



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

MEDICINA

**ASPECTOS EMOCIONAIS NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CÂNCER DE
MAMA**

**GABRIELA MARIA BORGES DE OLIVEIRA
SIQUEIRA**

Foz do Iguaçu
2025



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

MEDICINA

ASPECTOS EMOCIONAIS NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CÂNCER DE MAMA

**GABRIELA MARIA BORGES DE OLIVEIRA
SIQUEIRA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Me. Alessandra Pawalec Da Silva

Foz do Iguaçu
2025

GABRIELA MARIA BORGES DE OLIVEIRA SIQUEIRA

**ASPECTOS EMOCIONAIS NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CÂNCER DE
MAMA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me. Alessandra Pawalec Da Silva
UNILA

Prof. Me. Rosana Álvarez Callejas
UNILA

Prof. Geíza Lemos Hein Sant'Anna
UNILA

Foz do Iguaçu, 10 de fevereiro de 2025.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, que tem me sustentado ao longo desta longa e árdua trajetória acadêmica, concedendo-me força, sabedoria e a oportunidade de seguir em frente, superando cada desafio.

Ao meu amado marido, que sempre esteve ao meu lado, oferecendo apoio incondicional e enfrentando comigo todas as dificuldades, mesmo nos momentos em que minha presença no nosso dia a dia foi mais limitada. Sua paciência, compreensão e incentivo foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

À minha mãe, Marli, e à minha irmã, Amanda, que nunca mediram esforços para que eu pudesse concluir minha graduação. Cada expressão de amor, dedicação e suporte inabaláveis foram essenciais em cada etapa dessa caminhada.

Agradeço também à minha professora orientadora, Alessandra, não apenas pela valiosa orientação neste trabalho, mas, sobretudo, pela compreensão, paciência e apoio inestimáveis.

E, por fim, ao meu pai, Paulo, que, mesmo não estando mais presente fisicamente, sempre acreditou em mim e na minha capacidade de alcançar este objetivo. Seu exemplo e sua confiança continuam a me guiar e a me fortalecer.

A todos vocês, meu mais sincero e profundo agradecimento. Sem o apoio, o amor e a presença de cada um, esta conquista não teria sido possível.

“Na complexidade do pós-operatório, o corpo cicatriza, mas a alma, muitas vezes, carrega suas marcas. Compreender os aspectos emocionais é essencial para uma cura plena, onde o físico e o psicológico se encontram na reconstrução do ser”.

Autoria própria

RESUMO

O câncer de mama representa uma das condições que mais impactam a saúde psicológica das mulheres após o diagnóstico. Nesse contexto, sintomas de depressão e ansiedade podem manifestar-se, variando de acordo com o grau de resiliência apresentado pela paciente para lidar com a enfermidade. O objetivo do presente estudo é quantificar os níveis de ansiedade, depressão e resiliência em mulheres no período tardio do pós-operatório de câncer de mama. Como metodologia, o estudo avaliou 46 mulheres, utilizando a Escala Baptista de Depressão (EBADEP), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e a Escala de Resiliência de Wagnild & Young. Em relação aos resultados observou-se que a maioria das participantes apresentou resiliência classificada como Boa ou Excelente (91%), ausência de ansiedade (70%) e ausência de depressão (87%). Ademais, foi identificada uma correlação estatisticamente significativa e inversamente proporcional entre os níveis de resiliência e os sintomas de ansiedade e depressão. Por fim, pode-se concluir que embora sintomas de ansiedade e depressão sejam prevalentes durante o diagnóstico e tratamento do câncer de mama, os achados indicam que, na fase tardia do pós-operatório, as mulheres apresentam níveis mais elevados de resiliência, refletindo um quadro psicológico mais estável.

Palavras-chave: câncer de mama; ansiedade; depressão; resiliência.

RESUMEN

El cáncer de mama representa una de las condiciones que más impactan la salud psicológica de las mujeres después del diagnóstico. En este contexto, pueden manifestarse síntomas de depresión y ansiedad, variando según el grado de resiliencia que la paciente presenta para afrontar la enfermedad. El objetivo del presente estudio es cuantificar los niveles de ansiedad, depresión y resiliencia en mujeres en el período tardío del postoperatorio de cáncer de mama. Como metodología, el estudio evaluó a 46 mujeres utilizando la Escala Baptista de Depresión (EBADEP), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young. En cuanto a los resultados, se observó que la mayoría de las participantes presentó una resiliencia clasificada como Buena o Excelente (91%), ausencia de ansiedad (70%) y ausencia de depresión (87%). Además, se identificó una correlación estadísticamente significativa e inversamente proporcional entre los niveles de resiliencia y los síntomas de ansiedad y depresión. Finalmente, se puede concluir que, aunque los síntomas de ansiedad y depresión son prevalentes durante el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, los hallazgos indican que, en la fase tardía del postoperatorio, las mujeres presentan niveles más elevados de resiliencia, lo que refleja un estado psicológico más estable.

Palabras clave: cáncer de mama; ansiedad; depresión; resiliencia.

ABSTRACT

Breast cancer is one of the conditions that most impact women's psychological health after diagnosis. In this context, symptoms of depression and anxiety may manifest, varying according to the level of resilience demonstrated by the patient in coping with the disease. The aim of this study is to quantify the levels of anxiety, depression, and resilience in women in the late postoperative period of breast cancer. As a methodology, the study evaluated 46 women using the Baptista Depression Scale (EBADEP), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and the Wagnild & Young Resilience Scale. Regarding the results, it was observed that most participants had resilience classified as Good or Excellent (91%), absence of anxiety (70%), and absence of depression (87%). Furthermore, a statistically significant and inversely proportional correlation was identified between resilience levels and symptoms of anxiety and depression. Finally, it can be concluded that although symptoms of anxiety and depression are prevalent during the diagnosis and treatment of breast cancer, the findings indicate that, in the late postoperative phase, women exhibit higher levels of resilience, reflecting a more stable psychological condition.

Key words: breast cancer; anxiety; depression; resilience.

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1 - Relação entre as variáveis: Idade, Estado civil, trabalha em casa e Mastectomização.....	15
Tabela 3.2 - Relação entre as escalas utilizadas: Resiliência, HADS-A, HADS-D e EBADEP	16
Tabela 3.3 - Comparação entre as variáveis: Idade, Estado civil, Trabalha em casa e Tipo de cirurgia e as Escalas utilizadas no estudo	17

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 3.1 - Correlação de Spearman	18
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INCA	Instituto Nacional de Câncer
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
EBADEP	Escala Baptista de Depressão
HADS	Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão
UNIFAE	Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
ILACVN	Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 METODOLOGIA	13
3 RESULTADOS.....	15
4 DISCUSSÃO	19
5 CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS.....	22
APÊNDICES	23
APÊNDICE A – REVISTA DE PUBLICAÇÃO DO ARTIGO	24
ANEXOS	25
ANEXO A – ESCALA BAPTISTA DE DEPRESSÃO (EBADEP).....	26
ANEXO B – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS).....	30
ANEXO C – ESCALA DE RESILIÊNCIA DE WAGNILD & YOUNG.....	31

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um dos cânceres mais comuns encontrados em todo o mundo, assim como uma das doenças que mais afeta o estado psicológico das mulheres após o seu diagnóstico. No Brasil, estimava-se a ocorrência 66.280 novos casos de câncer de mama no ano de 2020, com risco estimado de 61,61 casos a cada 100.000 mulheres (INCA, 2019; KARAKOYUNCELIK et al., 2010).

Uma vez confirmado o diagnóstico, efeitos intensos e devastadores podem ocorrer na vida da mulher, pois, apesar das inovações no tratamento, ainda existe uma relação entre diagnóstico e sofrimento, ansiedade, medo da mutilação, preconceitos sociais e medo da morte. Diante da subjetividade feminina, o diagnóstico pode ter um impacto profundo na percepção da sexualidade, imagem corporal e autoestima. Assim, sintomas depressivos e de ansiedade podem ocorrer dependendo do grau de resiliência apresentado pelas mulheres acometidas. A partir disso, há uma maior preocupação com o diagnóstico psicológico dessas mulheres para que seu sofrimento seja minimizado por meio de medidas imediatas em seus sintomas. Portanto, o mesmo deve ser feito de forma rápida e eficaz, a partir da chegada de um paciente para a primeira consulta oncológica com forte chance de apresentar uma doença (MAJEWSKI et al., 2012; ARAÚJO & FERNANDES, 2008; SILVA et al., 2017; DESHIELDS et al., 2015; GANDINI et al., 2007).

Ao receber o diagnóstico de câncer é possível que a paciente venha a apresentar ansiedade e/ou depressão. Neste momento é imprescindível intervir, seja com medidas farmacológicas ou não farmacológicas, propiciando à paciente uma vivência que a permita superar tal momento de forma satisfatória, minimizando tais sintomatologias. No entanto, se o tipo de enfrentamento escolhido não for eficaz, isso pode ser desastroso, pois é mais provável que os níveis de ansiedade aumentem ou permaneça o mesmo por anos (SILVA et al., 2017; AMARO, 2013).

Assim, o objetivo do presente estudo foi quantificar a ansiedade, a depressão e a resiliência em mulheres com câncer no pós-operatório tardio de câncer de mama. Muito se estuda sobre as repercussões emocionais na mulher após o diagnóstico ou durante o tratamento, mas pouco se explora sobre o momento do pós-operatório tardio, quando essa mulher é reinserida em seu convívio social após o enfrentamento da doença.

2 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo prospectivo, observacional, longitudinal, baseado em pressupostos da pesquisa quantitativa, o qual visava, principalmente, avaliar a ansiedade, depressão e resiliência em mulheres no pós-operatório de câncer de mama há pelo menos um ano. Este estudo foi realizado através das seguintes etapas: seleção inicial dos participantes, aplicação de questionários, análise dos dados e conclusão dos resultados.

Neste estudo, após avaliação e aprovação do pré-projeto pelo Comitê de Ética por meio da Plataforma Brasil (número de apresentação no Comitê de Ética 11949919.0.0000.5382.), as participantes recrutadas receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que descrevia os objetivos da pesquisa, e ao concordar com o estudo, os participantes assinaram o termo e ficaram aptas a serem avaliadas. Assim, uma cópia ficou com os responsáveis pela pesquisa e outra com o participante. No caso de participantes recrutados remotamente, o TCLE foi enviado por meio de um link para a Plataforma Google Forms. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade das mulheres e das pesquisadoras. O tempo de avaliação foi livre, atendendo às necessidades da entrevistada.

Em relação às integrantes, foram recrutadas 46 mulheres na Clínica de Fisioterapia da UNIFAE e, remotamente, nas redes sociais. As participantes foram selecionadas de acordo com o critério de inclusão: pós-operatório de câncer de mama há pelo menos um ano. Os critérios de exclusão foram: ter realizado sessões de quimioterapia ou radioterapia, ter metástase ou estar em cuidados paliativos.

Durante o estudo, foram utilizadas três escalas: Escala Baptista de Depressão (EBADEP), Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e Escala de Resiliência de Wagnild & Young.

A EBADEP é um instrumento de triagem de sintomas depressivos produzido no Brasil, voltado para amostras psiquiátricas e não psiquiátricas. A escala possui 90 frases, que são apresentadas em pares, formando um total de 45 itens. Cada item possui um indicador de sintomatologia com uma frase de tendência positiva e uma frase de tendência negativa. Sua estrutura é apresentada em formato Likert de quatro pontos, variando de zero a três, com pontuação mínima de zero e máxima de 135 pontos. Para sua interpretação, quanto menor a pontuação, menos sintomas depressivos.

A Escala HADS foi desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e depressão em mulheres de hospitais de clínicas não-psiquiátricas, sendo posteriormente utilizada em mulheres não hospitalizadas e em indivíduos sem doenças. Um ponto importante que diferencia a HADS de outras escalas é que, para evitar a interferência de distúrbios somáticos no escore da escala, foram excluídos todos os sintomas de ansiedade ou depressão relacionados a doenças físicas. A Escala possui 14 itens, sendo sete para avaliação de ansiedade (HADS-A) e sete para depressão (HADS-D). Cada um de seus itens pode ser pontuado de zero a três, perfazendo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Os pontos de corte indicados por Zigmond e Snaith foram recomendados para ambas as subescalas: HADS-A: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ; HADS-D: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 (BRANDBERG et al., 2004; ANDREWS et al., 2006).

Finalmente, a Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild & Young é utilizada para medir os níveis de adaptação psicossocial positiva a eventos importantes da vida. Possui 25 itens considerados positivos com resposta do tipo Likert que variam de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala variam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando alta resiliência e valores baixos indicando baixa resiliência. Uma pontuação abaixo de 50 foi considerada sem resiliência; entre 50 e 75 - muito baixo; de 75 a 100 - baixo; de 100 a 125 - médio; de 125 a 150 - bom e 150 a 175 - excelente grau de resiliência (PESCE et al., 2005).

A pesquisa de referências bibliográficas ocorreu nas plataformas digitais: SciELO e Pubmed, sendo utilizados os seguintes descritores: câncer de mama; ansiedade; depressão; pós operatório; mastectomia. Durante a busca, os artigos foram analisados e selecionados para uso no presente trabalho.

Os dados foram coletados no Software Excel® e analisados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 22.0. Os testes de Mann Whitney ou Kruskal Wallis foram usados para comparar os grupos. Para a análise da consistência interna dos questionários, foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach (α). Durante a comparação dos resultados entre os questionários, foi utilizada a correlação de Spearman. O intervalo de confiança considerado foi de 95%.

3 RESULTADOS

Foram analisadas 46 mulheres com idade média de 53 ± 11 anos, sendo a paciente mais jovem com 27 anos e a mais velha com 76 anos. Houve a prevalência de mulheres casadas (65.2%), que trabalham em casa (61%) e de mulheres que foram submetidas à mastectomia radical (54%). Os dados estão reunidos na Tabela 3.1.

Tabela 3.1 - Relação entre as variáveis: Idade, Estado civil, trabalha em casa e Mastectomização

	Variáveis	N	%
Idade (anos)	Mínimo	27	
	Máximo	76	
	Média	53	
	Desvio padrão (σ)	11	
Estado Civil	Solteira	6	13.04%
	Casada	30	65.22%
	Viúva	5	10.87%
	Divorciada	5	10.87%
Trabalha em casa	Sim	28	60.87%
	Não	18	39.13%
Mastectomização	Radical	25	54.35%
	Conservadora	21	45.65%

Fonte: autores, 2023.

O coeficiente Alfa de Cronbach (α) dos questionários revelou consistência interna classificada como quase perfeita para os questionários de Resiliência (0.88) e EBADEP (0.94) e como Substancial para HADS-A (0.73) e HADS-D (0.78), representados na Tabela 3.2, a qual também representa os resultados

obtidos nos questionários. Houve prevalência de mulheres com capacidade classificada como Boa ou Excelente (91%) para resiliência, sem ansiedade (70%) e sem depressão (87%).

Tabela 3.2 - Relação entre as escalas utilizadas: Resiliência, HADS-A, HADS-D e EBADEP

	Variáveis	N	%
Resiliência ($\alpha = 0,88$)	Sem ou Muito baixa	0	0%
	Baixa	1	2.2%
	Média	3	6.5%
	Boa	13	28.3%
	Excelente	29	63%
HADS - A ($\alpha = 0.73$)	Não	40	69.6%
	Possível	3	17.4%
	Provável	3	13%
	Severa	0	0%
HADS - D ($\alpha = 0.78$)	Não	40	87%
	Possível	3	6.5%
	Provável	3	6.5%
	Severa	0	0%
EBADEP ($\alpha = 0,94$)	Não	40	87%
	Pouca	4	9%
	Moderada	1	2%
	Severa	1	2%

Fonte: autores, 2023.

Para a comparação entre os grupos, as medianas dos resultados dos questionários foram agrupadas e comparadas de acordo com as variáveis: Idade, Estado civil, Trabalha em casa e Tipo de cirurgia, conforme Tabela 3.3. Porém, apenas dentro da variável “Estado civil”, foi verificada diferença significativa entre a resiliência da mulher divorciada e aquelas em outras condições civis ($p = 0,049$), revelando que, apesar de ainda apresentar um bom nível de resiliência, este estado civil ainda é classificado um ponto abaixo das demais mulheres que estão com excelente resiliência. Além disso, os resultados medianos obtidos na Escala HADS A classificaram as mulheres divorciadas como “propensas a ter ansiedade”, enquanto aquelas que estão em outra situação civil foram classificadas como “sem apresentar esse sintoma”. No entanto, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as classificações.

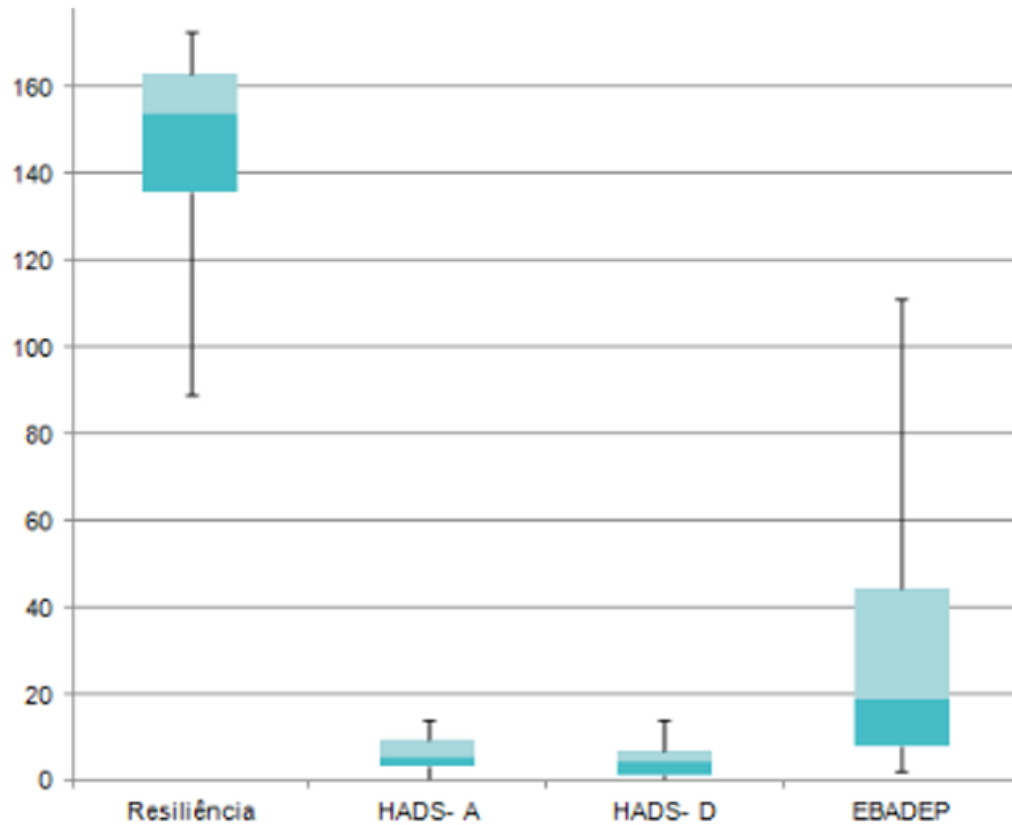
Tabela 3.3 - Comparação entre as variáveis: Idade, Estado civil, Trabalha em casa e Tipo de cirurgia e as Escalas utilizadas no estudo

	Variável	Resiliência	HADS A	HADS D	EBADEP
Idade	<60	Excelente	Não	Não	Não
	>60	Excelente	Não	Não	Não
	p valor	0.258	0.47	0.77	0.478
Estado Civil	Solteira	Excelente	Não	Não	Não
	Casada	Excelente	Não	Não	Não
	Viúva	Excelente	Não	Não	Não
	Divorciada	Bom	Provável	Não	Não
	p valor	0.049	0.209	0.207	0.785
Trabalha em casa	Sim	Excelente	Não	Não	Não
	Não	Excelente	Não	Não	Não
	p valor	0.544	0.677	0.758	0.488
Tipo de cirurgia	Mastectomia radical	Excelente	Não	Não	Não
	Cirurgia conservativa	Excelente	Não	Não	Não
	p valor	0.345	0.87	0.147	0.346

Fonte: autores, 2023.

A correlação de Spearman mostrou que existe uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) e inversamente proporcional entre Resiliência e Ansiedade ($r = -0,569$) e Resiliência e Depressão (HAD-D: $r = -0,602$) (EBADEP: $r = -0,651$). Os dados estão ilustrados no Gráfico 3.1.

Gráfico 3.1 - Correlação de Spearman



Fonte: autores, 2023.

4 DISCUSSÃO

Como afirma Amaro, a vivência do câncer de mama para a mulher torna-se uma experiência de adversidade. O momento do diagnóstico é marcado por muita ansiedade, pois, apesar das inovações no tratamento, o paciente relaciona a doença com sofrimento, medo da mutilação, preconceitos sociais e medo da morte (AMARO, 2013; MAJEWSKI et al., 2012).

A fase do tratamento também causa marcas profundas no seu psicológico, com períodos de internação, idas e vindas ao hospital, exposição a diversos procedimentos invasivos e dolorosos e as consequências do tratamento como a queda capilar, náuseas, fadiga e linfedema contribuem para o desenvolvimento de depressão e ansiedade nessas mulheres, afetando completamente sua qualidade de vida. Esses sintomas angustiantes não afetam apenas as mulheres durante o diagnóstico e tratamento do câncer, mas também podem persistir por anos após o término do tratamento (AMARO, 2013).

Os estudos de Kissane et al. (2004), avaliaram 303 mulheres recém-diagnosticadas com câncer de mama precoce e revelaram que 37% delas apresentavam depressão, segundo o DSM IV. O estudo de Fradelos et al. (2017), avaliou 144 mulheres com câncer de mama que também revelaram altos índices: 54,5% das mulheres apresentavam depressão e 46,8% alto nível de ansiedade (PESCE et al., 2005; SILVA et al., 2017).

No presente estudo, a Escala HADS revelou apenas 7% das mulheres como “possível” ou “probabilidade de ter ansiedade ou depressão” e a EBADEP diagnosticou apenas 13% com “depressão”. Ao contrário dos estudos de Fradelos et al. (2017) e Kissane et al. (2004) citados acima, este estudo revela a grande diferença psicológica das mulheres que estão na fase de diagnóstico ou tratamento do câncer daquelas que estão hoje no pós-operatório tardio (SILVA et al, 2017; KISSANE et al., 2004).

Tal avanço no psicológico da mulher pode ser atribuído a causas multifatoriais, como, por exemplo, a possibilidade de reconstrução mamária e capilar e os inúmeros avanços no campo da Fisioterapia para o tratamento de consequências indesejáveis como linfedema e diminuição da amplitude de movimento. Todas essas variáveis contribuem para a recuperação da vaidade e autoestima da mulher. Outros fatores psicológicos podem ser citados como o apoio familiar, principalmente do

cônjuge, e perceber que há vida e cura após a tão temida cirurgia. No entanto, é sugerido que mais estudos sejam direcionados para investigar quais variáveis têm maior peso na recuperação da ansiedade, depressão e resiliência de mulheres no pós-operatório tardio de câncer de mama.

Sugere-se também investigar a diferença nos sintomas psicológicos entre mulheres divorciadas e outras de diferentes estados civis, que, assim como encontrado no presente estudo, a resiliência foi boa, mas em contraste com os demais estados civis, sendo classificadas com excelente resiliência. Descobrir se o divórcio ocorreu durante o diagnóstico ou tratamento do câncer de mama e se interferiu no pequeno grupo de mulheres que ainda no pós-operatório permanecem com baixa ou média resiliência (8,7%) seria de grande valia para a compreensão das variáveis que compõem a recuperação dos sintomas psicológicos dessas mulheres.

Por fim, Fradelos et al. (2017), também traz uma análise que está de acordo com os achados do presente trabalho: a menor resiliência das mulheres está correlacionada, de forma estatisticamente significativa e inversamente proporcional, com ansiedade e depressão. Ele também descobriu em sua análise que a depressão das mulheres é reduzida em 3,4% quando a resiliência aumenta em 1 ponto (FRADELOS et al., 2017).

5 CONCLUSÃO

Este estudo observou que a ansiedade e a depressão não são frequentes em mulheres no pós-operatório tardio de câncer de mama, sendo que tais aspectos são inversamente proporcionais à resiliência, diferindo dos aspectos emocionais frequentemente encontrados no momento do diagnóstico e tratamento da doença.

Não foi encontrada diferença significativa nos níveis de resiliência, ansiedade ou depressão entre mulheres acima e abaixo da velhice, entre aquelas que trabalham ou não em casa ou em relação ao tipo de cirurgia realizada. No entanto, se estabeleceu, de forma estatisticamente significativa, que as mulheres divorciadas apresentam um nível de resiliência um ponto abaixo dos demais em outras situações civis.

Assim, sugere-se que os serviços clínicos oferecidos às mulheres que desenvolvem câncer de mama possam incluir não apenas inovação em quimioterapia, radioterapia e hormônio-terapia, mas também ofereçam programas de tratamento psicossocial adequados com o objetivo de aumentar os níveis de resiliência, uma vez que um maior nível de resiliência está associado a níveis mais baixos de ansiedade e depressão.

Ademais, este trabalho abre um leque para outras possibilidades de estudos como, por exemplo, a inclusão de acompanhamento psicoterapêutico também no pós-parto. Tal período é caracterizado por grandes transformações na vida das mães, que não raramente acabam sofrendo de depressão levando ao desmame precoce. Assim sendo, a depressão deve ser foco de políticas de saúde para que o desmame precoce obtenha redução de incidência, sendo a inclusão de acompanhamento psicoterapêutico pós-parto um importante aliado neste contexto, porém novos estudos devem ser realizados para confirmar essa hipótese.

REFERÊNCIAS

- AMARO, L.S. Resiliência em mulheres com câncer de mama: o sentido da vida como mecanismo de proteção. **Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial**, v. 2, n. 2, p. 147, 2013.
- ANDREWS, B. et al. Student anxiety and depression: comparison of questionnaire and interview assessments. **Journal of Affective Disorders**, v. 95, n. 1-3, p. 29, 2006.
- ARAÚJO, I. M. DE A.; FERNANDES, A. F. C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 4, p. 664–671, dez. 2008.
- BRANDBERG, Y. et al. Preoperative psychological reactions and quality of life among women with an increased risk of breast cancer who are considering a prophylactic mastectomy. **European Journal of Cancer**, v. 40, n. 3, p. 365, 2004.
- DESHIELDS, T. et al. Resilience in adults with cancer: development of a conceptual model. **Psycho-Oncology**, v. 25, n. 1, p. 11, 2015.
- FRADELLOS, E. et al. Psychological Distress and Resilience in Women Diagnosed with Breast Cancer in Greece. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 18, n. 9, p. 2545, 2017.
- GANDINI, R.C. et al. Inventário de Depressão de Beck - BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. **Revista Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 23, 2007.
- INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**, 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-4-edicao.pdf>>. Acesso em 18 fev. 2019.
- KARAKOYUN-CELIK, O. et al. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. **Medical Oncology**, v. 27, n. 1, p. 108, 2010.
- KISSANE, D. et al. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 38, n. 5, p. 320, 2004.
- MAJEWSKI, J. et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 707, 2012.
- PESCE, R.P. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 436, 2005.
- SILVA, A. et al. Ansiedade e o enfrentamento de mulheres com câncer de mama em quimioterapia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – REVISTA DE PUBLICAÇÃO DO ARTIGO

SAÚDE MENTAL | Desafios da prevenção, diagnóstico,
tratamento e cuidado na sociedade moderna
Edição 13

Capítulo 06

ASPECTOS EMOCIONAIS NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CÂNCER DE MAMA

NATALIA MICHELIN BONASSI¹
GABRIELA MARIA BORGES DE OLIVEIRA¹
ISABELLA MACHADO ROZADA¹
SAMANTA DIAS DE SOUZA¹
BETÂNIA ALVES VEIGA DELL'AGLI²
LAURA FERREIRA DE REZENDE²

1. Discente - Centro Universitário das Faculdades Associadas – UNIFAE, São João da Boa Vista, São Paulo, Brasil.
2. Docente - Faculdades Associadas - UNIFAE, São João da Boa Vista, São Paulo, Brasil.

Palavras Chave: Câncer de mama; Ansiedade; Depressão; Resiliência.

doi 10.59290/978-65-81549-91-6.6

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA BAPTISTA DE DEPRESSÃO (EBADEP)

LIVRO DE APLICAÇÃO EBADEP-A

Makilim Nunes Baptista

Volume 2 - Parte integrante da Coleção EBADEP-A.

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: M F Escolaridade: _____

Local de Nasc.: _____ Data de Aplicação: ____ / ____ / ____

INSTRUÇÕES

Você acabou de receber uma escala com 45 itens, contendo duas frases na mesma linha de cada item. Entre as frases há quatro círculos. Leia atentamente as duas frases opostas em cada linha e marque com um X como você vem se sentindo em um período de duas semanas, inclusive hoje. O círculo que você escolher deve estar mais próximo do que a frase significar, como no exemplo a seguir:

Por exemplo:

Estou me sentindo alegre Estou me sentindo triste

Se você tem se sentido **muito alegre**, marque:

Estou me sentindo alegre Estou me sentindo triste

Se você tem se sentido **alegre**, marque:

Estou me sentindo alegre Estou me sentindo triste

Se você tem se sentido **triste**, marque:

Estou me sentindo alegre Estou me sentindo triste

Se você tem se sentido **muito triste**, marque:

Estou me sentindo alegre Estou me sentindo triste

Se tiver dúvidas, pergunte ao aplicador.

Favor responder a todos os itens (linhas).

Lembre-se de que você deve estar se sentindo assim,
pelo menos nas duas últimas semanas.

ESCORE BRUTO: _____ PERCENTIL: _____ AVALIAÇÃO: _____

020418

Este livro de aplicação possui numeração sequencial, impressa em vermelho.

0028344

Este exercício está impresso em AZUL, PRETO e VERMELHO. Se lhe apresentarem impresso em qualquer outra cor ou de qualquer outro modo, trata-se de uma reprodução ilegal. Recuse-se!



Vetor
editora

EDITORA PSICO-PEDAGÓGICA LTDA.
Rua Cubatão 48 - CEP 04013-000 - SP
Tel. (11) 3146-0333 - Fax: (11) 3146-0340

www.vetoreditora.com.br vendas@vetoreditora.com.br

Copyright © 2012 – Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda. – São Paulo. É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, por qualquer meio existente e para qualquer finalidade.

1.	Não tenho vontade de chorar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tenho sentido vontade de chorar.
2.	Tenho me sentido muito bem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tenho estado mais angustiado.
3.	Conseguo realizar tarefas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinto-me mais impotente para realizar tarefas.
4.	Resolvo meus problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinto-me menos capaz para enfrentar meus problemas.
5.	Faço coisas que gosto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não tenho mais vontade de fazer coisas que gostava.
6.	Não tenho chorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tenho chorado.
7.	Não sinto solidão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinto-me cada vez mais sozinho.
8.	Sei me comportar nas situações.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não sei mais como agir.
9.	Conseguo me virar sozinho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não consigo mais me virar sozinho.
10.	O futuro será melhor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não acredito que as coisas melhorem.
11.	Minhas atitudes me parecem normais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acho minhas atitudes menos adequadas do que antes.
12.	Faço planos para o futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não consigo planejar meu futuro.
13.	Acredito em mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Estou acreditando menos em mim.
14.	Não tenho problemas para decidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Está mais difícil decidir.
15.	Escolho com facilidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não consigo mais escolher sozinho.
16.	Conseguo fazer minhas tarefas sem ajuda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Estou precisando de ajuda para realizar meus trabalhos.
17.	Sinto prazer em realizar minhas atividades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	As coisas não me agradam como antigamente.
18.	Sinto-me feliz com minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antes eu era mais feliz.
19.	Acredito que as coisas estão indo bem na minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acredito que atualmente nada vai bem.
20.	Faço coisas que ajudam os outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	As coisas que faço não ajudam a mais ninguém.
21.	Estar com pessoas é bom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comecei a inventar desculpas para não me encontrar com as pessoas.
22.	Compareço a festas e reuniões quando sou convidado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tenho evitado festas e reuniões, mesmo convidado.
23.	Conseguo me concentrar nas minhas atividades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não consigo mais me concentrar.

24.	Tenho realizado minhas tarefas normalmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Estou mais lento para realizar minhas tarefas.
25.	Tenho realizado minhas tarefas normalmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Estou me sentindo mais agitado do que antes.
26.	Sempre achei minha vida boa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hoje acho que meu passado não foi bom.
27.	Sinto-me disposto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Logo pela manhã me sinto esgotado.
28.	*Minha vida é boa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Minha vida está cada vez pior.
29.	Morrer não é a solução para problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tenho pensado que seria melhor estar morto.
30.	Acredito em mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não acredito mais em mim.
31.	Durmo bem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não consigo mais dormir a noite inteira.
32.	Faço normalmente o que é necessário.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não consigo mais fazer o necessário.
33.	Gosto muito da minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não dou mais valor à minha vida.
34.	Gosto de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não gosto mais de mim.
35.	Termino minhas tarefas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não termino mais minhas tarefas.
36.	Estou tranquilo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Perco a paciência por muito pouco.
37.	Não venho me sentindo nervoso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Qualquer coisa me deixa nervoso.
38.	Sinto-me com disposição.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ando mais cansado.
39.	Sinto-me disposto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não tenho mais vontade de fazer as coisas.
40.	Durmo normalmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tenho dormido muito.
41.	Minha fome continua como sempre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tenho comido menos.
42.	Tenho desejo sexual como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Meu desejo sexual vem diminuindo muito.
43.	Meu peso continua o mesmo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tenho emagrecido sem fazer regime.
44.	Tomo remédio apenas quando preciso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gosto de tomar remédio por precaução.
45.	Não costumo sentir culpa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Venho me sentindo culpado pelos problemas.

LIVRO DE APLICAÇÃO - EBADEP-A

Makilim Nunes Baptista

Livro Vol. 2 - Coleção EBADEP-A

Desde tempos imemoriais os seres humanos comparam pessoas individualmente ou em grupo em relação a todas as suas características, tais como altura, beleza, sociabilidade, modo de comer, de se vestir, etc. Torna-se mais ou menos evidente que comparar pessoas em relação ao comportamento e desempenho em suas atividades é um padrão do ser humano. Essas comparações e avaliações sempre foram feitas de forma empírica, o que pode e deve ter conduzido a muitos erros.

Com o desenvolvimento do ser humano, aos poucos foram sendo criados padrões, normas e instrumentos que permitiram uma avaliação mais objetiva e científica dos indivíduos ou de grupos. As origens da testagem estão na Antiguidade, sendo utilizadas no sistema de exames para o serviço civil no império chinês, que tinha como objetivo selecionar indivíduos para ocupar posições governamentais; entre os antigos gregos nos processos educacionais e nas universidades europeias na Idade Média. No entanto, os desenvolvimentos mais importantes na área da testagem contemporânea ocorreram principalmente a partir do século XIX.

O avanço da ciência contribuiu para a criação de diversos instrumentos de medição, tanto nas áreas da engenharia e das ciências exatas como nas ciências humanas e biológicas visando acompanhar o desenvolvimento social e tecnológico. Dessa forma, passamos de uma simples estimativa de análise do comportamento para a criação de instrumentos padronizados de avaliação. Entre estes estão os testes psicológicos, que são definidos essencialmente como instrumentos que têm a finalidade de oferecer uma medida objetiva e padronizada dos comportamentos.

Em 1905 foi publicado o primeiro instrumento para a avaliação da capacidade cognitiva: a escala Binet-Simon, que era constituída por 30 tarefas diversificadas e tinha como objetivo a avaliação da capacidade de raciocínio. A escala foi desenvolvida para atender a uma necessidade de avaliar crianças que, devido a algum tipo de atraso no desenvolvimento, não conseguiram acompanhar a escola regular. Inicialmente a escala foi utilizada para avaliar crianças normais de 3 a 11 anos e também aquelas que apresentassem algum tipo de atraso.

A avaliação estimativa do potencial intelectual de um sujeito, até então realizada por meio da observação e comparação de seu desempenho nas atividades que executava, evoluiu então para uma mensuração objetiva feita com um instrumento científico. Foi também nessa época que surgiu o conceito do Quociente de Inteligência (QI), calculado a partir da idade mental obtida dos resultados da escala de Binet, dividida pela idade cronológica do indivíduo examinado, caracterizando-se como uma das formas primárias de avaliação da inteligência. O conceito de QI foi popularizado principalmente com a publicação da primeira edição da Escala de Inteligência Stanford-Binet, em 1916, por Lewis Terman, que corresponde a uma revisão da escala de Binet-Simon. Atualmente o conceito de QI vem sendo substituído por outras formas de avaliação que procuram medir a capacidade dos indivíduos submetidos aos testes por meio de percentis comparando com o grupo que participou das pesquisas de padronização do instrumento.

Outro marco da avaliação por meio de testes psicológicos foi a criação dos testes Army Alpha e Army Beta, utilizados nos Estados Unidos, na época da Primeira Guerra Mundial, para a avaliação da inteligência de recrutas do exército americano e que possibilitava a aplicação em grupo.

Com o aperfeiçoamento dos testes, evoluiu-se de observações empíricas para instrumentos solidamente científicos. No próprio desenvolvimento da humanidade, acelerado no século XX, novos métodos apareceram e permitiram que a Psicologia se desvinculasse da Filosofia e se desenvolvesse como uma ciência autônoma, criando e aperfeiçoando seus instrumentos de mensuração com base em pesquisas realizadas obedecendo rigorosamente às leis das ciências em geral e permitindo uma comparação realmente válida entre os seres humanos e entre grupos nos quais estejam inseridos.

Embora a palavra teste tenha múltiplos sentidos, por exemplo, exame, observação ou avaliação crítica, um teste psicológico tem um sentido mais específico e é indicado para avaliar aptidões, como inteligência, raciocínio, atenção, memória, etc. ou a personalidade humana. De uma forma geral, os testes de aptidão são compostos por questões cujas respostas podem ser analisadas como certas ou

erradas e permitem uma avaliação quantitativa. Em contrapartida, existem alguns testes em que não há respostas certas ou erradas. São instrumentos cuja importância fundamental reside na forma específica com que cada indivíduo responde, sendo essa característica fundamental para a sua avaliação. Enquadram-se nessa categoria os testes normalmente agrupados sob a definição de testes de personalidade que são representados pelos questionários, inventários e as chamadas técnicas projetivas e gráficas expressivas. Com exceção destas duas últimas, esse tipo de instrumento costuma se apresentar sob a forma de questões de múltipla escolha, verdadeiro ou falso, ou ainda determinar que o testando opte por uma alternativa de resposta que mais se aproxime de seu comportamento cotidiano ou em situações específicas. Normalmente, o instrumento serve para se autoavaliar, mas em alguns casos é possível que outras pessoas respondam ao mesmo teste, em terceira pessoa, podendo realizar-se uma comparação entre a autoimagem e a imagem social.

Para ser definido como um teste psicológico é necessário que o instrumento possua procedimentos padronizados, que possibilitem que todas as pessoas submetidas sejam avaliadas da mesma forma e sob as mesmas circunstâncias. Nesse contexto não se pode deixar de lado a importância da formação e especialização do psicólogo, que deverá escolher os instrumentos de forma adequada e utilizá-los de acordo com as orientações do teste, principalmente respeitando as instruções e orientações de aplicação e avaliação. Dessa forma, é necessário um profissional gabaritado, que tenha pleno conhecimento e domínio sobre a técnica utilizada, bem como um ambiente propício e adequado para sua aplicação, ou seja, com iluminação adequada, livre de ruídos ou distratores. Além disso, o teste deve servir como uma ferramenta para se alcançar um fim e não como um fim em si mesmo.

Apesar de alguns testes medirem características específicas, como inteligência ou atenção, sua aplicação pode atender a várias áreas da psicologia (como orientação vocacional), ajudar no diagnóstico educacional ou clínico e contribuir para o processo psicoterapêutico, permitir a avaliação de características desejadas para uma função ou, ainda, esclarecer contradições entre dados obtidos por meio de entrevistas ou observações.

Esse produto que se encontra em suas mãos está em sua versão final, mas foi necessário um longo processo desde sua concepção até a comercialização (muitos instrumentos levam dois ou três anos de pesquisa até serem disponibilizados).

Inicialmente, um autor baseou-se em uma teoria científica e, por necessidade própria ou apenas para o intuito de contribuir com a ciência, iniciou a concepção do teste. Um editor aceitou publicá-lo e contribuiu para a realização de pesquisas de validação, antes das quais uma equipe técnica avaliou o instrumento e sua aplicabilidade prática. Alguns voluntários aceitaram participar das pesquisas e, com os resultados obtidos, o instrumento foi analisado estatisticamente, possibilitando assim a elaboração de tabelas por meio das quais os resultados obtidos individualmente são comparados aos de grupos similares, seja por faixa etária, escolaridade, sexo ou região. Todo esse processo envolveu diversos profissionais e procedimentos, garantindo assim a credibilidade do instrumento e propiciando que a população submetida a ele seja avaliada de forma adequada e coerente.

Além do trabalho para que um instrumento seja finalizado, existe todo um processo de constante atualização. Continuamente são realizadas novas pesquisas com a finalidade de aperfeiçoá-lo, aumentando cada vez mais a abrangência de sua utilização e procurando oferecer aos profissionais psicólogos um material que proporcione a realização de avaliações precisas.

Dessa forma, o teste psicológico é um instrumento auxiliar na avaliação psicológica, construído com bases científicas e pesquisas que têm como objetivo investigar e atestar sua qualidade.

Do trabalho iniciado por Alfred Binet até os dias atuais um grande caminho foi percorrido, teorias foram criadas e verificadas operacionalmente, sempre de forma prática e objetiva. Assim, por meio das pesquisas e do uso cada vez mais sofisticado dos instrumentos de avaliação psicológica, a psicologia pode contribuir cada vez mais para o desenvolvimento dos seres humanos.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Baptista, Makilim Nunes
Livro de aplicação : EBADEP-A / Makilim Nunes
Baptista. -- São Paulo : Vetor, 2012. --
(Coleção EBADEP-A ; 2)

Bibliografia

1. Depressão 2. Psicodiagnóstico 3. Psicometria
4. Testes psicológicos I. Título. II. Série.

12-07118

CDD-155.41

Índices para catálogo sistemático:
1. EBADEP-A : Escala Baptista de Depressão :
Avaliação : Psicologia 155.41

ISBN: 978-85-7585-652-9 (Obra completa)
ISBN: 978-85-7585-646-8 (Vol. 2)

De acordo com o § 1º do Artigo 13 da Lei no 4.119/62, este material é para uso exclusivo do Psicólogo inscrito no Conselho Regional de Psicologia.

© 2012 - Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda. É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, por qualquer meio existente e para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores.

ISBN 978-85-7585-646-8



9 788575 856468

ANEXO B – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A (1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D (6) Eu me sinto alegre:

- 0 () A maior parte do tempo
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

A (7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

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

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D (10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D (12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

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

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

ANEXO C – ESCALA DE RESILIÊNCIA DE WAGNILD & YOUNG

←	Discordo Totalmente
↖	Discordo Muito
↗	Discordo Pouco
↔	Não Discordo e nem Concordo
↘	Concordo Pouco
↙	Concordo Muito
→	Concordo Totalmente

		1	2	3	4	5	6	7
1	Normalmente eu lido com os problemas de uma forma ou de outra.							
2	Sou capaz de depender de mim próprio/a mais do que de qualquer outra pessoa.							
3	Manter-me interessado/a nas atividades do dia a dia é importante para mim.							
4	Posso estar por conta própria se for preciso.							
5	Sinto-me orgulhoso/a por ter alcançado objetivos na minha vida.							
6	Sou amigo/a de mim próprio/a.							
7	Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.							
8	Sou determinado/a.							
9	Raramente me questiono se a vida tem sentido.							
10	Vivo um dia de cada vez.							
11	Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes.							
12	Tenho autodisciplina.							
13	Mantenho-me interessado/a nas coisas.							
14	Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.							
15	A confiança em mim próprio/a ajuda-me a lidar com tempos difíceis.							
16	Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.							
17	Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspetivas.							
18	Por vezes obrigo-me a fazer coisas quer queira quer não.							
19	A minha vida tem um propósito.							
20	Eu não fico obcecado/a com coisas que não posso resolver.							
21	Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.							
22	Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito.							
23	Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.							