

ANSIEDADE E DEPRESSÃO PRÉ-CIRÚRGICA NUMA ENFERMARIA DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA E MASTOLOGIA

Ricardo Gorayeb¹, Heloisa Tereza Zucca Matthes¹, Roberta Maria Carvalho de Freitas¹, Juliana Caseiro¹, & Jurandyr Moreira de Andrade²

Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento (rgorayeb@fmrp.usp.br); 2-Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

RESUMO- O presente trabalho buscou avaliar os níveis de ansiedade e depressão pré cirúrgica, em mulheres com câncer de mama ou ginecológico, Método: participaram do estudo 181 pacientes, com média de idade de 52,8 anos, no período de 2002 a 2005 internadas em uma enfermaria de um hospital escola do interior do Brasil. Foi realizada uma entrevista estruturada e aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD. Para a análise dos dados foi utilizado um modelo de regressão linear múltiplo, visando avaliar a influencia das variáveis independentes sobre os escores de ansiedade e de depressão. Resultados: das participantes, 56,9% apresentavam câncer de mama e 13,3% referiram não ter informações sobre a cirurgia a que iriam se submeter. Observou-se que 32,6% referiram que o momento da quimioterapia como sendo o mais difícil do tratamento. Verificou-se que 44,8% das participantes apresentavam sintomas de ansiedade nas categorias moderado e grave e 31,5% sintomas de depressão nas categorias moderado e grave do HAD. A análise revelou a existência de variáveis influenciando nos escores de ansiedade [$F_{(5,175)}=3,13$; $p=0,01$]. Foi encontrada associação entre idade e ansiedade, de modo que cada ano aumentado na idade, diminuiu 0,08 no escore de ansiedade ($p<0,01$). Também encontrou-se a existência de variáveis influenciando nos escores de depressão [$F_{(5,175)}=3,69$; $p<0,01$]. Pela análise descritiva foi possível observar que pacientes que não apresentaram conhecimento sobre a cirurgia tinham maiores escores de depressão (média de depressão = 7,2), em relação aos pacientes que apresentaram conhecimento sobre a cirurgia (média de depressão = 4,6). Conclui-se que as pacientes mais jovens possuem maiores escores de ansiedade, sendo que esta diminui com o aumento da idade e que pacientes que não apresentam conhecimento sobre a cirurgia demonstram maiores escores de depressão, segundo a escala HAD. Estes dados demonstram importância da atuação do psicólogo para proporcionar as pacientes um melhor enfrentamento de sua doença.

Palavras chaves: ansiedade, depressão, escala HAD, câncer de mama, câncer ginecológico.

PRE-SURGICAL ANXIETY AND DEPRESSION IN AN ONCOLOGICAL GYNAECOLOGY AND MASTOLOGY NURSERY UNIT

ABSTRACT- The aim of this study was to evaluate the pre surgical anxiety and depression levels in women with gynecological or breast cancer. Methods: 181 patients participated in the study, with an average age of 52,8 years, from 2002 to 2005, while hospitalized in a university hospital in the interior of Brazil. A structured interview and the Hospital Anxiety and Depression (HADScale) were used. To analyze the data it was used a multiple linear regression model, in order to evaluate the influence of the

independent variables on the scores of anxiety and depression. Results: From the total of the participants, 56,9% had breast cancer and 13,3% refer not having information of the surgery they were about to undergo. Refer to chemotherapy as the most difficult moment of the treatment, 32,6% of the patients. Had anxiety symptoms in the categories moderate and severe, 44,8% of the participants and 31,5% had depression symptoms in the categories moderate and severe. The data analysis pointed out the existence of variables influencing the anxiety scores [$F_{(5,175)}=3,0$; $p=0,01$]. It was found association between age and anxiety, so every year of increase in age reduced 0,08 in the anxiety score. It was also found the existence of variables influencing the depression scores [$F_{(5,175)}=3,69$; $p<0,01$]. Through the descriptive analysis it was possible to observe that patients who did not had knowledge of their surgery had higher depression scores (average depression = 7,2), comparing with patients which had knowledge of their surgery (average depression = 4,6). It was concluded that younger patients had higher anxiety scores, which reduced with increase in their age, and that patients who did not had knowledge of their surgery presented higher depression scores in the HAD Scale. These data pointed out the importance of the psychologist intervention in order to help patients to achieve a better coping with their disease.

Keyword: anxiety, depression, HAD scale, breast cancer, gynaecological cancer

Recebido em 20 de Maio de 2010- Aceite em 12 de Fevereiro de 2012

O câncer ou neoplasia caracteriza-se como doença crônica degenerativa causada por alterações do equilíbrio celular, especificamente pelo aumento proliferativo e desordenado das células. Diversos fatores podem estar associados ao desenvolvimento de neoplasias, tais como variáveis químicas, físicas, biológicas (condições genéticas pré-determinadas) e ambientais. Sabe-se que comportamentos e estilos de vida também estão relacionados ao surgimento da doença, como: tabagismo, sedentarismo, consumo de álcool, hábitos alimentares inadequados e estresse (American Cancer Society, 2011; Instituto Nacional Câncer [INCA], 2012; National Cancer Institute, 2012; Straub, 2005; World Health Organization [WHO], 2012a).

No Brasil, estima-se que 52.000 novos casos de câncer de mama serão diagnosticados em 2012. O câncer de mama é o tipo de neoplasia mais comumente encontrada entre as mulheres e as estatísticas indicam que, juntamente com o câncer de colo de útero, as incidências da doença aumentam, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento (Foley, Alston, Geraci, Brabin, Kitchener, & Birch, 2011; INCA, 2012). Nos países desenvolvidos, a alta incidência de câncer de mama está relacionada à elevada expectativa de vida e à urbanização (WHO, 2012b).

O câncer de ovário, vulva, útero e colo são tipos de câncer ginecológicos. O câncer de ovário é menos frequentemente encontrado na população e considerado de difícil diagnóstico, com menores chances de cura (INCA 2012). Já o câncer de colo de útero é o segundo tipo de câncer observado entre as mulheres brasileiras e, segundo as estimativas, cerca de 18.000 casos novos serão diagnosticados em 2012 no país (INCA 2012).

O diagnóstico de câncer acarreta sucessivas perdas no curso de vida do paciente que, na maioria dos casos, tem que abandonar rotinas diárias, o trabalho e atividades prazerosas para dar início imediato ao tratamento. Este último, por sua vez, compreende procedimentos cirúrgicos para remoção de tumores, sessões de quimioterapia e radioterapia, além de diferentes exames. É um tratamento considerado invasivo, longo e potencialmente turbulento,

uma vez que a paciente convive com a incerteza da cura. Além disso, muitas vezes esse diagnóstico acarreta aumento do estresse e perturbação emocional, compatíveis com o enfrentamento de uma doença que ameaça sua integridade física e que exige cuidados intensivos (Barros & Lopes, 2007; Silva & Santos, 2008).

Alguns estudos apontam para a prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes com câncer, uma vez que estão expostos repetidamente a procedimentos médicos que podem ocasionar dores e a mutilação de membros, a efeitos colaterais do tratamento e a outros fatores relacionados à internação, como os sucessivos retornos aos hospitais, adaptação ao ambiente hospitalar, alteração de rotina, além da separação de seus familiares (Juver & Verçosa, 2008). Dentre as comorbidades psiquiátricas mais frequentes estão os transtornos de ansiedade e transtornos de humor (Jones et al., 2006).

A capacidade de ajustamento emocional do paciente com relação ao adoecer envolve diversos aspectos de sua vida como: perspectivas profissionais e familiares antes e durante o surgimento da doença, suporte social e aspectos relativos à doença, dentre eles sintomas, sítio do câncer, possibilidades de tratamento e prognóstico (Báñez, Blasco, Fernandez-Castro & Viladrich, 2009; Massie & Popskins, 1998;). Diante desse quadro, observam-se, frequentemente, pacientes com sentimentos de tristeza, pesar e sintomas de ansiedade que podem ser considerados como “reações esperadas e normais” frente ao diagnóstico da doença. No entanto, é importante observar esses sintomas como a possibilidade de prevenir um quadro depressivo ou ansioso e, assim, identificar a necessidade de um tratamento específico (Juver & Verçosa, 2008; Pasquini et al.; 2006).

Humor deprimido, perda de interesse e prazer em atividades, cansaço marcante após esforços leves, prejuízos na atenção e na concentração, autoestima e auto confiança reduzidas, idéias auto lesivas ou suicidas, sono perturbado e apetite diminuído são sintomas que permitem o diagnóstico de um quadro depressivo, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças – CID-10 (2007). Phillis (2001) descreve outras características associadas a esses sintomas, como pessimismo frente a situações diversas, dificuldades de tomar decisões, irritabilidade, inquietação e choro excessivos, que podem ser observadas em um quadro de depressão.

Além dos sintomas depressivos, a ansiedade é frequentemente observada em pacientes com câncer (Juver & Verçosa, 2008; Pasquini et al., 2006). Esta última tem sido definida como um estado emocional desagradável, acompanhado de desconforto somático, que guarda relação com outra emoção, o medo. Assim como apresentar somente sentimentos de tristeza, desmotivação e apatia não justificam o diagnóstico de um transtorno depressivo entre pacientes com doenças crônicas, somente a presença de sensações corporais relativas à ansiedade também não caracteriza a presença de uma patologia. É necessário compreender o contexto e o tempo de permanência dos sintomas para se aferir um diagnóstico (Dalgalarondo, 2008).

Ell et al. (2005), em um estudo realizado nos Estados Unidos, avaliaram a prevalência de depressão em mulheres com diagnóstico de câncer de mama e ginecológico e correlacionaram tal quadro a outros sintomas como dor, ansiedade, características sócio-demográficas e suporte social. Em seus resultados, observaram que depressão aparece como comorbidade em aproximadamente 24% das pacientes. Os sintomas de depressão foram prevalentes, sobretudo, em mulheres de baixa renda e que apresentaram baixo suporte social.

Moreira, Silva e Navarro (2008), em Portugal, realizaram um estudo comparando os níveis de ansiedade, depressão e qualidade de vida em mulheres com diagnóstico recente de câncer

de mama e também pacientes que já tinham sido submetidas ao tratamento dessa doença. Os autores identificaram que mulheres com diagnóstico recente apresentaram níveis de ansiedade e depressão maiores que as pacientes que já haviam finalizado o tratamento. Quando comparados, verificaram que os níveis de ansiedade encontrados em todas as pacientes demonstraram ser bem maiores do que os níveis de depressão.

A identificação e o tratamento de transtornos de ansiedade e de humor podem aumentar substancialmente a qualidade de vida dos pacientes com câncer (Ashbury, Madlensky & Raich, 2003; Juver & Verçosa, 2008; Massie, 2004; Massie & Popkins, 1998; Pasquini et al. 2006; Straub, 2005). O presente estudo teve como objetivo avaliar a presença de sintomas de ansiedade e depressão, em pacientes com câncer de mama e ginecológico, internadas para procedimento cirúrgico, em uma enfermaria de um hospital escola do interior de São Paulo, Brasil.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo 181 mulheres internadas na Enfermaria de Oncologia Ginecológica e Mastologia de um hospital escola no interior do estado de São Paulo, Brasil, no período de 2002 a 2005, que seriam submetidas a cirurgias de retirada do tumor maligno. Todas as participantes submeteram-se previamente a exames médicos especializados como mamografias, ultra-som, punções e biópsias, em ambulatórios especializados de mama e de ginecologia oncológica, sendo que receberam o diagnóstico médico de câncer ginecológico (ovário, útero, vulva e colo de útero) ou câncer de mama. Participaram do estudo as mulheres que apresentavam, no momento da coleta de dados, condições físicas que lhes permitiam responder aos inventários. Foram excluídas as pacientes que se encontravam sedadas ou que apresentavam queixas de dor ou mal-estar significativo, que pudessem tanto comprometer a coleta dos dados, quanto gerar maiores sofrimentos à paciente. Também foram excluídas mulheres que apresentavam comprometimento cognitivo ou na fala que as impedissem de responder adequadamente aos instrumentos.

Material

I – Roteiro de Entrevista Estruturada: Instrumento estruturado, elaborado pelos pesquisadores, que visava avaliar: (1) dados sócio-demográficos: idade, estado civil, número de filhos; (2) conhecimento da paciente sobre o seu tratamento/ sobre os procedimentos médicos (3) avaliação subjetiva dos momentos mais difíceis do tratamento; (4) condições clínicas: diagnóstico e estadio da doença (dados consultados no prontuário médico da paciente, disponibilizado pela instituição).

II - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) (Zigmond & Snaith, 1983): A HAD contém 14 itens com quatro alternativas de respostas, divididas em sete questões referentes ao estado de ansiedade e sete referentes a sintomas depressivos. Quanto à aplicação da escala, solicitava-se que a paciente indicasse a alternativa de resposta que melhor descrevesse seus sentimentos da última semana. A HAD pontua os sintomas de ansiedade e depressão obedecendo a três níveis: leve (0 a 6 pontos), moderado (7 a 12 pontos) e grave (13 pontos ou mais). A escala possibilita ao profissional um auxílio na identificação mais criteriosa dos sintomas presentes, sendo uma ferramenta de auxílio no diagnóstico de um

episódio depressivo. A HAD foi utilizada na versão traduzida e adaptada ao português brasileiro (Botega, 1995).

Procedimentos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição. As pacientes somente participavam do estudo após a concordarem com o estudo e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados por quatro psicólogas previamente treinadas e vinculadas ao Serviço de Psicologia da instituição.

As pacientes foram convidadas a participar do estudo quando estavam internadas, na véspera da cirurgia. As participantes respondiam verbalmente aos instrumentos aplicados pelas entrevistadoras, que, quando necessário, se colocavam à disposição para repetir perguntas e tirar dúvidas relacionadas à dificuldade de compreensão do material. O tempo médio de aplicação dos instrumentos foi de 45 minutos com cada participante.

Para atender aos objetivos foi realizado um modelo de regressão linear múltiplo (Neter, 1990), empregado para estudar a relação entre uma única variável dependente e diversas variáveis independentes. Esse modelo tem como pressuposto que seus resíduos tenham distribuição normal com média 0 e variância constante. No caso da variável Depressão tal pressuposto não foi observado, para isso foi utilizada uma transformação raiz quadrada nesta variável. Os resultados foram obtidos com o auxílio do software SAS® 9.0, através da PROC GLM.

RESULTADOS

Características sóciodemográficas e clínicas

As mulheres que participaram do estudo tinham média de idade de 52,8 anos (*DP*=13,3) e em média 3,1 filhos (*DP*=2,4). Quanto ao estado civil, 65,2% relataram ter companheiros (ser casada ou amasiada), como descrito no Quadro 1.

Quadro 1: Descrição das participantes (*N*=181) em relação características sóciodemográficas, clínicas e quanto ao conhecimento da cirurgia.

Variável		Frequência	Percentual	Média	DP
Idade				52,8	13,3
Nº de filhos				3,1	2,4
Estado civil	Com companheiro	118	65,2		
	Sem companheiro	63	34,8		
Tipos de diagnósticos	CUOV*	78	43,1		
	Mama	103	56,9		
Estadio da doença	1	7	3,9		
	2	14	7,7		
	3	10	5,5		
	4	37	20,4		
	5	40	22,1		
	6	8	4,4		

Variável	Frequência	Percentual	Média	DP
7	27	14,9		
8	5	2,8		
9	27	14,9		
10	2	1,1		
11	4	2,2		
Conhecimento sobre a cirurgia	Sim	157	86,7	
	Não	24	13,3	

* CUOV = diagnósticos de cancer de colo, útero, ovário ou vulva. DP= Desvio Padrão

Em relação ao diagnóstico de neoplasia, 56,9% das participantes apresentavam diagnóstico de câncer de mama e 13,3% das pacientes referiram não ter informações sobre a cirurgia a que iriam se submeter (Quadro 1).

O gráfico 1 mostra as porcentagens das respostas das participantes quanto ao momento mais difícil do seu tratamento.

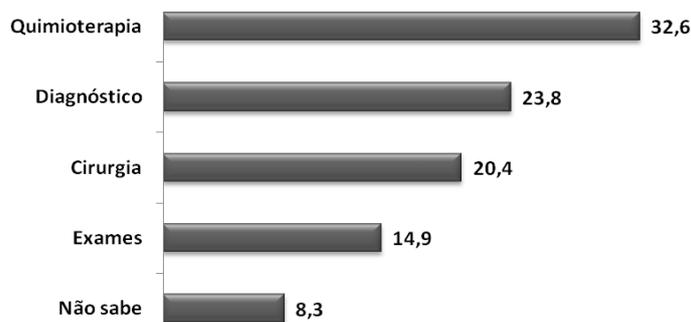


Gráfico 1: Porcentagem das respostas das participantes sobre o momento mais difícil do tratamento (N=181).

Observou-se que 32,6% das mulheres consideram “submeter-se à quimioterapia”, como o momento mais difícil do tratamento, como mostra o gráfico 1.

Avaliação de ansiedade e depressão

Os gráficos 2 e 3 demonstram os níveis de ansiedade e depressão de pacientes com câncer de mama e ginecológico medidos pelo HAD.

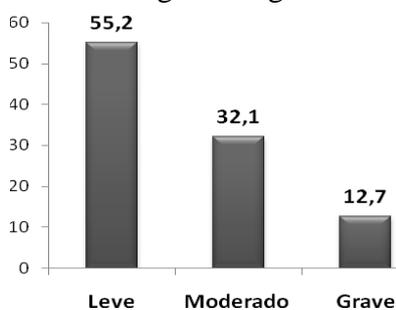


Gráfico 2: Porcentagens das participantes nas categorias de ansiedade (HAD).

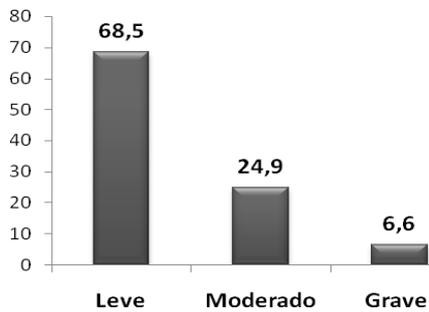


Gráfico 3: Porcentagens das participantes nas categorias de depressão (HAD).

Das participantes do estudo, 44,8% apresentaram sintomas de ansiedade nas categorias moderado e grave, no momento pré cirúrgico, e 31,5% demonstraram sintomas de depressão nas categorias moderada ou grave, nesta mesma fase do tratamento.

Preditores dos escores de ansiedade e depressão

Os escores brutos de ansiedade e depressão, medidos pela HAD, foram também analisados. A descrição dos escores é apresentada no Quadro 2.

Quadro 2: Média e Desvio Padrão dos escores de ansiedade e depressão medidos pelo HAD, segundo características sócio-demográficas, clínicas e psicológicas (N=181).

Variáveis	Categorias	N	Escores de Ansiedade	Escores de Depressão
Estado civil	Com companheiro	118	M= 6,6 (DP= 4,3)	M= 5,1 (DP= 4,4)
	Sem companheiro	63	M= 6,4 (DP= 4,3)	M= 4,6 (DP= 4,5)
Conhecimento sobre a cirurgia	Sim	157	M= 6,3 (DP=4,2)	M= 4,6 (DP= 4,2)
	Não	24	M= 7,6 (DP= 4,3)	M= 7,2 (DP= 5,1)
Tipos de diagnósticos	CUOV*	78	M= 6,9 (DP= 4,5)	M= 5,9 (DP= 4,6)
	Mama	103	M= 6,2 (DP= 4,1)	M= 4,2 (DP= 4,1)

* CUOV = diagnósticos de câncer de colo, útero, ovário ou vulva. M = média; DP= Desvio Padrão

No quadro 2 pode-se observar que mulheres que apresentaram conhecimento sobre a cirurgia obtiveram média 4,6 nos escores de depressão, enquanto que as participantes que relataram não ter conhecimento sobre cirurgia obtiveram média 7,2.

A análise estatística revelou a existência de variáveis influenciando nos escores de ansiedade [$F_{(5,175)}=3,0; p=0,01$]. O Quadro 3 demonstra a análise de regressão linear múltipla entre os escores de ansiedade (variável dependente) e as variáveis independentes.

Quadro 3: Dados da análise de regressão linear múltipla dos efeitos das variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicológicas sobre o escore de ansiedade obtido pela HAD.

Variáveis	Estimativa	P	IC 95%		Efeito da variável	R ²
			LI	LS		
Idade	-0,08	<0,01	-0,13	-0,04	<0,01	
Com companheiro	-0,30	0,65	-1,61	1,00	0,65	
Sem companheiro	Ref					
Nº de filhos	0,22	0,11	-0,05	0,49	0,11	
Conhecimento sobre a cirurgia	-1,31	0,16	-3,13	0,51	0,16	0,08
Ausência de conhecimento sobre a cirurgia	Ref					
Diagnóstico CUOV	0,16	0,80	-1,10	1,43	0,80	
Diagnóstico Mama	Ref					

* Diagnóstico CUOV= diagnósticos de câncer de colo, útero, ovário ou vulva.

Como mostra o Quadro 3, é possível identificar uma associação entre idade e ansiedade, de modo que a cada ano aumentado na idade, diminui 0,08 o escore de ansiedade ($p < 0,01$).

A análise dos dados também demonstrou a existência de variáveis influenciando nos escores de depressão [$F_{(5,175)}=3,69$; $p < 0,01$]. O Quadro 4 apresenta a análise de regressão linear múltipla entre os escores de depressão (variável dependente) e as variáveis independentes.

Quadro 4: Dados da análise de regressão linear múltipla dos efeitos das variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicológicas sobre o escore de depressão obtido pela HAD.

Variáveis	Estimativa	P-valor	IC 95%		Efeito da variável	R ²
			LI	LS		
Idade	-0,01	0,11	-0,02	0,00	0,11	
Com companheiro	0,10	0,56	-0,23	0,43	0,56	
Sem companheiro	Ref					
Nº de filhos	0,03	0,39	-0,04	0,10	0,39	
Conhecimento sobre a cirurgia	-0,65	<0,01	-1,11	-0,19	<0,01	0,10
Ausência de conhecimento sobre a cirurgia	Ref					
Diagnóstico CUOV	0,32	0,04	0,00	0,64	0,04	
Diagnóstico Mama	Ref					

* Diagnóstico CUOV= diagnósticos de câncer de colo, útero, ovário ou vulva.

Nota-se no Quadro 4 uma associação entre conhecimento sobre a cirurgia e depressão ($p < 0,01$). Pela análise descritiva dos dados (Quadro 2) é possível observar que pacientes que não apresentaram conhecimento sobre a cirurgia (média de depressão = 7,2) tem maiores escores de depressão, em relação aos pacientes que apresentaram conhecimento sobre a cirurgia (média de depressão = 4,6).

DISCUSSÃO

Conforme dados do INCA (2012), o câncer de mama é o tipo mais comumente encontrado entre as mulheres. No presente trabalho, seguindo a mesma tendência, entre os subtipos de câncer pesquisados, 56,9% das participantes apresentavam câncer de mama.

A média de idade das mulheres que se submeteram à cirurgia para retirada de tumor maligno foi de 52,8 anos, nesta amostra. A *American Cancer Society* (2011) destaca que as mulheres que foram diagnosticadas com câncer de mama, no período de 2004 a 2008, nos Estados Unidos, tinham uma média de idade de 61 anos ou menos. A literatura relata que o câncer de colo de útero está fortemente relacionado à presença de infecção, por doenças sexualmente transmissíveis, especialmente pelo Papilomavirus (Derchain, Logatto Filho & Syrjanen, 2005; Guerra, Gallo & Mendonça, 2005; INCA 2012; Medeiros, Medeiros, Moraes, Menezes-Filho, Ramos & Saturnino, 2005) e acomete principalmente mulheres jovens, com idades entre 35 e 39 anos (INCA, 2012; Trent Cancer Registry & National Cancer Intelligence Network's, 2011).

A literatura também refere que tanto a incidência, quanto a mortalidade por câncer de mama ou ginecológico, tende a aumentar com a idade da mulher, sendo que as mulheres com idades de 75 a 79 anos apresentam maiores incidências do câncer de mama do tipo invasivo (American Cancer Society, 2011). No presente estudo, poucas pacientes tinham idade acima de 60 anos, o que sugere que, nesta amostra, mulheres com idades mais avançadas não estavam em tratamento ou que o câncer de mama ou ginecológico, em idades avançadas, ainda tem sido pouco diagnosticado. Segundo o trabalho de revisão de literatura realizado por Guerra, et al. (2005), mulheres idosas e com baixa escolaridade apresentam menores oportunidades de diagnóstico, no Brasil. Segundo a WHO (2012b), nos países em desenvolvimento, o diagnóstico de câncer ainda tem de enfrentar barreiras relacionadas à restrição de recursos financeiros e de infra-estrutura para o diagnóstico.

O câncer de mama e o câncer ginecológico têm grandes repercussões na qualidade de vida do paciente, desde a constatação do diagnóstico até mesmo na adaptação pós cirúrgica. No presente trabalho, as participantes foram questionadas quanto ao conhecimento da cirurgia a que seriam submetidas, e 13,6% afirmaram que não tinham tal conhecimento. Quando questionadas sobre o momento de maior dificuldade ao longo do tratamento, observa-se que as pacientes apresentaram posicionamentos diferentes, o que sugere dificuldade em eleger apenas um momento. Apesar de 32,6% apontar a quimioterapia como o momento mais difícil do tratamento, 23,8% e 20,4% apontaram como sendo o momento do diagnóstico e da cirurgia, respectivamente. Além disso, 8,3% das pacientes não conseguiram definir apenas um desses momentos. Os dados obtidos são condizentes com os encontrados na literatura, que descrevem que as mulheres relatam dificuldades em todos os momentos do tratamento, desde o diagnóstico à cirurgia (Barros & Lopes, 2007; Silva & Santos, 2008).

Diante de tal dificuldade, neste estudo buscou-se medir aspectos emocionais (ansiedade e depressão) no momento pré cirúrgico. Esses aspectos foram avaliados pelo HAD e mostraram que 12,7% das participantes apresentaram sintomas de ansiedade grave e 6,6% sintomas de depressão grave. Sabe-se que a ansiedade está associada a uma redução na qualidade de vida dos pacientes e na capacidade de funcionamento social e emocional. Os dados encontrados apontam para a mesma tendência do trabalho de Arden-Close, Gidron e Moss-Morri (2008), que enfatizam que os níveis de ansiedade tendem a serem maiores do que os de depressão. Também corroboram os resultados do estudo de Moreira, Silva e Canavarro (2008), que

identificaram maiores níveis de ansiedade do que depressão na amostra de mulheres portuguesas com câncer de mama.

Os resultados do presente trabalho mostram também uma correlação entre idade e escore de ansiedade, de modo que a ansiedade tende a diminuir com o aumento da idade. Esse dado também corrobora os resultados de outros estudos (Arden-Close, et al., 2008; Hickie, Wihelm, Austin & Benett, 1995), que mostram forte evidência de correlação entre maiores escores de ansiedade e idades mais jovens.

Outro fator associado ao aumento dos níveis de ansiedade e depressão entre pacientes com câncer ginecológico (de ovário) é o surgimento precoce da doença. Arden-Close, et al. (2008) concluíram, em uma revisão de literatura, algumas variáveis associadas às morbidades psicológicas. Os autores verificaram em diversos estudos que o diagnóstico em pacientes jovens, o diagnóstico tardio e a incidência de sintomas físicos da doença estão associados à prevalência de maiores escores de ansiedade e depressão. Assim como no estudo de Arden-Close, et al. (2008), o atual estudo verifica uma associação entre maiores escores de ansiedade e idades mais jovens. Tal dado evidencia a importância de intervenções psicológicas junto a esse grupo de pacientes.

Ell et al. (2005), em um estudo realizado nos Estados Unidos, avaliaram a prevalência de depressão em mulheres com diagnóstico de câncer de mama e ginecológico e correlacionaram tal quadro a outros sintomas como dor, ansiedade, características sócio-demográficas e suporte social. Em seus resultados, observaram que depressão aparece como comorbidade em aproximadamente 24% das pacientes. Os sintomas de depressão foram prevalentes, sobretudo, em mulheres de baixa renda e que apresentaram baixo suporte social. No presente trabalho, não foram avaliadas relações entre níveis de ansiedade e depressão e suporte social. Na entrevista, foram obtidos dados referentes ao estado civil (a ter ou não companheiro), porém não especificamente sobre suporte social, e a análise dos dados não mostrou associações entre estado civil e ansiedade ou depressão.

O estudo de Karakoyun-Celik et al. (2009), realizado na Turquia, procurou avaliar mulheres, após realizarem um tratamento de câncer de mama, para a aferição dos seus níveis de ansiedade e depressão, avaliação do enfrentamento da doença e da qualidade de vida dessas pacientes. Como resultados, encontraram 19% das pacientes com depressão e 98,5% com algum grau de ansiedade. Observaram também que os níveis de ansiedade e depressão foram maiores à medida que as pacientes possuíam baixo suporte social. No presente trabalho foi encontrada associação entre depressão e conhecimento sobre a cirurgia, ou seja, pacientes com menor conhecimento sobre a cirurgia apresentaram maiores escores de depressão.

Concluindo, a identificação precisa de sintomas de ansiedade e depressão permite estabelecer planos de intervenções psicológicas específicos para mulheres com diagnóstico de câncer.

Para a realização de intervenções psicológicas é necessário considerar o contexto psicossocial no qual as pacientes estão inseridas, focalizando também a melhora do suporte social, diminuindo a sensação de isolamento e proporcionando-lhes melhor compreensão de seus sentimentos e emoções.

A terapia de abordagem cognitivo-comportamental tem se mostrado eficiente como um modelo de intervenção psicológica, reduzindo seus níveis de ansiedade e depressão e garantindo suporte psicológico a pacientes com câncer. Acredita-se que as intervenções psicológicas na oncologia podem auxiliar os pacientes no enfrentamento da doença, desde o

diagnóstico até o término do tratamento, possibilitando-os maior qualidade de vida nesse período.

REFERÊNCIAS

- American Cancer Society. (2011). Breast cancer facts & figures 2011-2012. Atlanta, *American Cancer Society INC*. 1-34. Recuperado em 26 de dezembro de 2011, <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/acspc-030975.pdf>.
- Arden-Close, E., Gidron, Y., & Moss-Morris, R. (2008). Psychological distress and its correlates in ovarian cancer: a systematic review. *Psycho-oncology*, *17*, 1061-1072. doi: 10.1002/pon.1363
- Ashbury F. D., Madlensky L., & Raich P. (2003). Antidepressant prescribing in community cancer care. *Support Care Cancer*. *11*, 278-285. doi: 10.1007/s00520-003-0446-8
- Bárez, M., Blasco, T., Fernandez –Castro, J., & Viladrich. C. (2009). Perceived control and psychological distress in women with breast cancer: a longitudinal study. *Behavioral Medicine Journal*. *32*, 87–196. doi: 10.1007/s10865-008-9180-5
- Barros, D., & Lopes, R. L. M. (2007). Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *60*, 295-98. doi: 10.1590/S0034-71672007000300009
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Júnior, C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, *29*, 355-63. doi: 10.1590/S0034-89101995000500004
- Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (2nd ed.), Porto Alegre, Brazil: ArtMed.
- Derchain, S. F. M., Longatto-Filho, A., & Syrjanen, K. J. (2005). Neoplasia intra-epitelial cervical: diagnóstico e tratamento. *Rev. Bras. de Ginecologia e Obstetrícia*. *27*, 425-33. doi: 10.1590/S0100-72032008001100005
- Ell, K., Sanchez, K., Vourlekis, B., Lee, P., Dwight-Johnson, M., Lagomasino, I., Russel, C. (2005). Depression, correlate of depression and receipt of depression care among low income women with breast or gynecology cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *23*, 3052-3060. doi: 10.1200/JCO.2005.08.041
- Foley, G., Alston, R., Geraci, M., Brabin, L., Kitchener, H., & Birch, J. (2011). Increasing rates of cervical cancer in young women in England: an analysis of national data 1982–2006. *British Journal of Cancer*, *105*, 177-184. doi: 10.1038/bjc.2011.196
- Guerra, M. R., Gallo, C. V. M., & Mendonça, G. A. S. (2005). Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, *51*, 227-234.
- Hickie I., Wilhelm K., Austin M. P., & Bennett B. (1995). Subcortical hyperintensities on magnetic resonance imaging: clinical correlates and prognostic significance in patients with severe depression. *Biological Psychiatry*, *37*, 151-60. doi:10.1590/S0004-282X2001000500019
- Instituto Nacional do Câncer. (2012). Estimativas 2012 – Incidência de câncer no Brasil. Recuperado em 05 de janeiro de 2012, de <http://www2.inca.gov.br>
- Jones, R. B., Pearson, J, Cawsey, A. J., Bental, D., Barrett, A., White, J., & Gilmore, W. H. (2006). Effect of different forms of information produced for cancer patients on their use

- of the information, social support, and anxiety: randomised trial. *British Medical Journal*, 332, 942-948. doi: 10.1136/bmj.38807.571042.68
- Juver, J.P.S., & Verçosa, N. (2008). Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 58, 287-298. doi:10.1590/S0034-70942008000300012
- Karakoyun-Celik, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H., & Kinay, M. (2009). Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology*, 27, 108-113. doi: 10.1007/s12032-009-9181-4
- Massie M. J., & Popkins M. K. (1998). Depressive disorders. In: J.C.Holland (Ed.). *Psycho-oncology*, (pp. 518-40), New york, NY: Oxford University Press
- Massie, M.J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 57-71. doi: 10.1093/jncimonographs/lgh014
- Medeiros, V. C. R. D., Medeiros, R. C., Moraes, L. M., Menezes-Filho, J. B., Ramos, E. S. N., & Saturnino, A. C. R. D. (2005). Câncer de colo de útero: análise epidemiológica e citopatológica no estado do Rio Grande do Norte. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, 37, 227-31.
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, 165-184.
- National Cancer Institute. (2012). Genetics of breast and ovarian cancer. Recuperado em 09 de janeiro de 2012, de <http://www.cancer.org>.
- Neter, J., Wasserman, W., & Kutner, M. H. (1990). *Applied linear statistical models*, (3rd ed.). Homewood, IL: Irwin.
- Organização Mundial da Saúde (2007). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento – CID10*; Porto Alegre, Artes
- Pasquini, M, Biondi, M., Costantini, A., Cairoli, F., Ferrarese, G., Picardi, A., & Sternberg, M. D. (2006). Detection and treatment of depressive and anxiety disorders among cancer patients: Feasibility and preliminary findings from a liaison service in a oncology division. *Depression and Anxiety*, 23, 441-48. doi:10.1002/da.20198.
- Phillis, K.S. (2001). Symptom of atypical depression. *Psychiatry Research*, 104, 175-81.
- SAS Institute Inc.(1999). SAS/STAT® User's Guide. Version 9.0. Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Silva, G., & Santos, M. A. (2008). “Será que não vai acabar nunca?”: Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto Contexto Enfermagem*, 17, 561-68.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed
- Trent Cancer Registry & National Cancer Intelligence Network's. (2011). *Profile of cervical cancer in England. Incidence, mortality and survival*. Shetfield. NHS Cancer Screening Programmes.
- World Health Organization (2012a). Cancer. Recuperado em 04 de janeiro de 2012, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.
- World Health Organization (2012b). Breast cancer: Prevention and control. Recuperado em 05 de janeiro de 2012, de <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>.
- Zigmond, A. S., & Snaith R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-70.