

O IMPACTO DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA NOS NÍVEIS DE DEPRESSÃO DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA

Claudiana Donato Bauman
José Mansano Bauman
Grassyara Pinho Tolentino
José Jacinto Vasconcelos Raposo

RESUMO

Este estudo teve como objetivo, avaliar o impacto de um programa de atividade física nos níveis de depressão em mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Participaram 35 mulheres (23 grupo experimental e 12 controle). Na coleta de dados, utilizou-se o Inventário de Depressão de Beck. Na análise dos resultados, utilizou-se Test-t de Student para amostras independentes nos ganhos verificados entre o pré e pós-teste. Houveram diferenças significantes, evidenciadas pela diminuição das médias da auto-avaliação negativa, deficiência cognitiva e afetos negativos. Concluindo, existem diferenças significantes entre mulheres participantes e não-participantes de um programa de atividade física, no âmbito da depressão.

Palavras chaves: Câncer de Mama. Atividade Física. Depressão.

ABSTRACT

This study aimed to assess the impact of a physical activity program on levels of depression in women diagnosed with breast cancer. 35 women participated (23 experimental group and 12 control group). For data collecting, it was used the Depression Inventory of Beck. For the analysis of results, it was used Student's t-test for independent samples in the gains checked between pre-and post-test. There were significant differences, evidenced by the decrease of average negative self-assessment, cognitive disabilities and negative affections. Concluding, there are significant differences between participating and non-participating women in a program of physical activity in the scope of depression.

Keywords: Breast Cancer. Physical Activity. Depression.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de un programa de actividad física en los niveles de depresión en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Participantes 35 mujeres (23 experimentales y 12 grupo control). En la recogida de datos, utilizando el Inventario de Depresión de Beck. Al analizar los resultados, se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes en los logros alcanzados entre pre y post-prueba. Hubo diferencias significativas, evidenciado por la disminución en el promedio de la percepción de la negativa, las emociones negativas y discapacidades cognitivas. En conclusión, existen diferencias significativas entre las mujeres participantes y no participantes en un programa de actividad física dentro de la depresión.

Palabras clave: Cáncer de Mama. Actividad Física. Depresión.

Agradecimento: Os autores do presente estudo agradecem à FAPEMIG, pelos recursos financeiros destinados à realização do mesmo.

INTRODUÇÃO

No Brasil, os dados epidemiológicos permitem-nos configurar o câncer como um problema de saúde pública. Além da mudança de hábitos de vida da população, diversos fatores, como o aumento da expectativa de vida, a industrialização, a urbanização e os avanços tecnológicos observados na área da saúde, estão diretamente relacionados com o aumento do desenvolvimento do câncer (INCA, 2004).

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre mulheres, e a mortalidade depende de fatores sócio-econômicos e, principalmente, da idade e o estágio em que se encontra a doença (INCA, 2007). Após o diagnóstico do câncer, costuma ocorrer, segundo vários estudos, a presença de depressão, que, além de causar um decréscimo na qualidade de vida, acarreta outra séria consequência, que é o aumento da mortalidade (PERREAULT; BOURBONNAIS, 2005; NUCCI, 2003)

Ao se deparar com o diagnóstico do câncer de mama, a mulher passa a vivenciar diversas alterações em sua vida (VENÂNCIO, 2004). O medo da morte, a interrupção de planos futuros, mudanças físicas e emocionais e modificações em seu estilo de vida fazem com que o câncer de mama seja a doença mais temida pelas mulheres, uma vez que compromete não somente a integridade física, mas também a relação que a paciente estabelece com seu corpo e mente, pois a mama é o símbolo corpóreo da sexualidade e maternidade (TRIKAS *et al.*, 2004; CARLSON; BULTZ, 2003; SADIN, *et al.*, 2002).

A incerteza sobre a duração ou a qualidade de vida no futuro requer da mulher um aprendizado, seja através da experiência ou de outra maneira, não somente sobre o que o diagnóstico significa em termos de sua vida, mas o que ela deve fazer para manter algum controle sobre ela (CORBIN; STRAUSS, 1988).

Bergamasco e Ângelo (2001) apontaram para a eficácia dos grupos de terapia para o paciente com câncer, no sentido de melhorar seu ajustamento psico-social, frente à doença. Almeida (1997) afirmou que o grupo de suporte permite a troca de experiências com outras mulheres com câncer de mama, favorecendo o enfrentamento da doença e suas incertezas, encorajando a autoconfiança, a esperança e a melhora moral.

As possibilidades de intervenções psicoterapêuticas em oncologia são muito amplas e variadas. Kunkel e Chen (2003) aventaram esse grande leque de possibilidades: individual ou em grupo, familiar, marital, cognitivo-comportamental ou de base analítica, breve ou de longa duração, com enfoques específicos ou tema aberto, suporte ou paliativa, entre outras tantas variações.

A literatura tem apontado para a importância dos exercícios na reabilitação física pós-cirúrgica (OLDERVOLL *et al.*, 2004; COURNEYA *et al.*, 2003; PRADO, 2001). Revisando o papel dos exercícios físicos em pacientes com câncer de mama, Pinto e Maruyama (1999) mostraram que os estudos que exploram os benefícios dos exercícios entre os sobreviventes do câncer são heterogêneos no que diz respeito ao foco de interesse (efeitos no funcionamento físico, humor, fadiga, depressão e qualidade de vida etc.), demonstrando que é seguro para o paciente com câncer de mama exercitar-se até mesmo durante terapias adjuvantes, como a quimioterapia.

Relativamente à resposta obtida sobre a percepção dos benefícios da prática da atividade física na esfera emocional, os resultados positivos estão diretamente ligados aos aspectos psicológicos, que se alteram em função do câncer de mama (PRADO, MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004; PINTO et al., 2002).

Portanto, analisar o impacto de um programa de atividade física nos níveis de depressão de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, é o objetivo do presente estudo.

CÂNCER, ATIVIDADE FÍSICA E DEPRESSÃO

Como em outras doenças estigmatizantes, o câncer de mama é, ainda, muito temido em nosso século, porque, na contemporaneidade, sua incidência vem crescendo. A alteração da estética e imagem corporal são aspectos a serem considerados na prática profissional, especialmente quando se pensa em uma assistência preocupada, também, com a dimensão psicossocial.

Relativamente ao câncer de mama, ao receber o diagnóstico, a mulher vivencia sentimentos de medo, tristeza e negação, associados à importância da mama como símbolo da feminilidade, e também devido ao medo quanto aos tratamentos que poderão ser indicados (PRADO, 2001). Ao receber um diagnóstico de câncer de mama, a mulher passa a ter muitas dúvidas e questionamentos, devido ao estigma de doença terminal e que leva a muito sofrimento e eventual morte (FERREIRA; MAMEDE, 2003).

A pesquisa realizada por Bergamasco e Ângelo (2001) demonstrou a necessidade de as pacientes adaptarem-se à nova identidade, que é representada pelos ajustamentos às novas condições que passam a fazer parte de sua vida após o diagnóstico do câncer de mama.

Conforme relatou Venâncio (2004), cabe mencionar que as reações das pacientes frente à doença, ao tratamento e à reabilitação dependem de características individuais, tais como história de vida, contexto cultural e social, espiritualidade e opção sexual; bem como de uma avaliação sobre a importância da doença e a forma de enfrentá-la.

Epping-Jordan et al., (1999) apontaram os seguintes fatores que podem estar associados com ansiedade e depressão durante o câncer de mama: variáveis demográficas, idade, nível educacional, estágio da doença, temperamento (otimista ou pessimista), respostas ao estresse e estratégias de confrontação com a doença.

A depressão é uma fonte significativa e pouco reconhecida da morbidade e dos problemas sócio-econômicos, e um foco de predição e prevenção da angústia psicológica. Os comportamentos não saudáveis predisõem ao desenvolvimento da angústia psicológica, contribuindo, assim, para a manutenção dos hábitos não saudáveis existentes (LEE, 1999).

As pessoas que recebem um diagnóstico de câncer passam por vários níveis de estresse e angústia emocional. O medo da morte, a interrupção de planos futuros, as mudanças físicas e psíquicas, as mudanças do papel social e do estilo de vida, bem como as preocupações financeiras e legais são assuntos importantes para qualquer pessoa com câncer. Há um relato de 33% na prevalência de sintoma de depressão após o diagnóstico de câncer de mama (HJERL et al., 2002). Segundo Siegel (2000), a depressão e problemas psiquiátricos são encontrados pelo menos na metade de todos os pacientes com câncer, devido à ansiedade sobre a doença.

Conforme Romano (2002), quando há uma doença física, existe uma correlação entre o tipo de reação emocional e o curso clínico da moléstia. A depressão, por

exemplo, é um dos modos mais freqüentes pelos quais o paciente reage ao desenvolvimento do mal. A tristeza e o pesar são reações normais às crises que se enfrentam ao se descobrir com câncer; e todos os pacientes as sofrem, num momento ou outro. Não obstante, sendo a tristeza comum nesses pacientes, será muito importante diferenciar entre os níveis "normais" de tristeza e a depressão.

A incidência dos quadros mentais pode variar conforme a fase do tratamento. Burguess et al. (2005) fizeram um estudo observacional de corte, enfocando a ocorrência de depressão e ansiedade em mulheres em fase inicial de câncer de mama. A prevalência encontrada, tanto da depressão como na ansiedade no primeiro ano da doença, é cerca de duas vezes maior, quando comparada com a população feminina em geral.

Além de causar um decréscimo na qualidade de vida, a depressão tem uma outra séria conseqüência, que é o aumento da mortalidade. Conforme os autores, foi encontrado um modesto mas significativo risco de mortalidade, dependendo do tempo de depressão e estágio do câncer (HJERL et al., 2002).

Ell, Sanchez e Vourlekis (2005) estudaram a incidência de depressão em mulheres norte-americanas de baixo nível econômico-cultural e com diagnóstico de câncer ginecológico ou de mama, e encontraram aí uma prevalência maior, em relação a outros grupos populacionais, com correlações de dor, ansiedade e perda de qualidade de vida no quesito saúde. Preocupações econômicas são uma particularidade desse grupo, principalmente em relação à qualidade do tratamento recebido, e podem ser um fator relacionado à depressão. Os autores sugerem que as particularidades desse grupo possam definir ações específicas. Embora não haja nenhum estudo específico da realidade do Brasil, os achados desse estudo podem ser extrapolados à realidade de grande parte da população brasileira.

Segundo Spiegel (2000), a depressão e os problemas psiquiátricos são encontrados em, pelo menos, metade de todos os pacientes com câncer, devido à ansiedade sobre a doença. Há uma redução de 10 a 20 % na sobrevida, devido a atrasos no tratamento (enfrentamento); a auto-estima está seriamente comprometida em estados afetivos depressivos. Há, inclusive, uma forte tendência em se associar a ansiedade aos estados depressivos.

De fato, saber com certeza se a ansiedade pode ser uma das causas de depressão ou se, ao contrário, pode surgir como conseqüência, tem sido uma questão aberta a pesquisas e reflexões. Strian e Klicpera (1984) consideraram um quadro unitário tanto depressão como ansiedade.

Durante o curso do câncer de mama, o tratamento psicoterápico para depressão se torna efetivo. Depressão, ansiedade e dor são reduzidas em pacientes doentes. Alguns níveis de depressão se consideram leves e subclínicos, normalmente quando inclui em apenas alguns dos critérios para o diagnóstico de depressão grave. Mesmo se tratando de depressão leve, é considerada angustiante e necessita de intervenção, como, por exemplo, a terapia de grupo ou individual, tanto através de um profissional de saúde mental como dos vários grupos de apoio ou auto-ajuda (MEYER, 1995).

Mesmo na ausência de sintomas expressivos de depressão, muitos pacientes manifestaram interesse na terapia de apoio, embora nem sempre esses pacientes sejam encaminhados a um profissional de saúde mental qualificado. Quando não tratados, esses casos de depressão (ainda que leves), depois de terem aparentemente desaparecido, podem recorrer, intensificar-se e tornar-se duradouros (STRIAN; KLICPERA, 1984).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a prática de atividade física regular promove o bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão. O rápido crescimento das doenças crônicas associadas à inatividade física vem sendo registrado tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. A maioria dos adultos nos países desenvolvidos é inativa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). A prática de atividade física regular é um dos principais componentes na prevenção do crescimento da carga global de doenças crônicas, sendo uma das principais estratégias de auxílio ao tratamento dessas doenças.

Conforme Martinsen (1994), exercícios físicos em pessoas depressivas é uma das formas efetivas de psicoterapia. As formas de exercícios aeróbicos e anaeróbicos são igualmente benéficos, e os pacientes relatam o exercício como uma forma útil e eficaz de terapia.

De um modo geral e abrangente, as investigações dos últimos dez anos costumam ter resultados diversos, embora quase todos ressaltem um efeito positivo da atividade física na depressão e na ansiedade. Weinberg e Gould (1997) relacionaram a atividade física vinculada ao bem-estar psicológico, sugerindo que, em geral, o exercício diminuiria a ansiedade, a depressão, a tensão, a ira, as fobias, além de melhorar a autoconfiança e a estabilidade emocional. Abele (1993) e Yeung (1996) também afirmaram que o exercício tem um efeito positivo sobre o humor, assim como North (1990) e Isen (1990), que consideraram a atividade física um forte fator de alívio para a depressão.

Algumas pesquisas indicaram que a atividade física pode beneficiar na terapia da reabilitação em indivíduos com distúrbios psicológicos, pois pode agir como catalisador de relacionamentos inter-pessoais e estimular a superação de novos desafios (CHEIK et al., 2003).

Recentes estudos têm relatado os efeitos positivos do exercício nos resultados fisiológicos, em mulheres com câncer de mama, tal como a redução da fadiga, melhora da capacidade funcional, da composição corporal e diminuição da náusea. Sobre os resultados psicológicos, os autores afirmaram uma maior estabilidade do estado emocional, diminuição da depressão, melhora da auto-estima e satisfação com a vida (BIDDLE; FOX; BOUTCHER, 2001).

Entre as hipóteses que tentam explicar a ação dos exercícios sobre a ansiedade e a depressão, uma das mais aceitas é a hipótese das Endorfinas. Segundo Lobstein (1991), a teoria da endorfina sugere que a atividade física desencadearia uma secreção de endorfinas capaz de provocar um estado de euforia natural, por isso aliviando os sintomas da depressão.

Muito embora não seja possível confirmar ainda e categoricamente alguma relação causal explícita e direta entre a atividade física e a redução da ansiedade e/ou da depressão, vamos adotar algumas considerações relatadas por Biddle, Fox e Boutcher (2001) no qual é citado o National Institute of Mental Health (órgão estatal norte-americano que avalia a saúde mental) sobre a atividade física e sua relação com o estresse e depressão. São elas:

- A condição física se encontra positivamente ligada à saúde mental e ao bem-estar.
- A atividade física se acha associada à redução das emoções relativas ao estresse, como o estado de ansiedade.
- A atividade física está ligada a uma visível redução do nível moderado de depressão e ansiedade.

- A atividade física em longo prazo pode ser acompanhada por uma redução dos sintomas da ansiedade.
- As depressões dos tipos moderada-grave ou grave e severa podem exigir um tratamento profissional que pode incluir a prescrição de medicamentos, a eletroconvulsoterapia ou a psicoterapia. Para esses casos, a atividade física serviria de complemento.
- Uma atividade física adequada é acompanhada da redução de alguns indicadores de estresse, como, por exemplo, a tensão neuro-muscular, a frequência cardíaca em repouso e alguns hormônios relacionados ao estresse (cortisol, adrenalina...).
- No plano clínico, é opinião atual que a atividade física produz efeitos emotivos benéficos em quaisquer idades e sexos.
- As pessoas com um bom estado físico que necessitam de um medicamento psicotrópico podem praticar com total segurança uma atividade física sob orientação de um profissional capacitado.

A prática da atividade física, associada ao tratamento do câncer, é descrita como benéfica, pois tem um efeito psicológico positivo no humor, melhora a capacidade funcional, aumenta o apetite e melhora a qualidade de vida dos pacientes (OLIVEIRA; CHRISTOS, 1997).

METODOLOGIA

Assumiu-se, nesta investigação, uma postura de complementaridade metodológica, adotando procedimentos do tipo descritivo. O estudo teve por base um delineamento experimental uma vez que contou com grupo experimental e grupo controle, além da manipulação de variáveis avaliadas em dois momentos distintos (pré e pós) controle não equivalente (THOMAS; NELSON, 2000).

Após a aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa (Resolução 196/96), a amostra foi constituída por 35 mulheres diagnosticadas com câncer de mama (amostra de conveniência), das quais 23 participaram do grupo experimental e 12, do grupo controle. O processo de recrutamento das mulheres foi através de convites (aleatórios), através do qual todas as participantes do grupo experimental, foram informadas sobre o objetivo da pesquisa e assinaram o consentimento livre e esclarecido. Com relação ao grupo controle, ao aceitarem o convite, também assinaram o consentimento livre e esclarecido, sendo convidadas a preencherem o instrumento de avaliação psicológica.

Os critérios de inclusão para a amostra exigiam mulheres submetidas a cirurgia por câncer de mama, terem 03 meses no mínimo de pós- cirurgia, local da residência e liberação da oncologista responsável. Já os critérios de exclusão estabeleciam: mulheres com câncer de mama que não foram submetidas a nenhum tipo de cirurgia, terem menos de 03 meses de cirurgia e a não liberação da oncologista responsável.

A idade das participantes variou entre 21 e 80 anos, sendo que a média de idade do grupo experimental foi de $54,1 \pm 9,4$ anos, e a do grupo controle foi de $44,3 \pm 14,4$ anos. Entre as mulheres que constituíram a amostra, 57,1% da prevalência do câncer se encontravam na faixa etária de 45 a 60 anos.

A coleta de dados foi realizada separadamente para o grupo experimental e controle. As mulheres que concordaram em participar do estudo foram submetidas aos seguintes procedimentos:

Grupo experimental:

- Participaram de: uma palestra sobre promoção de Saúde e Qualidade de Vida; uma palestra sobre os benefícios de um programa de atividade física, para o paciente diagnosticado com câncer.
- Receberam todas as orientações e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, contendo os objetivos sobre o programa.
- Passaram por uma avaliação física, executada por professores de Educação Física, em conjunto com uma enfermeira e uma fisioterapeuta.
- Preencheram o instrumento de avaliação.

Grupo controle :

- Receberam todas as orientações e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.
- Receberam todas as informações necessárias para o preenchimento do instrumento de avaliação.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. A primeira por meio do preenchimento da escala de depressão, adaptado com base na literatura, para mensuração desses itens (pré-teste – grupo experimental e controle). Na segunda etapa, solicitou-se novamente o preenchimento da escala (pós-teste).

O programa de atividade física teve a duração de 20 semanas, tendo sido inseridos programas de atividade física variados, consistindo de: exercícios físicos, atividades aeróbicas moderadas do tipo misto, alongamento, dança e atividades culturais e recreativas.

As sessões iniciais incluíram exercícios do tipo aeróbico (baixo impacto), nas primeiras 04 semanas, e moderado impacto nas seguintes, com o uso de músicas para a atividade aeróbica, alongamento e relaxamento (30 minutos de aeróbica, 15 minutos de alongamento e 15 minutos de relaxamento em cada aula). Durante o programa houve atividades extras, como passeios, gincanas e caminhadas ecológicas. As aulas ocorreram 02 vezes por semana, com 01 hora cada sessão. Não houve desistência, dessa forma a amostra continuou intacta até a finalização do programa.

Com relação ao instrumento, foi utilizado para a avaliação da depressão o Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory - BDI) desenvolvido por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961) é provavelmente a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países (DUNN; SHAM; HAND, 1993). Este é um questionário do tipo Lickert de 5 pontos, caracterizado por um *continuum* que varia do desacordo total à concordância total (1= Discordo totalmente, 2= Discordo, 3= Não concordo nem discordo; 4= Concordo, 5= Concordo totalmente). A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido. Os escores foram classificados de acordo com o critério de pontos de corte do “Center for Cognitive Therapy”, que define: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 = depressão de leve a moderada; de 19 a 29 = depressão moderada a grave; e de 30 a 63 = depressão grave. A depressão (inventário de Beck, 1961), por sua vez, encontra-se dividida em 3 escalas: auto-avaliação negativa – obtida através da soma adquirida dos resultados dos itens 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 41 e 43 do questionário utilizado;

deficiência cognitiva – obtida através da soma adquirida dos resultados dos itens 36, 37, 38, 39, 40 e 42; afeto negativo – obtido através da soma adquirida dos resultados dos itens 32, 33, 34 e 35.

Os dados produzidos pelo presente estudo foram organizados através de estatística descritiva em média, desvio padrão, frequência e percentual, sendo que a normalidade dos dados foi testada através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Para avaliar o impacto do programa de atividade física sobre as variáveis psicológicas recorreu-se ao teste-*t de Student* pareado para comparar os resultados do pré e pós testes dentro de cada grupo. Além disso, utilizou-se o teste-*t de Student* independente para avaliar as diferenças entre os grupos para amostras independentes. O nível de significância adotado foi de 0,05. Para um adequado tratamento estatístico dos dados recolhidos no presente estudo, foi utilizado o software “*Statistical Package for Social Sciences* ®” (SPSS®) em sua versão 13.0 para o sistema Windows.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados de caracterização da amostra revelaram que a idade das participantes variou entre 21 e 80 anos, sendo que a média de idade do grupo experimental foi de $54,1 \pm 9,4$ anos, e a do grupo controle foi de $44,3 \pm 14,4$ anos. Entre as mulheres que constituíram a amostra, 57,1% da prevalência do câncer se encontravam na faixa etária de 45 a 60 anos. As características clínicas da amostra referentes ao tipo de intervenção cirúrgica estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1: Dados de caracterização clínica da amostra

GRUPOS	Auto-avaliação Negativa		Deficiência Cognitiva				Afeto Negativo			
	Mastectomia Unilateral		Mastectomia Bilateral		Mastectomia + Tumorectomia		Quadrantectomia Bilateral			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Grupo Experimental (n=23)	19	54,29%	1	2,86%	1	2,86%	1	2,68%	1	2,68%
Grupo Controle (n=12)	10	28,57%	-	-	-	-	-	-	2	5,71%

f= frequência; % = percentual.

De acordo com os dados apresentados, a maioria da amostra, cerca de 82,86% do total havia sido submetido ao tratamento radical unilateral. As análises por grupo revelaram que as mulheres foram do grupo experimental, 82,9% fizeram a mastectomia radical; 4,3%, mastectomia radical bilateral; 4,3%, mastectomia e tumorectomia; 4,3%, quadrantectomia bilateral; e 4,3%, fizeram quadrantectomia. No grupo controle, 83,3% das mulheres fizeram mastectomia radical, e 16,7% fizeram a quadrantectomia. Entre as participantes, detectamos que, em 02 mulheres do grupo experimental, e em 03 mulheres do grupo controle, havia-se desenvolvido o linfedema.

Os dados produzidos pela aplicação do questionário de Beck estão expostos na tabela a seguir (tabela 2).

Tabela 2: Valores médios (\bar{x}) e desvios-padrão (SD) das escalas avaliadas pelo Inventário de Beck entre o grupo controle e experimental no pré e pós teste.

GRUPOS	Auto-avaliação Negativa		Deficiência Cognitiva		Afeto Negativo	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Grupo Experimental (n=23)	23,52±5,77*	16,83±4,62	19,13±4,75*	14,52±5,15	12,87±3,89*	8,61±3,27
Grupo Controle (n=12)	21,83±4,97	19,92±5,25	14,50±4,56	12,42±2,97	9,00 ±2,83	12,83±3,19

* efeito significativo observado na variável na comparação entre o pré e o pós tratamento

O impacto de um programa de atividade física, na depressão de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, participantes do grupo experimental informaram diferenças significantes entre o pré e o pós teste. Os resultados obtidos demonstraram uma diminuição significativa da auto-avaliação negativa ($p=0,000$), da deficiência cognitiva ($p=0,000$), e dos afetos negativos ($p=0,000$), verificando-se sempre uma melhora nos resultados do pós-teste.

No grupo controle também foi identificadas diferenças significantes nas médias da deficiência cognitiva ($p=0,018$) e os afetos negativos ($p=0,001$), demonstrando haver uma diminuição estatisticamente significativa quando comparados o pré com o pós-teste.

Além disso, na comparação entre os grupos notou-se ainda uma redução estatisticamente significativa na auto-avaliação negativa no pós teste entre os grupos. Sendo que a redução desta variável no grupo experimental foi significativamente reduzida quando comparadas ao grupo controle.

DISCUSSÃO

Com relação à depressão, Siegel (1996), afirmou que depressão e problemas psiquiátricos são encontrados pelo menos na metade de todos os pacientes com câncer, devido à ansiedade sobre a doença. Conforme relatou Lee (1999), a depressão é uma fonte significativa e pouco reconhecida da morbidade e um foco de predição e prevenção da angústia psicológica.

Quando há uma doença física, existe uma correlação entre o tipo de reação emocional e o curso clínico da moléstia. A depressão, por exemplo, é um dos modos mais frequentes pelos quais o paciente reage ao desenvolvimento do mal (ROMANO, 2002).

Em relação ao grupo experimental, os resultados obtidos, observou-se que as diferenças das médias da variável depressão, apresentadas no pré e pós-teste, também foram estatisticamente significantes em todas as escalas, observando-se resultados mais acentuados, obtendo-se diferenças na auto avaliação negativa ($p=0,000$), na deficiência cognitiva ($p=0,000$) e nos afetos negativos ($p=0,000$).

Em nosso estudo, relativamente a esses dados, podemos considerar que em função dos valores obtidos nos resultados do grupo controle e experimental serem próximos, a possibilidade de haver ocorrido o efeito Hawthorne (melhora do desempenho, através da simples observação). Conforme Fletcher, Fletcher e Wagner (1996), as pessoas tem

tendência de mudar seu comportamento, quando são alvo de interesse e atenção especial em um estudo, independentemente da natureza específica da intervenção que possam estar recebendo. Tanto as participantes do grupo experimental como as do controle acabavam encontrando-se em consultas, na sala de medicação ou mesmo na fisioterapia, onde eram frequentes os questionamentos por parte das mulheres do grupo controle, e os relatos dos acontecimentos dentro do programa, pelas participantes do grupo experimental.

Entretanto, independentemente da possibilidade de haver ocorrido o efeito Hawthorne, diversos estudos, como os desenvolvidos por King, Taylor e Haskell (1993) revelaram aspectos positivos do exercício aeróbio na diminuição dos níveis de ansiedade, de depressão e de estresse.

Gandee, Knierim e Mclittle-Marino (1998) também relataram que atividades aeróbias, como caminhada, natação, dança, assim como *tai chi* e *yoga* ajudam o corpo a retornar a um estado mais relaxado, diminuindo os aspectos psicológicos negativos, que influenciam na depressão.

Com base nos estudos de Berger e Macinman (1993), pode-se afirmar que o exercício físico pode reduzir os níveis de ansiedade, depressão e raiva, considerados sintomas de estresse, e também reduziria a influência de fatores de estresse psico-sociais sobre o indivíduo (BLUMENTHAL et al., 1988; CREWS; LANDERS, 1987).

Para Cardoso (1992), a atividade física faz com que o indivíduo tenha uma maior participação social, obtendo um bom nível de bem-estar bio-psicofísico, fator que contribui para uma melhoria da qualidade de vida.

Os dados do presente estudo revelaram que o grupo controle também apresentou uma redução em duas facetas relacionadas à depressão. Com relação a esses resultados, podemos constatar, que existe uma adaptação natural relacionada à doença. Bloom (1983) in Odge (1999), Silva e Mamede (1998) e Biffi (2003), afirmaram que são vários os fatores que influenciam na adaptação e adequação da doença, e cada mulher, de acordo com sua realidade, tem um tipo de enfrentamento mediante a doença.

No entanto, quanto aos resultados obtidos entre a média das diferenças no pós e pré-teste da variável depressão, os grupos controle e experimental apresentaram diferenças estatisticamente significantes na auto-avaliação negativa, ($p=0,001$), observando-se que houve uma diferença acentuada a favor do grupo experimental.

Sobre a prática de atividade física, Oliveria e Christos (1997) descreveram que quando associada ao tratamento do câncer, torna-se benéfica, por ter um efeito psicológico positivo no humor, aumentando o apetite, melhorando a capacidade funcional e a qualidade de vida dos pacientes.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo propiciou o reconhecimento do significado da atividade física, em uma proposta especialmente elaborada para pacientes com câncer.

O presente estudo direcionou-se no sentido de confirmar os resultados de outros estudos acerca da importância da atividade física para mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

Através dos resultados, constatou-se que um programa de atividade física melhora significativamente os níveis de depressão de mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Conforme observado, as médias da depressão, após a implantação do

programa de atividade física demonstraram diferenças estatisticamente significantes, na diminuição da auto-avaliação negativa, deficiência cognitiva e os afetos negativos.

Finalmente, podemos concluir que existem diferenças significantes entre as participantes e não-participantes de um programa de atividade física, no âmbito da depressão.

Dessa forma, a atividade física se reveste de maior importância, pela significativa possibilidade de um programa dessa natureza oferecer a essas pessoas que buscam novamente um sentido para a sua vida estabilidade emocional, visando a um melhor bem-estar geral.

REFERÊNCIAS

ABELE, A.; BREHM, W. Mood effect on exercise versus sports games: findings and implications for wellbeing and health. *Int Ver Health Psychol*, 2: 53-80. 1993.

ALMEIDA, A. M. *Cancer de Mama: análise dos fatores de risco sob a perspectiva da teoria de Kurt Levin*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1991, 67 p.

BECK, A. T, RUSH, A. J, SHAW, F. B; EMERY, E. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J.; ERBAUGH, G. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry* 4:53-63. 1961

BENNETT, J.; PLUM, F. *Tratado de medicina interna*. 20a. Edição; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1997.

BEREK, J., ADASHI, E.; HILLARD, P. *Tratado de ginecologia*. 12 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998.

BERGAMASCO, R. B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47 (3):277-82.2001.

BIDDLE, S. J. H., FOX, K. R.,; BOUTCHER. S. H. *Physical activity and psychological well-being*. London and New York: Routledge. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle do câncer de mama. Documento de Consenso*. 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> . Acesso em fevereiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Câncer de mama*. 2006. Disponível em : <http://www.inca.org.br/cancer/tipos/mama.html> Acesso em Maio de 2007.

BURGUESS, C., CORNELIUS, V., LOVE, S., GRAHAM, J., RICHARDS, M.; RAMIREZ, A.. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ* 330: 702.2005

CARLSON, L.E.; BULTZ, B.D. Cancer distress screening. Needs, models, and methods. *Journal of Psychosomatic Research*. 55 (5):403-409, 2003.

CORBIN, J. M.; STRAUSS, A., *Unending work and care : managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey-Bass : 358. 1998

COURNEYA K.S.; et al.; Randomized controlled trial of exercise training in postmenopausal breast cancer survivors: cardiopulmonary and quality of life outcomes. *J Clin Oncol*. 21 (9):1660-1668. 2003

DUNN, G., SHAM, P.; HAND, D.. Statistics and the Nature of Depression. *Psychological Medicine* 23:871-889. 1993

ELL K., SANCHEZ K.,; VOURLEKIS. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. *J Clin Oncol* 23: 3052-3060.2005

EPPING-JORDAN, J., COMPAS, B., OSOWIECKI, D., OPPEDISANO, G., GERHARDT, C.; PRIMO, K. Psychological adjustment in breast cancer: processes and emotional distress. *Health Psychol*, 18(4):315-26.1999

FERREIRA, M.; MAMEDE, M. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 11 (3). 2003.

FREITAS, F. (1997). Rotinas em ginecologia. 3ª. Ed., Porto Alegre : Artes Médicas.

HJERL, K., ANDERSEN, E. W., KEIDING, N., MORTENSEN, P. B.; JORGENSEN, T. Increased incidence of affective disorders, anxiety disorders, and non-natural mortality in women after breast cancer diagnosis: a nation-wide cohort study in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(4), 258-264(7).2002.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA (BRASIL). *Estimativa 2008: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro. Editora Esdeva, 2007. 94p

KORNBLITH, A.B., & LIGIBEL, J. Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Semin Oncol* 30 (6): 799-813. 2003.

KUNKEL, E.J.S. & CHEN, E.I.. Psychiatric aspects of women with breast cancer. *Psychiatr Clin N Am* 26: 713-724. 2003.

LEE, C. Health habits and psychological well-being among young, middle-aged and older Australian women. *British Journal of Health Psychology*, 4, 301-314.1999.

LOBSTEIM, D.; RASMUSSEN, C. Decrease in resting plasma beta-endorphine and depression scores after endurance training. *J Sports Med Phys Fit*, 31: 543-551. 1991.

MARTINSEN, E. W. Physical activity and depression: clinical experience. *Acta psychiatrica Scandinavica*, Supplementum, 377:23-7.1994.

MEYER, D. E. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas; Cap. 4,p. 63. 1995.

NUCCI, N.A.G. *Qualidade de Vida e Câncer: um estudo compreensivo*. 2003, 225 f. Tese (doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - USP, Ribeirão Preto.2003

OLDERVOLL, L.M.; et al.; Physical exercise results in the improved subjective well-being of a few or is effective rehabilitation for all cancer patients. *Eur J Câncer*, 40 (7): 951-962. 2004.

OLIVERIA, S.A.; CHRISTOS, P. J. The epidemiology of physical activity and cancer. *Ann NY Acad Sci*;833: 79-90. 1997

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília. 2003.60p. Disponível em:<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf. Acessado em 30/12/2003.

PERREAULT, A.; BOURBONNAIS, F.F. The experience of suffering as lived by women with breast cancer. *International Journal of Palliative Nursing*. 11 (10): 510-520. 2005.

PINTO, B. M.; MARUYAMA, N. C. Exercise in the rehabilitation of breast cancer survivor. *Psycho-oncology*, 8,191-206. 1999.

PRADO, M.A.S., *Aderência à atividade física em mulheres submetidas a cirurgia por câncer de mama*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Psiquiatr.21 (3). 2001.

PRADO, M. A. S., MAMEDE, M. V., ALMEIDA, A. M.; CLAPIS M. J. Physical training practice in women submitted to breast cancer surgery: perception of barriers and benefits. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 12,(3). 2004

ROCK, J.; THOMPSON, J. *Ginecologia operatória*. 8a. Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999.

ROMANO, B. W. Síndromes depressivas e suas relações com a cirurgia cardíaca In: *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira.2002

ROYALGARICUS (1999). *Câncer de mama*. Disponível em : <<http://www.portaldeginecologia.com.br>> . Acesso em: Março de 2005.

SADIN, B.; CHOROTA, P.; VALIENTEA, R.M.; LOSTAQB, L.; SANTEDA, M.A. Adverse psychological effects in women attending a second-stage breast cancer screening. *Journal of Psychosomatic Research*. 52,303-309, 2002.

SIEGEL, J. M., YACEY, A. K.; MCCARTHY, W. J. Overweight and depressive symptoms among African American Women. *Prev Med*;31(3):232-40.2000.

STRIAN, F. & KLICPERA, C. Anxiety and depression in affective disorders. *Psychopatology*, 17(1):37-48. 1984

THOMAS, J.R.; NELSON, J.K. *Métodos de Pesquisa em Atividade Física*. Porto Alegre - RS, Editora ArtMed. 2000.

TRIKAS, P.. et al.; Low prebiopsy state irritability scores at the clinical onset of invasive breast carcinoma. *Journal of Psychosomatic Research*. 56 (1):17-26, 2004.

VASCONCELOS-RAPOSO, J. Bem-estar psicológico, prática de exercício físico, auto-estima e satisfação corporal. *Congresso Gallego-Português de psicologia de la Actividad Física Y del Deporte*. Ptevedra, Espana, 4, 1-23. 2004.

VENÂNCIO, J. L., A importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(1): 55-63. 2004.

WEINBERG, R. S. & GOULD, D. *Psychologie du sport et de l'activité psyque*. Paris: Vogot, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World health day 2002. Sedentary lifestyle: a global publichealth problem*. 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/world-health-day/>>. Acesso em: 08 junho 2006.