E QUALIDADE DE VIDA NO FINAL DA VIDA DE
MULHERES COM DIAGNÓSTICO AVANÇADO DE CÂNCER**

Artigo apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do grau de Médico.

Data da Aprovação: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. João Batista Santos Garcia – Orientador

Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Me. Adriana Lima dos Reis Costa - Avaliadora

Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Me. Elizabeth Teixeira Nogueira Servin - Avaliadora

Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Sâmia Jamile Damous Duailibe de Aguiar Carneiro Coelho - Avaliadora

Universidade Federal do Maranhão

A todas as pessoas que sofrem de
câncer.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus, como não poderia deixar de ser, pelo dom da minha vida e por tudo que Ele tem me abençoado poder conquistar. Sem Ele, nada disso seria possível. À Nossa Senhora que sempre passou à frente em todos os meus caminhos, tirando todos os obstáculos que pudessem surgir.

Ao meu pai, José Humberto, a pessoa mais simples que conheço, mais alto-astrol, mesmo nos inúmeros problemas que passa, que nunca mediu esforços para educar cada um de seus filhos, sempre fazendo o possível e o impossível para nos ver onde chegamos. Além disso, esse trabalho me ajudou muito a olhá-lo com outros olhos e tentar ajudar ao máximo com as batalhas que ele continua enfrentando. À minha mãe, Maria da Conceição, a pessoa mais preciosa da minha vida. Não tenho palavras para descreve-la.

Ao meu irmão, Tiago Barbalho, o qual é minha fonte de inspiração tanto como pessoa, como profissional, mesmo distante sempre cuidando de mim como irmão mais velho que é. À minha irmã, Larissa Barbalho, a minha companheira de todos os dias, de todas as horas, que me ensina todos os dias a superar as adversidades que a vida nos impõe.

À toda minha família, principalmente à Teresinha Braga, minha segunda mãe, Eduardo Braga (*in memorian*), “meu irmão de 70 anos”, Paulo Eduardo e Thais Braga, primos irmãos e Manoel Barbalho (*in memorian*), meu avô, que sempre estiveram ao meu lado e confiaram no meu potencial de um dia conseguir realizar esse sonho.

Aos meus bons e velhos amigos, João Pedro, Tenac Serra, Fernando Moraes e Glauber Lima que desde quando eu era só mais um nas salas de cursinho, sempre estiveram comigo, nas horas boas e ruins, nunca me deixando desanimar. Vocês me trouxeram até aqui.

Aos amigos e futuros colegas de profissão que a faculdade me deu de presente para a vida, Alisson Mina, Francilio Almeida, Henrique Muraguchi, Jorge Vieira, Luiz Neto, Isabela Salgado, Osvaldo Junior, Talvane Neto e Thais Feres.

Ao meu orientador e inspirador da especialidade que escolhi, Professor João Batista, que por mais que eu ficasse desesperado, ele sempre me acalmava e dizia que “vai dá, vai dá”. Por todas as vezes que fui importuno de ficar mandando mensagem cobrando correção. Meus sinceros agradecimentos.

À Universidade Federal do Maranhão por sempre ser o local que eu sonhei em estudar e que possibilitou essa conquista.

A todos que de alguma forma contribuíram para realização desse trabalho.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio demográficas de mulheres com câncer de mama e colo de útero São Luís – MA, 2016	21
Tabela 2 - Aspectos clínicos de mulheres com câncer de mama e colo de útero. São Luís – MA, 2016	22
Tabela 3 - Perfil da Auto eficácia e depressão em mulheres com câncer de mama e colo de útero. São Luís - MA, 2016	22
Tabela 4 - Perfil da qualidade de vida nos últimos de vida, segundo a percepção do cuidador e variáveis de cuidado no fim da vida de mulheres com câncer de mama e colo de útero. São Luís - MA, 2016	23
Tabela 5 - Correlação de tempo em dias de internação/tempo em UTI com qualidade de vida nos últimos dias em mulheres com câncer de mama e colo de útero. São Luís - MA, 2016.....	24
Tabela 6 - Correlação da qualidade de vida nos últimos de vida, e tempo de internação com auto eficácia e depressão, em mulheres com câncer de mama e colo de útero. São Luís – MA, 2016.....	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	16
3 METODOLOGIA	17
3.1 Caracterização da Pesquisa	17
3.2 População e Amostra	17
3.3 Critérios de Inclusão	17
3.4 Critérios de Não Inclusão	18
3.5 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Dados	18
3.5.1 1º Momento	18
3.5.2 2º Momento	19
3.6 Análise dos Dados	19
3.7 Aspectos Éticos	20
4 RESULTADOS	21
5 DISCUSSÃO	26
6 CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	37
APÊNDICE B - FICHA PROTOCOLO PARA COLETA DE DADOS	40
APÊNDICE C - COLETA DE DADOS PÓS-MORTE: PERCEPÇÃO DO CUIDADOR SOBRE O PACIENTE	42
ANEXO A - ESCALA DEPRESSÃO DE BECK	43
ANEXO B – ESCALA DE AUTO EFICÁCIA GERAL	49

ARTIGO A SER SUBMETIDO

**DEPRESSÃO, AUTO EFICÁCIA E QUALIDADE DE VIDA NO FINAL DA VIDA DE
MULHERES COM DIAGNÓSTICO AVANÇADO DE CÂNCER**

DEPRESSION, SELF-EFFICACY AND QUALITY OF LIFE AT THE END OF LIFE
OF WOMEN WITH ADVANCED CANCER DIAGNOSIS

Vinicius Barbalho Lima¹

João Batista Santos Garcia²

¹ *Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil. Endereço para Correspondência: Vinicius Barbalho Lima, Rua Riachuelo, n 184, João Paulo, 65040-060 São Luís, MA, Brasil. E-mail: barbalho.lima@gmail.com*

² *Universidade Federal do Maranhão, Professor Adjunto, Doutor da Disciplina de Anestesiologia, Dor e Cuidados Paliativos. São Luís, MA, Brasil.*

RESUMO

Introdução: O final da vida de pacientes com câncer pode ser, não apenas sofrido, mas também com grande impacto na Qualidade de Vida (QV). Há uma lacuna no conhecimento de quais fatores são relevantes e como podem ser manejados pela equipe de saúde que lida com doentes crônicos. **Objetivo:** Avaliar depressão, auto eficácia e QV no final da vida de mulheres com câncer avançado de mama e/ou colo uterino. **Metodologia:** Estudo prospectivo, no qual foram aplicados, no início do estudo, questionários a 50 pacientes com câncer de mama e/ou colo uterino, escala de depressão de Beck e de auto eficácia. Após o óbito das pacientes, entrevistou-se o cuidador fixo sobre a qualidade de vida das pacientes nas últimas semanas de vida. **Resultados:** Observou-se auto eficácia baixa em quase metade das pacientes e depressão em mais de 90%. Nos últimos dias de vida, houve um nível de estresse físico alto, 33,33% das pacientes foram internadas em unidades de terapia intensiva (UTI), 77,08% com ventilação mecânica, 66,67% sofreram cuidados agressivos cirúrgicos e 64,58% foram a óbito em ambiente hospitalar. Houve correlação positiva entre tempo de internação, tempo em UTI e depressão com nível de preocupação e estresse. O tempo de internação em UTI obteve correlação inversa, forte e significativa com auto eficácia. **Conclusão:** Observou-se baixa qualidade de vida nos últimos dias de vida, refletido por um elevado nível de preocupação e estresse físico, pior nas pacientes com baixa auto eficácia, deprimidas e com maior tempo de internação.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Final da Vida. Câncer. Depressão. Auto eficácia.

ABSTRACT

Introduction: The end of life of cancer patients can be not only suffered, but also with great impact on Quality of Life (QoL). There is a gap in the knowledge of what factors are relevant and how they can be managed by the health team that deals with chronic patients. **Objective:** To assess depression, self-efficacy and end of life QoL in women with advanced breast and / or cervical cancer. **Methodology:** A prospective study in which 50 patients with breast and / or cervical cancer, Beck's depression scale and self-efficacy were administered at the beginning of the study. After the patients died, the caregiver was interviewed about the quality of life of the patients in the last weeks of life. **Results:** Low self-efficacy was observed in almost half of the patients and depression in more than 90%. In the last days of life, there was a high level of physical stress, 33.33% of the patients were admitted to intensive care units (ICU), 77.08% with mechanical ventilation, 66.67% underwent aggressive surgical care and 64, 58% died in a hospital setting. There was a positive correlation between length of hospital stay, ICU time, and depression with level of worry and stress. The ICU stay obtained an inverse, strong and significant correlation with self efficacy. **Conclusion:** Poor quality of life was observed in the last days of life, reflected by a high level of concern and physical stress, worse in patients with low self-efficacy, depressed and with longer hospitalization.

Keywords: Quality of Life. End of Life. Cancer. Depression. Self Efficacy.

1 INTRODUÇÃO

O câncer geralmente leva a mudanças nos relacionamentos e nos papéis familiares e sociais, pois pode resultar em perdas de oportunidades, de renda e de segurança financeira. Pode interferir nas experiências pessoais de valores, sentido e qualidade de vida. Pode, ainda, causar sofrimento e levar as pessoas a questionarem o que o futuro lhes reserva na vida e na morte¹. Assim, é fundamental, por parte dos profissionais envolvidos na área da saúde, o conhecimento do maior número possível de informações sobre diversos aspectos da vida dos pacientes, não somente em relação ao seu estado físico, mas também quanto ao estresse psicossocial que a doença impõe².

Estudos anteriores acerca do câncer de mama e de colo uterino já mostravam que as mulheres sofriam desconforto psicológico, como ansiedade, depressão e raiva; mudanças no padrão de vida, relacionadas ao casamento, vida sexual e atividades no trabalho, e, ainda, medos e preocupações concernentes à mastectomia, recorrência da doença e morte³. Estudo americano aponta que existem ainda outros fatores que são relevantes, tais como: o tratamento adequado para a dor e outros sintomas físicos, evitando internações prolongadas e tratamentos intensivos, e a relação terapêutica e comunicação eficaz entre a equipe de saúde, paciente e cuidadores com relevância à escuta adequada das necessidades sócio emocionais⁴.

De acordo com a condição que o paciente com câncer vive, ele utilizará estratégias de enfrentamento, entendidas como as habilidades para domínio e adaptação a situações de estresse⁵. Há um modelo que defende que o enfrentamento é o processo no qual o sujeito administra a relação pessoa/ambiente em situações que são percebidas como estressantes⁶. Neste contexto, é feita uma avaliação da

realidade para o organismo se preparar adequadamente e responder ao fator estressor, amenizando-o ou solucionando-o. Desse modo, evidências cada vez maiores de que a sobrevivência do doente está ligada ao controle dos sintomas enfatizam a necessidade de que o paciente receba apoio psicossocial, inclusive apoio emocional e de informações, e o treinamento de habilidades de enfrentamento, tais como a auto eficácia⁷.

A teoria da auto eficácia tem sido bastante explorada, especialmente nas áreas da saúde e educação. Estudos apontam que este fator tem sido amplamente útil no tratamento de pacientes que sofrem dor crônica⁸, na adesão ao tratamento de doenças crônicas⁹, na avaliação de idosos fragilizados¹⁰, entre outros.

Todas estas variáveis que podem interferir na qualidade de vida têm sido estudadas em pacientes com câncer, entretanto, há uma lacuna no conhecimento sobre como elas realmente influenciam na qualidade do final da vida. Estudo norte-americano documentou que muitos pacientes têm mortes prolongadas e dolorosas, recebendo cuidados indesejados, caros e invasivos, enumerando vários problemas, de ordem clínica, ética, social, psicológica, contidos na experiência da fase final da vida, os quais colocam os pacientes diante de impasses e demandas muitas vezes incomensuráveis¹¹.

Outro estudo mostrou que depressão, descontrole de sintomas e ansiedade foram os problemas mais graves encontrados entre pacientes oncológicos que estavam em fase final de vida, dando atenção especial à necessidade da consciência que o paciente deve ter sobre o seu prognóstico, e dessa forma, dar um sentido ao pouco tempo que ainda tem de vida¹². Assim, os Cuidados Paliativos se inserem como uma medida extremamente necessária, com a certa abordagem de promover a

qualidade de vida, de prevenir e aliviar o sofrimento de indivíduos e de seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da existência.

Há um interesse mais sistemático à valorização dos aspectos subjetivos do paciente oncológico e de sua relação com a morte e o ato propriamente de morrer; contudo, a percepção que o paciente elabora das suas preferências, vivências de morte e da qualidade de vida no final da vida ainda tem sido pouco investigadas¹³.

Buscando contribuir para um melhor entendimento acerca do manejo desses pacientes em final de vida, principalmente em mulheres com câncer de mama e colo uterino, o propósito do presente estudo é analisar os pontos relacionados ao significado que a doença adquire e no que ela afeta a identidade feminina, ampliando o entendimento desses aspectos, que poderá promover uma postura adequada da equipe de saúde, contribuir para humanizar o ambiente hospitalar, oferecer suporte à família do paciente e, sobretudo, promover os direitos do paciente para exercer uma liberdade saudável e terminar seus dias com uma morte digna¹⁴.

2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar depressão, auto eficácia e qualidade de vida no final de vida de pacientes com câncer avançado de mama e/ou colo uterino e suas correlações.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da Pesquisa

O trabalho representa um estudo transversal com abordagem quantitativa dos dados.

3.2 População e Amostra

A população estudada foi constituída pelas pacientes portadoras de câncer de colo uterino ou/e mama em estágio avançado, atendidas no ambulatório e/ou durante internação hospitalar no Instituto Maranhense de Oncologia, referência para o câncer no Estado do Maranhão. A amostra foi de conveniência, obtida durante um período de seis meses.

3.3 Critérios de Inclusão

a) Pacientes adultos, maiores de 18 anos, sexo feminino, em estágio avançado do câncer de mama e/ou colo uterino, que faziam tratamento oncológico no Instituto Maranhense de Oncologia, Hospital Aldenora Bello, que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A);

b) Presença de metástases, refratariedade a quimioterapia e radioterapia, e previsão do oncologista para expectativa de vida até seis meses;

c) Paciente que tinha cuidador fixo.

3.4 Critérios de Não Inclusão

Pacientes que apresentaram déficit cognitivo que as incapacitaram de responder a ficha protocolo e que se recusaram a participar do estudo.

3.5 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de Dados

A pesquisa foi realizada em dois momentos: o primeiro foi a entrevista inicial com as pacientes, e o segundo momento, após duas semanas do óbito do paciente, a entrevista com o cuidador.

Os dados foram coletados após o consentimento esclarecido para os participantes.

3.5.1 1º Momento

Foi aplicado um questionário criado pela equipe de pesquisa onde contém dados sócio demográficos e religiosos dos pacientes, bem como história sobre o diagnóstico, evolução e tratamento da doença (APÊNDICE B);

Foram aplicados ainda os seguintes instrumentos:

a) Escala Depressão de Beck (ANEXO A): Instrumento autoaplicável, validado e traduzido para o português, composto por 21 itens, cada um possuindo quatro opções, com intensidade de 0 a 3. A soma de pontos corresponde ao nível de depressão, sendo abaixo de 10 sem depressão ou depressão leve, entre 10 e 18 depressão leve a moderada, entre 19 e 29 depressão moderada a grave, e entre 30 e

63 depressão grave. Avalia os sintomas depressivos na semana que precede o seu uso¹⁵;

b) Escala de Auto – Eficácia (ANEXO B): Instrumento do tipo Lickert com dez itens numa escala de 1 a 4. (1. De modo nenhum é verdade, 2. Dificilmente é verdade, 3. Moderadamente é verdade e 4. Exatamente é verdade). Quanto maior a pontuação, maior a percepção de auto eficácia. Facilita a fixação de metas, investimento de esforço, persistência em face de barreiras e recuperação de retrocessos¹⁶.

3.5.2 2º Momento

Estabeleceu-se um tempo de até duas semanas após o óbito para fazer a entrevista com o cuidador.

Nesta fase da pesquisa, o cuidador foi abordado sobre a qualidade de vida do paciente nos últimos dias de vida, através de um questionário criado especificamente para este fim (APÊNDICE C). Este questionário compreende perguntas sobre o estresse físico, mental e qualidade de vida global, em perguntas que variam em uma escala de 0 a 10 onde 0 = a pior resposta possível e 10 = a melhor possível). Ainda, há perguntas sobre local do óbito, tempo de internação hospitalar, permanência em UTI, uso de ventilador artificial, sonda para alimentação e outros procedimentos invasivos.

3.6 Análise dos Dados

Para análise estatística utilizou-se o programa STATA 14.0. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências e porcentagens e as

numéricas por média e desvio padrão (média \pm DP) ou mediana e amplitude interquartílica. Para testar a normalidade das variáveis numéricas foi utilizado o teste de *Shapiro Wilk*.

Para avaliar a correlação entre os instrumentos considerados no estudo foi calculado o coeficiente de correlação de *Spearman*. A classificação da correlação foi: correlação negligenciável $r = < 0,2$, fraca $r = 0,2$ a $0,4$, moderada $0,4$ a $0,6$, forte $0,6$ a $0,8$ e muito forte $r = > 0,8$, considerando nível de significância de 5%¹⁷. Foram considerados estatisticamente significantes os resultados com nível descritivo de valor $p < 0.05$.

3.7 Aspectos Éticos

Os critérios éticos deste trabalho seguiram as recomendações da resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão número 1.014.493.

4 RESULTADOS

Das 50 pacientes analisadas, 62% tinham apenas o ensino fundamental, 56% eram procedentes do interior do Maranhão, 44% eram solteiras, 38% das pacientes autodeclararam-se como pardas e 74% possuíam renda familiar de até dois salários mínimos (Tabela 1). Duas pacientes não evoluíram à óbito durante o período do estudo, sendo assim, dois cuidadores não foram entrevistados no final do estudo.

Tabela 1 - Características sócio demográficas de mulheres com câncer de mama e colo de útero São Luís – MA, 2016

Variáveis	N	%
Escolaridade		
Analfabeto	9	18
Ensino Fundamental	31	62
Ensino Médio	6	12
Ensino Superior	4	8
Procedência		
São Luís- MA	21	42
Interior do Maranhão	28	56
Fora do Maranhão	1	2
Estado Civil		
Solteira	22	44
Casado	17	34
União Estável	6	12
Viúvo	5	10
Cor		
Branca	18	36
Parda	19	38
Negra	12	24
Amarela	4	2
Renda Familiar		
1 a 2 Salários Mínimos	37	74
3 a 5 Salários Mínimos	12	24
>5 Salários Mínimos	1	2

N: frequência absoluta. %: frequência relativa.

O Câncer de colo de útero e mama, respectivamente, estavam presentes em 66% e 34 % das pacientes, sendo que 96% estavam em tratamento paliativo. Noventa

e quatro por cento (94%) não possuía ostomias e 90% não tinham lesão por pressão (Tabela 2).

Tabela 2 - Aspectos clínicos de mulheres com câncer de mama e colo de útero. São Luís – MA, 2016

Variáveis	N	%
Tido de câncer		
Câncer de mama	17	34
Colo de útero	33	66
Tratamento Paliativo		
Sim	48	96
Não	2	4
Ostomização		
Sim	3	6
Não	47	94
Feridas ou lesão por pressão		
Sim	5	10
Não	45	90

N: frequência absoluta. %: frequência relativa.

Foi possível observar que praticamente quase a metade das pacientes (48%) tinham auto eficácia baixa e que a depressão foi muito prevalente, estando presente em mais de 90% das pacientes (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil da Auto eficácia e depressão em mulheres com câncer de mama e colo de útero. São Luís - MA, 2016

Variáveis	N	%
Auto eficácia		
Baixa	24	48%
Alta	26	52%
Depressão		
Sem depressão	2	4%
Depressão leve a moderada	29	58%
Depressão moderada a grave	16	32%
Depressão grave	3	6%

N: frequência absoluta. %: frequência relativa.

Na visão do cuidador, o perfil da qualidade de vida nos últimos dias de vida apresentou um nível de estresse físico com média de $6,50 \pm 4,12$, com média de dias de internação das pacientes de $20,69 \pm 19,73$ dias, sendo que 33,33% estavam internadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com média de $4,46 \pm 8,23$ dias. O uso de ventilação mecânica foi observado em 77,08%, em 62,50% foi colocada sonda nasoenteral, 66,67% sofreram cuidados agressivos cirúrgicos do tipo drenagens, gastrostomia e traqueostomia, 45,83% fizeram outras cirurgias e 37,50% foram a óbito no leito do hospital (Tabela 4).

Tabela 4 - Perfil da qualidade de vida nos últimos de vida, segundo a percepção do cuidador e variáveis de cuidado no fim da vida de mulheres com câncer de mama e colo de útero. São Luís - MA, 2016

Variáveis	Média \pm DP ou n(%)
Qualidade de vida nos últimos dias	
Nível de preocupação da paciente	5,65 \pm 4,34
Nível de estresse físico da paciente	6,50 \pm 4,12
Qualidade de vida global na sua última semana de vida	2,52 \pm 3,52
Internação	
Sim	42 (87,50%)
Não	6 (12,50%)
Internado em UTI	16 (33,33%)
Tempo de internação em UTI (dias)	4,46 \pm 8,23
Ventilação mecânica	
Sim	11 (22,92%)
Não	37 (77,08%)
Sonda Nasoenteral	
Sim	30 (62,50%)
Não	18 (37,50%)
Outros procedimentos invasivos	
Cirurgias	22 (45,83%)

Drenagem torácica	10 (20,83%)
Local do óbito	
Leito de Hospital	18 (37,50%)
Leito de UTI	13 (27,08%)
Lar da Paciente	17 (35,42%)

n: frequência absoluta; DP: desvio-padrão; %: frequência relativa

Houve correlação significativa e positiva entre tempo de internação e tempo em UTI com nível de preocupação e estresse da paciente (0,0471), avaliado pelo cuidador. Ainda, houve correlação inversa fraca, porém significativa, do nível de estresse físico da paciente e a permanência em UTI (0,0418) (Tabela 5).

Tabela 5 - Correlação de tempo em dias de internação/tempo em UTI com qualidade de vida nos últimos dias em mulheres com câncer de mama e colo de útero. São Luís - MA, 2016

Variáveis	Tempo de internação (dias)		Tempo de internação em UTI (dias)	
	R	P	R	P
Qualidade de vida nos últimos dias				
Nível de preocupação da paciente	0,2881	0,0471*	0,0406	0,0471*
Nível de estresse físico da paciente	0,0813	0,5826	-0,0968	0,0418*
Qualidade de vida global na sua última semana de vida	-0,1087	0,4619		0,5767

*p < 0,05.

O tempo de internação em UTI obteve correlação inversa, forte e significativa, com auto eficácia (0,0059). Já o nível de preocupação da paciente obteve correlação positiva e significativa com a depressão (0,0123) (Tabela 6).

Tabela 6 - Correlação da qualidade de vida nos últimos de vida, e tempo de internação com auto eficácia e depressão, em mulheres com câncer de mama e colo de útero. São Luís – MA, 2016

Variáveis	Auto eficácia		Depressão	
	r	p	r	p
Qualidade de vida nos últimos dias				
Nível de preocupação da paciente	-0,0886	0,5494	0,3585	0,0123*
Nível de estresse físico da paciente	-0,0466	0,7531	0,1696	0,2492
Qualidade de vida global na sua última semana de vida	-0,0523	0,7241	-0,1368	0,3538
Tempo de Internação				
Tempo de internação em UTI (dias)	-0,6714	0,0059*	0,1891	0,1980

*p <0,05.

5 DISCUSSÃO

A maioria das participantes deste estudo eram de origem de municípios do interior do Maranhão, distante do hospital de tratamento, possuíam renda familiar e escolaridade baixa, eram solteiras e tinham câncer de colo de útero, que é o mais prevalente no Estado do Maranhão, contrário às estatísticas nacionais, na qual o câncer de mama é o mais prevalente em mulheres¹⁸. Estes dados referem a um perfil socioeconômico e cultural de maior fragilidade do grupo de pacientes estudados.

No presente estudo observou-se que quase a metade das pacientes tinha baixa auto eficácia e quase a totalidade apresentava depressão. Alguns estudos internacionais observaram relação entre auto eficácia e depressão, mostrando que pacientes com mais altos níveis de auto eficácia relataram humor mais positivo, menos sintomas depressivos, desesperança e angústia emocional^{19,20}.

Outro estudo, realizado em pacientes oncológicos, observou o papel significativo de lidar com a auto eficácia, que fornece informações precisas para a importância de intervenções psicológicas e serviços de apoio que possam promover estratégias de enfrentamento e capacitação em ajudá-los a lidar com a doença em fase final de vida. Expectativas baixas de auto eficácia são passíveis de intervenção, assim, avaliar os pontos fracos em lidar com a autoeficácia e, em seguida, melhorar essas habilidades pode ter um impacto positivo no nível de depressão associada com a presença da doença ou sintoma em curso²¹.

Estudos relacionando auto eficácia e qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas têm apontado para associações entre essas variáveis^{22,23,24}. Pacientes que se compreendiam com maior auto eficácia possuíam uma melhor qualidade de vida e uma melhor percepção de sua saúde²⁷. Além disso, evidenciaram

relações significativas e positivas entre auto eficácia, atividade física e qualidade de vida em pacientes com câncer. Ao analisarem o efeito de diferentes estressores na qualidade de vida de pacientes com câncer, observaram que a auto eficácia influenciava positivamente na qualidade de vida, reduzindo os níveis de estresse percebidos pela paciente²².

Paralelamente, na visão do cuidador, foi possível observar uma baixa qualidade de vida global na última semana de vida, com alto nível de preocupação e estresse físico. A maioria das pacientes foi internada, sendo cerca de um terço em Unidade de Terapia Intensiva, outras submetidas a ventilação mecânica, mais da metade receberam sonda nasoenteral para alimentação e cuidados agressivos, como cirurgias, além de que a maioria morreu em ambiente hospitalar.

Apesar da ampliação dos cuidados paliativos como modalidade de atenção em todo o mundo, estima-se que cerca de 20 milhões de pessoas ainda morrem sem acesso à atenção que poderia minimizar seu sofrimento e os sintomas de suas doenças²⁵. No Brasil, ainda há carência de uma política nacional que articule ações para o final da vida, levando a desafios como o uso de intervenções prolongadas, em detrimento de condutas de alívio do sofrimento²⁶.

Um estudo mostrou que a assistência domiciliar tem um papel preponderante nesse âmbito, sendo justificada pelo elevado grau de humanização que pode proporcionar, pois envolve a família tanto nos cuidados como no amparo afetivo ao paciente, reduzindo complicações decorrentes de longas internações hospitalares e diminuindo os custos das tecnologias dos doentes hospitalizados, concordando com os resultados do presente estudo, no qual observou-se que pacientes que permaneceram internados, recebendo tratamentos agressivos, apresentaram baixos

níveis de auto eficácia, levando a um nível maior de preocupação, estresse físico e conseqüentemente de depressão²⁷.

No Brasil, um estudo paranaense com o objetivo de avaliar os locais de óbito no município de Londrina no Paraná, entre 1996 a 2010, identificou que 70% dos óbitos ocorreram em ambiente hospitalar, 18% em domicílio e o restante em local público. Os fatores limitantes para o número reduzido de óbitos domiciliares foram as poucas visitas médicas, a baixa disponibilidade de equipe de suporte domiciliar e a aceitação dos familiares²⁸. Ao comparar estes dados, com os da Inglaterra, observa-se outro panorama. No período de 1993 a 2010, verificou-se que a proporção de óbitos hospitalares caiu de 49% para 44,9%, os domiciliares oscilaram de 22,4 a 26,2%, e a ocorrência de óbitos nos *hospices* cresceu de 13,6 para 17,4%. Este estudo relaciona a queda parcial na frequência de óbitos hospitalares a um programa nacional de cuidado ao fim da vida, iniciado a partir de 2004, que busca conciliar o óbito ao local escolhido pelas pessoas, associado a cuidados específicos para estas pacientes²⁹.

O local da morte e o morrer em casa, em particular, pode ser um indicativo potencial de qualidade de vida no final da vida, entretanto é possível que alguns fatores determinantes do local da morte sejam mais modificáveis do que outros, como tipo de doença, suporte social, características sócio demográficas, cuidado médico e da equipe de saúde, entre outros. Diante deste questionamento, autores realizaram uma metanálise avaliando publicações de 2004 a 2013 sobre o assunto em pacientes adultos e com doença avançada e muito limitante. Foram selecionados 26 estudos, com uma amostra que variou de 99 a 1.402.167 pacientes que foram a óbito em países de diferentes partes do mundo, incluindo Ásia, Europa, Oceania e América do Norte³⁰.

Os fatores que aumentaram a possibilidade de morrer em casa incluíram um time de cuidados paliativos multiprofissional nos cuidados, a preferência da paciente

em si, a doença ser câncer, o início precoce da referência aos cuidados paliativos, não viver sozinho, ter um cuidador e este ter habilidades de enfrentamento. Os autores chamam a atenção para o fato de que o local de morrer pode não ser um bom indicador de qualidade de morte, pois há fatores que não podem ser modificados, como o tipo da doença, o local em que a paciente mora, e a presença de sintomas que frequentemente levam a paciente para o hospital. Concluem o quão é importante o conhecimento destes fatores e tentar agir naqueles em que é possível ser feita uma intervenção de acordo com o desejo e preferência da paciente. A realidade da nossa região é bem difícil, uma vez que temos poucos profissionais dedicados aos cuidados paliativos, pouco conhecimento e/ou entendimento adequado por parte da equipe de saúde e das pacientes da função deste tipo de ação³⁰.

Desse modo, o Brasil ainda tem muito o que melhorar nessa parte de cuidados paliativos. Entre os principais obstáculos, estão a deficiência das políticas de saúde para implantação de serviços e a falta de treinamento e de formação/especialização médica em cuidados paliativos. O país, em uma avaliação internacional, ficou nas últimas posições no quesito disponibilidade de tratamentos e de conhecimento público sobre tratamentos disponíveis no fim da vida³¹.

Os resultados obtidos das correlações realizadas entre auto eficácia e o tempo de internação em UTI, na visão do cuidador, nos últimos dias de vida, mostraram relações importantes entre essas duas variáveis, indicando que as pacientes que possuem uma maior auto eficácia são também aquelas que ficaram menos tempo internadas e/ ou não ficaram internadas, e possuíam melhor qualidade de vida em geral. Autores afirmam que pacientes que se encontram com maior auto eficácia tendem a possuir uma melhor qualidade de vida e uma melhor percepção de sua saúde²³.

Correlacionando os escores de depressão e o nível de preocupação ou estresse das pacientes nas últimas semanas de vida, na visão do cuidador, observou-se que a presença de depressão influenciou significativamente no aumento do nível de preocupação ou estresse. Autores sugerem que o estresse físico e psicológico atribuído ao diagnóstico do câncer contribuem para o surgimento de distúrbios afetivos e emocionais, como ansiedade e depressão, os quais também interferem na qualidade de vida³².

Verifica-se, portanto, a importância da avaliação da qualidade de vida no final da vida de mulheres com câncer e do conhecimento dos fatores associados, com o objetivo de facilitar a adoção, na prática clínica, de estratégias que possibilitam um atendimento mais integral, direcionado às necessidades das pacientes, por meio de equipe multi e interdisciplinar, com suporte social, psicológico e espiritual.

A qualidade de vida deve ser cada vez mais valorizada, em detrimento do aumento do tempo de vida em condição limitada ou incapacitada, uma vez que não basta acrescentar “anos à vida”, é necessário ir mais além, acrescentando “vida aos anos”³³.

6 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo indicam que as pacientes tiveram um elevado nível de preocupação e estresse físico durante os últimos dias de vida, com grande incidência de depressão e baixa auto eficácia, refletindo em uma diminuição significativa da qualidade de vida no final de vida dessas pacientes, principalmente naquelas que ficaram internadas por mais tempo, inclusive em UTI, em ventilação mecânica, com sonda nasoenteral e sob cuidados mais agressivos.

Assim, antes de criar alternativas para tentar adiar a morte ao máximo, independente da qualidade de vida no final da vida, é essencial examinarmos principalmente a forma como essas pacientes se sentem e como são capazes de enfrentar a doença.

REFERÊNCIAS

1. Moraes NT, Di Tommaso ABG, Nakaema KE, Souza PMR, Pernambuco ACA. Cuidados Paliativos com Enfoque Geriátrico: a assistência multidisciplinar. São Paulo: Atheneu; 2014.
2. Baptista MN, Santos KM, Dias RR. Auto-eficácia, Locus de controle e depressão em mulheres com Câncer de Mama. *Psicologia Argumento*. jan./mar. 2006; 44(22):27-36.
3. Meyerowitz BE. Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychological Bulletin*. 1980; 87:108-31.
4. Zang B, et al. Factors important to patients' quality-of-life at the end-of life. *Arch Intern. Med*. 2012 August 13;172(15):1133-1142.
5. Savoia MG. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1999; 26:57-67.
6. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, De Longis A. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; 50:571-9.
7. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). Consenso sobre dor oncológica. Belo Horizonte: SBOC; 2014. 28p.

8. Salvetti MG, Pimenta CAM. Dor crônica e crença de autoeficácia. Rev. Esc. Enferm USP. 2007; 41(1):135-40.
9. Leite JCC, et al. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2002; 15(1):121-33.
10. Fortes-Burgos ACG, Neri AL, Cupertino APFB. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2008; 21(1):74-82.
11. Karen E. Steinhauser, et al. Factors considered importante at the end of the life by patients, Family, physicians and other care providers. JAMA. 2000;284(19):2476-2482. doi:10.1001/jama.284.19.2476
12. Bromberg MHPF. Ser paciente terminal: a despedida anunciada. In: Berthoud C, Bromberg M., Coelho R, organizadores. Ensaio sobre a formação e rompimento de vínculos afetivos. 2ª ed. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 1998. p. 69-98.
13. Borges, et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 2, mai./ago. 2006. p. 361-369.
14. Santos ARR. Psicologia pediátrica em um hospital-escola. In: Kerbauy RR, organizador. Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação: a

ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. Santo André: Arbytes; 2000. p. 139-47.

15. Gorestein C. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquitria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 89-93.

16. Nunes R, et al. A Escala de Auto-eficácia Geral Percepcionada; 1999.

17. Franzblau AA. Primer of Statistics for Nonstatisticians. New York: Harcourt, Brace & World; 1958.

18. Freire MEM, Sawada NO, França ISX, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2014; 48(2):357-67.

19. Anderson KO. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. Pain Research and Management. 1995; 63:77-84.

20. Lefebvre JC, Keefe FJ, Affleck G, et al. The relationship of arthritis self-efficacy to daily pain, daily mood, and daily pain coping in rheumatoid arthritis patients. Pain Research and Management. 1999; 80:425-35.

21. Errol JP, Merluzzi TV, Zhang Z, et al. Depression and Cancer Survivorship: Importance of Coping Self-Efficacy in Post-Treatment Survivors. Psycho-Oncology. may 2013; 22(5):987–94.

22. Kreitler S, Peleg D, Ehrenfeld M. Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2006; 4:329-41.
23. Motl RW, Snook E. M. Physical Activity, Self-Efficacy, and Quality of Life in Multiple Sclerosis. *Annals of Behavioral Medicine*. 2008; 35:111-5.
24. Wahl AK, Rustoen T, Hanestad BR, et al. Self-efficacy, Pulmonary function, Perceived health and global Quality of Life of Cystic Fibrosis patients. *Social Indicators Research*. 2005; 72:239-61.
25. Lima RAG. Cuidados Paliativos: desafios do sistema de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na internet]. 2011 Mar-Abr [acessado 2013 mar 29]; 19(2): [2 telas]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_01.pdf.
26. Floriani CA. Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições em busca da boa morte [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
27. Queiroz, Ana Helena Araújo Bomfim, et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*[online]. 2013, vol.18, n.9, pp.2615-2623.

28. Marcucci FCI, Cabrera MAS. Morte no hospital e no domicílio: influências populacionais e das políticas de saúde em Londrina, Paraná, Brasil (1996 a 2010). *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(3):833-40.
29. Gao W, Ho YK, Verne J, et al. Changing patterns in place of cancer death in England: a population-based study. *PLoS Medicine*. 2013; 10(3):e1001410, 2013.
30. Costa V, Earle CC, Esplen MJ, et al. The determinants of home and nursing home death: a systematic review and meta-analysis. *BioMed Central Palliative Care*. 2016; 15(8).
31. Economist Intelligence Unit (EIU). The 2015 Quality of Death Index: ranking palliative care across the world; 2015.
32. Monti DA, Mago R, Kunkel EJS. Practical geriatrics: depression, cognition and anxiety among postmenopausal women with breast cancer. *Psychiatric Services, Washington*. 2005; 56(11):1353-5.
33. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):19-28.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL ALDENORA BELO SÃO LUÍS – MA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: Depressão, auto eficácia e qualidade de vida no final da vida de mulheres com diagnóstico avançado de câncer.

Pesquisadores Responsáveis: João Batista Santos Garcia e Vinicius Barbalho Lima

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Telefones para contato: (98) 81326492/ (98) 981674141/ (98) 3278 -07 97

Nome _____ do _____ voluntário:

Idade: _____ RG _____

CPF _____

Responsável legal (quando for o caso):

R.G. Responsável legal: _____

A Sra. está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “**Depressão, auto eficácia e qualidade de vida no final da vida de mulheres com diagnóstico avançado de câncer**”, de responsabilidade dos pesquisadores João Batista Santos Garcia e Vinicius

Barbalho Lima.

No Brasil, até o presente momento não foi encontrada na literatura pesquisada estudos que abordem de maneira sistematizada a influência de religiosidade, preferências dos pacientes, alterações psicológicas, aspectos físicos, psicológicos, relações sociais e ambientais, qualidade de vida e auto eficácia em pacientes com doença avançada em cuidados paliativos exclusivos e com baixa expectativa de vida, nos desfechos de seus últimos dias de vida. Portanto, é importante avaliar a visão do paciente e de seu cuidador fixo da qualidade de vida nas últimas semanas de vida averiguando o apoio e acolhimento por parte da equipe de saúde às pacientes com câncer avançado.

A pesquisa será realizada no ambulatório e clínica oncológica do Instituto Maranhense de Oncologia, Hospital Aldenora Bello, em São Luís, no Estado do Maranhão.

O objetivo deste estudo é determinar quais fatores que influenciam a qualidade de vida no final da vida de mulheres com câncer avançado de mama e/ou útero, identificando possíveis ferramentas de intervenção pela equipe de saúde.

A metodologia aplicada nesse estudo seguirá dois momentos: no primeiro será aplicado um questionário criado pela equipe de pesquisa onde contém dados sociodemográfico e religiosos dos pacientes, bem como história sobre o diagnóstico, evolução e tratamento da doença. Serão aplicados ainda os seguintes instrumentos: Escala Depressão de Beck e Escala de Auto eficácia. Já para o segundo momento, estabeleceu-se um tempo de até duas semanas após o óbito para fazer a entrevista com o cuidador, que poderá ocorrer no seu domicílio, caso não seja possível seu deslocamento até o hospital. Nesta fase da pesquisa, o cuidador será abordado sobre a qualidade de vida do paciente nos últimos dias de vida, através de um questionário criado especificamente para este fim.

Com relação aos possíveis desconfortos e risco associados, existe o potencial incômodo no momento da avaliação, podendo sentir algum desconforto. A sua participação nesta pesquisa também poderá incorrer em riscos no âmbito emocional, pois algumas perguntas podem levar o/a participante a refletir sobre seu estado geral de saúde, suas limitações e o quanto qualidade de vida no final da vida.

Espera-se com a sua participação nesta pesquisa alguns benefícios, mesmo que indiretamente: Manejo adequado, com explicações das medidas não farmacológicas para melhorar a sua qualidade de vida no final da vida, respeitando suas limitações e mostrando a importância de seguir corretamente o tratamento farmacológico. Com relação as eventuais dúvidas sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa ou com o tratamento individual o senhor (a) poderá ,sem problema algum, contar com a assistência do pesquisador que sempre que a senhora desejar fornecerá esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo e demais dúvidas que possam surgir durante o processo.

O senhor (a) poderá a qualquer momento e por quaisquer motivos abandonar a pesquisa, sem qualquer prejuízo a sua pessoa e a continuidade do tratamento. Serão garantidos todos os seus direitos de confidencialidade das informações geradas e a sua privacidade de modo geral. Exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto respeitando todas as condutas éticas e morais que regem a pesquisa. É importante esclarecer que o senhor (a) deverá ser indenizado (a) por qualquer despesa que venha a ter com sua participação nesse estudo e, também, por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para essas despesas, é garantido à existência de recursos. E observado os itens da Resolução 466/2012, em especial os que tratam do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (IV).

Eu, _____, RG nº _____
 declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, do projeto de pesquisa acima descrito.

Ou

Eu, _____, RG nº _____
 _____, responsável legal por
 _____, RG nº _____ declaro ter
 sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa
 acima descrito.

São Luís - MA, _____ de _____ de _____

 Nome e assinatura da paciente ou seu responsável

 Testemunha

 Testemunha

APÊNDICE B - FICHA PROTOCOLO PARA COLETA DE DADOS

Ficha Protocolo para coleta de dados

Questionário 1**1. IDENTIFICAÇÃO Nº _____**

- Nome _____ Idade: _____

- Sexo: () F () M

-Escolaridade: () Analfabeto () Alfabetizado () Ensino fundamental () Ensino médio ()
Ensino Superior

-Procedência: () São Luís () Interior do Maranhão

- Estado civil: () Solteiro () Casado () União Estável () Viúvo

-Profissão: _____

-Renda familiar: () 1 Salário Mínimo () 1 e 2 Salários mínimos () 3 a 5 Salários mínimos
() > 5 salários mínimos

- Raça (etnia) -----

-Tabagismo: () S () N Etilismo: () S () N Outros: _____

2. DADOS SOBRE RELIGIOSIDADE

Religião, se sim qual? -----

Crenças, se sim qual?-----

Praticante () sim () não

Recebe visita regulamente de pastores () sim () não

Padres () sim () não / Outros orientadores espirituais: _____

3. DADOS SOBRE A DOENÇA:

Tipo de Câncer: Mama () Colo Útero ()

Qual foi a última sessão de radioterapia, quimioterapia?-----

Fez tratamento paliativos? se sim quais? -----

Acompanhamento pelo serviço de dor e cuidados paliativos () sim () não

Ostomizado () sim () não - feridas ou ulcera por pressão () sim () não

Outro dado importante a ser citado: _____

**APÊNDICE C - COLETA DE DADOS PÓS-MORTE: PERCEPÇÃO DO CUIDADOR
SOBRE O PACIENTE**

Coleta de dados pós –morte: percepção do cuidador sobre o paciente

Questionário 2

1. Avaliação qualidade de vida nos últimos dias de vida:

- Nível de preocupação ou estresse do paciente:
(0 – 10 com 0 = nenhum (nada) e 10 = extremamente);
- Nível de estresse físico do paciente:
(0 – 10 com 0 = nenhum (nada) e 10 = extremamente);
- A qualidade de vida global na sua última semana de vida:
(0 – 10 com 0 = como a pior possível e 10 = a melhor possível).

2. Avaliação sobre hospitalização

- Ficou Internado? se sim, quanto tempo?-----
- Houve internação UTI () sim () não - tempo -----
- Ventilação mecânica () sim () não
- Sonda Nasoenteral () sim () não
- Sofreu cuidado agressivo (procedimento)? sim () não ()
- Qual o tipo cuidado agressivo: () cirurgias () drenagens torácica ,etc...

3. Local do óbito:

Leito de Hospital () Leito de UTI () Lar do Paciente ()

Casa de cuidados: instituições de longa permanência ()

Outros: _____

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA DEPRESSÃO DE BECK

Escala depressão de Beck

A- TRISTEZA

0 Não me sinto triste.

1 Sinto-me melancólico(a) ou triste.

2a Estou triste e melancólico(a) o tempo todo e não consigo sair disso.

2b Estou tão triste e infeliz que isso é extremamente doloroso.

3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar.

B- PESSIMISMO

0 Não estou particularmente triste ou desencorajado(a) em relação ao futuro.

1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.

2a Sinto que não tenho nada para alcançar.

2b Sinto que nunca superarei meus problemas.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

C- SENSO DE FRACASSO

0 Não me sinto um fracassado(a).

1 Sinto que tenho fracassado(a) mais que uma pessoa comum.

2a Sinto que tenho realizado muito pouca coisa que valha.

2b Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.

3 Sinto que sou um completo fracasso como pessoa (pai, marido, mulher...).

D- INSATISFAÇÃO

- 0 Não estou particularmente insatisfeito(a).
- 1a Sinto-me entediado(a) a maior parte do tempo.
- 1b Não tenho gosto pelas coisas como costumava ter.
- 2 Não consigo ter satisfação por nada atualmente.
- 3 Estou insatisfeito(a) com tudo.

E- CULPA

- 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
- 1 Sinto-me mal ou indigno(a) uma boa parte do tempo.
- 2a Sinto-me bastante culpado (a).
- 2b Sinto-me mal ou indigno (a), praticamente o tempo todo, agora.
- 3 Sinto-me como se estivesse bem ruim e sem valor.

F- EXPECTATIVA DE PUNIÇÃO

- 0 Não sinto que esteja sendo punido(a).
- 1 Tenho um pressentimento de que alguma coisa ruim possa acontecer comigo.
- 2 Sinto que estou sendo punido(a) ou que irei ser punido.
- 3a Sinto que mereço ser punido(a).
- 3b Quero ser punido(a).

G- AUTODESGOSTO

- 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo.
- 1a Estou desapontado(a) comigo mesmo.
- 1b Não gosto de mim.
- 2 Estou aborrecido(a) comigo mesmo.
- 3 Eu me odeio.

H- AUTO-ACUSAÇÕES

- 0 Não sinto que eu seja algo pior do que qualquer outra pessoa.
- 1 Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
- 2 Acuso a mim mesmo(a) por minhas falhas.
- 3 Acuso a mim mesmo(a) por tudo de ruim que acontece.

I- IDÉIAS SUICÍDAS

- 0 Não tenho quaisquer pensamentos sobre prejudicar a mim mesmo(a).
- 1 Tenho pensamentos sobre prejudicar a mim mesmo(a), mas eu não os colocaria em prática.
- 2a Sinto que estaria em melhor situação morto(a).
- 2b Sinto que minha família estaria em melhor situação se eu estivesse morto(a).
- 3 Eu me mataria se pudesse.

J- CHORO

- 0 Não choro mais do que o comum.
- 1 Choro mais do que costumava.
- 2 Choro o tempo todo, agora; eu não consigo parar com isso.
- 3 Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar de maneira alguma, muito embora eu queira.

K- IRRITABILIDADE

- 0 Eu não estou mais irritado(a) agora do que costumo estar.
- 1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava ficar.
- 2 Sinto-me irritado(a) o tempo todo.
- 3 Eu não fico irritado(a) de maneira alguma com as coisas que costumavam irritar-me.

L- INTERAÇÃO SOCIAL

- 0 Eu não perdi o interesse por outras pessoas.
- 1 Estou menos interessado(a) nas pessoas, agora, do que costumava estar.
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse por outras pessoas e tenho pouco sentimento por elas.
- 3 Perdi todo o meu interesse por outras pessoas e não me importo com elas de maneira alguma.

M- INDECISÃO

- 0 Tomo decisões tão bem quanto sempre tomei.
- 1 Tento adiar as tomadas de decisão.
- 2 Tenho grande dificuldade em tomar decisões.
- 3 Não consigo tomar quaisquer decisões atualmente.

N- MUDANÇA DA IMAGEM CORPORAL

- 0 Eu não sinto que pareça algo pior do que costumava ser.
- 1 Eu estou preocupado(a) que esteja parecendo velho(a) ou sem atrativos.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência e elas me fazem parece sem atrativos.
- 3 Sinto que estou com uma aparência feia ou repulsiva.

O- RETARDO PARA O TRABALHO

- 0 Posso trabalhar tanto quanto antes.
- 1a É necessário um esforço extra para conseguir começar a fazer alguma coisa.
- 1b Não trabalho tão bem quanto costumava.
- 2 Tenho de me esforçar demasiadamente para fazer qualquer coisa.
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho de maneira alguma.

P- INSÔNIA

- 0 Posso dormir tão satisfatoriamente quanto o de costume.
- 1 Acordo mais cansado(a) de manhã do que costumava.
- 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que é comum e encontro dificuldade para voltar a dormir.
- 3 Acordo cedo todo dia e não posso conciliar mais do que cinco horas de sono.

Q- SUSCETIBILIDADE À FADIGA

- 0 Não fico mais cansado(a) do que o comum.
- 1 Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava.
- 2 Fico cansado(a) ao fazer qualquer coisa.
- 3 Fico cansado(a) demais para fazer alguma coisa.

R- ANOREXIA (perda de apetite)

- 0 Meu apetite não está pior do que o comum.
- 1 Meu apetite não está tão bom quanto costumava estar.
- 2 Meu apetite está bem pior agora.
- 3 Não tenho apetite de maneira alguma.

S- PERDA DE PESO

- 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente.
- 1 Perdi mais do que 2 quilos.
- 2 Perdi mais do que 4 quilos e meio.
- 3 Perdi mais do que 7 quilos.

T- PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA (preocupação com o organismo; em adoecer)

- 0 Não me preocupo com minha saúde mais que o comum.
- 1 Estou preocupado(a) com dores ou sofrimentos, desarranjo estomacal ou prisão de ventre.
- 2 Estou tão preocupado(a) em como eu me sinto ou com o que sinto, que é difícil pensar em muitas outras coisas.
- 3 Estou completamente absorto(a) com relação ao que sinto.

U- PERDA DO INTERESSE SEXUAL

- 0 Não tenho notado mudança alguma recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado por sexo que costumava estar.
- 2 Estou muito menos interessado por sexo, agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

PONTUAÇÃO:

Some a quantidade de pontos referente à sua resposta (exemplo, 2a = 2 pontos)

Abaixo de 10 = Sem depressão ou depressão leve;

Entre 10 e 18 = Depressão leve a moderada;

Entre 19 e 29 = Depressão moderada a grave;

Entre 30 e 63 = Depressão grave.

ANEXO B – ESCALA DE AUTO EFICÁCIA GERAL

A Escala de Auto eficácia Geral Percepcionada versão Portuguesa de Renato Nunes, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem de 1990

1	Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar bastante.
2	Se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e como formas de alcançar o que eu quero.
3	É fácil para mim, agarrar-me com minhas intenções e atingir os meus objetivos.
4	Eu estou confiante como lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.
5	Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.
6	Eu posso resolver a maioria de problemas se eu investir o esforço necessário.
7	Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades, porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar estas situações.
8	Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.
9	Se eu tiver problemas, geralmente consigo pensar.
10	Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas de como resolvê-lo.

Formato das respostas:

1=De modo Nenhum é verdade	2=Difícilmente é verdade	3=Moderadamente verdade	4=Exatamente verdade
-------------------------------	-----------------------------	----------------------------	-------------------------