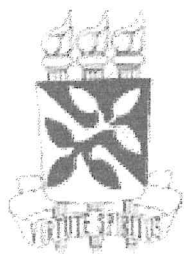


C 571423
R 1172425
05/10/99



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPRESSÃO EM MULHERES
MASTECTOMIZADAS

Ana Cristina Farias Braga

FC-00006241-9

SALVADOR-BAHIA-BRASIL

Dezembro

1996

16.99449
8792d
1996

Ficha catalográfica

BRAGA, A. C.F. -

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO in Depressão em mulheres mastectomizadas; Salvador-Bahia; 1996. 88 p.

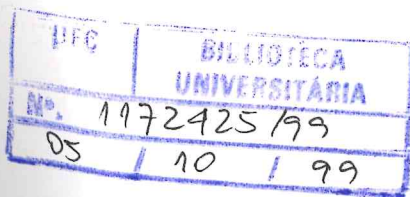


Foto - catálogo

BR 01 / 01

DISSERTAÇÃO DE Mestrado em Depressão em Mulheres em Trabalho
CADERNOS DE PSICOLOGIA 1996 88 p.

Orientadora prof^a Dr^a Josicélia Dumêt Fernandes

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da
UFBa., como requisito parcial para obtenção do GRAU
DE MESTRE em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Profª Drª Joscélia Dumêt Fernandes - orientadora

Profª Drª Regina Lúcia Mendonça Lopes

Profª Drª Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta

Salvador-Bahia-Brasil

Dezembro

1996



AGRADECIMENTOS

Manifesto meus agradecimentos a todos que tornaram possível a realização deste trabalho, em especial às mulheres mastectomizadas, minha orientadora e demais colegas de trabalho.

Agradeço o carinho e atenção dispensados por entes queridos da minha família: meus pais e meu esposo.



Todo poder da alma resume-se em três palavras: querer, saber, amar!

Querer, isto é, fazer convergir toda a atividade, toda a energia, para o alvo que se tem de atingir, desenvolver a vontade e aprender a dirigi-la.

Saber, porque sem o estudo profundo, sem o conhecimento das coisas e das leis, o pensamento e a vontade podem transviar-se no meio das forças que procuram conquistar e dos elementos a quem aspiram governar.

E acima de tudo, AMAR, porque, sem o amor, a vontade e a ciência seriam incompletas e muitas vezes estéreis. O amor ilumina-as, fecunda-as, centuplica-lhes os recursos.

Léon Denis

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

CAPÍTULO	Pág.
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	08
2.1. LOCAL DE ESTUDO.....	09
2.2. UNIVERSO E AMOSTRA.....	10
2.3. INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS.....	11
2.4. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	15
3. CÂNCER DE MAMA / MASTECTOMIA X DEPRESSÃO.....	17
4. DEPRESSÃO.....	25
4.1. INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA.....	25
4.2. NOSOLOGIA.....	27
4.3. CLASSIFICAÇÃO.....	31
4.4. DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS.....	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40

6. CONCLUSÃO 76

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS78

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....79

ANEXOS

RESUMO

O presente trabalho consiste num estudo descritivo analítico que objetivava verificar a frequência de depressão em mulheres mastectomizadas atendidas no ambulatório de um hospital filantrópico da cidade de Salvador-Ba, identificando a relação entre a depressão e fatores demográficos, fisiopatológicos e psicossociais. Os resultados obtidos demonstraram uma frequência elevada de depressão em mulheres mastectomizadas(35%), evidenciando uma relação significativa entre depressão em mulheres mastectomizadas e as variáveis faixa etária, situação conjugal, migração, antecedentes pessoais e familiares de doença mental, uso de quimioterapia, complicações pós-mastectomia, atividade profissional, contribuição com a renda familiar ,atividade sexual, conhecimento do diagnóstico da doença, convivência, prática religiosa e percepção de perda. Não houve relação significativa no estudo das variáveis dor e escolaridade.

ABSTRACT

The present paper is an analytical descriptive study dealing with the frequency of depression among women who have undergone mastectomy. Those women were attended at the dispensary of a philanthropic hospital in the city of Salvador in Bahia, Brazil. We tried to relate depression to demographic, physiopathological and psychosocial circumstances. The results showed that there was a high recurrence of depression could be related to : age, conjugal situation, migration, personal and family antecedents of mental illness, use of chemotherapy, post-mastectomy complications, professional activity, contribution to the family's support, sexual activity, knowledge of the disease, feeling of loss, religious practice and getting used to the idea. There was no significant relationship with pain and level of education.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a depressão em mulheres mastectomizadas. O meu interesse pela oncologia iniciou-se, ainda quando estudante, durante o estágio curricular realizado num hospital filantrópico voltado para o atendimento a pacientes oncológicos. Da proximidade com esses pacientes pude observar reações, ouvir desabaços e relatos de medo diante da realidade de estar com câncer. Esse primeiro contato marcou a minha trajetória profissional até os dias atuais.

Após concluir meu curso de graduação, tive a oportunidade de participar de um grupo de estudos voltado para a assistência a pacientes com câncer, formado por uma equipe multidisciplinar. Nessa oportunidade, participei de eventos e cursos que contribuíram para aumentar meus conhecimentos na área de oncologia, aprofundando o meu interesse na assistência especializada. Na oportunidade, prestei cuidados a mulheres com câncer de mama não mastectomizadas, mas que evidenciavam, através de suas falas, temores diante a incerteza da cura e da possibilidade de serem mastectomizadas, o que se constituía numa ameaça à sua integridade física e emocional.

Através dessas experiências, me foi possibilitado o contato mais próximo com pacientes oncológicos e, mais especificamente, com portadoras de câncer de mama representadas, na sua totalidade, por mulheres que, frequentemente, se mostravam tristes, cabisbaixas, chorosas, pouco interessadas pelo que se passava ao seu redor, com queixas de insônia, além de externarem sentimentos de rejeição e solidão.

Minha inquietação aumentava ao perceber que no dia a dia dos profissionais da área, os sintomas depressivos, acima mencionados, não eram devidamente valorizados, sendo considerados como uma reação comum e esperada diante da magnitude de se estar com câncer. Esses profissionais, estavam quase sempre com suas atenções voltadas para a evolução e tratamento do câncer, olvidando a área das emoções e sentimentos da paciente. Essa

constatação foi confirmada por FERREIRA (1993), em um levantamento feito através da análise de periódicos nacionais sobre câncer de mama, onde ressaltou que grande número de trabalhos reportam-se ao diagnóstico do câncer, não havendo artigos que relatassem a questão do apoio à mulher que vivencia o câncer. Nessa mesma posição, PIMENTA (1994) chama a atenção para profissionais de saúde que não estão alertas para a alta frequência com que a depressão ocorre em pacientes oncológicos.

Acreditando que não se pode esquecer da integralidade da pessoa, considero aqueles sintomas depressivos apresentados pelas mulheres mastectomizadas, como um agravante que deve ser identificado, valorizado e tratado, tão frequentemente quanto possível, a fim de evitar o aprofundamento dos mesmos, prevenindo, desta forma, um quadro depressivo que, aliado ao comprometimento físico e emocional, pode acelerar a morte, seja por suicídio ou pela falta de vontade de viver.

É sabido que a depressão em estágio mais avançado é mais difícil de ser tratada, além de tornar o paciente um suicida em potencial. A esse respeito, NOBRE DE MELO (1982) considera essencial a identificação e valorização precoce do estado depressivo a fim de evitar o agravamento da depressão. Vale salientar, também, o quanto é oportuno pensar na possibilidade de uma depressão mascarada e estar atento para a investigação dos sintomas depressivos ocultos. Muitas queixas de ordem emocional não devem ser automaticamente desconsideradas, como fazendo parte do perfil oncológico da paciente. Esses sintomas podem ser sinais de uma depressão subjacente.

Mais tarde, objetivando uma melhor qualificação na minha formação profissional, ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, onde me foi possibilitada uma maior reflexão sobre o tema em pauta. No direcionamento dos meus estudos verifiquei que os distúrbios psicológicos em pacientes oncológicos têm se tornado mais frequentes, variando de intensidade, desde leves crises de melancolia ou alterações do comportamento, até reações graves manifesta-

das pelas psicoses, sendo, desta forma, necessárias medidas de controle precocemente instituídas para evitar complicações mais sérias.

Dessas experiências o meu interesse pelo tema em pauta foi crescendo.

Na busca da literatura foi possível identificar estudos tais como os de AHLES (1984) e BOND (1985), que apontam a alta ocorrência de alterações emocionais nos doentes oncológicos; mostram que indivíduos com câncer têm duas vezes mais problemas psicológicos que doentes com outros diagnósticos e três vezes mais do que a população em geral.

DEROGATIS, MORROW e FETING (1983), estudando a prevalência de distúrbios psiquiátricos, revelaram ainda que, desses distúrbios, mais da metade está relacionada à depressão maior e distúrbio mental orgânico com humor depressivo. Nessa mesma trajetória BUCKERG, PENMAN e HOLLAND (1984), estudando doentes oncológicos, verificaram haver depressão em 33% dos casos. Também para MASSIE e HOLLAND (1984), a depressão é o mais freqüente desses distúrbios e está presente em torno de 25% de todos os pacientes acometidos com algum tipo de câncer e em 77% daqueles com doença avançada.

Nessa linha de raciocínio, Maguire et al, apud STEDEFORD (1986), estudaram, durante um ano, pacientes submetidas a mastectomia e pacientes com doença benigna do seio, e verificaram que, após a cirurgia, 25% das pacientes sofreram de ansiedade e angústia, numa intensidade que variou de moderada a grave, requerendo tratamento psiquiátrico, sendo que 3% estavam gravemente deprimidas e tentaram suicídio.

Considerando-se esses dados, atualmente os pacientes com câncer têm sido de especial interesse para a psiquiatria, já sendo abordado a psico-oncologia, como sendo o estudo dos fatores emocionais relacionados a esses pacientes.

Acompanhando essa linha de desenvolvimento, acredito que o câncer, qualquer que seja sua gravidade, é sempre um acontecimento psicológico. É evidente, entretanto, como afirma NOBRE DE MELO(1982), que nem todos adoecem do mesmo modo, isto é, nem todos experimentam, de igual maneira, o sobrevir de uma enfermidade, no que diz respeito a vivência do estar enfermo. Cada pessoa é única e apresenta diferentes maneiras de ser. A reação ao câncer implica na incorporação de sentimentos que se exteriorizam através de comportamentos, variando muito as atitudes do eu quanto a maneira de vivenciar o acometimento mórbido e o desamparo biológico dele resultante. Algumas pessoas, embora sabendo-se irrecuperáveis e já marcadas pela expectativa da morte, conservam, não obstante, até o fim, sua lucidez e tranquilidade.

Sob essa ótica, aquele autor acentua que o modo de ser no mundo de cada um, condicionando suas atitudes anímicas diante da vida, exerce poderosa e decisiva influência em seu modo de adoecer, de estar enfermo e de morrer. A doença e a morte são, pois, acontecimentos vinculados ao sentido da existência; estão íntima e profundamente, ligados ao curso da vida, com que formam um todo absoluto.

Dando seqüência a essa linha de raciocínio, o mesmo autor assinalou que essa diversidade no modo de adoecer, de estar enfermo e de morrer depende, não apenas da severidade da doença, da forma aguda ou crônica, mas também de muitas outras condições individuais tais como idade, status sócio-cultural e econômico, antecedentes familiares, além de um conjunto de peculiaridades em relação com o passado pessoal e a própria vida íntima de cada um, isto é, as características da personalidade, da maneira de ser de cada pessoa.

Para NOYES & KOLB (1986), aquelas condições individuais desempenham papel importante na etiologia, diagnóstico, desenvolvimento e manejo da enfermidade, não se podendo, portanto, ignorá-las.

Dessas e de outras leituras foi possível depreender, dentre outras coisas, que existe uma relação entre a depressão e mulheres mastectomizadas e que, nessa relação desempenham papéis importantes as condições individuais de cada uma, levando-as a uma maior ou menor adaptação à situação adversa. Essas características individuais dizem respeito a fatores demográficos (faixa etária, situação conjugal, migração), fatores fisiopatológicos (antecedentes pessoais e familiares de doença mental, dor, uso de quimioterápico, complicações pós-mastectomia) e fatores psicossociais (atividade profissional, contribuição com a renda familiar, atividade sexual, conhecimento do diagnóstico da doença, convivência familiar, escolaridade, prática religiosa e percepção de perda).

Esses achados descortinaram o meu entendimento de que um conhecimento mais vasto sobre depressão e sua relação com fatores demográficos, fisiopatológicos e psicossociais, é indispensável aos profissionais que cuidam de pacientes oncológicos e, mais especificamente, mulheres mastectomizadas. Esse entendimento está pautado na convicção de que os profissionais de saúde desempenham um papel importante na identificação dos primeiros sintomas depressivos, podendo evitar à paciente muitos sofrimentos ao atingir um estado de depressão mais grave.

Por tudo isso foi fortalecida a idéia de estudar depressão em mulheres mastectomizadas, por entender que o presente trabalho pode se revestir de grande importância para reflexão e orientação dos profissionais de saúde, não só na identificação e valorização dos sintomas depressivos, mas também para mostrar a complexidade dos acontecimentos que põem em risco o futuro da mulher mastectomizada.

Na escolha do local para operacionalização deste estudo, optei por um hospital voltado para o atendimento de pacientes oncológicos e, mais especificamente, para o atendimento de mulheres portadoras de câncer de mama.

Diante o exposto formulei para o presente estudo, as seguintes questões:

- Qual a frequência de depressão em mulheres mastectomizadas num hospital filantrópico de Salvador-Ba, no período de janeiro a abril de 1996?
- Qual a relação entre depressão em mulheres mastectomizadas e fatores demográficos, fisiopatológicos e psicossociais?

Na busca de resposta a esses questionamentos, estabeleci os seguintes objetivos:

- Verificar qual a frequência de ocorrência da depressão em mulheres mastectomizadas, atendidas em um hospital filantrópico da cidade de Salvador-Ba, no período de janeiro a abril de 1996.
- Identificar a relação entre depressão em mulheres mastectomizadas e os fatores demográficos, fisiopatológicos e psicossociais.

Para o alcance desses objetivos, este trabalho foi direcionado, tomando-se como base os seguintes pressupostos:

- Existe uma frequência significativa de depressão em mulheres mastectomizadas.
- Existe relação entre depressão em mulheres mastectomizadas e fatores demográficos, fisiopatológicos e psicossociais.

Após a elaboração desses pressupostos, apresento, no capítulo seguinte, a metodologia adotada para o trabalho de campo, onde mostro os caminhos que me levaram à apreensão do objeto de estudo, juntamente com os instrumentos e técnicas que melhor se adequaram ao trabalho. Em seguida, apresento as concepções teóricas de onde emergiu o objeto de estudo, finalizando com a apresentação, análise, e discussão dos dados coletados.

Quero deixar claro que, como todo trabalho científico, esta dissertação não pretende ser um estudo acabado, nem almeja esgotar o assunto em

pauta. Ele se constitui num primeiro momento de uma atenção voltada para construção de novos conhecimentos na área de saúde e mais especificamente sobre depressão em mulheres mastectomizadas. Dada a complexidade do assunto e as dificuldades próprias à realização da pesquisa, creio que os seus resultados contribuirão, de alguma forma, para a construção do conhecimento na enfermagem e áreas afins e mais especificamente, na área de oncologia.

CAPÍTULO 2

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

No estudo da frequência da depressão em mulheres mastectomizadas e da sua relação com os fatores demográficos, fisiopatológicos e psicossociais, busquei uma abordagem metodológica capaz de explicar o atual estudo. Assim, optei pela pesquisa descritiva-analítica, o que demandou todo um esforço de objetivação possível, via construção do conhecimento em um estudo quantitativo onde se anunciam vários procedimentos para apreensão da realidade.

Vale salientar que não se deve admitir uma investigação apenas descritiva como se a mesma fosse um conjunto neutro e imparcial da realidade. A maneira como o pesquisador delimita seu tema de investigação, formula a questão problematizadora da pesquisa e o método de coletar informações se encontra, inevitavelmente, vinculada a uma perspectiva analítica. Ademais, toda análise está revestida de uma descrição, por mais específica e aprofundada que seja a abordagem do tema.

Do conjunto de estratégias de investigação adotadas, iniciei o presente trabalho com o levantamento e estudo da bibliografia pertinente, o que me forneceu condições de delimitação do meu tema de pesquisa, de formulação do problema e do método da investigação, além da identificação dos fatores que podem estar relacionados com o aparecimento da depressão em mulheres mastectomizadas.

A partir daí estabeleci três etapas que me permitiriam alcançar os dados desejados: a primeira foi definir o contexto operacional da pesquisa, desenhando o universo e, a partir daí, uma amostra representativa da população considerada objeto do presente estudo; a segunda foi confeccionar um instrumento que pudesse ser aplicado a essa amostra, mediante o qual alcança-

ria os objetivos da investigação; a terceira foi decidir o tipo de tratamento que seria usado nos dados obtidos.

Na verdade, essas etapas foram realizadas paralelamente, já que uma está condicionada a outra e as três estão em função do fim que se pretende alcançar.

2.1 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital filantrópico, localizado na cidade de Salvador-Ba, voltado para o atendimento de pacientes oncológicos, prestando atendimento a comunidade local e circunvizinha, em ambulatório constituído de consultórios e internações. Atualmente, o referido hospital é considerado como referência no atendimento aos casos de câncer em todas especialidades médicas, dispondo, atualmente, de 200 leitos para internações. Dados de 1995 mostraram que no referido ano foram atendidas aproximadamente 1.160 pacientes sendo que deste total 251 foram mastectomizadas, 504 realizaram exereses de tumor, 155 foram submetidas a retiradas de fibroadenoma dentre outros procedimentos.

Nessa instituição, as mulheres que apresentam qualquer queixa ou alteração na mama, percorrem os seguintes passos: inicialmente elas comparecem ao hospital, sendo encaminhadas para o serviço de triagem constituído por médicos e enfermeiras. A queixa principal é registrada, sendo complementada com uma investigação mais detalhada por parte dos profissionais. A partir da suspeita diagnóstica e dos achados do exame clínico, as enfermeiras preenchem um cartão de identificação, destacando, com um carimbo próprio, se a paciente é ou não preferencial. Se preferencial, elas são, de imediato, encaminhadas ao serviço de ambulatório, tendo prioridade de atendimento. Ao serem atendidas e avaliadas, são encaminhadas para realização de exames complementares e confirmatórios da suspeita diagnóstica. Ao retornar ao serviço de ambulatório, se as suspeitas forem confirmadas, a cirurgia é programada sendo, desde já, avaliadas pela equipe de fisioterapia e psicologia. No

internamento algumas mulheres são avaliadas, orientadas e preparadas por fisioterapeutas, psicólogos e uma equipe de voluntárias. Após a mastectomia, essas mulheres permanecem de 4 a 8 dias internadas, sendo avaliadas, diariamente, pelos grupos de apoio constituído por profissionais supracitados. Posteriormente, recebem alta hospitalar com orientação de comparecerem ao ambulatório para curativos e retirada de pontos. Neste período as mulheres podem continuar participando das atividades dos grupos de apoio (biodança, fisioterapia, trabalhos manuais, entre outros). Após a cicatrização cirúrgica recebem uma prótese mamária confeccionada pelas voluntárias.

A escolha desse campo de investigação pautou-se nos seguintes critérios:

Ser um hospital de referência no atendimento a pacientes oncológicos.

Ser uma instituição voltada ao atendimento integral da mulher mastectomizada, desenvolvendo, ao longo de alguns anos, programas de reabilitação e adaptação das mesmas.

2.2. UNIVERSO E AMOSTRA

O universo se constituiu de 386 mulheres mastectomizadas atendidas no ambulatório de mastologia do hospital onde se deu o contexto operacional da pesquisa, nos meses de janeiro a abril de 1996, no período matutino e vespertino, de segunda a sexta-feira.

Desse universo foi selecionada uma amostra que incluiu todas as mulheres mastectomizadas, com até 30 dias de operadas, período em que elas compareciam a cada três dias e depois semanalmente ao ambulatório de mastologia, para realização de curativos e retirada de pontos cirúrgicos, o que favoreceu a coleta de dados.

Nesse sentido, foi realizada a seleção tomando-se como base os seguintes critérios:

- ter até 30 dias de mastectomizada,
- ser atendida no ambulatório de mastologia do hospital onde se deu o contexto operacional da pesquisa,
- ter comparecido na unidade no período de janeiro a abril de 1996, nos turnos matutino e vespertino nos dias úteis.

De acordo com esses critérios, foram selecionadas 80 pacientes o que representa 20,72% do universo estabelecido. Buscando a garantia da representatividade dessa amostra, tomei como parâmetro o número total de mulheres mastectomizadas em 1995 que foi de 251 mulheres, e a partir deste total calculei a média mensal referente ao ano anterior e que totalizou 20 pacientes por mês.

Ao caracterizar as participantes deste trabalho, constatei que 38,7% das mulheres eram casadas, 47,7% não tinham renda própria, 77,5% tinham como nível de instrução o primeiro grau incompleto, a faixa etária variou de 25 a 82 anos, com maiores freqüências entre 40 a 55 anos e 55 a 70 anos de idade, 22,5% não exerciam atividades profissionais, 52,5% eram migrantes e conheciam o diagnóstico, 48,7% eram religiosas não praticantes, 76,3% e 67,5% respectivamente tinham antecedentes familiares e pessoais de doença mental, 68,7% não referiram dor, 88,7% não usavam quimioterápicos, 42,5% apresentaram complicações pós-mastectomia e 60% tinham percepção de perda.

Vale ressaltar que todas as mulheres selecionadas aceitaram participar da pesquisa, respondendo às perguntas feitas pela autora do trabalho. Foi assegurado, antes das entrevistas, o anonimato às mesmas, sendo sua identidade mantida em sigilo.

2.3. INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Considerando as dificuldades na construção de instrumentos padronizados, na trajetória da validação dos mesmos e, ainda, no alcance de uma

visibilidade capaz de universalizar a pesquisa, optei pelo inventário de sintomas do DSM-III-R (anexo II e III), para diagnóstico da depressão em mulheres mastectomizadas. O DSM-III-R é considerado um sistema diagnóstico, utilizado na psiquiatria, tendo por finalidade a pesquisa clínica, epidemiológica, biológica ou terapêutica, sendo utilizado no diagnóstico de depressão maior ou distímia (depressão neurótica). O DSM-III-R estabelece no seu conteúdo critérios para o diagnóstico da depressão, adquiridos através da listagem de perguntas referentes a sinais e sintomas. Para cada resposta dada pela paciente é atribuída uma pontuação que ao final da aplicação do instrumento deverá ser somada e comparada com a codificação diagnóstica pré estabelecida.

A escolha do DSM-III-R, foi respaldada na utilização desse instrumentos em outros trabalhos, tais como os de: Oliveira (1993), VERÁS(1982) e PENMAN e HOLLAND (1984). A utilização do referido instrumento, se deu após treinamento prático e teórico da autora, fornecido por profissionais da área de psiquiatria, que já tiveram a oportunidade de utilizá-lo com sucesso. Na descrição dos passos vale acrescentar que após o treinamento teórico a autora submeteu-se a um treinamento prático antes de iniciar a coleta de dados. Após aplicação do DSM-III-R, os dados coletados através de entrevistas, sendo posteriormente confirmados pela orientadora, que tem vasta experiência em psiquiatria, juntamente com uma enfermeira que atua na área de enfermagem psiquiátrica.

Após a aplicação do DSM-III-R, os dados foram assim categorizados:

-ausência de depressão quando a mulher não preenchia os critérios diagnósticos de depressão maior ou distúrbio distímico;

-presença de depressão quando a mulher preenchia os critérios diagnósticos para depressão maior ou distúrbio distímico.

Além desse instrumento elaborei um questionário (anexo I), que, após aplicado, forneceu dados que permitiram identificar a relação entre a depressão em mulheres mastectomizadas com as variáveis em estudo. Na

elaboração desse questionário utilizei, como indicadores, variáveis já experimentadas em outros trabalhos como o de OLIVEIRA (1993) e, por conseguinte com um grau de validade estimável.

As variáveis foram agrupadas de acordo com os fatores:

Demográficos:

Faixa etária:

- 25 a 39 anos
- 40 a 54 anos
- 55 a 70 anos
- acima de 70 anos

Situação conjugal:

- casada ou amaziada
- solteira, separada ou viúva

Fisiopatológicos:

Migração:

- migrante
- não migrante

Antecedentes familiares e pessoais de doença mental:

- sim
- não

Dor:

- presente
- ausente

Uso de quimioterápico:

- sim

- não

Complicações pós-mastectomia :

- sim
- não

Psicossociais:

Atividade profissional:

- sem atividade
- atividade doméstica
- atividade com lucro
- atividade filantrópica

Contribuição com a renda familiar:

- total quando contribui sozinha com as despesas da família
- parcial quando contribui juntamente com outros membros da família
- não contribui

Atividade sexual:

- presente
- ausente

Conhecimento do diagnóstico da doença:

- sim
- não

Convivência:

- vive só
- vive com cônjuge
- vive com filhos
- vive com parentes e amigos

Escolaridade:

- mínima quando analfabeta ou apenas 1º grau
- média quando possui 2º grau mesmo incompleto
- superior quando possui 3º grau mesmo incompleto

Prática religiosa:

- sem religião quando refere não fazer parte de nenhum grupo religioso.
- com religião praticante quando refere fazer parte de um grupo religioso e participar dos cultos.
- com religião não praticante quando refere fazer parte de um grupo religioso, porém não participa de nenhuma atividade religiosa.

Percepção de perdas:

- sim
- não

2.4 - TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após coletados, os dados foram processados e trabalhados com a apresentação das frequências absoluta e relativa, sendo apresentados sob a forma de tabelas de dupla entrada que se fizeram necessárias para análise e discussão dos resultados. Para proceder a análise, os dados foram agrupados de acordo com as variáveis, inicialmente selecionadas, sendo posteriormente verificada a ocorrência ou não de depressão nas categorias estudadas.

O tratamento estatístico utilizado foi o quiquadrado, grau de liberdade, valor de "p" e percentagem, do nível de significância de 5%, que verificou o grau estatístico entre as variáveis.

O quiquadrado representa um dentre muitos outros testes estatísticos, sendo a medida da discrepância existente entre as frequências observadas e esperadas, permitindo ao pesquisador testar a significância estatística na re-

lação entre duas variáveis, sem discriminar porém os motivos pelos quais ocorrem esta relação.

A análise estatística dos valores acima foram obtidas através do programa EPI-INFO, versão 5.01 julho de 1991. O programa acima foi elaborado por epidemiologistas com o intuito de auxiliar a pesquisadores da área de saúde, na obtenção rápida e precisa de dados. A presente versão oferece dados estatísticos que incluem grau de liberdade, prevalência, significância e percentagens, além de outros dados não utilizados no trabalho presente. A análise e interpretação das tabelas se deu no sentido vertical das mesmas.

CAPÍTULO 3

Câncer de mama / Mastectomia x Depressão

A palavra câncer deriva do latim "cancro", significa caranguejo e se caracteriza pelo crescimento celular rápido e descontrolado, associado ao referido crustáceo que, através de suas garras, aprisiona a vítima e não a solta até que se faça algo para libertá-la (CYNAMID, 1991).

Conforme assinala GREY (1981), a palavra câncer produz um tipo de terror em muitas pessoas ,sendo, sua verbalização, freqüentemente evitada. Nessa mesma ótica, SANTOS (1980) coloca que o vocábulo câncer transformou-se em uma sentença de condenação a morte.

A evidência correlata entre o câncer e a morte tem atribuído à doença conotações de incurabilidade, sofrimento, degradação física e emocional de seu portador. A constatação da doença numa determinada pessoa, via de regra, provoca um impacto não só no indivíduo, mas também naqueles que fazem parte do seu convívio familiar, profissional e social. Esse impacto envolve sentimentos de medo do sofrimento, da mutilação e da morte. Esses, por sua vez, provocam modificações no pensar, no sentir, no agir, enfim no modo de adoecer de cada um.

O câncer vem sendo considerado como um grande problema de saúde pública, pela sua alta incidência. Anualmente, são diagnosticados cerca de 9,9 milhões de casos novos e mais de 4,0 milhões vão a óbito, representando 10% de todas as mortes (BRASIL, 1991).

Dados recentes fornecidos pela Pro-onco(1996) mostra uma previsão de 94.150 óbitos por câncer no Brasil, sendo 51.100 no sexo masculino e 43.050 no sexo feminino. Sendo o câncer de mama um dos responsáveis pe-

las mais altas taxas de incidência e mortalidade no país, tendo uma estimativa de 31.210 casos novos em mulheres e 6.450 de casos de óbitos esperados.

Conforme assinala BRUNNER e SUDDART (1994), a incidência do câncer de mama está aumentando. Uma em cada nove mulheres, nos Estados Unidos, terão câncer de mama, com taxa de incidência de 1% ao ano.

De acordo com LAGANA e IMANISCHE (1991), a sobrevivência de cinco anos das mulheres com diagnóstico de mama, no estágio inicial (nódulos com menos de 2 cm) é de cerca de 80%, ao passo que, em estágios mais avançados, é de apenas 10%. A estimativa é de que apenas 25 a 30 % das mulheres realizam o auto exame da mama a cada mês.

De acordo com os registros de base populacional do INCA (1995), a situação do câncer de mama a nível de Brasil tem revelado uma incidência e mortalidade mais freqüente no sexo feminino, com curva ascendente a partir dos 25 anos de idade, com a maioria dos casos se concentrando entre os 45 a 50 anos de idade, representando, aproximadamente, 20% do total de casos diagnosticados de câncer, e 15%, em média, das mortes por câncer em mulheres.

Conforme MARCHANT(1977), 40% das mulheres ficam muito angustiadas com a possibilidade de estar com câncer, sendo a angústia mais acentuada em mulheres que já tenham passado pela experiência adversa da enfermidade em amigos e/ou familiares.

As mulheres com câncer de mama enfrentam inúmeras dificuldades que, para RAY , GROVER & WISNIEWSKI (1984), dizem respeito, principalmente, a dois fatos. O primeiro relaciona-se a perda da mama , que ameaça a integridade de sua imagem corporal e identidade como mulher. O segundo, à consciência do diagnóstico de malignidade que constitui uma ameaça a manutenção da vida.

Na cultura ocidental existem partes corporais mais valorizadas que outras, assim, os seios têm um significado especial e representa um atributo físico e psíquico muito valorizado. Eles se constituem em fortes símbolos da feminilidade e elementos da natureza erótica. Nessa ótica, eles se constituem em fator fundamental no esquema corporal da mulher, sendo, portanto fonte de afirmação da feminilidade e sexualidade. Ademais, são órgãos que produzem e carregam o leite, uma das fontes simbólicas da vida e da maternidade, (KRYNSKI, 1986). As mulheres, em nossa cultura, costumam se sentir ameaçadas por doenças ou tratamentos que afetem seus encantos pessoais, como por exemplo, a mastectomia.

Este mesmo autor acentua que, na cultura ocidental, a mama é considerada um componente significativo da beleza feminina. A reação de uma mulher a uma doença da mama pode incluir não só o medo do sofrimento e da morte, mas também o medo do desfiguramento ou de deixar de ser sexualmente atraente. As alterações da mama, sejam elas benignas ou malignas, costumam causar uma grande ansiedade, muitas vezes geradas pelo desconhecimento e despreparo das mulheres no que tange a habilidade de auto-examinar-se e/ou reconhecer as alterações no seu corpo. O despreparo gera insegurança e ansiedade pelo medo de que as alterações desconhecidas possam representar uma ameaça ao seu equilíbrio.

A mastectomia sendo uma cirurgia mutiladora onde parte do corpo é retirada, traz, sem dúvida, implicações psicológicas e sociais para a mulher (HAAGENSEN, 1989).

É inegável que a "agressão ao seio", mesmo com fins terapêuticos, provoca um impacto na paciente," fazendo emergir mecanismos complexos de caráter narcísico (o corpo), de possessões objetais (bens materiais) e de investimentos psicossociais (limitações, lazer e ambiente familiar)" (KRYNSKI, 1986).

O trauma e as alterações impostas pela mastectomia como uma cirurgia mutiladora e pelas possíveis complicações, podem levar a sensação de

perda, engendrando alterações na imagem corporal, isto é, no conceito que a mulher tem do seu próprio corpo. Este conceito não significa, necessariamente, a “aparência do corpo”, na medida em que o mesmo é constituído, não só por fatores físicos, fisiológicos e psicológicos, mas também por fatores sociológicos e culturais (KRYNSKI, 1986). A imagem do corpo é algo que se forma na mente da pessoa, na área do inconsciente, no contato que essa pessoa estabelece consigo mesmo e com o mundo que o rodeia; ela se desenvolve desde o primeiro ano de vida, através da interação entre o ego e o id, e também, é parte do ambiente em que a pessoa se desenvolveu (CAPISANO, 1986).

Entende-se portanto que a imagem corporal é construída pelas experiências acumuladas ao longo da vida, havendo uma estreita relação entre imagem corporal e personalidade.

Para VIEIRA (1976), a imagem corporal é um conceito útil para a compreensão das complexas reações das pessoas às mudanças em seu estado de saúde, por produzir consciente ou inconscientemente, o seu estado perceptual, libidinal e emocional.

De acordo com essas considerações, entende-se que o câncer de mama associado a mastectomia desencadeia, certamente, diversas manifestações psicopatológicas, podendo levar a mulher a um estado de tristeza em resposta à perda de parte do seu corpo. Obviamente, qualquer mutilação é, por sua gravidade, intrinsecamente temível para a pessoa. Ademais, há determinadas partes do corpo cuja perda é mais deprimente ou frustrante, seja por sua importância, seja por seu valor simbólico, isto é, perda de partes do corpo que simbolizam a feminilidade. Entende-se, ainda, que uma mastectomia, como é o caso do presente estudo, pode deixar, na paciente uma profunda “cicatriz emocional”; podendo levar a sentimentos de tristeza por ter perdido sua atração sexual ou, ainda, a reações depressivas como resposta à perda da mama. Este sentimento, contudo, é, freqüentemente, muito mais intenso do que seria justificado pela mera perda da mama e oscila de acordo com o eu corporal da paciente, isto é, de acordo como ela sente sua corporalidade

em sua totalidade, como está seu eu corporal no mundo e frente as circunstâncias externas.

Para CORBEIL (1971), a depressão e a ansiedade que são observadas em pacientes, freqüentemente originam-se da discrepância entre a imagem corporal e sua função corporal real.

Esse entendimento me leva a acreditar que a mastectomia implica em emoções e ações que se interligam com imagem do corpo e direciona a paciente para a vivência de perdas, a interpretação pouco otimista da vida, a falta de interesse pela mesma e à desesperança que, em verdade, são substratos da depressão.

A perda da mama pode significar, portanto, não só uma agressão física, mas também psíquica, mobilizando defesas e atitudes, o que vem exigir a elaboração de um processo de adaptação do ego a nova realidade (CAVALCANTI, 1994).

SANTOS (1980), estudando as reações psicológicas de cancerosos, esclarece que o conhecimento do diagnóstico suscita uma intervisão de meios que não têm paralelo com os que se associam a outras doenças. É uma implosão inesperada que altera, subitamente, toda a estrutura interna de esperanças, exigindo imediata resposta com mobilização dos processos psicológicos de proteção do ego.

As respostas das mulheres ao conhecimento do diagnóstico e à mastectomia variam de uma para outra, a depender de suas capacidades de adaptação às novas circunstâncias. Essa capacidade de adaptação está relacionada a diferentes fatores tais como: nível de maturidade, estrutura familiar, nível social, profissão e tipo de amputação. Para Bouchard e Owens apud ZANCHETA (1993), depende, também, da idade cronológica, maturidade emocional, padrões definidos de comportamento em reagir ao estresse, relacionamentos familiares e o que a pessoa acredita saber sobre o câncer.

KUSHNER (1981), apresenta outras variáveis que afetam diferentemente uma mulher mastectomizada: a extensão da doença, a idade da mulher, o status familiar e conjugal, a condição do casamento e a existência de filhos.

Para HOFLING e KEYS (1985), o ser humano necessita dar respostas às constantes mudanças para manter a vida, buscar o conforto e realizar aspirações. Para esses autores, essas mudanças ocorrem não só no interior do indivíduo, mas também ao seu redor, ou seja, no meio ambiente; para responder a essas mudanças e manter um equilíbrio satisfatório com o seu mundo, o indivíduo utiliza uma série de processos ou técnicas de ajustamento ou adaptação. Esses processos, por sua vez, são contínuos, constantes e ocorrem ao longo do tempo, começando no nascimento e terminando com a morte. Durante toda sua vida, a pessoa encontra agressores que desafiam sua capacidade de satisfazer suas necessidades e manter seu equilíbrio (BRUNNER, 1994). Seguindo esse mesmo raciocínio, DU GÁS (1984) enfatiza a necessidade do indivíduo de adaptar-se, constantemente, às alterações efetuadas tanto em si mesmo, quanto em suas relações com o mundo que o cerca.

Essa adaptação, certamente, varia individualmente (CAVALCANTI, 1994) e está em relação direta com a personalidade, desenvolvendo atitudes mentais que podem facilitar ou dificultar o relacionamento entre cada um e o contexto sócio-econômico e político no qual está inserido (NOVAES, 1975).

Para HOFLING e KEYS (1985), o que se verifica é que um aumento, além de certos limites, na intensidade das tensões do ego ou do id, pode acarretar um desequilíbrio, um fracasso na adaptação, pois supera a capacidade executiva do ego. Se, por outro lado, a resistência da pessoa for alta, ou seja, se suas necessidades físicas e emocionais estiverem sendo atendidas, através de uma personalidade bem estruturada, provavelmente será necessária uma exposição maciça aos agentes mórbidos para produzir, no caso presente, a depressão.

Se as estruturas mentais tiverem se desenvolvido normalmente e estiverem em condições razoavelmente consideradas sadias no momento em que houver o enfrentamento a uma tensão ambiental, é provável que um ajustamento efetivo seja restabelecido. Se por outro lado, houver anormalidades preexistentes no desenvolvimento da personalidade, o período de deficiência do ergo pode provocar a mobilização de conflitos intra-psíquicos suficientemente fortes para provocar uma verdadeira depressão.

Ainda para HOFLING e KEYS (1985), a capacidade de ajustamento depende de fatores desencadeantes e fatores pré-disponentes. Os primeiros seriam aqueles imediatamente responsáveis pela produção da condição mórbida; os segundos aqueles que constituem o pano de fundo necessário à produção da condição mórbida. Caracteristicamente, há uma relação recíproca entre a gravidade dos fatores predisponentes e os fatores desencadeantes no processo de adaptação/desadaptação. Quanto mais grave forem os fatores predisponentes, menor a gravidade necessária dos fatores desencadeantes para produzir a desadaptação e vice-versa. O importante, portanto, não é a sobrecarga objetiva provocada pelo trauma e sim sua validade subjetiva que varia individualmente.

O caráter sobrecarregante do trauma provocado pelo conhecimento do diagnóstico de câncer de mama e pela mastectomia depende do valor pessoal a ele atribuído, assim como da sobrecarga da pessoa e da sua resistência às possibilidades de integração e elaboração; tal fato contribui para a elaboração de diferentes respostas à doença.

Fica evidenciado, portanto, que a mastectomia se constitui num processo agressor que exige da mulher um esforço para maior ou menor adaptação aos desafios que atingem sua capacidade de satisfação e suas necessidades de manutenção do seu equilíbrio.

Diante dessas considerações entende-se que as situações adversas da mulher frente ao diagnóstico de câncer, à mudança ocorrida no seu corpo devido a mastectomia e às mudanças que ocorrem continuamente na sua

Se as estruturas mentais tiverem se desenvolvido normalmente e estiverem em condições razoavelmente consideradas sadias no momento em que houver o enfrentamento a uma tensão ambiental, é provável que um ajustamento efetivo seja restabelecido. Se por outro lado, houver anormalidades preexistentes no desenvolvimento da personalidade, o período de deficiência do ergo pode provocar a mobilização de conflitos intra-psíquicos suficientemente fortes para provocar uma verdadeira depressão.

Ainda para HOFLING e KEYS (1985), a capacidade de ajustamento depende de fatores desencadeantes e fatores pré-disponentes. Os primeiros seriam aqueles imediatamente responsáveis pela produção da condição mórbida; os segundos aqueles que constituem o pano de fundo necessário à produção da condição mórbida. Caracteristicamente, há uma relação recíproca entre a gravidade dos fatores predisponentes e os fatores desencadeantes no processo de adaptação/desadaptação. Quanto mais grave forem os fatores predisponentes, menor a gravidade necessária dos fatores desencadeantes para produzir a desadaptação e vice-versa. O importante, portanto, não é a sobrecarga objetiva provocada pelo trauma e sim sua validade subjetiva que varia individualmente.

O caráter sobrecarregante do trauma provocado pelo conhecimento do diagnóstico de câncer de mama e pela mastectomia depende do valor pessoal a ele atribuído, assim como da sobrecarga da pessoa e da sua resistência às possibilidades de integração e elaboração; tal fato contribui para a elaboração de diferentes respostas à doença.

Fica evidenciado, portanto, que a mastectomia se constitui num processo agressor que exige da mulher um esforço para maior ou menor adaptação aos desafios que atingem sua capacidade de satisfação e suas necessidades de manutenção do seu equilíbrio.

Diante dessas considerações entende-se que as situações adversas da mulher frente ao diagnóstico de câncer, à mudança ocorrida no seu corpo devido a mastectomia e às mudanças que ocorrem continuamente na sua

mente e no seu ambiente levam-na a uma certa fragilidade com consideráveis tensões internas e sobrecargas emocionais . Tudo isso dificulta o seu processo de adaptação às novas circunstâncias com o seu ego incapaz de controlar a ansiedade, provocando um desequilíbrio entre as exigências instintivas do id e a capacidade do ego, levando-a a um quadro de alteração do humor no sentido da tristeza. Esse modo de adoecer, contudo, varia individualmente e depende não somente de suas crenças e valores, como, também, das condições atuais nas quais se encontra e da extensão e profundidade das mudanças ocorridas na sua vida. A esse respeito, KRYNSKI (1986), chama a atenção para a necessidade de se levar em consideração, também, fatores como idade, ocupação, posição social, estado econômico, estado civil, dentre outros.

Entende-se, portanto, neste estudo, que fatores demográficos, fisiopatológicos e psicossociais participam na moldagem das respostas, havendo denominadores comuns nos padrões das mesmas, permitindo agrupar as possibilidades observadas.

O modo de adoecer e o modo de estar enfermo depende do modo de ser de cada pessoa. Essa diversidade, por sua vez, sofre influência não só de fatores desencadeantes, responsáveis pela produção da condição mórbida, mas também de fatores pré-disponentes, o pano de fundo necessário à produção da referida condição. Dentre os fatores pré-disponentes, consideram-se não apenas as crenças e valores, mas, também, fatores demográficos (idade, situação conjugal, migração), fatores fisiopatológicos (antecedentes pessoais e familiares de doença mental, dor, uso de quimioterápico, complicações pós mastectomia) e psicossociais (atividade profissional e contribuição com a renda, atividade sexual, conhecimento do diagnóstico da doença, convivência, escolaridade, prática religiosa e percepção de perda). Enfim, a contribuição dos fatores pré-disponentes em relação aos fatores desencadeantes da depressão em mulheres mastectomizadas, variam individualmente.

CAPÍTULO 4

DEPRESSÃO

4.1 INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA

A depressão ocorre desde tempos históricos, quando pessoas experienciavam momentos de abatimento e angústia, surgidos em determinadas fases da vida, e que eram chamados de melancolia.

A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns. O número crescente de casos diagnosticados levou NUBER(1991), à seguinte suposição: Será que o grande número dos que sofrem de depressão, pode ser atribuído ao fato de que as depressões hoje são mais facilmente reconhecidas do que no passado?

Como resposta a tal suposição, temos, na realidade atual, não somente um aumento do número de casos diagnosticados, como também uma alteração na idade dos pacientes acometidos de depressão, representadas por pessoas na faixa etária de 25 a 44 anos. As alterações das condições de vida com tendências ao isolamento e a desestruturação das famílias somam-se como respostas ao crescimento do número de casos de depressão.

Dados da Organização Mundial de Saúde apud OLIVEIRA (1993), mostram que 100 a 150 milhões de pessoas apresentam, anualmente, sintomas clinicamente identificáveis de depressão em suas diversas formas de manifestação.

Achados semelhantes foram relatados por FREEDMAN e PASTORE (1989), na qual as estimativas do Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA, registram uma prevalência de 6% de depressão na população adulta

desse país. Nessa mesma direção Ayinso e Saiz apud OLIVEIRA(1993) estimam que de 3 a 5 % da população mundial apresentam um quadro depressivo. Destes, apenas 1,5% chegam ao clínico e somente 0,2% chegam ao psiquiatra. Ao lado disso, como afirma SARTORIUS (1981), 1/3 dos pacientes psiquiátricos sofrem de depressão.

Para DALLY (1978), a incidência de depressão no Reino Unido está aumentando, a julgar pelo índice de internações nos hospitais psiquiátricos. Tal incidência aumenta com a idade alcançando o máximo na meia idade avançada. Cerca de 10% da população tem possibilidade de desenvolver uma enfermidade depressiva em determinado período da vida, sendo a depressão duas vezes mais comum nas mulheres do que nos homens. A depressão é, portanto, uma das principais causas das pessoas procurarem ajuda psiquiátrica.

Dados recentes foram adquiridos em nota recente publicada no Jornal A TARDE (08/04/95), afirmando que a depressão poderá ser o grande problema de Saúde Pública na virada do século: 02 milhões de novos casos de depressão são diagnosticados a cada ano nos países desenvolvidos e já começa a ultrapassar, em número de casos, as doenças cardiovasculares. Como se não bastasse, a doença tem aumentado entre crianças e adolescentes, levando-os ao suicídio, onde 60% dos casos têm diagnosticado a depressão.

AZZI et al (1981) consideram a depressão como uma doença potencialmente letal, cujo risco de suicídio está em torno de 15%, colocando-se em proporções crescentes e constituindo-se numa patologia epidêmica e símbolo do atual momento.

É importante destacar, também, que cerca de 10 a 15% dos casos de depressão maior é devida a outras doenças ou a condições não psiquiátricas, de acordo com a Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica.

FERNANDEZ (1993), em seu estudo de saúde e gênero, destaca que; há mais de uma década que os estudos epidemiológicos vem constatando um desequilíbrio crescente na prevalência da depressão entre homens e mulheres, as estatísticas atuais mostram uma incidência crescente de depressão como um problema geral e prevaiente nas mulheres. Há teorias psicossociais geradas através de estudos experimentais, que justificam a maior prevalência da depressão em mulheres, devido a componentes de inferioridade social, incluindo o desamparo legal e econômico, dependência emocional e baixa auto-estima.

4.2 NOSOLOGIA

A depressão existe desde o Antigo Testamento, onde são relatadas situações sobre padecimentos e lamentações de homens e mulheres que perderam sua esperança no futuro (JOÃO, 1987). Hipócrates, pai da medicina, diferenciou quatro tipos de temperamento, um deles denominado melancólico, hoje identificado como depressão, definindo o humor melancólico como uma ação química da bÍlis negra. Essa abordagem revela a visão organicista, segundo a qual o determinante fÍsioquímico, é que estabelece o temperamento do indivíduo.

Segundo a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), um transtorno depressivo se caracteriza fundamentalmente por alteração do humor para depressão (com ou sem ansiedade associada), geralmente acompanhada por diminuição global do nível de atividades e por uma gama de sintomas considerados secundários a essa alteração, CID-10 (1993).

Os tratados de Psiquiatria definem depressão em termos muito semelhantes : anomalia do humor, no sentido de tristeza com diminuição do tÍnus vital, inibição do pensar e do atuar, idéias de ruína, de incapacidade, de perda, de culpa, falta de interesse pela vida com tendência ao suicÍdio. O indivíduo deprimido sente que sua segurança está ameaçada, que é incapaz de enfrentar seus problemas e que ninguém pode ajudá-lo; experimenta uma di-

minuição do estado de ânimo, do apetite e dificilmente sorri de alguma coisa, pode apresentar ansiedade em resposta psicológica a uma sensação de perigo eminente.

A extrema complexidade da clínica, entretanto, não corresponde quase nunca a esses sensíveis esquemas. Nem sempre se reconhece a depressão em sua fase inicial, por faltar, muitas vezes, os sintomas patognomônicos. O futuro deprimido pode queixar-se, a princípio, de tensão psíquica ou fadiga durante suas atividades habituais. Às vezes são sintomas orgânicos os que aparecem precocemente, tais como fadiga, anorexia, secura na boca; podem aparecer, também, dificuldades de levantar do leito ou pequenas mudanças de humor.

A pessoa deprimida experimenta uma preocupação consigo mesma e com seu estado, lamentando-se de sua falta de sorte, além de apresentar uma conversação monótona; pode isolar-se, sentindo-se incapaz de buscar os demais; quando busca amigos e companheiros é para fazer desabafos ou externar sua preocupação consigo mesma.

Existem, também, as depressões sutis, com escassez de sintomas manifestos, nas quais os pacientes sofrem sem expressar seu tédio vital, não se queixam de nada até que um dia se suicidam.

Existem, ainda, as depressões mascaradas, ou seja, as depressões sem depressão, sem que o paciente sofra depressão nem tristeza propriamente ditas. São moléstias somáticas que vão desde as cefaléias, vertigens, algias e transtornos digestivos. Ocorrem, também, depressões psicógenas, reativas e neuróticas onde há vivências que, inclusive em pessoas consideradas normais, são capazes de provocar tristeza e até uma inibição, mais ou menos ligeira, dos impulsos e do curso do pensamento. Se ditas vivências penosas ou catastróficas recaem em personalidades hiperemotivas com um elevado índice de neuroticismo, a intensidade e duração das reações depressivas aumentam. Se os profissionais que cuidam desses pacientes se detêm num estudo mais detalhado dos mesmos, podem identificar a sua problemáti-

ca e evitar um transtorno maior. Mas, nem sempre esses profissionais têm a sensibilidade suficiente para valorizar pequenos sinais de transtornos da conduta ou do humor.

O que se percebe é que a depressão não se apresenta sempre num rígido e único modelo, mas que deve ser considerada, simplesmente, como um radical humano. Esse entendimento dá lugar a novas conceituações que buscam a compreensão do distúrbio depressivo, através, não somente, da visão organicista como também da visão psicanalítica.

A abordagem psicanalítica, referenciada por MELO (1988), propiciou o conhecimento mais aprofundado do estado depressivo, dando um cunho mais ontológico a tal manifestação humana. A depressão passa a ser considerada uma resultante dinâmica do modo como o "ser" se desenvolve e menos uma entidade nosológica; é o resultado, portanto, da retroflexão contra o próprio indivíduo da hostilidade dirigida contra a perda do objeto amado.

Com o advento da psicofarmacologia, outras modalidades de visão sobre a depressão surgem, sendo aqui considerada como um distúrbio da fisiologia e bioquímica da atividade neuronal e sináptica. Nessa abordagem bioquímica, a depressão é considerada como associada a um nível insuficiente de catecolaminas, especialmente a serotonina, em certos receptores adrenérgicos no cérebro. Nessa linha de abordagem, AGUIAR et al (1993) constataam que os transtornos depressivos reincidivantes e as distímias seriam provocadas por alterações na concentração de neurotransmissores no espaço intersináptico, ganhando destaque o papel da serotonina cuja deprivação corresponderia às síndromes depressivas com ansiedade, enquanto a deprivação da noradrenalina está relacionada às síndromes de inibição psicomotora.

De acordo com o exposto, reconhece-se que a depressão se constitui numa síndrome, não nitidamente organicista mas, psicobiológico, cujo diagnóstico se ajusta a esquemas conhecidos e aceitos de um modo geral, não havendo, necessariamente, conflito entre as duas linhas de abordagem: a psicanalítica ou psicológica e a organicista ou bioquímica.

Essa diversidade de enfoque, por outro lado, leva à necessidade de ampliação do conceito de depressão surgindo, conforme NARDI (1988), três acepções distintas : depressão pode significar um sintoma, situação em que quase sempre equivale a uma perda da auto-estima com conseqüente humor depressivo; pode referir-se a uma síndrome, isto é, a um conjunto de sinais e sintomas, tanto psíquicos quanto somáticos e pode ser utilizada, finalmente, para designar uma doença depressiva quando nos referimos a depressão unipolar ou bipolar.

Nesse sentido, o DSM-III-R (Manual Diagnóstico e estatístico 3ª versão), propõe uma nosologia com o objetivo de criar uma linguagem internacional, usando o termo "transtornos do humor" para categorizar esses distúrbios acompanhados de uma síndrome maníaca ou depressiva, dividindo-os em distúrbios unipolares e distúrbios bipolares ou simplesmente distúrbios depressivos.

Os distúrbios bipolares têm como característica fundamental a presença de um ou mais episódio maníaco ou hipomaníaco. Já os distúrbios unipolares são caracterizados por ou mais períodos de depressão, sem história de episódio maníaco ou hipomaníaco. Nesse sentido, GUZ (1990), coloca que a fragmentação das depressões em unipolares e bipolares foi muito importante para a psiquiatria , no sentido de ter chamado a atenção dos especialistas para as diferenças existentes entre os dois tipos.

Kraepelin apud ASSUNÇÃO FILHO (1986), descreve a psicose maníaco depressiva, afecção qualificada de endógena e a depressão psicogênica, duas classes qualitativamente diferentes, por ser a depressão endógena "processual" e a depressão neurótica em "desenvolvimento", resultando da reação de uma personalidade frágil a um traumatismo.

Outros autores como Lange e Lewis apud ASSUNÇÃO FILHO (1986), se aprofundaram na aplicação das diferenças existentes entre a depressão neurótica e psicótica, posteriormente KENDALL (1987), duvida da existência

de diferenças entre a depressão psicótica e neurótica, insistindo sobre a unimodalidade da depressão.

Na tentativa de se criar um consenso acerca dos conceitos de depressão, outras contribuições foram dadas no sentido de distinguir os estados depressivos partindo-se do pressuposto da existência de fatores desencadeantes e precipitantes.

Os fatores precipitantes estão ligados a doença física, presença de estressores psicossociais, morte da pessoa amada, separação conjugal, divórcio entre outros.

Outros fatores tal como história familiar devem ser considerados. AKISKAL (1984) afirma que 50% dos pacientes por ele estudados tinham história familiar de doença afetiva. EDLER (1991) admite que a história familiar contribui para o aparecimento das depressões.

Essa diversidade levou à criação de dois modelos nosológicos desenvolvidos para descrever os estados depressivos: o modelo categorial e o modelo dimensional. O primeiro admite haver uma dicotomia, isto é, duas classes qualitativamente diferentes: reativa versus endógena, neurótica versus psicótica, primária versus secundária ou ainda, maior versus menor. Já o segundo modelo, o dimensional, considera que só existe um tipo de depressão, e que a sintomatologia é que varia de indivíduo para indivíduo (ASSUNÇÃO FILHO, 1986).

4.3 CLASSIFICAÇÃO

Nos últimos anos, as tentativas de classificação da doença depressiva tornaram-se cada vez mais complexas e controversas. Cada uma delas tem muitas limitações e nenhuma é totalmente satisfatória.

A existência de numerosos critérios de classificação em decorrência da falta de um consenso universalmente aceito, levou a autora a optar pelo

DSM-III-R, uma das mais conhecidas classificações dos distúrbios mentais, amparadas, fundamentalmente, nos critérios clínicos.

De acordo com o DSM-III-R (Manual Diagnóstico e Estatístico 3^a versão), os distúrbios depressivos são classificados e conceituados da seguinte maneira:

DISTÚRBIOS DEPRESSIVOS:

- Depressão maior, episódio único
- Depressão maior, recorrente
- Distímia (antiga neurose depressiva)
- Desordem depressiva não especificada

a) Depressão maior episódio único

De acordo com o DSM-III-R, a depressão, é caracterizada pela presença de sintomatologia depressiva própria do episódio depressivo, sem história prévia de episódios depressivos maníacos ou hipomaníacos. A sintomatologia consiste em humor deprimido, decréscimo de energia e baixa de atividade, incapacidade para usufruir prazer, desesperança, dificuldade de concentração, perturbação do sono, da libido, do apetite, baixa de auto estima, pensamentos de ruína e morte, pensamentos suicidas e graus variados de ansiedade.

O início da sintomatologia tanto pode ser súbito como se desenvolver durante dias ou semanas. Os sintomas mais comuns são a tristeza, a desesperança, o sentimento de inutilidade, o choro fácil e a insônia; o pensamento se apresenta com lentidão no seu curso e com conteúdos de caráter pessimista e catastrófico, com sentimentos de culpa e ruína, podendo alcançar proporções delirantes, há uma diminuição ou ausência de interesse nas atividades habituais, negligenciando suas atividades profissionais, intelectuais e de lazer, dentre outras, pode haver pensamento e/ou tentativas de suicídio; há

um cansaço fácil, até mesmo para aquelas atividades que não requerem esforço físico.

Para GUZ (1990), a depressão maior pode ser classificada em: a) leve, quando alguns dos seus sintomas ocasionam alterações pequenas ou prejuízos escassos nas atividades sócio ocupacionais do paciente. b) moderada, quando os sintomas acarretam alterações ou prejuízos considerado de grau médio a severo. c) severo com aspectos psicóticos quando os sintomas trazem prejuízos de monta às atividades ocupacionais, somando-se os delírios e alucinações congruentes e incongruentes. d) severo sem aspectos psicóticos, quando há apenas prejuízo de monta nas atividades ocupacionais.

b) Depressão maior recorrente

Segundo o DSM-III-R, a depressão maior recorrente é caracterizada pela presença de dois ou mais episódios depressivos, separados por períodos de mais de dois meses, durante os quais há volta a um funcionamento normal. Ausência de história prévia de episódios maníacos ou hipomaníacos. A sintomatologia é a mesma da depressão maior, episódio único.

c) Distímia

De acordo com o DSM-III-R, a distímia caracteriza-se, pela perturbação crônica do humor, que se encontra deprimido na maior parte do dia, persistindo por longos períodos de pelo menos dois anos, podendo ser de início precoce antes dos 21 anos ou de início tardio, após esta idade começa de forma lenta, indefinida podendo chegar a cronicidade dos sintomas. É uma síndrome depressiva leve e crônica.

Para GUZ(1990), a distímia caracteriza-se por:

- Durante pelo menos dois anos (1 ano quando se trata de crianças e adolescentes), o doente passa a maior parte do tempo com os sintomas semelhantes aos dos episódios depressivos maiores. Há um humor deprimido

ou uma acentuada perda de interesse ou de prazer para com tudo ou quase tudo. Os períodos depressivos são continuados ou interrompidos por humor, interesse ou prazer normais que duram dias ou semanas, mas não mais que 03 meses.

- Durante a doença pelo menos 03 das condições abaixo relacionadas estão presentes:

- perda ou excesso de apetite
- insônia ou hipersonia
- falta de força ou sensação contínua de cansaço
- sentimento de incapacidade
- falta de concentração
- retraimento social
- pessimismo em relação ao futuro
- diminuição da produtividade no trabalho, lar, escola

d) Desordem Depressiva não Especificada

Representada pelos distúrbios que não preenchem os critérios para os distúrbios do humor específico ou distúrbio de ajustamento com humor depressivo. OLIVEIRA (1993), em seu trabalho, exemplifica tal desordem da seguinte forma:

- Episódio depressivo maior superposto a esquizofrenia residual
- Perturbações recorrentes, leve, depressiva que não preenche os critérios para distímia.
- Episódios depressivos não relacionados a estresse que não preenchem os critérios para episódio depressivo maior.

4.4-DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS

Quando uma mulher recebe a confirmação do diagnóstico de câncer de mama e a posterior mutilação ocasionada pela mastectomia, ela sofre um

impacto emotivo e se estabelecem, entre o impacto e a reação a este impacto, as seguintes relações: o impacto determina a reação psíquica (tristeza); o tema da reação psíquica é o mesmo tema do impacto da emoção e a duração é proporcional à violência do impacto. Esta seria uma reação que aparece numa pessoa considerada normal ao sofrer o trauma da notícia do câncer de mama e sua conseqüente mastectomia. Essa resposta normal é parte de um espectro de sintomas depressivos, que vai da apresentação de uma tristeza normal, passando por um distúrbio de ajustamento e podendo ir até uma depressão maior e ao suicídio. Quando há pouco estresse, esses pacientes apresentam poucos sintomas depressivos, o que é considerado como uma tristeza normal. Se os fatores de estresse aumentam e os sintomas tornam-se mais graves interferindo nas atividades quotidianas, um diagnóstico de distúrbio de ajustamento com humor depressivo deve ser feito. Entretanto, quando aquela reação psíquica é inadequada na intensidade e na duração, haverá uma diferença não qualitativa, mas quantitativa entre a tristeza do melancólico (depressão) e a tristeza normal.

O matiz fundamental dessa tristeza do melancólico é o caráter chamado vital dessa tristeza, ou seja, o sentimento vital, a tristeza vital. E é esse sentimento vital que diz como está o eu corporal no mundo e frente às circunstâncias externas.

O que se verifica, fundamentalmente, é o conflito intra-psíquico que vai se tornando cada vez mais independente da realidade, vai se interiorizando, vai entrando mais para a estratificação mental profunda, e se os profissionais de saúde não têm uma visão um pouco mais apurada, um pouco mais minuciosa, o problema lhe escapa. E aí está o risco em se exagerar a questão da autonomia das depressões.

O conflito estrutural da depressão é coisa absolutamente visível a olho nú pois todo deprimido está em conflito. Se a paciente sabe que tem uma doença grave associada a mutilação e fica num estado depressivo, é porque esse acontecimento externo tem determinada significação, tem determinado sentido na sua vida interior, deixando-lhe impossibilitada de vencer essa situ-

ação, de reagir ao mundo e de achar energia para se mover no fluxo da vida (LOWEN, 1983).

Diante dessas considerações pode-se afirmar que estabelecer o diagnóstico em psiquiatria, sempre foi motivo de muitas polêmicas constituindo-se numa tarefa difícil.

A dinâmica da personalidade do ser humano caracteriza a temporalidade do diagnóstico, e a validade relativa dos distúrbios mentais. Na realidade, não existem normas diagnósticas, mas consensos que variam de acordo com o meio, a cultura e os fatores de risco da qual as pessoas estão expostas.

A exemplo, Zarafian citado por LACAN (1986), ressalta que a tristeza possui existência universal, porém é expressa de maneira oposta na Ásia e no Oriente.

Para Carvalho apud OLIVEIRA (1993), a fidedignidade do diagnóstico em psiquiatria, sempre foi motivo de muita preocupação entre os profissionais da área e depende não só dos sinais e sintomas apresentados, mas também da técnica de entrevista utilizada, da paciente e da entrevistadora.

O diagnóstico de depressão poderá ser auxiliado através da utilização de escalas de avaliação. De acordo com GUZ (1990), nos EUA e na Europa, a mais conhecida e difundida é a escala de auto-avaliação da depressão de Aaron T. Beck de 1961, abreviadamente, B.D.I., "Beck Depression Inventory". A utilização desta escala, porém, impõe algumas limitações por não poder ser aplicada a pacientes analfabetos.

GUZ (1990) apresenta a escala de Max Hamilton de 1960, um auxiliar diagnóstico da depressão com a finalidade de aquilatar o grau de severidade ou a evolução dos sintomas de um distúrbio depressivo em função de um tratamento instituído num período determinado de tempo. A utilização desta escala não se aplica ao presente trabalho, por ser mais utilizada para diagnosticar grau de depressão.

Procurando vencer as controvérsias acerca do diagnóstico psiquiátrico, a Associação Americana de Psiquiatria publica, em 1985, o DSM-III-R, como instrumento inovador na classificação e diagnóstico das doenças psiquiátricas, tendo como finalidade a pesquisa clínica epidemiológica, biológica ou terapêutica.

Embora o DSM-III-R seja utilizado na prática clínica, merece algumas considerações, por considerarem alguns psiquiatras que a utilização destes critérios são "extremamente secos e precisos".

De acordo com LACAN (1986), o DSM-III-R, efetivamente, não deveria servir senão a uma atividade de pesquisa para estabelecer grupos homogêneos de pacientes em vista de um estudo limitado no tempo.

Outras escalas como as de Hamilton e Beck são utilizadas na Psiquiatria, porém não são normalmente diagnósticas, servindo apenas para determinar a intensidade da sintomatologia depressiva em pacientes já diagnosticados como depressivos (PENMAN e HOLLAND, 1984).

Considerando o exposto acima, vale ressaltar a escolha da autora pelo inventário do DSM-III-R, como critério diagnóstico para seleção de pacientes deprimidos.

É importante destacar, entretanto que no cotidiano do trabalho da enfermeira ela não usa o inventário do DSM-III-R, pois o mesmo é utilizado, como já coloquei anteriormente, no desenvolvimento de uma pesquisa sobre distúrbios depressivos. Ela vai se valer do seu conhecimento sobre o tema e do seu grau de sensibilidade para identificar sinais e sintomas depressivos. Contudo, a identificação de um quadro de depressão em paciente com câncer de mama, não é uma tarefa fácil para o profissional que não tenha o conhecimento teórico e prático imprescindível no reconhecimento de sinais e sintomas importantes no diagnóstico. Para Kline apud SOUGEY (1985), a avalia-

ção da depressão, quando feita em pacientes não oncológicos, deve considerar, como elementos importantes, a presença de sintomas físicos como anorexia, diminuição da energia, insônia, perda de peso, lentidão e diminuição do interesse em sexo. Esses mesmos sintomas, contudo, podem estar presentes tanto em pacientes oncológicos como em pacientes com depressão. Nesse sentido torna-se necessário a utilização de critérios que possam valorizar os sintomas psicológicos, ou seja, a depressão em pacientes com câncer é melhor identificada pela gravidade do humor deprimido, pelo nível do sentimento de desesperança, culpa, indignidade e pela presença do pensamento suicida (SOUGEY, 1985).

A evolução de uma depressão pode ser silenciosa e imperceptível nos primeiros dias ou semanas. No início podem surgir sentimentos de debilidade geral, fadiga, apatia, inércia, e mal-estar, confundindo-se com a problemática somática da paciente. Por outro lado, o desconforto físico presente nessas pacientes, pode ser considerado como o causador da queixa de apatia, inércia e fadiga. Nessa perspectiva é de fundamental importância a atenção para o estado emocional da paciente, levando-se em consideração sua expressão facial e seu comportamento.

A identificação precoce de sinais e sintomas depressivos na paciente mastectomizada, é fundamental para que se instaure o pronto e adequado atendimento levando à remissão da sintomatologia e evitando um possível suicídio. Torna-se fundamental, portanto, uma avaliação precoce e criteriosa, sem olvidar os sinais e sintomas que poderiam escamotear a real situação da paciente, dificultando a terapia e causando danos irreparáveis à paciente. É importante, assim, que a enfermeira esteja atenta para identificar aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, bem como a forma e o ambiente em que a paciente se desenvolveu.

Se os sinais e sintomas depressivos passam despercebidos aos profissionais, a paciente pode sofrer uma rápida e progressiva deterioração de suas funções físicas, psíquicas e sociais. O papel da enfermeira junto à mulher mastectomizada é, portanto, duplamente importante, não só pelo caráter

da doença oncológica, mas também pelo impacto emocional ou psicológico determinado pela mutilação.

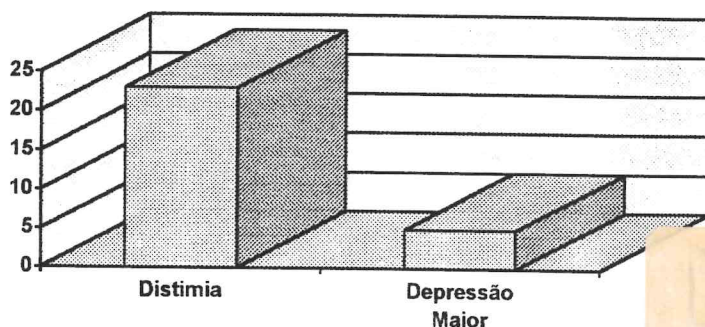
CAPÍTULO 5

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou verificar a freqüência de depressão em mulheres mastectomizadas e sua relação com os fatores demográficos (situação conjugal, faixa etária, migração), fisiopatológicos (antecedentes pessoais e familiares de doença mental, dor, uso de quimioterapia, complicações pós-mastectomia) e psicossociais (atividade profissional, contribuição com a renda familiar, atividade sexual, conhecimento do diagnóstico da doença, convivência, escolaridade, prática religiosa e percepção de perdas) .

A população estudada contituiu-se de 80 mulheres, com até 30 dias de mastectomizadas, com idade entre 25 a 85 anos, e que foram atendidas no ambulatório de mastologia de um hospital filantrópico voltado para o atendimento de pacientes oncológicos, nos períodos matutino e vespertino, de segunda a sexta-feira. Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 1996.

Após a coleta dos dados observou-se que das 80 mulheres mastectomizadas entrevistadas, 28 (35%) apresentaram depressão, sendo que dessas 05 (06,25%) apresentavam depressão maior e 23 (28,75%) apresentavam distímia, considerada como a forma de depressão neurótica. A seleção de pacientes deprimidas seguiu os critérios do DSM-III-R.



Os achados acima podem ser confrontados com estudos de outros autores como BRUNNER & SUDDART (1994) e MARCHANT (1977), que demonstraram ser a depressão uma manifestação possível de acontecer em mulheres que se deparam com a realidade de se estar com um câncer e mais ainda com a possibilidade de uma mastectomia. Os resultados de seus trabalhos mostraram que 40% das mulheres ficam muito angustiadas com a possibilidade de se ter um câncer. É importante destacar que cerca de 10 a 15% dos casos de depressão maior são devidos a outras doenças ou a condições não psiquiátricas (AZZI & HOJAIJ & NOGUEIRA, 1981).

TABELA I - FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA. SALVADOR - BA, JANEIRO A ABRIL DE 1996.

Depressão \ Faixa Etária	sim		não		total	
	n	%	n	%	n	%
25 a 39 anos	03	10,7	04	7,7	07	08,7
40 a 54 anos	15	53,6	20	38,5	35	43,8
55 a 70 anos	04	14,3	24	46,1	28	35,0
Acima de 70 anos	06	21,4	04	7,7	10	12,5
Total	28	100	52	100	80	100

$$\chi^2_3 = 9,17; p < 0,05$$

A análise da tabela I, demonstra que a depressão foi mais frequente nas mulheres de 40 a 54 anos (53,6%), seguidas daquelas acima de

70 anos (21,4%) , estando o menor índice entre as idade de 25 a 39 anos (10,7%).

Estes dados evidenciaram diferença estatisticamente significante entre depressão em mulheres mastectomizadas e faixa etária ($\chi^2_3 = 9,17$; $p < 0,05$), concluindo-se que a depressão está relacionada com a faixa etária.

Esses achados mostram que a depressão é mais freqüente nas mulheres de 40 a 54 anos e nas mais idosas, quando se dá uma diminuição das atividades glandulares e de reprodução, além de mudanças involutivas, de frustrações, traumas e doenças degenerativas que são enfrentadas nessa época.

Os achados do presente estudo vêm confirmar os estudos de KASTEMBAUM (1981), VERÁS(1982), e SILVA(1988), que mostram que a depressão é mais freqüente na idade avançada. Da mesma forma estudos como os de LAGANA(1991), relacionam a depressão em mulheres mastectomizadas com a sua faixa etária; quando a mulher acometida de câncer se encontra na faixa etária de 35 a 49 anos, período em que ela se encontra economicamente ativa, a depressão se faz mais presente.

A faixa etária pode influenciar na maior ou menor capacidade de adaptação à mastectomia. De acordo com Bouchard e Owens, apud ZANCHETA (1993), a essa capacidade de adaptação depende não só da idade cronológica, mas, também, da maturidade emocional e padrões definidos de comportamento.

Esses achados vêm nos apontar a necessidade de estarmos atentas às mulheres mastectomizadas com idade entre 40 e 55 anos e acima de 70 anos, já que estas neste estudo, são mais facilmente, acometidas por depressão.

Embora o presente estudo não tenha evidenciado uma freqüência significativa de depressão em mulheres jovens, a autora traz a seguir outras

referências teóricas que abordam o impacto da mastectomia na mulher jovem, por considerar um referencial importante para futuros trabalhos, ainda que tais referências não correspondam aos resultados deste estudo.

Sabe-se que a mama e a questão da sexualidade, são diferentes quando analisamos o impacto de uma mastectomia em uma mulher jovem com expectativas de ter filhos, de casar, considerando ainda a imagem corporal inerente a jovialidade.

Para NOBRE DE MELO (1982), a depressão na infância, adolescência e juventude não é um mal freqüente e tende a ser subestimado na sua significação prospectiva; igualmente, na idade provecta, a doença é, via de regra, recebida sem surpresa e, até mesmo, os sofrimentos físicos que acarreta, costumam ser olhados como próprios da vida de uma anciã e, por isso, aceitos, quase sempre, com suave resignação. É assim, pois, particularmente, na maturidade, que incidem, com maior freqüência, as mais temíveis afecções como sejam os diversos tipos de cânceres, as cardiopatias, as diabetes, dentre outras.

Nessa mesma ótica, NOYES e KOLB (1986) assinalam que os transtornos mentais são raros até a adolescência; a partir daí sua freqüência se eleva sensivelmente e segue mostrado uma tendência ascendente, conforme aumenta a idade. Esta tendência é maior na idade avançada, onde se observa, particularmente nas mulheres um aumento dos transtornos mentais devido, em parte, à diminuição das atividades das glândulas endócrinas e da reprodução, além de outras mudanças involutivas, mas, em uma proporção maior devido as frustrações, traumas e outros problemas que são enfrentados nessa época, como é o caso das doenças degenerativas.

Uma reparação cirúrgica como a mastectomia, pode ter uma repercussão maior para uma jovem que tem diante de si toda uma vida, quando comparada com uma mulher idosa que já vivenciou parte da sua vida. A reação afetiva à mastectomia apresenta variáveis entre as pessoas, mas a sensação de perda, segundo KRYNSKI (1986), é menor se concretizada numa etapa

mais avançada da vida, depois da mulher já ter realizado sua feminilidade, tendo marido e filhos. É muito grande quando ocorre no climatério, pois a mulher já está atravessando a crise de adaptação à qual se soma ainda essa. É intensa quando ocorre em jovens, em idade fértil, pois modifica todo seu projeto de vida (real ou imaginário). Tal colocação é reforçada por CYPRIANO (1987) que destaca a faixa etária como um fator importante na maior ou menor capacidade de aceitar a doença, destacando que a doença aguda ou crônica, tem diferentes conotações a depender da idade, das projeções de vida e realizações no plano pessoal e social da mulher.

Vale destacar, também, em relação a idade, que, de acordo com Maguire apud STEDEFORD (1986), as mulheres idosas adaptam-se mais facilmente à mastectomia por ter o sexo declinado naturalmente; enquanto que para as mais jovens, para as quais as relações sexuais ainda são importantes, há maior dificuldade de adaptação à mutilação.

Para VALANIS e RUMPLER (1985), as mulheres mais velhas, por exemplo, se preocupam com as conseqüências do diagnóstico, enquanto prospecto de vida, ao passo que as mais jovens estão mais preocupadas com a perda da mama, como uma alteração da sua imagem corporal

Além da idade, outros fatores também afetam, diferentemente a mulher mastectomizada, tal como a situação conjugal.

TABELA II - FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS, SEGUNDO A SITUAÇÃO CONJUGAL. SALVADOR-BA. JANEIRO A ABRIL DE 1996.

Depressão \ Situação Conjugal	sim		não		total	
	n	%	n	%	n	%
Casada ou amaziada	04	14,3	27	51,9	31	38,7
Solteira/separada ou viúva	24	85,7	25	48,1	49	61,3
Total	28	100	52	100	80	100

$$\chi^2_2 = 9,33; p < 0,05$$

De acordo com os dados da tabela II, observou-se que 49 (61,3%) das mulheres mastectomizadas são solteiras separadas ou viúvas e 31 (38,7%) são casadas ou amaziadas.

A depressão foi mais freqüente (85,7%) em mulheres solteiras, separadas ou viúvas e menos freqüente (14,3%) nas mulheres casadas ou amaziadas, isto é naquelas que vivem com um companheiro.

A análise estatística mostrou haver diferença significativa entre depressão e situação conjugal em mulheres mastectomizadas ($\chi^2_2 = 9,33$; $p < 0,05$), onde podemos inferir que a mastectomia é fator de aumento da ansiedade e insegurança à vida sexual futura naquelas que vivem só, mas com potencial para uma futura a dois. O companheiro desempenha um papel importante na adaptação da mulher mastectomizada, através do apoio que a faz sentir-se segura, amada e valorizada.

De acordo com os estudos de KUSHNER (1981) e KRYNSKI (1986) confirmam que as depressões são mais freqüentes entre aquelas que vivem só, sem companheiro. Nas mulheres solteiras, viúvas ou separadas, a mastectomia é fator de aumento da ansiedade e insegurança para a vida sexual futura.

Apesar de não fazer parte do nosso objeto de estudo, deixo aqui a reflexão para estudos posteriores do porque as mulheres mastectomizadas que vivem só, sem um companheiro, são mais acometidas de depressão, considerando que a ausência de companheiro poderá também pré-dispor a mulher mastectomizada a depressão, sendo desta forma relevante um estudo posterior da relação entre depressão e situação conjugal, antes e após a mastectomia.

Além da idade e da situação conjugal outro fator demográfico relevante é o fato da paciente ser ou não migrante.

TABELA III - FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS, DE ACORDO COM A MIGRAÇÃO . SALVADOR-BA. JANEIRO A ABRIL DE 1996.

Depressão Migração	sim		não		total	
	n	%	n	%	n	%
Migrante	22	78,6	20	38,5	42	52,5
Não migrante	06	21,4	32	61,5	38	47,5
Total	28	100	52	100	80	100

$$\chi^2_2 = 10,19; p < 0,05$$

A análise da tabela III, demonstra que 42 (52,5%) das mulheres mastectomizadas são migrantes. A freqüência de depressão foi maior nas mulheres mastectomizadas migrantes (78,6%) e menor nas não migrantes (21,4%).

Os dados acima demonstram haver diferença significativa entre as variáveis depressão e migração em mulheres mastectomizadas. ($\chi^2_2 = 10,19$; $p < 0,05$). Esses achados nos mostram que a depressão tem maior frequência em pessoas migrantes que vivenciam a mudança não só no seu meio social, bem como o afastamento de amigos e parentes do seu convívio, dificultando o processo de adaptação à nova situação.

Associado ao fato de migrar estão as condições ambientais e as circunstâncias que deslocam o migrante de sua cidade para zonas ou centros urbanos, em condições adversas, muitas vezes impostas pela condição atual da doença e pela necessidade de tratamento.

O estudo da variável acima, chama atenção, dos profissionais para a questão da migração, considerando que alguns pacientes entrevistados mencionaram seus temores diante das dificuldades de moradia e transporte, e não apenas relacionadas ao tratamento.

Estudos de autores como BUCHER(1979), SARTORIUS(1981), ALMEIDA FILHO (1982) e EDLER(1991), afirmam que a depressão tem maior frequência em pessoas migrantes, pois consideram que o afastamento das suas relações, do seu ambiente, embora constituam fatores isolados, podem trazer dificuldades no processo de adaptação às novas circunstâncias.

O afastamento do migrante das suas relações, do convívio familiar, tendo que interagir com uma nova comunidade com valores possivelmente diferentes pode provocar crises de identidade e dificuldade na adaptação, esses fatos conduzem numerosos autores a valorar a migração na sua relação com a doença mental e mais especificamente com a depressão.

As pessoas ao migrarem para os centros urbanos, instalam-se em zonas de periferia da cidade, consideradas zonas de desorganização, povoadas por pessoas de procedências diversas, com formação de grupos de delinquentes, ausência de participação na vida sindical, social e política. Essas

zonas desempenham papéis de zonas patógenas para a criminalidade e patologia mental (HENRY EY, 1975). Ao considerarmos a migração um fator importante, vale aqui salientar que a gênese dos distúrbios mentais não deve ser vista sob um ponto de vista unifatorial, devendo-se considerar a influência de outros fatores tal como a presença de antecedentes familiares e pessoais.

Dentre os fatores fisiopatológicos destaca-se, no aparecimento da depressão, os antecedentes familiares e pessoais de doença mental. Em pacientes com antecedentes familiares de natureza psicopatológica observa-se uma forte tendência a depressão.

TABELA IV - FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS, SEGUNDO A EXISTÊNCIA DE ANTECEDENTES PESSOAIS DE DOENÇA MENTAL. SALVADOR-BA .JANEIRO A ABRIL DE 1996.

Depressão \ Antecedentes pessoais	sim		não		total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	17	60,7	09	17,3	26	32,5
Não	11	39,3	43	82,7	54	67,5
Total	28	100	52	100	80	100

$$\chi_2^2 = 13,7; p < 0,05$$

Os dados apresentados na tabela IV, revelam que 54 (67,5%) das mulheres mastectomizadas não têm antecedentes pessoais de doença mental e 26 (32,5%) o possuem.

A depressão foi mais freqüente (60,7%) nas mulheres que tinham antecedentes pessoais de doença mental, seguidas das que não as tinham (39,3%).

O tratamento estatístico revelou diferença significativa entre depressão e antecedentes pessoais de doença mental em mulheres mastectomizadas. ($\chi^2 = 13,7$) ; $p < 0,05$). Esses dados vêm nos confirmar que o ser humano sofre influências de forças hereditárias e ambientais e das experiências vividas..

Regier et al apud CARVALHO e SOUGEY (1995), tomando como referência o estudo multicêntrico do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos, realizado na população em geral, verificaram que 6% das pessoas apresentam algum distúrbio depressivo. Dessa forma, deve-se considerar que, pelo menos, cerca de 6% dos pacientes com câncer tenham uma história prévia de distúrbio depressivo ou apresentaram depressão.

CARVALHO e SOUGEY (1995), referenciando autores como Greer, Harrower, Thomas, Altman, Horner e Picard, mostraram que está sendo investigada a possibilidade dos distúrbios depressivos estarem implicados com a etiologia do câncer, sem, contudo, fazerem uma afirmação categórica dessa possibilidade, já que pacientes diagnosticados com câncer têm possibilidade de estarem com depressão. A esse respeito SANTOS (1980) acusa um elevado percentual de pacientes que já têm depressão antes do desencadeamento da neoplasia. Em estudo realizado no Instituto Nacional do Câncer, com 250 pacientes portadores de tumores oriundos de 27 localizações diferentes, mostrou a existência de estados depressivos prévios em 192 pacientes, ou seja em 76,8%. O surgimento de um estado depressivo ou a exacerbação de uma depressão pregressa são facilmente compreensíveis, face a sucessão de problemas que podem ocorrer, tais como: a perda de parte do corpo, do esquema corporal, de bens, da segurança, do prestígio e de muitas outras.

Diante dessa evidência, torna-se de vital importância o levantamento dessas informações no ato da admissão da paciente a ser mastectomizada.

TABELA V - FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS, SEGUNDO A EXISTÊNCIA DE ANTECEDENTES FAMILIARES DE DOENÇA MENTAL. SALVADOR-BA . JANEIRO A ABRIL DE 1996.

Depressão Antecedentes familiares de doença mental	sim		não		total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Sim	15	53,6	04	7,7	19	23,7
Não	13	46,4	48	92,3	61	76,3
Total	28	100	52	100	80	100

$$\chi^2_2 = 18,70; p < 0,05$$

Analisando os dados da tabela V, observou-se que 61 (76,3%) das mulheres mastectomizadas não tinham antecedentes familiares de doença mental ao passo que 19 (23,7%) os tinham.

Índices elevados de depressão foram observados em mulheres com antecedentes familiares de doença mental (53,6%), enquanto que índices mais baixos (46,4%) foram observados naquelas sem estes antecedentes.

Estatisticamente houve diferença significativa entre depressão e antecedentes familiares de doença mental em mulheres mastectomizadas. ($\chi^2_2 = 18,70$; $p < 0,05$). Esses dados vêm nos mostrar a influência dos familiares ou parentes próximos portadores de doença mental, sobre aqueles que desfrutam com eles do mesmo convívio.

Confirmando esses achados NOYES e KOLB (1986), dizem que os familiares com algum grau de insatisfação de suas necessidades psicológicas refletem, suas condutas sobre seus descendentes.

Antes de atribuir o transtorno mental à herança NOYES e KOLB (1986) lembram que os pais, com freqüência, transmitem suas próprias dificuldades emocionais a seus filhos

TABELA VI - FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS, DE ACORDO COM A PRESENÇA DE DOR. SALVADOR-BA. JANEIRO A ABRIL DE 1996.

Dor \ Depressão	sim		não		total	
	n	%	n	%	n	%
Presente	11	39,3	14	26,9	25	31,3
Ausente	17	60,7	38	73,1	55	68,7
Total	28	100	52	100	80	100

$$\chi_2^2 = 0,78; p > 0,05$$

Os dados da tabela acima, demonstraram que 55 (68,7%), das mulheres mastectomizadas não sentiam dor e 25 (31,3%) o referiram. A depressão foi mais freqüente (60,7%) nas mulheres com dor ausente, o tratamento estatístico não revelou diferença significativa na relação entre as duas variáveis. ($\chi_2^2 = 0,78$; $p < 0,05$).

Embora esses dados possam ser contestados, vale aqui salientar, a importância de se considerar, que as cirurgias de mama são pouco dolorosas, por ser uma área de poucas estruturas nervosas. Considerando, ainda que o câncer de mama na sua fase inicial, se caracteriza, pela presença de

um “caroço indolor”, que na maioria das vezes se torna perceptível para a mulher apenas durante o exercício de suas atividades higiênicas.

A amostra atingiu na sua totalidade mulheres que não se encontravam na fase avançada da doença, onde é possível existir a dor, em decorrência do comprometimento de outros órgãos e estruturas nervosas vizinhas.

Em confronto com os achados acima, os trabalhos de AHLES et al (1984), BONICA (1985), PIMENTA (1994) e BOND (1995), demonstram haver uma relação significativa entre depressão e dor em pacientes oncológicos, isto se deve ao fato deste trabalho considerar uma amostra abrangente de variados tipos de neoplasia.

Além da dor psíquica que a perda da mama representa, algumas pacientes lidam ainda com a dor física que as predispõem, mais facilmente, à depressão. De acordo com PIMENTA(1994), dentre os desconfortos experienciados por cancerosos, a dor tem sido apontada como um sintoma que acomete 50 a 80% dos casos. SILVA (1994), identificou como resposta à dor em mulheres mastectomizadas, sensações de desconforto, de desespero e o choro. A dor tem sempre uma origem fisiológica e psicológica e é fortemente influenciada pelo estado físico, mental e emocional da pessoa (SIMONTON, 1992).

PIMENTA (1994), aponta diversos estudos que tentam explicar porque a dor e a depressão coexistem. Alguns desses estudos tentam mostrar uma relação de causa e efeito onde uma leva a outra. Outros estudos destacam o papel das aminas biogênicas na modulação da dor, com importância na instalação e manutenção da depressão. Outros estudos, seguindo mais uma linha psicológica, sugerem que o convívio com a dor e suas conseqüentes limitações físicas e sociais, conduzem a vivência de perdas, ao desinteresse e a desesperança que se constituem em substratos para a depressão.

A dor na paciente com câncer de mama também pode estar relacionada ao comprometimento de estruturas vizinhas com exposição de estruturas

nervosas e musculares, podendo, igualmente, ser decorrente das reações indesejáveis com o uso de quimioterápicos.

TABELA VII - FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS SEGUNDO USO DE QUIMIOTERAPIA. SALVADOR-BA. JANEIRO A ABRIL DE 1996.

Depressão \ Uso de Quimioterapia	sim		não		total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	07	25,0	02	3,8	09	11,3
Não	21	75,0	50	96,2	71	88,7
Total	28	100	52	100	80	100

$$\chi_2^2 = 6,16; p < 0,05$$

Das mulheres entrevistadas apenas 09 (11,3%), faziam uso de quimioterapia, sendo que a depressão foi mais freqüente (75,0%) naquelas que não faziam uso de quimioterapia, caindo para (25,0%) nas que faziam uso.

Na análise estatística evidenciou-se diferença significativa entre depressão e uso de quimioterapia em mulheres mastectomizadas. ($\chi_2^2 = 6,16$; $p < 0,05$). Os achados nos mostram que o maior índice de depressão está entre aquelas que não fazem uso de quimioterápicos, de onde se pode inferir que a quimioterapia não interferiu na capacidade de adaptação da mulher à situação enfrentada. Esses achados podem ser devido ao fato do percentual pequeno de mulheres que faziam uso da quimioterapia, levando a uma amostra heterogênea.

Os achados acima não relega a importância do preparo das pacientes antes mesmo de se iniciar a quimioterapia, orientando-as dos possíveis efei-

tos colaterais e da reversibilidade dos mesmos. Dentre os profissionais de saúde, a enfermeira sobressai dos demais no desempenho destas funções, por ser, em geral, a responsável pelo preparo e administração das drogas quimioterápicas.

Embora o referencial teórico a seguir se contraponha aos achados deste estudo, a autora opta por mantê-los no trabalho por considerar um referencial importante o conhecimento de outros achados, na construção de um conhecimento que deve respeitar os estudos já existentes sobre o assunto.

O tratamento quimioterápico pós cirúrgico impõe à mulher uma carga de preocupação muito grande, causando uma certa rejeição devido aos efeitos colaterais agressivos e estressantes. A esse respeito, BRUNNER (1994) assinala que a ação das drogas quimioterápicas pode ocasionar modificações no comportamento com períodos de depressão. Os aspectos físicos decorrentes da quimioterapia podem ter efeito negativo sobre a auto-estima, a sexualidade e o bem estar da paciente.

SILVA (1994), estudando o conviver com a mastectomia mostra que as mulheres reagem à quimioterapia com sentimentos de repulsa, angústia, desespero, revolta, descontentamento e tristeza. Vale lembrar, também, que MARCHANT (1977) estudando a reabilitação de pacientes mastectomizadas, comparou um grupo que se submeteu a radioterapia e outro que não se submeteu a esse tratamento. Dessa comparação observou que as mulheres do primeiro grupo enfrentaram dificuldades de ajustamento, apresentando ansiedade e depressão.

Além da dor, as alterações morfológicas e estruturais ocasionadas pela mastectomia e pelo uso de quimioterápicos, também podem causar sofrimento e mudanças da imagem corporal. Na maioria das vezes, a quimioterapia provoca, alterações que vão desde a alopecia parcial até a perda total dos cabelos. O efeito dessas drogas sobre os folículos pilosos acarreta outro prejuízo como a dificuldade de ajustamento, que leva ao isolamento e a depressão.

Muito embora a alopecia possa se dar tanto no sexo feminino como masculino, a mesma se reveste num significado maior para as mulheres por representar para as mesmas um atributo a sua beleza e sua feminilidade. Embora nos tempos atuais os homens já caminhem para a valorização de cabelos longos como um atributo de sexualidade e charme no sexo masculino.

TABELA VIII - FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS. SEGUNDO A EXISTÊNCIA DE COMPLICAÇÕES PÓS-MASTECTOMIA. SALVADOR-BA. JANEIRO A ABRIL DE 1996.

Depressão \ Complicações pós-mastectomia	sim		não		total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	23	82,1	11	21,2	34	42,5
Não	05	17,9	41	78,8	46	57,5
Total	28	100	52	100	80	100

$$\chi_2^2 = 25,26; p < 0,05$$

A análise da tabela acima, demonstrou que 46 (57,5%) não apresentaram complicações pós-mastectomia e 34 (42,5%) apresentaram complicações.

A frequência de depressão foi consideravelmente maior nas mulheres que tiveram complicações (82,1%), quando comparadas com as que não tiveram complicações (17,9%).

A análise estatística demonstrou diferença significativa entre as duas variáveis acima ($\chi_2^2 = 25,26$; $p < 0,05$). Com os achados acima, pode-se inferir que a existência de complicação representa mais uma ameaça a imagem corporal da mulher, por levar a formação de edemas entre outras complica-

ções, o que pode implicar, conseqüentemente, numa diminuição na sua capacidade de adaptação..

Os achados acima, vem reforçar a importância dos profissionais da área de saúde, no preparo adequado das pacientes a serem mastectomizadas, diminuindo os índices de complicações que na maioria das vezes podem ser evitáveis.

A presença de complicações é um fator ainda incidente com dados do trabalho de MENKE et al (1985), no qual das 166 pacientes, 67 (40,3%) apresentaram complicações relacionadas somente com a ferida operatória, sendo as complicações encontradas em ordem decrescente as seguintes: seroma, infecção, necrose, linfedema, hemorragia, diminuição dos movimentos, deiscência, lesão nervosa, granuloma e queimadura. A presença dessas complicações é relevante a este estudo, por ter relação direta com a imagem corporal, revestindo-se portanto de um inestimável valor para a recuperação e adaptação da mulher mastectomizada. Vale aqui considerar que parte dessas complicações podem ser evitadas, mudando, sobremaneira, o prognóstico, além de contribuir na prevenção de outras alterações na imagem corporal de uma mulher que já se encontra abalada por uma mutilação inevitável.

Dentre as complicações mais freqüentes, com incidência de 24,6% a 52,0%, está a formação de seromas, embora autores como AITKEN, HUNSAKER e JAMES (1984) vejam esse problema como incômodo e inevitável, e não como complicação séria. Já GOLEMATIS et al (1975) citam o linfedema como outra complicação possível de ocorrer e capaz de causar, não somente o dano cosmético, mas também, o prejuízo funcional do membro afetado, com sérias conseqüências mentais. SILVA (1994), por outro lado, registrou os sentimentos que envolvem as mulheres com complicações e/ou limitações da mastectomia, destacando o medo do sofrimento e da dependência física, material e emocional. Para FERREIRA (1993), a mastectomia pode expo-la a complicações como a limitação funcional do braço, colocando em risco o desempenho de suas atividades da vida diária e de seus papéis sociais.

Estudos realizados pelo Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de mastectomizadas (REMA) apud MAMEDE (1991) , mostraram que a atividade predominante foi o trabalho doméstico (58,73%), justificando a preocupação manifestada quanto as possíveis limitações que a cirurgia pode impor no desenvolvimento das atividades.

Para HAAGENSEN (1989), as complicações físicas da cirurgia, principalmente da mastectomia radical, como linfedema e restrição de movimentos, embora muito pouco observadas, trazem comprometimentos psicológicos e sociais .

Vale ressaltar que embora a autora não tenha operacionalizado a variável complicação pós-mastectomia, a mesma foi levantada no questionário através de questão aberta, que permitiu ao final da coleta de dados obter os seguintes resultados: houve uma maior freqüência das seguintes complicações: formação de seromas seguido de deiscência da ferida cirúrgica.

TABELA IX - FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS, SEGUNDO A ATIVIDADE PROFISSIONAL. SALVADOR-BA. JANEIRO A ABRIL DE 1996.

Depressão \ Atividade Profissional	sim		não		total	
	n	%	n	%	n	%
Sem atividade	14	50,7	04	7,7	42	22,5
Atividade doméstica	08	28,6	23	44,2	31	38,7
Atividade com lucro	04	14,2	17	32,7	21	26,3
Atividade filantrópica	02	7,2	08	15,4	10	12,5
Total	28	100	52	100	80	100

$$\chi^2_3 = 18,97; p < 0,05$$

Na análise da tabela acima, observou-se que a maioria das mulheres mastectomizadas realizavam apenas atividades domésticas 31 (38,7%), seguidas de 21 (26,3%) que realizavam atividades com lucro; 18 (22,5%) não realizavam atividade profissional, ficando o menor percentual 10 (12,5%) entre as que realizavam atividades filantrópicas.

A frequência de depressão foi maior nas mulheres sem atividade 14 (50,0%) e menor naquelas que realizavam atividades filantrópica 02 (7,2%). A análise estatística mostrou haver diferença significativa entre depressão e a existência ou não de atividade profissional em mulheres mastectomizadas ($\chi^2_3 = 18,97$; $p < 0,05$). Significando que a atividade pode representar não somente a ocupação do físico mas da mente.

Esses dados vêm demonstrar a importância da realização de uma atividade seja ela remunerada ou não. A atividade funciona como medida auxiliar para pessoas depressivas, ajudando-as não só a manter um contato com a realidade, como também a canalizar suas ansiedades, suas frustrações e agressões.

CARVALHO (1984) também coloca que a mastectomia interfere, seriamente, na condição emocional da mulher e pode provocar restrições de suas atividades. Esses achados confrontam-se com os de TAIT (1980), quando refere que a mulher sente-se devastada pela mastectomia, tornando-se profundamente deprimida, encontrando dificuldades para sair de casa ou voltar ao trabalho, e, ainda, não conseguindo enfrentar os afazeres domésticos e também, perdendo todo o interesse pelo sexo.

A mastectomia pode representar para a mulher uma sensação de incapacidade e de ameaça ao exercício de suas atividades, em decorrência das possíveis limitações na mobilização do braço, o medo de perder o emprego, o medo da dependência financeira, do abandono do companheiro e a preocupação com o sustento da família. Esses temores podem ser evidenciados em mulheres que exercem atividades remuneradas e contribuem com a renda familiar (CORBINEAU, 1989).

O fato de que uma pessoa tenha que ser mantida por seus familiares estimula sentimentos de vergonha que podem produzir sintomas neuróticos ou psicossomáticos (NOYES e KOLB, 1986).

A atividade representa um papel importante na sua relação com a depressão; pessoas que desempenham papéis ou atividades remuneradas ou, ainda, que ocupam seu tempo tem uma menor probabilidade de ter depressão. Para JOÃO (1987), a atividade funciona como medida auxiliar para pessoas depressivas, pois conduzem-nas a usar a cabeça adequadamente e a manter contato com a realidade e o momento presente. Neste sentido as alterações no desempenho de papéis e no estilo de vida, são via de regra acompanhadas de tensão; se várias alterações ocorrem muito próximas uma

das outras elas pré-dispõem as pessoas à depressão (STEDEFORD, 1986). A deterioração do corpo e da mente é produzida, mais tardiamente quando as pessoas desenvolvem alguma atividade, seja ela física, intelectual, ou artística TAYLOR (1983), ABREU (1984), FERRARI (1984) . Por outro lado, a incapacidade para realização de atividades é um dos mais fortes fatores que influenciam no aparecimento da depressão (VERÁS, 1982 ; MURPHY, 1983). Para DU GÁS (1984), a atividade é um dos melhores antídotos para a depressão.

Dando continuidade a essa linha de pensamento Diaz e Casabona in LÓPEZ IBOR (1970) apontam que o trabalho qualificado se relaciona com níveis ótimos de afetividade, enquanto os não qualificados se correlacionam com altos índices de depressão. Esses mesmos autores correlacionam baixos níveis de depressão com sentimentos de auto-realização; acusando porcentagens mais altas de pessoas livres de depressão entre aquelas que afirmam que a vida lhes deu sobretudo alegrias, isto é, que sofreram menos situações traumáticas, sendo isto mais diretamente relacionado às mulheres. As pessoas que manifestam ter enfrentado dificuldades na vida e não se consideram felizes são as que apresentam níveis mais altos de depressão; isto para mulheres e homens, sendo que, mais uma vez, as mulheres mostram aqui sua maior sensibilidade afetiva.

TABELA X - FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS, SEGUNDO A CONTRIBUIÇÃO COM A RENDA FAMILIAR. SALVADOR-BA. JANEIRO A ABRIL DE 1996.

Depressão Condição com a renda familiar	sim		não		total	
	n	%	n	%	n	%
Total	08	28,6	05	9,6	13	16,3
Parcial	13	46,4	16	30,8	29	36,2
Não contribue	07	25,0	32	59,6	38	47,5
Total	28	100	52	100	80	100

$$\chi^2 = 9,85; p < 0,05$$

Nesta tabela pode-se observar que 38 (47,5%) das mulheres entrevistadas, não contribuem com a renda familiar, 29 (36,2%) o fazem parcialmente e 13 (16,3%) contribuem totalmente.

A ocorrência de depressão foi mais freqüente nas mulheres que contribuíam com a renda parcial (46,4%), e menor nas mulheres que não contribuíam com a renda familiar (25,0%).

A análise mostrou haver diferença significativa entre depressão em mulheres mastectomizadas e contribuição com a renda familiar ($\chi^2 = 9,85$; $p < 0,05$).

Os achados acima podem nos levar a pensar que a contribuição com a renda seja ela parcial ou total se contrapõe ao exercício de uma atividade remunerada, no entanto a autora chama a atenção para o fato da maior fre-

qüência de depressão em mulheres que contribuem com a renda, estar relacionada ao fato da realidade e da responsabilidade de manter o sustento da família, muitas vezes ameaçado diante da possibilidade de perder o emprego, assim como da necessidade de optar por formas de tratamento dispendiosas tal como cirurgias e quimioterapia.

A mastectomia pode representar para a mulher uma sensação de incapacidade e de ameaça de suas atividades, levando-as a sentir medo de perder o emprego com dependência financeira e preocupação com o sustento da família (CORBINEAU, 1989).

Pelo visto, uma ocupação ou uma atividade serve não só para o sustento econômico, mas também para canalizar as ansiedades, as frustrações e até mesmo as agressões. Por meio do êxito ou do prestígio, uma ocupação pode dar um sólido sustento a um ego acusado por sentimentos de inferioridade. Para as mulheres mastectomizadas, com alterações de sua auto estima, o trabalho pode ser o principal meio de contato com os outros de uma maneira não ameaçadora. Enfim, o trabalho satisfatório gerando o sustento econômico é importante para a saúde mental, pois proporciona gratificações tão saudáveis como a criatividade, o companheirismo e o sentimento de êxito.

As mulheres que trabalham, contribuindo com a renda familiar, se por um lado, sentem-se gratificadas, por outro lado enfrentam as limitações impostas pelos primeiros meses pós-mastectomia, bem como a discriminação por parte de empresas que temem manter ou ter que admitir alguém portador de câncer. A esse respeito, KUSHNER (1981) apresenta casos de discriminação de emprego contra portadores de câncer devido a preocupação por parte das empresas com a ausência prolongada do trabalhador em casos de reincidência da doença, bem como com os gastos com o tratamento e planos de saúde.

TABELA XI - FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS .SEGUNDO A PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE ATIVIDADE SEXUAL. SALVADOR-BA. JANEIRO A ABRIL DE 1996.

Depressão \ Atividade sexual	sim		não		total	
	n	%	n	%	n	%
Presente	03	10,7	30	57,7	33	41,3
Ausente	25	89,3	22	42,3	47	58,7
Total	28	100	52	100	80	100

$$\chi_2^2 = 14,69; p < 0,05$$

Com base nos dados da tabela acima, observou-se que 47 (58,7%) das mulheres referiam atividade sexual ausente. Sendo a depressão mais freqüente (89,3%) nestas mulheres quando comparadas com uma freqüência de 10,7% de depressão em mulheres com atividade sexual presente.

Estatisticamente houve diferença significativa entre depressão e a presença ou ausência de atividade sexual em mulheres mastectomizadas. ($\chi_2^2 = 14,69$; $p < 0,05$). Estes achados vêm demonstrar que, embora a maioria das mulheres não tivesse atividade sexual, ainda assim a depressão foi maior naquelas de atividade sexual ausente. Podemos inferir daí que a atividade sexual se constitui num suporte para uma adaptação mais saudável à nova condição de vida. Os fatores que levam a ausência da atividade sexual podem estar relacionados a questão da imagem corporal, como vergonha do parceiro.

As modificações impostas pela mastectomia costumam ocasionar na mulher alterações da imagem corporal, o que, conseqüentemente, interfere na sexualidade dado o papel da mama na mesma. Nos estudos de BUCKERG & PENMAM & HOLLAND (1984), a vida sexual foi apresentada como pouco sa-

tisfatória e as primeiras experiências sexuais como traumatizantes e conflitantes.

ABECHE & BLOCHTEIN (1985), ao analisarem a questão da vida sexual, considerou como ponto importante no desempenho sexual pós-mastectomia, a questão das relações sexuais prévias. Aqueles maridos que consideravam as relações sexuais prévias à cirurgia como totalmente satisfatórias, acharam-nas pouco alteradas no período pós-operatório, o contrário acontecendo com aqueles maridos com mau relacionamento prévio. Isto mostra que os problemas de ordem sexual podem ser agravados por outras variáveis que, embora não tenham sido trabalhadas neste estudo, valem ser referendadas como contribuição aos futuros trabalhos que abordem a questão da atividade sexual. Mediante às inúmeras dificuldades enfrentadas pela mulher mastectomizada, as mesmas necessitam do apoio de amigos e familiares, no enfrentamento e na adaptação dessa nova realidade.

De acordo com USDIN & LEWIS (1981), a estabilidade do casamento, o reassseguramento da capacidade de ter atração sexual, a capacidade dos membros da família de tolerar a verdade e a ansiedade com a incerteza a respeito do futuro são baseados no apoio que o paciente recebe.

No relacionamento sexual pode haver vergonha do corpo e ela se retrai do parceiro por medo de rejeição. A esse respeito, MARCHANT (1977) diz que pode haver rejeição do marido por parte da mulher mastectomizada que se sente envergonhada por ter um corpo imperfeito, assimétrico. Sob essa ótica Maguire apud STEDEFORD (1986), observou que há a perda do interesse e diminuição da libido e do prazer sexual em algumas mulheres.

TABELA XII - FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS, SEGUNDO O CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA. SALVADOR- BA. JANEIRO A ABRIL DE 1996.

Depressão \ Conhecimento do diagnóstico da doença	sim		não		total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	23	82,1	19	36,5	42	52,5
Não	05	17,9	33	63,5	38	47,5
Total	28	100	52	100	80	100

$$\chi^2_2 = 13,40; p < 0,05$$

Os dados acima demonstram que 42 (52,5%) das mulheres tem conhecimento do diagnóstico da doença, 38 (47,5%) não têm conhecimento do diagnóstico.

A depressão foi mais freqüente nas mulheres que tinham conhecimento do diagnóstico da doença (82,1%) e menos freqüente nas que não tinham este conhecimento (17,9%).

Estatisticamente houve diferença significativa entre depressão e a variável conhecimento do diagnóstico da doença. ($\chi^2_2 = 13,40; p < 0,05$), concluindo-se que o conhecimento do diagnóstico por si só é um fator estressante, ao passo que as que não conhecem o diagnóstico, alimentam ainda a esperança de não estar com o câncer.

A consciência do diagnóstico da malignidade cria uma série de expectativas e reações emocionais que, para SANTOS (1980), resultam de um

medo maior, o medo da morte, acrescido de outros temores dependentes da evolução da doença ou de suas conseqüências como a dependência, desfiguramento, incapacidade, abandono, rompimento dos relacionamentos, perda do emprego e queda do padrão econômico. Qualquer uma dessas reações tendem a deixar a paciente mais triste e perplexa. Assim, uma vulnerabilidade prévia a um distúrbio afetivo, pode, facilmente, levar a importantes quadros depressivos que, quando não são decididamente reconhecidos e tratados, há comprometimento não só do prognóstico da paciente, mas também da sua qualidade de vida e de seu sentimento de bem estar (CARVALHO e SOUGEY, 1995).

SILVA (1994), estudando o conviver da mulher com o diagnóstico de câncer e a perda da mama, evidenciou que a consciência desse quadro altera o estilo de vida, reduzindo sua auto-estima. É uma vivência carregada de emoções e resistências expressas através de sentimentos de rejeição, vergonha, tristeza e solidão que impõem mudanças no modo de vida, as quais podem influenciar, de forma negativa, no comportamento, gerando sentimentos de desvalorização pessoal e alteração do seu auto conceito.

De acordo com MARCHANT (1977), o conhecimento do diagnóstico provoca na mulher reações que podem se manifestar através do medo, ansiedade, angústia e depressão. Para RAY & GROVER & WISNIEWSKI (1984), a mulher com câncer de mama enfrenta inúmeras dificuldades, sendo uma delas a consciência do diagnóstico da malignidade. FLAUTNER (1981), diz que no período do diagnóstico vai ocorrer depressão, apatia, auto-desprezo e processo de lamentação. Diante dessas dificuldades, a família representa um importante apoio na adaptação a essa nova realidade.

TABELA XIII - FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS. SEGUNDO A CONVIVÊNCIA. SALVADOR-BA. JANEIRO A ABRIL DE 1996.

Depressão \ Convivência	sim		não		total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Vive só	07	25,0	02	3,8	09	11,3
Vive com conjugue	09	32,1	22	42,3	31	38,7
Vive com filhos	07	25,0	21	40,4	28	35,0
Vive com amigos	05	17,9	07	13,5	12	15,0
Total	28	100	52	100	80	100

$$\chi^2_3 = 9,19; p < 0,05$$

A análise da tabela XIII mostrou que 09 mulheres (11,3%) vivem só, 12 (15,0%) vivem com amigos, 28 (35,9%) vivem com os filhos e 31 (38,7%) vivem com o cônjuge.

O índice de depressão foi mais freqüente nas que viviam com cônjuge (32,1%), seguido das que viviam só e com os filhos (25,0%). Os menores índices foram encontrados entre as mulheres que vivem com amigos (17,9%)

O tratamento estatístico mostrou haver diferença significativa entre depressão e convivência em mulheres mastectomizadas. ($\chi^2_3 = 9,19$; $p < 0,05$), donde conclui-se que a convivência, o apoio de familiares e a companhia ajudam as pacientes no enfrentamento da nova realidade, sem o apoio daqueles com quem conviveu até então, cresce em seu íntimo aquele sentimento de abandono e desamparo, aumentando sua certeza de que está só.

Os achados de uma freqüência maior de depressão em mulheres que viviam com cônjuge pode ser justificado pelo questão da preocupação da imagem corporal, bem como pela vergonha e medo de sentir-se rejeitada.

A família, principalmente a figura do cônjuge, desempenham um papel fundamental no que diz respeito ao enfrentamento e adaptação às mudanças ocorridas no corpo da paciente. Quando o marido demonstra interesse, afeto, demonstra, também que continua amando a pessoa e que ela continua sendo atraente e feminina como sempre o foi, a paciente aceita melhor a perda e reintegra melhor a imagem corporal (KRYNSKI, 1986).

A questão da situação conjugal da mulher com câncer de mama é citada em vários trabalhos como o de ABEICHE & BLOCHTEIN (1985), que destacam a importância do papel do cônjuge em todas as etapas do tratamento do câncer de mama, pela mastectomia. O autor ainda cita que o relacionamento prévio do casal pode interferir na maneira como a mulher lidará com a mastectomia, sendo que a grande maioria dos casais, aproximadamente 80%, conseguem manejar bem a situação, ao passo que casais que vivenciam a infidelidade ou alcoolismo, tendem a enfrentar sérios problemas de adaptação.

Numerosas estatísticas mostram que a família desempenha, em seu conjunto, um papel protetor no que se refere a patologia mental, seja esta para o suicídio, a depressão ou para os transtornos mentais em geral (HENRY EY, 1975). Um fator importante considerado no estudo da relação familiar e da situação conjugal. Neste sentido, NUBER (1991) aponta causas de depressão diferentes entre homens e mulheres. Entre as mulheres as causas mais freqüentes são os conflitos amorosos, problemas conjugais, infidelidade, alcoolismo do parceiro e separação. Nessa mesma linha de estudos, FERREIRA (1993) aponta estudos realizados com 126 mulheres mastectomizadas, evidenciando um grande destaque aos problemas familiares incluindo desajuste conjugal, abandono, infidelidade e relacionamentos difíceis.

Os fatores familiares são de extrema importância na reação do paciente à mastectomia. A mulher mastectomizada, já com sua auto-estima comprometida, experiencia sentimentos de incerteza e insegurança. No enfrentamento dessa situação, ela sente necessidade de organizar seus relacionamentos sociais, bem como do apoio de familiares e amigos. Esses elementos terão papéis fundamentais no suporte emocional da paciente, facilitando ou dificultando os laços afetivos e sociais necessários e imprescindíveis ao enfrentamento das dificuldades inerentes à condição de mastectomizada. Com esse suporte, provavelmente, a mulher terá uma adaptação mais saudável à nova condição de vida (SILVA, 1994).

Ao contrário, quando a mulher não recebe apoio dos familiares e amigos ela se sente abandonada e desamparada. Estes sentimentos, por sua vez, são os que mais afligem a mulher mastectomizada. SANTOS (1980) referencia em seu estudo que pacientes oncológicos referem o abandono, a dor e a dispnéia como sendo aquilo que eles mais temem para a proximidade da morte. Sem o apoio daqueles com quem conviveu, até então, cresce em seu íntimo aquele sentimento de abandono e desamparo, aumentando sua certeza interior de que está só. Este sentimento de solidão leva a percepção ampliada da doença e do sofrimento.

Muitas vezes as mulheres mastectomizadas se encontram privadas do seu convívio social, do apoio de amigos, companheiros e familiares, por medo de se sentirem rejeitadas, e por terem vergonha do seu corpo. A esse respeito WORTMAN (1984) comenta sobre pesquisas que identificaram, entre pacientes com câncer de mama e pulmão, problemas de relacionamento interpessoal, devido ao medo de serem estigmatizados. Estudos realizados com esses pacientes mostraram que o relacionamento social o beneficia dando suporte e levando a obtenção de bons resultados para a saúde física e mental. MAXWELL(1982) lembra ainda, que todas as pessoas têm necessidades que podem ser satisfeitas através de interações sociais com outros. E, comenta que o apoio é baseado nos laços sociais entre as pessoas, os quais são a base da interação social. Para USDIN & LEWIS (1981), a desvinculação provocada pela doença não é apenas social, pode ocorrer em todas as áreas

da vida . Existimos a medida que nos vinculamos. A percepção da perda de conexões com a família e amigos leva o doente a percepção de que está doente e sofrendo.

ALMEIDA (1989), estudando os processos cognitivos e de vitimação em pacientes com câncer de mama na região de Ribeirão Preto, encontrou que a grande maioria das mulheres estudadas revelaram que a equipe de saúde, família e amigos e outras pacientes na mesma situação, poderiam, de forma intensa, ajudá-las a superar a perda. Outros autores como FEATHER e WAINSTOCK (1989), também ressaltam a importância do apoio da família, amigos e parentes.

A despeito das palavras de encorajamento dos familiares, das atenções de parentes e amigos, muitas vezes a mulher sente vergonha da mutilação no seu corpo. Não somente o apoio da família, bem como o ambiente sócio-cultural em que vive um indivíduo é, indubitavelmente, muito mais que um mundo físico; inclui a estreita interação pessoal dentro do grupo familiar, as pessoas que sobre este grupo impõem as culturas mais amplas e seus particulares sistemas de valores, assim como as forças sócio-econômicas que dependem da estrutura de classes da sociedade em que o indivíduo e sua família vivem (NOYES e KOLB, 1986).

TABELA XIV - FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS, SEGUNDO A ESCOLARIDADE. SALVADOR-BA. JANEIRO A ABRIL DE 1996.

Depressão \ Escolaridade	sim		não		total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Mínima	20	71,4	42	80,8	62	77,5
Média	05	17,9	08	15,4	13	16,3
Superior	03	10,7	02	3,8	05	06,2
Total	28	100	52	100	80	100

$$\chi^2_2 = 1,65; p > 0,05$$

Com base nos dados acima, verificou-se que um número considerável de mulheres 62(77,5%) tinham escolaridade mínima, 13 (16,3%) tinham escolaridade média e apenas uma minoria 05 (06,2%) tinham nível superior.

O percentual de depressão foi maior entre as mulheres com nível de escolaridade mínima (71,4%) e menor nas mulheres com nível de escolaridade superior (10,7%).

Na análise estatística não houve diferença significativa entre depressão e escolaridade das mulheres mastectomizadas. ($\chi^2_2 = 1,65$; $p > 0,05$).

Acredito que como sendo a amostra constituída na sua maioria por mulheres mastectomizadas com escolaridade mínima (77,5%), este elevado número dificultou o estudo da relação depressão x escolaridade, visto que, das oitenta mulheres entrevistadas, apenas dezoito tinha escolaridade que

variava de média a superior, criando desta forma uma heterogeneidade na amostra.

Existem autores que consideram que a forma como a mulher enfrenta as dificuldades dependerá do grau de escolaridade que influencia, consideravelmente, no modo de vivenciar o adoecer e o estar enfermo. Para NOBRE DE MELO (1982), ricos e pobres comportam-se diferentemente, quando acometidos da mesma doença. Muitas vezes em pessoas de nível intelectual elevado, a mais banal afecção, pelo que dela conhecem ou presumem conhecer, adquire proporções dramáticas.

Os estudos de FEATHER e WAINSTOCK (1989), revelam a questão da nível socio-econômico sob outra ótica e demonstram que mulheres de nível sócio-econômico mais alto, por serem percebidas como mais inteligentes e educadas, se ajustam melhor a nova condição, na medida em que as informações são dadas da forma mais clara. Da mesma forma FERREIRA (1993) afirma que mulheres de nível sócio-econômico mais alto se beneficiam melhor de uma assistência personalizada.

VERAS (1982), no entanto, em posição contrária aos autores anteriormente citados, considera que indivíduos com baixo nível de escolaridade são mais propensos a ter doença depressiva. Já os estudos de FEINSON (1987) demonstram haver associação significativa entre depressão e grau de escolaridade.

Do ponto de vista sociológico, MURARO (1984), estudando pessoas de diferentes classes sob a imagem do corpo, mostrou que as mulheres tem interesse em sua imagem corporal, na dependência de sua situação econômica. A autora esclarece que a mulher de nível sócio-econômico e cultural mais elevados aceita seu corpo quando bonito e rejeita-o quando feio; já a mulher camponesa agrada-se do seu corpo quando este está forte e apto para o trabalho; a mulher do campo aceita seu corpo porque foi Deus quem o deu, não possuindo qualquer referência para se identificar.

TABELA XV - FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS. SEGUNDO A PRÁTICA RELIGIOSA. SALVADOR-BA. JANEIRO A ABRIL DE 1996.

Depressão \ Prática religiosa	sim		não		total	
	n	%	n	%	n	%
Sem religião	12	42,9	06	11,5	18	22,5
Com religião praticante	06	21,4	17	32,7	23	28,8
Com religião não praticante	10	35,7	29	35,8	39	48,7
Total	28	100	52	100	80	100

$$\chi^2_2 = 10,24; p < 0,05$$

Nesta tabela pode-se observar que 18 (22,5%) das mulheres mastectomizadas não tinham religião, 23 (28,8%) tinham religião e eram praticantes, 39 (48,7%) tinham religião mas não eram praticantes.

O maior índice de depressão foi observado nas mulheres que referiram não ter nenhuma religião (42,9%). Os menores índices ficaram entre aquelas que referiram ter uma religião e ser praticante (21,4%).

Estatisticamente houve diferença significativa entre depressão e prática religiosa em mulheres mastectomizadas. ($\chi^2_2 = 10,24$; $p < 0,05$), de onde inferimos que a religião alimenta a esperança da cura ou mesmo conformação pela fé na vida eterna. A fé autêntica em outra vida, o fervor religioso, podem em muito contribuir para manter a serenidade frente a malignidade do câncer e a proximidade da morte.

Como alternativa para enfrentar o sofrimento algumas pessoas se utilizam da religião como forma de minorar o seu sofrimento. Não há dúvida que a fé autêntica em outra vida, o fervor religioso e a devoção mística muito contribuem para manter a serenidade frente a malignidade do câncer e a proximidade da morte. Conforme CALDAS (1983), pacientes que têm convicções religiosas profundas suportam melhor o sofrimento imposto pela doença. Para DU GÁS (1984), a religião ajuda os pacientes a aceitarem o trauma e planejar o futuro. Nessa mesma linha, Diaz e Casabona in LÓPEZ IBOR (1970) estudando a correlação entre níveis depressivos e religiosidade indicam que esta apresenta uma proteção frente à depressão. Igualmente, SILVA (1994) encontrou em seu estudo que a "fé era vista como um sustentáculo", um apoio indispensável para sua segurança, um estímulo para continuidade do tratamento e uma força para elaboração e controle das estratégias a fim de desenvolver as atividades do cotidiano.

TABELA XVI - FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS. SEGUNDO A PERCEPÇÃO DE PERDAS. SALVADOR-BA. JANEIRO A ABRIL DE 1996.

Depressão \ Percepção de perdas	sim		não		total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	26	92,9	22	42,3	48	60,0
Não	02	7,1	30	57,7	32	40,0
Total	28	100	52	100	80	100

$$\chi^2_2 = 17,03; p < 0,05$$

Baseado nos dados acima, observou-se que 48 (60,0%) das mulheres entrevistadas apresentaram a percepção de perda e 32 (40,0%) não apresentaram percepção de perda.

A freqüência de depressão foi mais evidenciada entre as mulheres com percepção de perda (92,9%), sendo pouco evidenciada entre aquelas sem esta percepção (7,1%). Havendo diferença estatística significativa entre estas duas variáveis. ($\chi^2 = 17,03$; $p < 0,05$).

A percepção de perda, seja ela referente a saúde, habilidade de trabalhar ou a beleza, leva a mulher à sensação de desajustamento, solidão e conseqüente depressão.

No estudo, as perdas mais relatadas através das questões abertas, não foram trabalhadas estatisticamente, porém estavam relacionadas à habilidade de trabalhar, beleza e saúde. A preocupação manifestada com a habilidade de trabalhar se deve ao fato da mastectomia limitar o exercício de algumas atividades, tais como lavagem das roupas, costura, trabalhos com enxada, varrer a casa entre outras atividade, além da responsabilidade de ter que trabalhar para manter o sustento da família. Os estudos do REMA apud MAMEDE (1991), vêm confirmar estas colocações por demonstrar que 58,73% das mulheres mastectomizadas, manifestam preocupação quanto as limitações impostas pela cirurgia. A percepção também da perda da beleza, está vinculada as alterações da imagem corporal impostas pelas formas de tratamento, o que leva a ansiedade e depressão (CORBEIL, 1971).

CAPÍTULO 6

CONCLUSÃO:

O presente estudo permitiu as seguintes conclusões:

6.1 A frequência de depressão nas 80 mulheres mastectomizadas entrevistadas foi de 35%, sendo que deste total 28,75% apresentaram distímia e 6,25% apresentaram depressão maior.

6.2 Observou diferença estatisticamente significativa na ocorrência de depressão e as variáveis: faixa etária, situação conjugal, migração, antecedentes pessoais e familiares de doença mental, uso de quimioterápico, complicações pós-mastectomia, atividade profissional, contribuição com a renda familiar, atividade sexual, conhecimento do diagnóstico da doença, convivência e percepção de perda.

- A depressão foi mais freqüente nas faixas etárias de 40 a 54 anos seguido das mulheres acima de 70 anos.
- A variável situação conjugal mostrou que mulheres mastectomizadas solteiras, separadas ou viúvas apresentam uma maior freqüência de depressão.
- A depressão foi mais freqüente nas mulheres mastectomizadas migrantes.
- A depressão foi mais freqüente nas mulheres mastectomizadas com antecedentes pessoais e familiares de doença mental.
- Na relação entre as variáveis depressão e uso de quimioterápico, observou-se uma maior freqüência de depressão nas mulheres mastectomizadas que não faziam uso de quimioterápico, tal resultado contraria os achados da literatura, podendo ser justificado pelo fato de 88,7% da amostra não ter feito uso desta forma de tratamento.
- Mulheres mastectomizadas que apresentaram complicações pós-mastectomia, tiveram uma maior freqüência de depressão.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÃO:

O presente estudo permitiu as seguintes conclusões:

6.1 A freqüência de depressão nas 80 mulheres mastectomizadas entrevistadas foi de 35%, sendo que deste total 28,75% apresentaram distímia e 6,25% apresentaram depressão maior.

6.2 Observou diferença estatisticamente significativa na ocorrência de depressão e as variáveis: faixa etária, situação conjugal, migração, antecedentes pessoais e familiares de doença mental, uso de quimioterápico, complicações pós-mastectomia, atividade profissional, contribuição com a renda familiar, atividade sexual, conhecimento do diagnóstico da doença, convivência e percepção de perda.

- A depressão foi mais freqüente nas faixas etárias de 40 a 54 anos seguido das mulheres acima de 70 anos.
- A variável situação conjugal mostrou que mulheres mastectomizadas solteiras, separadas ou viúvas apresentam uma maior freqüência de depressão.
- A depressão foi mais freqüente nas mulheres mastectomizadas migrantes.
- A depressão foi mais freqüente nas mulheres mastectomizadas com antecedentes pessoais e familiares de doença mental.
- Na relação entre as variáveis depressão e uso de quimioterápico, observou-se uma maior freqüência de depressão nas mulheres mastectomizadas que não faziam uso de quimioterápico, tal resultado contraria os achados da literatura, podendo ser justificado pelo fato de 88,7% da amostra não ter feito uso desta forma de tratamento.
- Mulheres mastectomizadas que apresentaram complicações pós-mastectomia, tiveram uma maior freqüência de depressão.

- Na relação entre depressão e atividade profissional, observou-se uma maior frequência de depressão em mulheres mastectomizadas que referiam não ter atividade profissional.
- Mulheres que contribuíam com a renda apresentaram maior frequência de depressão, tal achado não se contrapõe ao exercício de atividade, mas destaca que nos casos de atividade remunerada com responsabilidades de sustento, pode representar uma ameaça a tranqüilidade emocional da mulher.
- A depressão foi mais freqüente nas mulheres com atividade sexual ausente.
- Nas mulheres mastectomizadas que tinham conhecimento do diagnóstico da doença, a depressão foi mais freqüente.
- Mulheres que referiam viver só apresentaram uma maior frequência de depressão.
- A depressão foi maior nas mulheres mastectomizadas sem religião.
- A depressão foi mais freqüente em mulheres mastectomizadas, que tiveram percepção de perdas.

6.3 Não se observou diferença estatisticamente significativa entre depressão e as variáveis dor e escolaridade.

- Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis depressão e dor em mulheres mastectomizadas. Vale salientar que a ocorrência da dor no câncer de mama, se dá nos estágios avançados da doença com comprometimento de estruturas vizinhas e nervosas e nos casos de carcinoma inflamatório que representa uma raridade com 1 a 2% dos casos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Considerando que todo estudo é uma eterna aprendizagem e uma oportunidade de ampliarmos conhecimentos, após a realização desta investigação nos deparamos com a construção de um conhecimento inesgotável, que nos motiva a prosseguir. Por isso mesmo, ao mesmo tempo em que observamos que o conhecimento é inesgotável, sentimos a necessidade de acrescentar algumas sugestões e recomendações, que possam fornecer subsídios para elaboração de planos de assistência qualificado às mulheres mastectomizadas:

- Necessidade da realização de novos trabalhos que possam assistir a mulher mastectomizada como um todo.
- Participação mais efetiva dos profissionais de saúde na formação dos grupos de apoio a mulher mastectomizada.
- Conscientização dos profissionais de saúde da necessidade de valorizar as manifestações de depressão.
- Divulgar o belo trabalho desenvolvido pela instituição onde se deu a coleta de dados, incentivando na criação de novos grupos de apoio.
- Conscientizar profissionais de saúde da importância de estarem atentos as manifestações emocionais da paciente.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABEICHE, A. M., BLOCHTEIN, C. A. Mastectomia: abordagem do papel do cônjuge. R. AMIRIGS, V. 29, nº 2. P. 126-129, jun. 1985.
2. ABREU, E.C. & WAGNER, M. Contribuição da avaliação psicológica nos quadros que levam à incapacitação crônica mental na velhice. Geriatrics em Síntese, v.3, n.3, p.15-18. 1984.
3. AGUIAR, W.M. et.al. Depressão e ansiedade e suas relações com a serotonina. Supl. Arquivos Bras. de Medicina. Set./out, v.67(4).1993
4. AHLES, T.A . et al. The multidimension nature of cancer. Related Pain v.17, n.3, p.277-88.1984.
5. AITKEN, D.R. & HUNSAKER, R. & JAMES, A . G. Prevention of seromas followings mastectomy and axillary dissection. Surg.Gynecol. Obstet., v.158, p.327-30, 1984.
6. AKISKAL, H.S. The interface of chronic depression with personality and anxiety disorders. Psychopharmacology Bulletin, v.2, n.3, p.393-398. 1984.
7. ALMEIDA, S. M. A . Processos cognitivos e vitimação em pacientes com câncer de mama. Ribeirão Preto, 1989. 92p. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
8. ALMEIDA FILHO, N. & BASTOS, S. Estudo de caso controle da associação entre migração e desordens depressivas em mulheres. Jornal Bras. de Psiquiatria, v.31, n.1, p25-30. 1982.

9. ASSUNÇÃO FILHO, A . Valor dos fatores biográficos, socioprofissionais e evolutivos como critérios diferenciais entre as depressões psicóticas e não-psicóticas, Jornal Bras. Psiquiatria, v.35, p.301-311, 1986.
10. AZZI, E., HOJAIJ, C.R.,NOGUEIRA, M.J. Considerações teóricas e clínico-terapêuticas sobre as depressões ansiosas e mascaradas. Jornal Bras. Psiq. , 30(1): 16-19,1981.
11. ----- A TARDE, JORNAL. Os riscos de câncer aumentam com a idade, cad.2 p.6. 14/01/1995.
12. BOND,M.R. - Câncer pain:psychological substrates and therapy. In: FIELDS,H.L., DUBNER,R. ,CERCERO,F.- Advances in pain research and therapy: proceeding of the Fourth World Congress on Pain, New York, 1985, vol.9,p..559-67.
13. BONICA, J.J. Treatment of cancer pain: current status and future needs in FIELDS, H.L. ET all. Advances in pain research and therapy: proceeding of the Fourth World Congress on pain. New York, Raven, v.9,p.589-615. 1985.
14. BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Câncer no Brasil- dados dos registros de base populacional, Rio de Janeiro, 1991.
15. BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 7ª ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.1994.
16. BUCHER, R. Depressão e Melancolia. Rio de Janeiro. Zaliar. 179p. 1979.
17. BUCKERG,J., PENMAN, D., HOLLAND,J.C.- Depression in hospitalized cancer patients. Psychosom. Med., V.46.nº3.p.199-212, 1984.

18. CALDAS, M.S. Reações Psicológicas em Pacientes Portadores de Câncer. Dissertação de mestrado, UFBA. Medicina Interna. Salvador-Ba. 1983.
19. CARVALHO, T.F.R. e SOUGEY, E.B. - Depressão em pacientes com câncer: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Jornal Bras. Psiq., V.44, nº 9. P. 457-462. Set. 1995.
20. CARVALHO, Z.M.F. Orientação de enfermagem - fator importante no ajustamento das mulheres mastectomizadas. Contribuição à assistência de enfermagem. Rev. Bras. Enf., v.37, n.3 e 4, p.157-64, 1984.
21. CAPISANO, H. F. - Imagem Corporal. Rev. Psicossomática, V.1, nº2, p. 82-93. Abr-jun., 1986.
22. CAVALCANTI, M.C.T. - Adaptação Psicossocial à amputação de membros. Jornal Bras. de Psiq., 43(2): 71-74, fev.1994.
23. CHIORO, S. e LAINA, J.R.D., - Avaliação da ansiedade e depressão na mulher. Rev. Psiq. Atual, P.72-85. Set.1971.
24. CYPRIANO, A.F. ; CYPRIANO, M.C.G.F. Alterações Psíquicas nas pacientes mastectomizadas . KLINIKOS, v.3, n.9, p.17-8, 1987.
25. CID-10 Classificação Internacional das Doenças- 10ª revisão. de Organização Mundial Saúde . 1993.
26. CYNAMID- Produtos oncológicos- morfina e câncer. Rio de Janeiro, Lederle, P.11-13, 1991.
27. CORBEIL, M. Nursing process for a patient with a body image disturbance. Nurs. Clin. North. Am., v.6, n.1, p.155-63, 1971.

28. CORBINEAU, G.D. Um grupo de pacientes mastectomizadas: aplicações da psicanálise no trabalho institucional. Inform. Psiq. , v.8 ,n.1, p.10-8, 1989.
29. DALLY,P. & DALLY,H.H. Psicologia e Psiquiatria na Enfermagem, São Paulo. EPU. 1978.
30. DEROGATIS, L.R., MORROW, G.R., FETING,J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA. 741-57. 1983.
31. DSM-III-R AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual do diagnóstico e estatística de Distúrbios Mentais. 3^a ed. São Paulo: Manole 1989. 602p.
32. DU GÁS, B.W. Enfermagem Prática 4^a ed. Interamericana, Rio de Janeiro. 1984.
33. EDLER, A .B.C. et all. Depressão crônica. Jornal Bras. Psiquiatria., v.40, n.5,p.231-44.1991.
34. EPI-INFO Centeres for disease control. Epidemiology program office, Atlanta Georgia. Version 5.01 july. 1991.
35. FEINSON, M.C. Mental health and aging are there gender diferences? Gerontologist, v.27, n.6, p.703-711.1987.
36. FEATHER, B.L. & WAINSTOCK, J.M. Perceptions of post mastectomy patients. Part II. Social support and attitudes toward mastectomy. Cancer Nurs., v.12, n.5,p.301-309, 1989.
37. FERNANDEZ, M. A .G. C Cuerpo Y subjetividad femenina. Siglo veintiuno editores AS, Madrid. Espanha. 1^a ed. 1993.

38. FERRARI, B.T. Brasil Discrimina seus Velhos: os transtornos do envelhecimento numa sociedade dirigida aos jovens. Rev. Bras. de Clínica e Terapêutica., v.13. n. 7, p.19-32, 1984.
39. FERREIRA, M.L.S. Assistência a mulher com câncer de mama - Análise de periódicos. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 147p. 1993.
40. FLAUTNER, H. Programa Alcançar a Recuperação. Rev. Paulista de Enf. 4(2). P.80-81. Abr/jun, 1981.
41. FREEDMAN, A.M. & PASTORE, F.R. Tratamento combinado da depressão. Rev. Bras. Med., 46(4): 121-123, abril 1989.
42. GOLEMATIS, B.C. et al. Lymphedema of the upper limb after surgery for breast cancer. Am. J. Surg., v.129, n.3, p.286-88, 1975.
43. GREY, A. J. What Woman Should Know. Nurs. Times. 77(34), p.146-70, aug 19, 1981.
44. GUZ, I. Depressão- o que é, como se diagnostica e trata. 1ªed. São Paulo, Roca, p.87-101, 1990.
45. HAAGENSEN, C.D. Doenças da mama. 3ªed. São Paulo, Roca, cap.61, p.981-2, 1989.
46. HENRY EY - Tratado de Psiquiatria. Barcelona. Masson. 1975.
47. HOFLING, C. K. e KEYS, J.J. Conceitos básicos em enfermagem psiquiátrica. 4ª ed. Rio de Janeiro. Interamericana, 1985, 551p.
48. INCA, Câncer no Brasil - dados dos registros de base populacional; Rio de Janeiro, Pro-onco, 1995.

49. JOÃO, M.I. Depressão: síndrome da dependência psicológica. 1ªed. EPU. São Paulo, 1987.
50. KASTEMBAUM, R. Velhice: anos de plenitude. São Paulo. Herper E. Row do Brasil . 72p. 1981.
51. KENDALL, F.P. et all Músculos: provas e funções. 3ªed. São Paulo , Manole, 1987.
52. KRYNSKI, S. - Reações psicológicas e psicopatológicas relacionadas à cirurgia de mama. Bol. CEPP, 4(2): 59-65, 1986.
53. KUSHNER, R. Por que eu ? O que toda mulher deve saber sobre câncer de seio. São Paulo. Summus. 1981.
54. LACAN, J. et alli. A querela dos diagnósticos. 1ª ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor 1986. 83p.
55. LAGANA, M.T.C. & IMANISCHE, R. M. Câncer de mama feminina e auto exame da mama - Identificação dos fatores de risco. Rev. Âmbito Hospitalar. V.7 p. 19-23. 1991.
56. LÓPEZ, IBOR,J.J. - Diagnóstico de las depressiones, Jornal Bras. Psig., 9(1,2): 11-30,1970.
57. LOWEN, A - O corpo em depressão , São Paulo, Summus. 1983.
58. MAMEDE, M. V. Reabilitação de mastectomizadas: um enfoque assistencial Tese de Livre Docência. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 1991.
59. MARCHANT, J. Rehabilitation of the mastectomy patient, Nurs. Times, 73: p.564-6, apr.21. 1977.

60. MASSIE, M.J. e HOLLAND, J.C. - Diagnosis and treatment of depression in the cancer patient. J. Clin. Psychiatric, 45: 25-29. 1984.
61. MAYER-CROSS, W. et. all. Psiquiatria clínica. 2ªed. São Paulo. v.2, 469p. 1976.
62. MAXWELL, M.B. The use of social networks to help cancer patients maximize support. Cancer Nurs., v.5, p.275-81, 1982.
63. MELO, A .J.P. Depressão mascarada. Jornal Bras. de Psiquiatria, v.37, n.6, p.309-311, 1988.
64. MENKE, C. H. et al . Complicações pós operatórias das mastectomias. Rev. AMRIGS, v.29, n.3, p.228-230, 1985.
65. MIRANDA, E.T. et al. Inventário de sintomas DSM-III: adaptação para o Brasil da versão Portuguesa original feito pelo Departamento de Saúde Mental da Faculdade de medicina do Porto. Dep. de Psiq. da Esc. Paulista. São Paulo. 1985.
66. MURARO, R. - Na vivência da sexualidade, o exercício do poder. Rev. Clínica Médica, 2(10), nov/dez., 1984.
67. MURPHY, E. Social prognins of depression in old age. British Journal Psychiatry ,n.142, p.111-19. 1983.
68. NARDI, A . E. Depressão atípica e o uso de inibidores da monoaminoxidase. Jornal Bras. Psig., v.37(6), p. 297-302. 1988.
69. NOBRE DE MELO, A .L. - Análise e tratamento das depressões. Rev. Bras. Psig. Atual, p.52-56, set.1982.

70. NOYES, A. P. e KOLB, L. C.- Psiquiatria clínica moderna, México, Prensa Médica Mexicana, 1986.
71. NOVAES, M. H. Psicologia aplicada a reabilitação. Rio de Janeiro. Ed. Imago. 1975
72. NUBER, U. Depressão A - a doença mal compreendida. Ed Pensamento. São Paulo. 1991.
73. OLIVEIRA, R. M. Depressão na velhice: aspectos epidemiológicos. Disseração de Mestrado. Faculdade de Enfermagem, UFBA. Salvador-Ba. 1993.
74. PENMAN, D. & HOLLAND, J. C. Depression in hospitalized cancer patients, Psychosomatic Medicine, v.46, nº 3. May-june. 1984.
75. PIMENTA, C. D. . Câncer e dor: alterações nos padrões de resposta humana. Acta Paulista Enf. v.7, n.1, p. 27-34. 1994.
76. Pro-onco - Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 1996
77. RAY, C. & GROVER, J. & WISNIEWSKI, T. Nurses perceptions of early breast cancer and mastectomy, and their psychological implications, and the role of health professionals in providing support. Int. J. Nurs. Stud., v.21, n.2, p.101-11, 1984.
78. SANTOS, C. L.- Reações psicológicas do canceroso. J. Bras. Psiq., 29(4): 245-252, 1980.
79. SARTORIUS, N. La depression: Epidemiologie et priorites pour les recherches futures. Encepholes., v.7, n.5, p.527-33, 1981.

80. SILVA, S.A . C. Síndrome psicorgânica do envelhecimento. Rev. Bras. de saúde mental, v.203, n.2, p.19-23, 1988.
81. SILVA, R. M. O Conviver com a mastectomia. Dissertação de mestrado. Universidade de Ribeirão Preto. São Paulo . 1994.
82. SIMONTON, S.M. - A família e a cura: o método Simonton para famílias que enfrentam uma doença. São Paulo, Summus, 1992.
83. SOCIEDADE BRASILEIRA de PSQUIATRIA - Depressão em Atenção Primária: detecção, diagnóstico e tratamento. Ribeirão Preto, 1994.
84. SOUGEY, E.B. Avaliação integrada de critérios de avaliação taxonômica para as depressões. J. Bras. Psiq., 34(3): 157-169, 1985.
85. SPIEGEL, M.R. Estatística. São Paulo, 2ª ed. McGraw-Hill do Brasil. 1985.
86. STEDEFORD, A . Encarando a morte- uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Porto Alegre. Artes Médicas 168p. 1986.
87. TAYLOR, R. C. e FORD, E.G. The elderly at risk : a critical examination of commonly identified risk groups. Journal of the Royal College of General Practitioners, v.33, p.705. 1983.
88. USDIN, G. & LEWIS, J. M. Psiquiatria na Prática Médica Ed. Guanabara Koogan Rio de Janeiro. p.68-79. 1981.
89. VALANIS, B.G. & RUMPLER, C. H. Helping woman to choose breast cancer treatment alternatives. Cancer Nurs., v.8,n.3, p.167-75, 1985.
90. VERÁS, R.P. A survey of the health of elderly people in Rio de Janeiro, Brasil. London 1982. Tesis submitted for a degree of Doctor of Philosophy. University of London.

91. VIEIRA, T.T. Importância da imagem corporal, Tese Livre Docência, Escola de Enfermagem UFBA, Salvador-Ba. 1976.

92. WORTMAN,C.B. Social support and the cancer patient. Conceptual and methodologic issues. Cancer. V.53, p.239-60, 1984.

93. ZANCHETTA,M.S. Enfermagem em cancerologia; Livraria e editora Revinter LTDA, Rio de Janeiro. 1993.

ANEXOS

ANEXO I

ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFBA FORMULÁRIO N.º -----

MESTRADO EM ENFERMAGEM

DEPRESSÃO EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data

Data de nascimento

Grau de escolaridade

FATORES DEMOGRÁFICOS

Idade-

migração -

Situação conjugal

() casada

() solteira

() viúva

() separada

() amaziada

FATORES FISIOPATOLÓGICOS

Tem antecedentes pessoais de doença mental?

() sim

() não

Tem antecedentes familiares de doença mental ?

() sim

() não

em caso afirmativo especificar o grau de parentesco

Faz uso de quimioterápicos ?

sim

nao

Apresenta alguma reação indesejável com uso de QT ?

sim

não

em caso positivo especificar reações

Sente dor?

sim

não

FATORES PSICOSSOCIAIS

Prática religiosa

sem religião

com religião não praticante

com religião praticante

Conhece o diagnóstico

sim

não

Em caso afirmativo especifique?

Exerce alguma atividade profissional?

sim

não

Especificá-la -----

contribui com a renda familiar?

total

parcial

não contribui

Convivência familiar ?

() vive só

() vive com conjugue

() vive com filhos

() vive com amigos

Teve alguma complicação pós mastectomia?

() sim

() não

Especifica- la-----

Teve sua atividade sexual afetada?

() sim

() não

apresenta sentimento de perdas?

() sim

() não

Em caso afirmativo especifique?

ANEXO II
CRITÉRIOS DO DSM III: DEPRESSÃO

- A. Humor disfórico ou perda do interesse ou prazer nas atividades habituais e nos passatempos. O humor disfórico é caracterizado por sintomas como os seguintes: deprimido, triste, chateado, aborrecido, desesperançado, irritável. Os distúrbios do humor devem ser proeminentes e relativamente persistentes com duração de duas semanas ou mais. 1 5 9
- B. Um sintoma deve estar presente quase todos os dias, por pelo menos duas semanas e deve ocorrer com humor disfórico para ser codificado 5. CODIFIQUE OS SINTOMAS QUE OCORRERAM NO PIOR PERÍODO. O PIOR PERÍODO de depressão é aquele episódio com duração de duas semanas ou mais, que o entrevistado tenha apresentado um número maior de sintomas depressivos.
- B₁. Pouco apetite ou perda significativa de peso ou aumento de apetite ou ganho significativo de peso. 1 5 9
- B₂. Insônia ou hipersonia. 1 5 9
- B₃. Perda de energia ou cansaço. 1 5 9
- B₄. Agitação psicomotora ou lentidão. 1 5 9
- B₅. Sensação de desvalia, auto-acusação ou culpa excessiva ou inapropriada (pode ser delirante). 1 5 9
- B₆. Queixas ou evidência de uma diminuição da habilidade de pensar ou se concentrar. Pensamento lentificado ou dificuldade para tomar decisões. 1 5 9
- B₇. Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, ou desejo de morrer ou tentativas de suicídio. 1 5 9
- B₈. Perda do prazer ou do interesse nas atividades. 1 5 9

SE 5 OU MAIS SINTOMAS (B₁ - B₈) = 1, CODIFIQUE
1 PARA DEPRESSÃO E SALTE PARA O PRÓXIMO
DIAGNÓSTICO.

OUTROS, VÁ PARA C.

C. Algum dos seguintes dominam o quadro clínico na ausência de uma síndrome afetivo?

C₁. Preocupação com delírio ou alucinação não congruente com humor.

C₂. Comportamento bizarro.

1 5 9

1 5 9

SE C₁ OU C₂ = 5, CODIFIQUE 1 PARA DEPRESSÃO E VÁ PARA O PRÓXIMO DIAGNÓSTICO

OUTROS, VÁ PARA D,

D. Foi a depressão sempre superposta ou decorrente de outro distúrbio mental?

1 5 9

SE D = 1, VÁ PARA E

SE D = 5 ou 9, CODIFIQUE ABAIXO O (S) DISTÚRBO (S) QUE ESTAVA (M) SUPERPOSTO (S) OU QUE CAUSOU (RAM) A DEPRESSÃO E VÁ PARA E.

Distúrbio (s) que estava (m) superposto (s) ou desencadeou (ram) depressão:

1. Esquizofrenia.....

1 5 9

2. Distúrbio esquizofreniforme.....

1 5 9

3. Distúrbio paranóide.....

1 5 9

4. Distúrbio mental orgânico.....

1 5 9

5. Luto não patológico.....

1 5 9

6. Outros.....

1 5 9

Especifique distúrbio (s)

E. Entrevistado preenche critérios para depressão?

1 3 5 9

CRITÉRIOS PARA 5:

A = 5

4 OU MAIS 5 ' S EM B₁-B₈

C₁ E C₂ = 1

CRITÉRIOS PARA 3:

TODAS ACIMA + D = 1

SE E = 1, CODIFIQUE 1 PARA DEPRESSÃO
E VÁ PARA O PRÓXIMO DIAGNÓSTICO
SE E = 3, 5 OU 9, VÁ PARA F.

F. Foi a depressão

1 3 5 9

F₁. Episódio único.....

F₂. Recorrente (mais de um episódio em toda a vida).....

CODIFIQUE PARA DEPRESSÃO
E PARA EPISÓDIO ÚNICO OU
RECORRENTE DE DEPRESSÃO.

EPISÓDIO DEPRESSIVO ÚNICO	3 5 9
INICIO	1 2 3 4 5 6
IDADE	____ / _____
ÚLTIMA VEZ	1 2 3 4 5 6
IDADE	____ / _____
SEVERIDADE	1 2

EPISÓDIO DEPRESSIVO	1 3 5 9
INICIO	1 2 3 4 5 6
IDADE	____ / _____
ÚLTIMA VEZ	1 2 3 4 5 6
IDADE	____ / _____

Número de crises depressivas com duração de duas semanas ou mais e menos de 2 anos.

____ / _____
N.º de crises

CÓDIGOS PARA INICIO/ÚLTIMA VEZ:

Perguntar INICIO/ÚLTIMA VEZ no casp de 3 ou 5 na codificação diagnóstica.

1. nas últimas 2 semanas
2. de 2 semanas e menos de 1 mês
3. de 1 mês a 6 meses
4. de 6 meses a menos de 1 ano
5. menos de 1 ano. Não sabe quando
6. mais de 1 ano atrás. Pergunte a idade de INICIO/ÚLTIMA VEZ: Qual era sua idade quando você teve pela (primeira/última vez) S (x)?

CÓDIGOS PARA SEVERIDADE:

- 1 - Ausente.
- 3 - Preenche os critérios do DSM-III e não é excluído por outro diagnóstico do DSM-III.
- 5 - Preenche os critérios do DSM-III somente se as regras de exclusão forem ignoradas.
- 9 - Incerto.

ANEXO III

(15) CRITÉRIO DO DSM-III: DISTÚRBO DISTÍMICO

- A. Durante dois anos consecutivos (ou um ano para adolescentes) o indivíduo esteve incomodado a maior parte do tempo por sintomas característicos da síndrome depressiva, mas não com gravidade e duração suficientes para preencher o critério de episódio depressivo maior.

1 5 9

SE A = 1, CODIFIQUE 1 PARA DISTÚRBO DISTÍMICO
E VÁ PARA O PRÓXIMO DIAGNÓSTICO:
SE A = 5 OU 9, VÁ PARA B.

- B. As manifestações da síndrome depressiva podem ser relativamente persistentes ou separadas por períodos de humor normal de poucos dias a poucas semanas, mas não mais que um período de poucos meses.

1 5 9

SE B = 1, CODIFIQUE 1 PARA DISTÚRBO DISTÍMICO
E VÁ PARA O PRÓXIMO DIAGNÓSTICO.
SE B = 5 OU 9, VÁ PARA C.

- C. Durante os períodos depressivos há um acentuado humor deprimido (e. g., triste, aborrecido, na fossa) ou marcante perda do interesse ou prazer em todas, ou quase todas as atividades e passatempos atuais.

1 5 9

SE C = 1, CODIFIQUE 1 PARA DISTÚRBO DISTÍMICO
E VÁ PARA O PRÓXIMO DIAGNÓSTICO.
SE C = 5 OU 9, VÁ PARA D.

D. Durante os períodos depressivos pelo menos três dos seguintes sintomas estão presentes:

1. Insônia ou hipersonia.....D1	1 5 9
2. Pouca energia ou fadiga crônica.....D1	1 5 9
3. Sentimentos de inadequação, perda da autoestima, ou auto-depreciação.....D2	1 5 9
4. Eficácia ou produtividade diminuídas na escola, lar ou trabalho.....D4	1 5 9
5. Diminuição da atenção, concentração ou da habilidade de pensar claramente.....D5	1 5 9
6. Distanciamento social.....D6	1 5 9
7. Perda do interesse ou da satisfação atividades prazerosas.....D7	1 5 9
8. Irritabilidade ou raiva excessiva (nas crianças, dirigida contra os pais.....D8	1 5 9
9. Incapacidade de responder com prazer quando recebe elogios ou recompensas.....D9	1 5 9
10. Menos ativo ou falante do que o habitual, ou sente-se mais lentificado ou irrequieto.....D10	1 5 9
11. Atitudes pessimistas diante do futuro, reclamações de eventos do passado, ou sentir pena de si próprio.....D11	1 5 9
12. Choro ou choramingo.....D12	1 5 9
13. Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio....D13	1 5 9

SE MENOS DE TRÊS 5'S OU 9' D₁-D₁₃
 CODIFIQUE 1 PARA DISTÚRBIO DISTÍMICO
 E VÁ PARA O PRÓXIMO DIAGNÓSTICO
 SE TRÊS OU MAIS 5'S OU 9'S EM D₁-D₁₃, VÁ
 PARA E.

E. Os traços psicóticos - tais como delírios, alucinações, ou incoerência, ou perda da associação de idéias - estão presentes?

1 5 9

SE E = 5, CODIFIQUE 1 PARA DISTÚRBO E VÁ PARA O PRÓXIMO DIAGNÓSTICO.

SE E = 1, VÁ PARA F.

F. Se o distúrbio está sobreposto a um distúrbio mental preexistente, como um distúrbio obsessivo, em virtude de sua intensidade ou das suas conseqüências no funcionamento, pode ser claramente distinto do humor habitual do indivíduo PODE SER CLARAMENTE DISTINTO = 5.

1 5 9

G. O entrevistado preenche o critério para distúrbio distímico?

CRITÉRIO PARA 3:

A, B, C TODAS = 5

TRÊS OU MAIS 5'S EM D

E = 1

F = 5

EPISÓDIO DISTÍMICO

1 3 9

INICIO

1 2 3 4 5 6

IDADE

____/____

ÚLTIMA VEZ

1 2 3 4 5 6

IDADE

____/____

SEVERIDADE

1 2

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

CODIFICAÇÃO DOS SINTOMAS:

- 1 - O sintoma está ausente ou não ha evidência de ser clinicamente relevante.
- 5 - O sintoma está presente e é relevante do ponto de vista clínico psiquiátrico.
- 9 - Incerteza na distinção entre presença e ausência do sintoma.

CODIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA:

- 1 - Ausente
- 3 - Preenche os critérios do DSM-III e não é excluído por outro diagnóstico do DSM-III.
- 5 - Preenche os critérios do DSM-III somente se as regras de exclusão forem ignoradas.
- 9 - Incerto.

Os critérios para 3 e 5 encontram-se nas secções diagnósticas apropriadas do inventário. Caso o entrevistado preencha os critérios para ambos, dar preferência ao código 3. Alguns diagnósticos do DSM-III não possuem critérios de exclusão e não há nestes casps a opção 5.