

**SHEILA FANTIN BURATTI**

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E  
ANSIOSOS EM PACIENTES COM CÂNCER  
INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a conclusão  
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2004**



03750413

**SHEILA FANTIN BURATTI**

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E  
ANSIOSOS EM PACIENTES COM CÂNCER  
INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a conclusão  
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson José Cardoso**

**Professora Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Leticia Maria Furlanetto**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2004**

*Dedico a Deus e aos amigos Luciana e Jaime pela incansável  
disponibilidade na realização deste trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Antenor da Silva Buratti e Rosimari Buratti que nunca mediram esforços para me apoiar em todos os momentos da minha vida. O incentivo que deles recebi foi a força para enfrentar as dificuldades ao longo de toda minha vida acadêmica.

À minha irmã Samantha Fantin Buratti, uma companheira de todas as horas, sempre com uma palavra amiga e carinhosa para me confortar. Sem nunca perder seu jeito meigo e delicado de me escutar e me animar.

À Professora Letícia Maria Furnaletto, pela imensa dedicação e preocupação que teve comigo. Sua sabedoria na capacidade de ensinar me fez entender o grande valor de ser Professor. Um grande exemplo de educadora, de médica e principalmente de vida. A convivência que tivemos ficará marcada por toda a minha vida.

Ao meu marido Leonardo Tadeu de Almeida Oliveira pelo amor que recebi mesmo nos momentos em que não consegui ser presente e por ter suportado a distância que nos separava. Obrigada, meu amor.

Aos meus amigos, em especial, Luigi Favero, André Giacomelli Leal e Fabricia Eger pela sincera amizade que muitas vezes me fez continuar a caminhar mesmo quando não tinha mais ânimo. Mais que amigos são minha família.

A todos os pacientes e seus familiares, que mesmo no momento de sofrimento provocado pela doença aceitaram a colaborar com este trabalho.

E principalmente a Deus por nunca ter me deixado desanimar e por me dar essa grande benção de ser médica.

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever a frequência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com câncer internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Método:** Trata-se de um estudo observacional transversal. De 207 indivíduos com câncer internados nos leitos da Hematologia e na Clínica Cirúrgica, foram entrevistados 42 pacientes e 165 preencheram os critérios de exclusão. Dados sociodemográficos e clínicos foram colhidos através de entrevista e do prontuário médico. Como instrumento de rastreamento, utilizou-se a escala de medida de ansiedade e depressão (HADS). Foram considerados como possíveis casos de depressão e ansiedade aqueles pacientes que obtiveram escores de 8-10 e como prováveis aqueles com escores acima de 11 nas subescalas que avaliam ansiedade e depressão separadamente.

**Resultados:** A amostra (N = 42) foi composta por pacientes com câncer, homens (57,1%), casados (64,3%) e com renda familiar de até 2 salários mínimos (83,4%). A média de idade  $\pm$  desvio padrão (DP) foi de  $56 \pm 13,09$  anos e a média de escolaridade  $\pm$  DP foi de  $4 \pm 3,70$  anos. Na HADS, 53 % dos pacientes obtiveram escores acima do normal para ansiedade ou para depressão.

**Conclusão:** A prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com câncer foi de 53% de acordo com a HADS. O conhecimento da frequência destes sintomas no nosso meio é importante para alertar quanto à necessidade de diagnóstico precoce e tratamento adequado permitindo, assim, uma melhoria na qualidade de vida e bem estar dos pacientes com câncer.

**Palavras-chave:** Prevalência; sintomas depressivos; sintomas ansiosos; câncer; hospitais gerais.

## SUMMARY

**Objective:** To describe the prevalence of depressive symptoms and anxiety symptoms in cancer inpatients at the University Hospital of Federal University of Santa Catarina (HU-UFSC)

**Method:** In a transversal study, 207 cancer inpatients at the hematology and surgical medical wards of the HU-UFSC were included and 165 were excluded. Socio-demographic and clinical data were collected by interview and by chart. The patients were evaluated using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). It was used a cutoff threshold of 8-10 for possible cases and scores  $\geq 11$  for probable cases in the subscales of anxiety and depression.

**Results:** The sample was composed by 42 patients with cancer, men (57,1%), married (64,3%), with a mean age +/- Standard Deviation (SD) = 56 +/- 13,09 years. The majority had up to five years of schooling and family income between 1 and 2 minimum salaries. In the HADS, 53% scored  $>8$  for anxiety or depression

**Conclusion:** The prevalence of depressive and anxiety symptoms was 53% according to the HADS. Information about the frequency of these symptoms in our field is important to alert of importance of early diagnosis and proper treatment, to allow improved quality of life and well being of cancer patients.

**Key-words:** Prevalence; depressive symptoms; anxiety symptoms; cancer inpatients; general hospital.

## SUMÁRIO

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	v
Summary.....	vi
1 Introdução.....	1
2 Objetivo.....	6
3 Metodologia.....	7
3.1 Desenho.....	7
3.2 Local.....	7
3.3 Amostra.....	7
3.4 Procedimentos.....	7
3.5 Instrumento.....	8
3.6 Análise Estatística.....	9
3.7 Aspectos Éticos.....	9
4 Resultados.....	10
5 Discussão.....	13
6 Conclusão.....	16
Referências Bibliográficas.....	17
Normas Adotadas.....	19
Apêndice.....	20

# 1 INTRODUÇÃO

Na prática clínica os pacientes freqüentemente apresentam sofrimento psíquico associado a doenças físicas.<sup>1</sup> Muitas vezes essa comorbidade não é detectada porque é julgada como uma reação normal.<sup>2</sup> Por outro lado, esta também pode ser superestimada quando os sintomas físicos são considerados como sendo causados pelo sofrimento psíquico. Por exemplo: perda de peso, anorexia, astenia e insônia.<sup>1</sup>

Nos pacientes com doenças graves, o sofrimento psíquico pode ser mais intenso. Nestes, a ansiedade e a depressão podem tomar proporções que excedem o esperado, levando a um prejuízo na qualidade de vida.<sup>3</sup> Algumas dessas doenças principalmente as neoplasias malignas são percebidas pelos pacientes como algo associado a muita dor, sofrimento e prognóstico ruim.<sup>4</sup> Devido a essa percepção comum, que muitas vezes não reflete a realidade clínica, os pacientes com neoplasias malignas podem apresentar sintomas de ansiedade e de depressão de uma forma intensa, chegando a tomar proporções graves que merecem um acompanhamento psiquiátrico. Esses sintomas são, muitas vezes, sinais principais de transtornos psiquiátricos.<sup>5</sup> Depressão e ansiedade interferem substancialmente no conforto do paciente, na qualidade de vida, na capacidade em decidir sobre o próprio tratamento e compreendê-lo *apud* Carrol *et al.*,<sup>6</sup> refletindo inclusive nos familiares e profissionais da saúde.

Por isso é importante distinguir o termo depressão, que é comumente usado, refletindo um sintoma, da depressão enquanto uma doença que tem como elemento central o humor depressivo. Os pacientes com humor depressivo possuem a sensação de que a vida está mais pesada, difícil e arrastada, o que é diferente da tristeza normal. Este tipo de humor pode estar associado a outros sintomas depressivos, como anedonia (perda da capacidade em sentir prazer); alterações no apetite ou peso; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar; concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. Esta multiplicidade de sintomas cognitivos e somáticos caracterizam a “síndrome depressiva”.<sup>7,8</sup>

Dentre os transtornos depressivos destaca-se a depressão maior. De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, no seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos



Mentais (DSM-IV)<sup>9</sup>, um episódio depressivo maior requer que o indivíduo apresente pelo menos cinco dos sintomas listados acima, sendo que pelo menos um deles deve ser humor depressivo ou anedonia. Tais sintomas devem estar presentes por pelo menos duas semanas, na maior parte do dia, quase todos os dias, causar desconforto clínico significativo e comprometimento do desempenho social, ocupacional ou funcional do indivíduo. Além disso, não podem ser explicados por uma condição médica geral ou por efeitos diretos de substâncias.<sup>9</sup>

É comum depressão e câncer acometerem o paciente concomitantemente.<sup>10</sup> E nestes casos há uma dificuldade em diagnosticar depressão. Muitos dos sintomas orgânicos presentes na depressão, também estão presentes nas doenças oncológicas.<sup>1</sup> Além disso, os pacientes muitas vezes não expressam seus sentimentos para seu médico ou para a enfermeira. *Apud* Citero *et al.*<sup>11</sup> Assim, há um sub-reconhecimento e um sub-tratamento do transtorno psiquiátrico pelo fato de se acreditar que depressão é uma reação normal e universal em doenças graves. *Apud* Spiegel *et al.*<sup>2</sup>

Em 1990, Razavi *et al.*, encontraram altos níveis de transtornos de ajustamento em pacientes com câncer.<sup>12</sup> Estes são definidos como uma reação maladaptativa a um evento estressante na vida do indivíduo. Os quadros agudos são aqueles que ocorrem no período de até seis meses e os quadros crônicos aqueles que excedem seis meses. Podem ter como subtipos os transtornos de ajustamento com ansiedade ou com humor depressivo. No trabalho de Osborne *et al.*, com 731 mulheres com câncer de mama, houve uma alta prevalência desses sintomas, particularmente ansiedade.<sup>13</sup>

A ansiedade pode ser um sentimento humano normal frente a situações novas e desconhecidas, bem como, em certas condições, um sintoma de um processo patológico mental ou orgânico, ou ainda pode constituir a própria doença – como é o caso dos transtornos de ansiedade. É natural, frente ao adoecer, o medo que precede um exame invasivo ou a ansiedade que surge após um comunicado de diagnóstico ou de internação. Não é agradável estar ansioso, a ansiedade normal é difusa, um mal-estar físico e psíquico. É dita normal se for um mal suportável e passageiro.<sup>14</sup>

Dalgarrondo define ansiedade como um estado de humor desconfortável, uma apreensão negativa em relação ao futuro, uma inquietação interna desagradável.<sup>8</sup> A ansiedade é um sintoma não-específico de causas diversas e múltiplas manifestações clínicas. *Apud*<sup>14</sup> Quando esta ansiedade se torna uma resposta inadequada a uma percepção ou a um estímulo

**Quadro 1** - Frequência de depressão e ansiedade em pacientes com câncer.

Estudo/Ano	N	Seleção	Instrumento / Ponto de corte	Resultados
Härte <i>et al.</i> , 2001	495	Pacientes internados, em reabilitação e em tratamento ambulatorial.	HADS $\geq$ 11 para ansiedade HADS $\geq$ 11 para depressão	20%* 17%*
Brédart <i>et al.</i> , 1999	190	Pacientes internados	HADS $\geq$ 14 (Subescalas juntas)	34%
Love <i>et al.</i> , 2002	303	Pacientes com câncer de mama	DSM-IV (transtornos de ansiedade) (transtornos depressivos)	8,3% 36,3%
Hammerlid <i>et al.</i> , 1999	306	Pacientes com câncer de cabeça e pescoço um mês após o diagnóstico	HADS > 8 ansiedade HADS > 8 depressão	32% 17%
Pinder <i>et al.</i> , 1993	139	Pacientes com câncer de mama avançado	HADS $\geq$ 11 para ansiedade HADS $\geq$ 11 para depressão	19% 12%
Carrol <i>et al.</i> , 1993	280	Pacientes internados	HADS $\geq$ 11 para ansiedade HADS $\geq$ 11 para depressão	17,1% 13,9%
Aass <i>et al.</i> , 1997	716	Pacientes internado e não internados	HADS $\geq$ 11 para ansiedade HADS $\geq$ 11 para depressão	13% 9%
Pascoe <i>et al.</i> , 2000	504	Pacientes não internados	HADS $\geq$ 11 para ansiedade HADS $\geq$ 11 para depressão	11,5% 7,1%

\*HADS (Hospital Anxiety and Depression Scales); Zigmond AS, Snaith RP. Apresenta como ponto de corte para possíveis casos de depressão ou ansiedade escores de 8 a 10 e, para prováveis casos, escores maiores que 11.

em razão de sua intensidade ou duração, paralisa o indivíduo ou o faz agir de forma caótica. com isso ocorrem dificuldades para adaptação às situações e ao ambiente, caracterizando a ansiedade patológica. Esta pode interferir no desenvolvimento normal com prejuízo na auto-estima, socialização, aquisição de conhecimento e memória, além de predispor à maior vulnerabilidade, com perda de defesas físicas e psíquicas.<sup>14</sup>

Ao longo dos últimos anos, muitos trabalhos sobre a prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes com câncer têm sido publicados.<sup>3, 5, 6, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21</sup>

Esses apresentaram valores consideráveis, mas muitas vezes diferentes uns dos outros, pois há de se ressaltar a diversidade de instrumentos e pontos de corte por eles utilizados. **(Quadro 1)**. Todavia, aqueles que utilizaram o mesmo instrumento, com mesmo ponto de corte e com pacientes internados, obtiveram resultados que variaram de 17 a 20% para ansiedade e de 9 a 17% para depressão.<sup>6, 15, 16, 18, 20</sup>

No Brasil, poucos estudos foram publicados sobre a prevalência de distúrbios psiquiátricos em pacientes com neoplasias. Em 2000, um trabalho estudou 84 pacientes com câncer de mama, atendidas no Instituto do Câncer do Ceará. Observou uma prevalência de 21,42% de depressão maior e/ou ansiedade generalizada. Ao longo de todo tratamento a ansiedade esteve presente e a depressão maior foi mais presente no primeiro mês de tratamento.<sup>22</sup> Citero *et al.*,<sup>19</sup> em 2003, analisaram 319 pacientes internados que foram encaminhados por 412 pedidos de interconsulta psiquiátrica em um hospital de câncer em São Paulo. Todas as interconsultas solicitadas no período de agosto de 1997 a julho de 1998 foram registradas. A prevalência de transtornos psiquiátricos foi, neste estudo maior do que a esperada, em torno de 60%.<sup>19</sup>

Na medicina paliativa, bastante aplicada na oncologia, o diagnóstico e tratamento dos transtornos psiquiátricos também vêm tendo uma importância cada vez maior, sendo talvez, uma das questões mais importantes e difíceis na prática dos cuidados paliativos.<sup>23</sup>

O rastreamento e a identificação de ansiedade e depressão na oncologia são importantes na detecção dos casos com risco para problemas psiquiátricos que podem ser beneficiados com uma terapêutica específica.<sup>12</sup>

O tratamento efetivo da depressão e da ansiedade, quando patológicos, no câncer pode influenciar no curso da doença como também na qualidade de vida. O próprio tratamento do câncer causa uma queda na qualidade de vida. Conseguir eliminar outras circunstâncias (comorbidades psiquiátricas) que também causem um prejuízo na vida do paciente seria de grande valia no curso de toda terapêutica oncológica.

Assim sendo, estudar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes oncológicos apresenta-se como um importante passo para aprimorar o diagnóstico e tratamento de transtornos psiquiátricos que podem aparecer durante o tratamento das neoplasias.

## 2 OBJETIVO

Descrever a frequência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com câncer internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), de acordo com a HADS (*Hospital Anxiety Depression Scale*).

## 3 METODOLOGIA

### 3.1 Desenho

Trata-se de um estudo observacional transversal.

### 3.2 Local

Este estudo foi realizado nas Enfermarias de Clínica Médica (leitos da Hematologia) e de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, HU-UFSC.

### 3.3 Amostra

Os pacientes (N=207) estavam internados nas Enfermarias de Clínica Médica (leitos da Hematologia) e Clínica Cirúrgica do HU-UFSC que abrange os leitos da cirurgia geral, cirurgia plástica, urologia e proctologia. Destes, 165 preencheram os critérios de exclusão: incapacidade de completar a entrevista por alterações decorrentes da condição física; idade inferior a 18 anos; pacientes com Prejuízo Cognitivo (delirium e/ou demência)\*; recusa na participação ou alta em menos de 72 horas; e dificuldade para entrevistar o paciente. Foram entrevistados 42 pacientes com câncer (detectado através de biópsia ou citologia de medula óssea anexados ao prontuário) que assinaram o consentimento e que não preencheram os critérios de exclusão. As entrevistas foram realizadas no período de julho de 2003 a fevereiro de 2004.

### 3.4 Procedimentos

Os pacientes com câncer que internaram nos leitos da Hematologia e Clínica Cirúrgica do HU-UFSC e que não preencheram os critérios de exclusão foram convidados a participar do estudo, após esclarecimento por parte da autora. Aqueles indivíduos que consentiram, após serem esclarecidos sobre os objetivos e a natureza do estudo foram entrevistados. Foram colhidos dados sociodemográficos, de história clínica, e aplicada a

---

\*Transtornos caracterizados por comprometimento da cognição, por exemplo: memória, atenção e/ou linguagem. Quando há prejuízo cognitivo não é possível avaliar a presença ou não de depressão.

HADS (total de 14 itens). Este instrumento foi aplicado sempre pelo mesmo entrevistador( a autora), no intuito de evitar um viés de aferição. A duração de cada entrevista foi de aproximadamente 20 minutos.

### 3.5 Instrumento

A HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) é uma escala desenvolvida por Zigmond e Snaith, em 1983, para detectar casos de transtornos de ansiedade e depressão em pacientes de hospitais não psiquiátricos. É constituída de 14 questões do tipo múltipla escolha, sendo dividida em duas subescalas, uma para ansiedade e outra para depressão, com sete itens cada. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21.<sup>24</sup>

Foi utilizada a versão validada em português da HADS em amostra brasileira. Esse trabalho foi realizado por Botega *et al.*<sup>25</sup> em um hospital geral com 78 pacientes internados. Os coeficientes de validação obtidos para um ponto de corte de oito nas subescala de ansiedade foi de 93.7% de sensibilidade, 72.6% para especificidade, o valor preditivo positivo foi de 48.4% e o valor preditivo negativo foi de 97.7% . Na subescala de depressão os valores foram de 84.6% de sensibilidade, 90.3% de especificidade, o valor preditivo positivo foi de 81.5% e o valor preditivo negativo foi de 92.1%. Como instrumento de rastreamento, a HADS mostrou-se potencialmente útil para avaliar transtornos do humor em situações de comorbidade física.<sup>25</sup> Os autores da HADS sugeriram que escores entre 8 e 10 corresponderiam a possíveis casos de transtornos psiquiátricos e escores acima de 11 a prováveis casos.<sup>24</sup> Neste trabalho consideramos essa subdivisão de escores da escala feita pelos autores, mesmo porque os estudos encontrados na literatura, que utilizaram a HADS para descrever a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com câncer, também utilizaram tal subdivisão.<sup>3, 6, 15, 16, 17, 18, 20, 26, 27</sup>

A HADS tem a vantagem de não considerar sintomas somáticos que são esperados em pacientes com câncer, tanto pela própria doença como por seu tratamento, sendo um instrumento efetivo na identificação de sintomas depressivos e ansiosos como também no rastreamento para depressão em pacientes com doenças físicas.<sup>28</sup>

### **3.6 Análise Estatística**

Para a análise descritiva dos dados foram empregados frequências, porcentagens, médias e desvios padrão. Foram considerados como tendo sintomas depressivos aqueles pacientes que obtiveram escores maior que 8 na soma dos 7 itens (total de 14 itens) da HADS (subescala que avalia depressão), e como tendo sintomas ansiosos aqueles que obtiveram escores maiores que 8 na soma dos 7 itens da HADS (subescala que avalia ansiedade). Foram considerados como possíveis casos para depressão ou ansiedade escores de 8 a 10 nas subescalas, separadamente, e como prováveis casos escores acima de 11.

Utilizou-se para a análise estatística o programa SPSS 10.0 para Windows que auxilia no cálculo/na avaliação dos dados quantitativos coletados.<sup>29</sup>

### **3.7 Aspectos Éticos**

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da UFSC. Os pacientes foram esclarecidos sobre o estudo, sendo informados que em nada seria alterado seu tratamento caso a decisão fosse a de não participar. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os médicos assistentes foram avisados quando houve diagnóstico de sofrimento psíquico que pudesse ser reduzido através de tratamento específico.



## 4 RESULTADOS

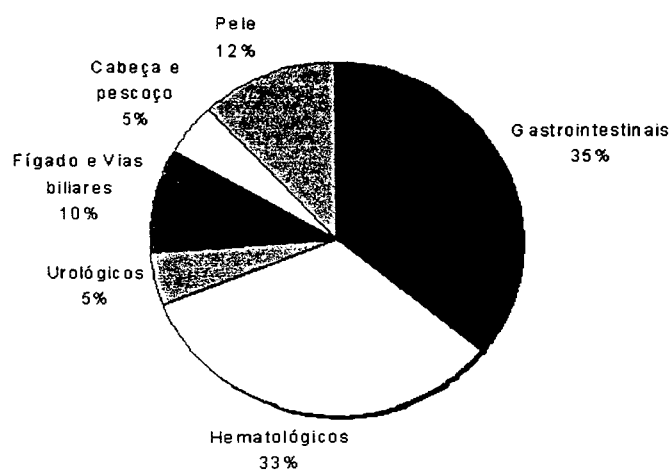
A amostra foi composta por 42 indivíduos com câncer dos quais 57,1% eram homens, com média de idade  $\pm$  desvio padrão de  $56 \pm 13,09$  anos, sendo a idade mínima de 26 anos e a máxima de 79 anos. A maioria dos participantes possuía escolaridade média  $\pm$  DP de  $4 \pm 3,70$  anos. Quanto ao estado civil, 64,3% eram casados ou mantinham união estável e quanto à renda familiar 83,4% recebiam até dois salários mínimos. A **Tabela 1** detalha as características sociodemográficas da amostra.

Com relação às características clínicas, 28 pacientes estavam nas enfermarias da clínica cirúrgica e 14 pacientes nos leitos da Hematologia. Os tipos de câncer são especificados na **Figura 1**, sendo que 16% dos pacientes encontravam-se em estágio avançado da doença (metástases). Dentre os pacientes internados na Clínica Cirúrgica, 12 estavam de pós-operatório e, entre os pacientes internados nos leitos da Hematologia, nove estavam recebendo quimioterapia.

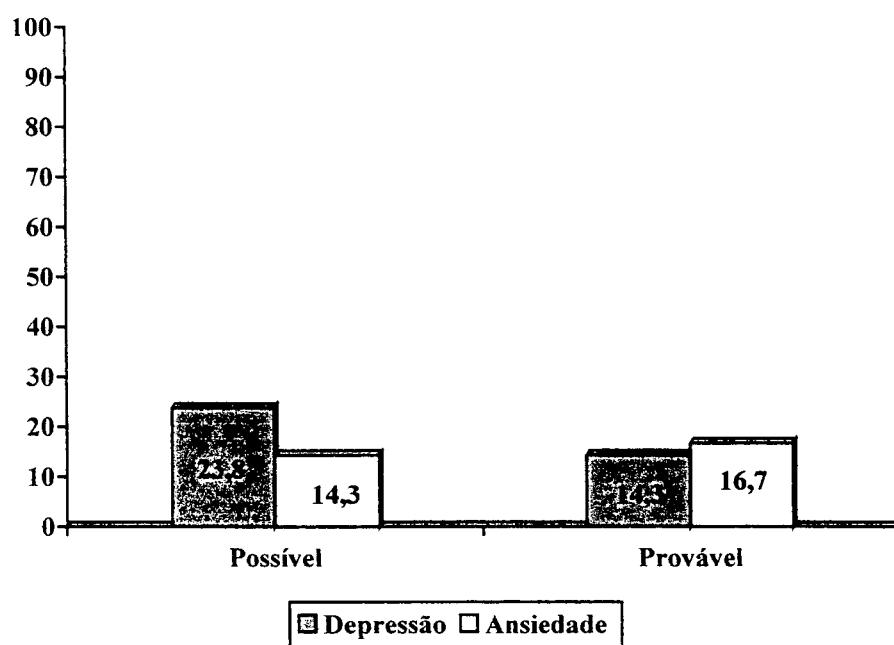
De acordo com a HADS, 53% dos pacientes apresentaram escores significativos, sugerindo a necessidade de uma melhor investigação psiquiátrica. A **Figura 2** apresenta os valores em porcentagem das duas subescalas separadamente lembrando que um mesmo paciente pode ter apresentado escores tanto para ansiedade como para depressão.

**Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra (N = 42 )**

<b>Características</b>	<b>N (42)</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	24	57,1
Feminino	18	42,9
<b>Idade (anos)</b>		
18 a 64	29	69,0
≥ 65	13	31,0
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro (a)	2	4,8
Casado (a)/ união estável	27	64,3
Separado (a)	5	11,9
Viúvo (a)	8	19,0
<b>Escolaridade (anos)*</b>		
0	3	7,1
1 a 4	28	66,7
5 a 8	7	16,7
> 8	4	9,6
<b>Renda Familiar (salários mínimos)</b>		
1-2	35	83,4
De 3 até 5	3	7,2
Superior a 5	4	9,5



**Figura 1.** Distribuição da amostra (N = 42) de acordo com a localização primária das neoplasias.



**Figura 2.** Frequência de “casos”<sup>†</sup> de ansiedade e de depressão de acordo com a HAD\* em porcentagem. N=42

\*HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) = (Escala de medida de ansiedade e depressão).<sup>25</sup>

<sup>†</sup> “Casos” de depressão e ansiedade. Possíveis escores 8-10; prováveis acima de 11.<sup>24</sup>

## 5 DISCUSSÃO

Dos pacientes entrevistados, 53% obtiveram escores significativos para ansiedade ou depressão. A porcentagem para prováveis casos de ansiedade e depressão respectivamente foi de 16,7% e 14,3%.

Os dados desta pesquisa foram comparados a três artigos que estudaram a prevalência de ansiedade e depressão através da HADS em pacientes hospitalizados com diagnóstico de câncer.

Os resultados encontrados nos estudos de Carrol *et al.*<sup>6</sup> e Pinder *et al.*<sup>15</sup> são semelhantes aos encontrados neste trabalho. Naqueles, a porcentagem para prováveis casos, tanto de depressão como de ansiedade, foram muito próximos aos nossos. Entretanto, Pinder *et al.*<sup>15</sup> relataram um valor superior na porcentagem de casos prováveis de ansiedade e/ou depressão. Isso pode ser explicado pelo fato de que nesse estudo a amostra era exclusivamente composta de mulheres com câncer de mama avançado, justificando tais resultados já que a depressão é mais freqüente em mulheres, e a percepção de estar com doença avançada e conseqüentemente ter mais sintomas orgânicos (náuseas, vômitos, astenia, etc) está significativamente relacionada com um sofrimento psíquico mais intenso.<sup>17</sup> No presente trabalho menos da metade da amostra (16%) era de pacientes com doença avançada. Além disso, houve um equilíbrio no número de homens e mulheres.

Já os resultado de Carrol *et al.*,<sup>6</sup> os resultados, se comparados com os deste trabalho, são extremamente semelhantes. As amostras são parecidas, tanto em relação ao sexo, quanto ao tipo de neoplasias. Naquele, ainda foi realizada uma comparação entre pacientes internados e ambulatoriais mostrando as porcentagens menores para ansiedade e depressão nos pacientes ambulatoriais.

Em 1997, Aass *et al.*<sup>16</sup> realizaram um trabalho semelhante em um hospital para tratamento radioterápico e encontraram valores aproximados aos encontrados neste estudo.

Assim, os resultados obtidos aqui foram muito semelhantes aos estudos com pacientes com câncer hospitalizados, porém, nossos resultados para ansiedade e depressão são percentualmente superiores aos resultados encontrados em um estudo ucom pacientes de ambulatório.<sup>3</sup> Esta diferença pode ser explicada pelo fato de que os indivíduos internados

geralmente apresentam mais sintomas físicos, são mais graves e, no geral, conseqüentemente, possuem um prejuízo no seu bem estar e na sua qualidade de vida.

Outro ponto importante, diz respeito ao número de pacientes que constituíram a amostra dos trabalhos em comparação. A presente amostra foi bem menor que a dos outros estudos. Contudo, deve-se considerar que dois destes aconteceram em hospitais que atendiam exclusivamente pacientes oncológicos, diferente da realidade do HU que atende pacientes com os mais variados tipos de enfermidades. Mesmo com essa diferença, os resultados encontrados foram muito próximos aos desses estudos.

Existem algumas limitações que merecem ser mencionadas. É de grande importância destacar que escalas como a HAD, assim os outros instrumentos para avaliar transtornos psiquiátricos, não são indicados para diagnóstico, e, sim, para rastreamento da doença ou para obter-se uma idéia aproximada da sua prevalência. As freqüências obtidas através de escalas são, em geral, falsamente aumentadas em relação à freqüência real.

A HADS foi desenvolvida como um instrumento que avalia ansiedade e depressão separadamente e não avalia sintomas orgânicos, comuns em pacientes internados.<sup>24</sup> Entretanto, não questiona a ideação suicida, sintoma importante em pacientes depressivos (DSM IV)<sup>9</sup>. No estudo de Lloyd-Williams *et al.*<sup>11</sup> a HADS não é recomendada para indivíduos com doença maligna avançada. Todavia, Hammerlid *et al.*,<sup>18</sup> enfatizaram a utilidade desta escala com um instrumento de rastreamento de fácil aplicação e com baixo custo.<sup>3, 18</sup> A brevidade desta é importante em escalas de rastreamento, principalmente na oncologia em que número de pacientes em acompanhamento/tratamento é grande.<sup>3</sup> Entende-se que, quando os casos possíveis ou prováveis forem detectados pela escala devem ser encaminhados para uma investigação psiquiátrica.

Ao longo de todo o trabalho, foi utilizado o termo “câncer”, evitado pelos pacientes, devido ao estigma da doença, e amplamente utilizado por alguns médicos. A amostra constituiu um grupo heterogêneo quanto à gravidade real, variando desde quadros leves com tratamentos menos agressivos e até curáveis até quadros com prognóstico desfavorável. Contudo, sabe-se que o sofrimento psíquico está relacionado com a percepção que o paciente faz de sua doença e tratamento e menos com a situação clínica real.

O grupo estudado também apresentou diferenças quanto ao conhecimento sobre o diagnóstico. Alguns pacientes sabiam da sua condição clínica, diagnóstico e prognóstico, outros, entretanto, não estavam cientes do seu diagnóstico. Isto significa que, muitos

indivíduos quando entrevistados, não sabiam sobre a malignidade da sua doença. Este fato é relevante uma vez que, a falta de informação pode estar relacionada a maiores níveis de ansiedade.<sup>30</sup>

A prevalência de 53% de pacientes com sintomas depressivos e ansiosos que merecem uma melhor avaliação psiquiátrica demonstra a necessidade de uma maior atenção para os sintomas psiquiátricos visando a aumentar o diagnóstico precoce, o tratamento, e assim melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer e até reduzir o custo com serviços médicos totais.

## 6 CONCLUSÃO

1. A prevalência de sintomas depressivos e ansiosos nos pacientes com câncer internados nas Enfermaria da Clínica Cirúrgica e leitos da Hematologia do HU-UFSC de acordo com a HADS foi de 53%.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spiegel D. Cancer and depression. *Br J Psychiatry Suppl* 1996(30):109-16.
2. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):269-82.
3. Pascoe S, Edelman S, Kidman A. Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34(5):785-91.
4. Lopes V. Paciente oncológico "Fora de possibilidades terapêuticas": comunicações dolorosas e conduta médica [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000. p.
5. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama* 1983;249(6):751-7.
6. Carroll BT, Kathol RG, Noyes R, Jr., Wald TG, Clamon GH. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Gen Hosp Psychiatry* 1993;15(2):69-74.
7. Kaplan HISB, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria*. 7 ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997.
8. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. 1 ed. São Paulo: Artmed; 2000.
9. Association A. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
10. Raison CL, Miller AH. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):283-94.
11. Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N. An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage* 2001;22(6):990-6.
12. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *Br J Psychiatry* 1990;156:79-83.
13. Osborne RH, Elsworth GR, Hopper JL. Age-specific norms and determinants of anxiety and depression in 731 women with breast cancer recruited through a population-based cancer registry. *Eur J Cancer* 2003;39(6):755-62.
14. Cabrera CC, Sponholz A, Jr. *Ansiedade e Insônia*. In: Botega NJ, editor. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed; 2002.
15. Pinder KL, Ramirez AJ, Black ME, Richards MA, Gregory WM, Rubens RD. Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: prevalence and associated factors. *Eur J Cancer* 1993;29A(4):524-7.
16. Aass N, Fossa SD, Dahl AA, Moe TJ. Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *Eur J Cancer* 1997;33(10):1597-604.
17. Bredart A, Didier F, Robertson C, Scaffidi E, Fonzo D, Costa A, et al. Psychological distress in cancer patients attending the European Institute of Oncology in Milan. *Oncology* 1999;57(4):297-302.
18. Hammerlid E, Ahlner-Elmqvist M, Bjordal K, Biorklund A, Evensen J, Boysen M, et al. A prospective multicentre study in Sweden and Norway of mental distress and



- psychiatric morbidity in head and neck cancer patients. *Br J Cancer* 1999;80(5-6):766-74.
19. Citero Vde A, Nogueira-Martins LA, Lourenco MT, Andreoli SB. Clinical and demographic profile of cancer patients in a consultation-liaison psychiatric service. *Sao Paulo Med J* 2003;121(3):111-6.
  20. Harter M, Reuter K, Aschenbrenner A, Schretzmann B, Marschner N, Hasenburg A, et al. Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *Eur J Cancer* 2001;37(11):1385-93.
  21. Bisson JI, Chubb HL, Bennett S, Mason M, Jones D, Kynaston H. The prevalence and predictors of psychological distress in patients with early localized prostate cancer. *BJU Int* 2002;90(1):56-61.
  22. Matos e Souza FG, Ribeiro RA, Silva MSB, Ivo PSA, Lima Jr. VS. Depressão e ansiedade em pacientes com câncer de mama. *Rev. psiquiatr. clin.* 2000;27(4):207-14.
  23. Potash M, Breitbart W. Affective disorders in advanced cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 2002;16(3):671-700.
  24. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.
  25. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Junior C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev. saúde publica* 1995;29(5):355-63.
  26. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Nakano T, Mikami I, Okamura H, et al. Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer* 2000;88(12):2817-23.
  27. Love AW, Kissane DW, Bloch S, Clarke D. Diagnostic efficiency of the Hospital Anxiety and Depression Scale in women with early stage breast cancer. *Aust N Z J Psychiatry* 2002;36(2):246-50.
  28. Angelino AF, Treisman GJ. Major depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Support Care Cancer* 2001;9(5):344-9.
  29. Norusis M. *SPSS/PC 10.0 Base Manual*. Chicago: SPSS Inc.; 2000.
  30. Horikawa N, Yamazaki T, Sagawa M, Nagata T. The disclosure of information to cancer patients and its relationship to their mental state in a consultation-liaison psychiatry setting in Japan. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21(5):368-73.



03750413