

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (UFCG)**  
**MEDICINA**

Lorena Gonçalo Rodrigues, Natalie Sena de Carvalho

**ANÁLISE DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS  
ATENDIDOS AMBULATORIALMENTE NO HOSPITAL FUNDAÇÃO  
ASSISTENCIAL DA PARAÍBA**

Campina Grande

2016



## **MEDICINA**

Lorena Gonçalo Rodrigues, Natalie Sena de Carvalho

### **ANÁLISE DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS AMBULATORIALMENTE NO HOSPITAL FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da UFCG como requisito parcial à obtenção do título de Médico  
Orientador: Prof. Dr. Edmundo Gaudêncio.  
Co-orientador: Laudemir Vitorino Nascimento

Campina Grande

2016

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

R696a

Rodrigues, Lorena Gonçalo.

Análise da ansiedade e depressão em pacientes oncológicos atendidos ambulatoriamente no Hospital Fundação Assistencial da Paraíba / Lorena Gonçalo Rodrigues, Natalie Sena de Carvalho. – Campina Grande, 2016.

43f.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2016.

Orientador: Edmundo Gaudêncio, Dr.

Co-orientador: Laudemir Vitorino Nascimento, Esp.

1. Ansiedade. 2. Câncer. 3. Depressão. I. Carvalho, Natalie Sena de. II. Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616-006.616.89-008.454

Lorena Gonçalo Rodrigues, Natalie Sena de Carvalho

**ANÁLISE DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS  
ATENDIDOS AMBULATORIALMENTE NO HOSPITAL FUNDAÇÃO  
ASSISTENCIAL DA PARAÍBA**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da UFCG como requisito parcial à obtenção do título de Médico  
Orientador: Prof. Dr. Edmundo Gaudêncio.  
Co-orientador: Laudemir Vitorino Nascimento

Campina Grande, 25 de maio de 2016.

**BANCA EXAMINADORA**

Professor Doutor Edmundo de Oliveira Gaudêncio

Professor Adjunto da UFCG

Professora Doutora Deborah Rose Galvão Dantas

Professora Adjunta da UFCG

Professora Mestre Mônica Cavalcanti Trindade de Figueiredo

Professora Adjunta da UFCG

**AGRADECIMENTOS**

Agradecemos primeiramente a Deus, por ter permitido toda essa trajetória.

Aos nossos pais, pelo amor incondicional e por nos apoiar em tudo.

Aos familiares e amigos, que contribuíram direta ou indiretamente com esse momento; em especial ao Márcio, por toda ajuda com as análises estatísticas e por ser solícito em todo momento, e ao Lucas, por toda sua compreensão e apoio.

Ao orientador Prof. Dr. Edmundo Gaudêncio, por toda dedicação e acompanhamento lado a lado oferecido.

Ao co-orientador Laudemir Vitorino, por ter dado a ideia desse brilhante tema.

Aos mestres que contribuíram com a nossa formação médica, repassando conhecimento e experiências.

Ao Curso de Medicina da UFCG, Coordenadores, funcionários do HUAC, colegas de turma e pacientes.

## **RESUMO**

O diagnóstico do câncer é uma experiência traumática e estressante para a maioria dos pacientes, por ser uma doença grave que pode dificultar a continuidade da vida. A associação entre depressão e ansiedade e doenças clínicas é muito frequente, levando a uma pior evolução tanto do quadro psiquiátrico como da doença clínica, com menor adesão às orientações terapêuticas, além de maior morbidade e mortalidade. Os objetivos do presente estudo foram analisar a prevalência global e por sítio de tumor da ansiedade e da depressão em pacientes atendidos ambulatorialmente na FAP, bem como estabelecer o seu perfil socioeconômico-demográfico, utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e o questionário socioeconômico-demográfico, que abrange os tópicos idade, sexo, estado civil, religião, atividade ocupacional, renda econômica e escolaridade. Participaram da pesquisa 187 pacientes, de ambos os sexos, sendo 129 mulheres e 58 homens. A amostra foi aleatória, sendo selecionados, por sorteio, trinta e sete pacientes por semana, que compareceram ao serviço nas segundas, quartas e sextas-feiras de uma semana, e nas terças e quintas-feiras da semana subsequente, em turnos alternados, no total de cinco semanas. Como resultados, foi encontrada uma prevalência global de ansiedade de 29,9% e de depressão de 11,2%, sendo maiores no sexo feminino (31,8% e 11,6%, respectivamente). Os pacientes com neoplasia de pele tiveram maior percentual de ansiedade (50%), enquanto os com neoplasia respiratória tiveram maior percentual de depressão (50%). Concluindo, os estados depressivos, tanto por sua prevalência quanto pelas consequências que acarretam, têm marcante importância enquanto problema de saúde pública, reforçando que a depressão tem uma alta associação com pior funcionamento social e qualidade de vida e maior utilização de recursos de saúde. Nesse estudo, as mulheres, os idosos, os casados, os viúvos e os pacientes com menor escolaridade e menor nível socioeconômico apresentaram as maiores prevalências de ansiedade e de depressão.

Palavras-chave: Ansiedade. Câncer. Depressão.

## **ABSTRACT**

The diagnosis of cancer is a traumatic and stressful experience for most patients because it is a serious disease that can hinder the continuity of life. The association between depression and anxiety and clinical disease is very frequent, leading to a worse outcome both psychiatric disorders and clinical conditions, with lower adherence to treatment guidelines and greater morbidity and mortality. The objectives of this study were to analyze the global prevalence and site of tumor of anxiety and depression in patients treated as outpatients in FAP as well as establish their socioeconomic and demographic profile, using the Hospital Scale Anxiety and Depression (HADS) and socioeconomic and demographic questionnaire, covering the topics of age, sex, marital status, religion, occupational activity, economic income and education. The participants were 187 patients of both sexes, with 129 women and 58 men. The sample was random, being selected by lot, thirty-seven patients a week who attended the service on Mondays, Wednesdays and Fridays a week, and on Tuesdays and Thursdays of the following week, on alternate shifts in total of five weeks. As a result, we found an overall prevalence of anxiety of 29.9% and 11.2% of depression, being higher in females (31.8% and 11.6%, respectively). Patients with skin cancer had a higher percentage of anxiety (50%), while those with respiratory cancer had a higher percentage of depression (50%). Therefore, depressive states, both for their prevalence and the consequences they entail, have remarkable importance as a public health problem, stressing that depression has a strong association with poor social functioning and quality of life and greater use of health resources. In this study, women, elderly people, married, widowers and patients with less education and lower socioeconomic status had the highest prevalence of anxiety and depression.

Keywords: Anxiety. Cancer. Depression.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>11</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>12</b>
3.1. Objetivo primário.....	12
3.2. Objetivos secundários.....	12
<b>4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>14</b>
<b>5. METODOLOGIA</b> .....	<b>21</b>
5.1. Critérios de Inclusão.....	22
5.2. Critérios de Exclusão.....	22
5.3. Aspectos Éticos.....	22
5.4. Análise Estatística.....	22
<b>6. RESULTADOS</b> .....	<b>23</b>
<b>7. DISCUSSÃO</b> .....	<b>27</b>
7.1. Aspectos gerais.....	28
7.2. Prevalência geral.....	29
7.3. Sítio do tumor.....	30
7.4. Idade.....	30
7.5. Sexo.....	31
7.6. Estado civil.....	31
7.7. Religião.....	31
7.8. Atividade ocupacional.....	32
7.9. Escolaridade e renda econômica.....	32
<b>8. CONCLUSÃO</b> .....	<b>34</b>
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE A - Questionário socioeconômico.....	40
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	41
ANEXO A - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.....	43



1.

## INTRODUÇÃO

A depressão é classificada como um transtorno de humor e rege as atitudes dos sujeitos, modificando a percepção de si mesmos, que passam a enxergar os seus problemas como grandes catástrofes.

Tratada como a doença da sociedade moderna, a depressão tem características que podem traduzir uma patologia grave ou ser apenas mais um sintoma do sujeito diante de uma situação real de vida. Ou seja, suas características podem determinar uma melancolia em si ou ser apenas um sintoma constituinte de outra patologia. Assim, o uso rotineiro da palavra depressão indica tanto um sintoma, quanto uma síndrome ou uma doença.

Como sintoma, a depressão pode aparecer em vários quadros clínicos, como transtorno de estresse pós-traumático, demência, alcoolismo, hipotireoidismo e câncer. Nesses casos, a abordagem da depressão está relacionada ao tratamento da doença-base.

Como síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas e de percepção (déficit de atenção, perda de memória, e até mesmo alucinações e delírios), psicomotoras (agitação ou lentificação) e vegetativas (sono, apetite).

Como doença, a depressão é classificada de diferentes maneiras. Atualmente, existem duas classificações: a da Escola Europeia, contida na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e a da Associação Americana de Psiquiatria, expressa no Manual de Diagnóstico e de Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV).

A depressão é conhecida por manifestações descritas como apatia, irritabilidade, perda de interesse, tristeza, lentificação psicomotora ou agitação, ideias agressivas, desolação e múltiplas queixas somáticas (insônia, fadiga e anorexia). Seu diagnóstico é facilitado pela presença dos sintomas e por um bom conhecimento teórico (ESTEVEZ; GALVAN, 2006).

Por outro lado, a ansiedade é caracterizada pela expectativa apreensiva”, persistente e de difícil controle, que perdura por seis meses, no mínimo, e vem acompanhado por três ou mais dos seguintes sintomas: inquietação, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, tensão muscular e perturbação do sono (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 1994).

A associação entre depressão e doenças clínicas é muito frequente, levando a uma pior evolução tanto do quadro psiquiátrico como da doença clínica, com menor adesão às orientações terapêuticas, além de maior morbidade e mortalidade.

Apesar dessa alta prevalência em populações clínicas, a depressão ainda é subdiagnosticada e, quando corretamente diagnosticada, com frequência é tratada de forma inadequada, com subdoses de medicamentos e manutenção de sintomas residuais, que comprometem a evolução clínica dos pacientes.

Toda doença crônica pode estar associada à depressão comórbida, como cardiopatias, endocrinopatias, obesidade, distúrbios do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, nefropatias, câncer, doenças neurológicas, ginecológicas, síndromes dolorosas de qualquer natureza entre outros (*BASTOS et al.*, 2007).

O diagnóstico do câncer é uma experiência traumática e estressante para a maioria dos pacientes, por ser uma doença grave que pode dificultar a continuidade da vida. A incerteza prognóstica impede a sensação de segurança. Além das dúvidas sobre a continuidade da vida, eles apresentarão preocupações sobre como o câncer alterará a capacidade de trabalho e quantas dores terão que suportar. Surgem, também, preocupações com a imagem corporal, com a capacidade de realizar tarefas diárias e com os efeitos do tratamento na saúde.

A prevalência da depressão em pacientes com câncer tem taxa, em média, de aproximadamente 25% (*MCDANIEL et al.*, 1995). Essa taxa varia em função da metodologia utilizada para investigar a depressão e de diversos fatores como tipo de câncer, evolução e complicações do câncer, além do próprio tratamento oncológico.

Esses transtornos psiquiátricos interferem de forma bastante negativa na qualidade de vida dos pacientes, levam a não adesão ao tratamento proposto, prolongam as internações hospitalares e aumentam a mortalidade. Deve-se,

portanto, rastrear os sintomas depressivos e ansiosos em pacientes oncológicos, objetivando-se o alívio desses e uma melhor qualidade de vida.

## 2. JUSTIFICATIVA

Em oncologia, o acompanhamento clínico revela sintomas de ansiedade e depressão desde a fase diagnóstica do câncer. A avaliação dos pacientes que possuem esse tipo de injúria se faz necessária visando a identificação dos pacientes que seriam mais vulneráveis, com o rastreamento de sintomas depressivos e ansioso, objetivando intervir terapêuticamente em tais situações, aliviando sintomas e melhorando, com isso, a qualidade de vida do paciente e sua adesão terapêutica, bem como auxiliar o médico nas estratégias de prevenção e no uso criterioso de antidepressivos em pacientes com câncer. Nesse sentido, há poucos estudos no Brasil e nenhum na Paraíba sobre a associação de depressão e ansiedade em pacientes com câncer. Dessa forma, destaca-se a carência de dados avaliando a prevalência de depressão e ansiedade em pacientes oncológicos, principalmente no que tange aos aspectos socioeconômico-demográficos.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo primário**

Observar a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos atendidos ambulatorialmente no Hospital Fundação Assistencial da Paraíba – FAP, em Campina Grande – PB.

#### **3.2. Objetivos secundários**

- Traçar o perfil socioeconômico-demográfico desses pacientes;
- Verificar o sítio de tumor e a sua associação com ansiedade e depressão.

#### 4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A ansiedade e o medo são emoções presentes em todos os seres humanos independentemente do contexto sociocultural em que se encontram. A expressão dessas emoções é homogênea entre diferentes povos racial e geograficamente isolados e as situações que normalmente as evocam não são aleatórias (BAPTISTA, 2000).

O medo e a ansiedade passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo (BAPTISTA, 2000).

As depressões são síndromes de etiologia variada, cujo termo designa um sintoma, uma síndrome ou um transtorno mental. Os transtornos depressivos (TD) são condições médicas sérias, potencialmente letais, cujo quadro clínico é dominado por humor patológico e alterações comportamentais e cognitivas. Sem diagnóstico e tratamento adequados, causam sofrimento importante e incapacitam para o trabalho e para a vida social e familiar (BAPTISTA, 2000).

A primeira descrição de um possível quadro de depressão foi feita por Hipócrates, na Grécia, o qual descreveu sintomas de inapetência, desânimo, insônia e irritabilidade. Caso tais sintomas se mantivessem por um período prolongado, o quadro definiria uma melancolia (*melan*, negro, *echolis*, bÍlis), ou seja, o predomínio da bile negra sobre os demais fluidos corporais (bÍlis branca ou linfa, fleugma e sangue) (JUVER; VERÇOSA, 2008).

Durante a Idade Média, as doenças mentais eram consideradas possessões demoníacas, e os pacientes eram marginalizados e desprezados por muitas sociedades (JUVER; VERÇOSA, 2008).

Foi durante o Renascimento que houve a primeira tentativa de distanciar a causa das doenças mentais de explicações religiosas, com a investigação de causas orgânica e psíquica (JUVER; VERÇOSA, 2008).

No século XIX, houve um aprimoramento dos conceitos de doenças mentais, que se assemelham com os utilizados atualmente. Naquela época, foi dado início um tratamento mais humanizado, dando-se voz ao “louco” (JUVER; VERÇOSA, 2008).

O estudo das causas biológicas das doenças psiquiátricas se desenvolveu bastante nas últimas décadas. Quase todos os neurotransmissores conhecidos atualmente foram estudados nos quadros de depressão, sendo os de principal importância a noradrenalina e a serotonina (JUVER; VERÇOSA, 2008).

Dessa forma, a abordagem bioquímica da depressão permitiu não só o entendimento, mas também o diagnóstico e o tratamento da doença (JUVER; VERÇOSA, 2008).

Dentre as manifestações clínicas, é importante identificar três aspectos nucleares, que independem da gravidade da depressão: humor depressivo e/ ou falta de interesse e motivação com prejuízo da capacidade hedônica, queda do ânimo ou fadiga, devida à redução nos níveis de energia e lentificação psicomotora (JUVER; VERÇOSA, 2008).

Por outro lado, o câncer é uma doença genética complexa derivada do acúmulo de várias modificações no genoma celular, associadas ou desencadeadas por fatores ambientais. Por ser potencialmente gerador de risco de morte, seu impacto psicológico nos pacientes representa um importante aspecto da clínica oncológica (BASTOS *et al.*, 2007).

O câncer, assim como a doença mental, sofreu por muito tempo com os estigmas: ambas não tinham causa conhecida ou cura. Revelar o diagnóstico de câncer era considerado cruel e desumano porque os pacientes poderiam perder todas as esperanças e, não sabendo, poderiam enfrentar melhor a doença. Culpa e medo eram as emoções predominantes, associadas ao perigo de que fosse contagiosa (MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011).

Os sintomas depressivos nos pacientes com câncer nem sempre constituem doenças psiquiátricas clássicas, mas sim desordens psíquicas que interferem na qualidade de vida do indivíduo (BASTOS *et al.*, 2007).



O impacto do câncer sobre a saúde mental tem sido estudado por diversos autores. A prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes com diversos tipos de cânceres foi de 47%, pelos critérios DSM-III, no primeiro estudo multicêntrico (DEROGATIS *et al.*, 1983). Desses, 68% estavam representados por transtornos depressivos decorrentes das manifestações do câncer. Alguns estudos encontraram prevalência entre 25 e 60% de transtornos psiquiátricos de acordo com instrumento utilizado, fase evolutiva do câncer, características do tumor ou terapia realizada (MCDANIEL *et al.*, 1995).

A prevalência de depressão em pacientes oncológicos tem sido estimada entre 22 e 29%, e está associada à piora do prognóstico e ao aumento da mortalidade pelo câncer. A variabilidade dessas taxas está associada a diversos fatores, incluindo locais do tumor, estágio do câncer e prognóstico, bem como complicações clínicas como dor, funcionamento físico limitado, hospitalização, existência de suporte social, além dos instrumentos diagnósticos utilizados. (MCDANIEL *et al.*, 1995)

As taxas da prevalência da depressão associada ao câncer de acordo com a evolução da moléstia e os tratamentos utilizados são de 14% em pacientes ambulatoriais, de 28% em pacientes em unidade de cuidados paliativos e de 14,1% em pacientes internados para transplante de medula. As taxas de prevalência de depressão são maiores nos cânceres de pâncreas, orofaringe e mama, com porcentagens que chegam a 50% (MCDANIEL *et al.*, 1995).

No Brasil, alguns estudos foram conduzidos para avaliar a morbidade psiquiátrica em pacientes com câncer, em diferentes fases do diagnóstico e tratamento. No primeiro estudo, a prevalência dos transtornos do humor foi de 29% nos pacientes com câncer que estavam internados em hospital especializado em oncologia (n = 319) (CITERO *et al.*, 2003).

Em outro estudo, realizado em Fortaleza, a prevalência média de ansiedade generalizada e depressão em pacientes com câncer de mama, durante a quimioterapia, foi estimada em 21%, sendo maior no primeiro mês de tratamento quimioterápico: 33%. A ansiedade foi constante ao longo de todo o tratamento e os pensamentos suicidas foram detectados em 13% das pacientes (SOUZA, 2000). A

morbidade psiquiátrica foi avaliada em mulheres diagnosticadas com câncer de mama no Hospital Pérola Byington, em São Paulo, antes do início dos tratamentos (n = 290), com instrumentos de rastreio: Escala de Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e a *Pos-Traumatic Civilian Version Scale* (PCL-C). Foram detectados 21,4% de casos de depressão, 34,5% de ansiedade (BOTTINO, 2009).

Apesar da elevada prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes com câncer, apenas 2% desses pacientes recebem tratamento especializado. Uma causa provável desse *déficit* é que a ocorrência de transtornos psiquiátricos passa despercebida diante da dramaticidade do quadro oncológico, além do tempo, por vezes limitado para investigar questões emocionais e dos custos associados ao tratamento (FANGER; SOARES; MAURO, 2010).

Muitas vezes, os sintomas apresentados pelos pacientes são interpretados pelos médicos como uma consequência natural do diagnóstico de um câncer. A própria natureza da síndrome depressiva - sentimentos de desvalia e desespero - inibe a procura de cuidado e interfere na capacidade dos pacientes para avaliar a distorção emocional e cognitiva decorrente da depressão, muitas vezes atribuída ao câncer (FANGER; SOARES; MAURO, 2010).

Na depressão, os sintomas psíquicos e somáticos persistem mesmo após a melhora física, o início do tratamento da doença base, e com bons resultados de exames complementares, caracterizando um comportamento que não é compatível com o quadro de tristeza esperado no luto (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

Apesar do conhecimento de diversos tratamentos clínicos eficazes, esses pacientes, muitas vezes, não são tratados de forma adequada. Tal fato é explicado pela dificuldade em diagnosticar a depressão nos pacientes com câncer avançado, devido aos pontos em comum entre os sintomas da depressão e os encontrados nos estágios mais avançados da doença (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

A dificuldade em avaliar sintomas depressivos e diagnosticar depressão em pacientes com doenças clínicas levou à necessidade de definir critérios de classificação. Atualmente, há quatro tipos de abordagens: inclusiva, excludente, etiológica e substitutiva (BASTOS *et al.*, 2007).

A inclusiva é a abordagem mais indicada para a prática clínica. Nela, os sintomas depressivos devem ser contabilizados mesmo se puderem ser explicados pela doença clínica. Dessa forma, tal abordagem minimiza o risco de não se diagnosticar quadros depressivos com poucos sintomas (BASTOS *et al.*, 2007).

A abordagem excludente exclui, como o próprio nome indica, os sintomas explicáveis pela patologia clínica, e, dessa maneira, essa abordagem gera muitos subdiagnósticos (BASTOS *et al.*, 2007).

A abordagem etiológica é a utilizada pelo DSM-IV, na qual o diagnóstico de depressão é definido a partir da afirmação de que a patologia clínica foi a causadora do quadro depressivo, não tendo um alto grau de confiança (BASTOS *et al.*, 2007).

Por fim, a abordagem substitutiva propõe substituir um sintoma físico por um comportamental ou cognitivo, levando a uma vasta gama de diagnósticos (BASTOS *et al.*, 2007).

Embora a tentativa de "compreensão psicológica" da patologia depressiva possa estar presente em alguns casos, como depressão e câncer, a abordagem diagnóstica deve ser do tipo inclusiva, ou seja, o tratamento antidepressivo é preconizado buscando a remissão total dos sintomas, como é a orientação para os quadros depressivos sem comorbidades (BASTOS *et al.*, 2007).

O medo do sofrimento e a possibilidade de proximidade da morte são fatores estressantes. Portanto, deve-se considerar normal que o paciente apresente algum grau de tristeza diante dessa realidade, o que é necessário para a reestruturação psíquica do indivíduo (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

Basicamente, diferencia-se a depressão e a não depressão pela gravidade dos sintomas e pelo tempo de duração. Nos casos de depressão, o sintoma é mais intenso e duradouro. Caso persista a dúvida, deve-se realizar uma análise psíquica específica com entrevistas e aplicação de escalas. O teste terapêutico com o uso de antidepressivos deve ser instituído (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

Perda de interesse em atividades que lhes causava prazer é um sintoma presente em pacientes diagnosticado com doenças de prognóstico sombrio. Porém,

no luto pela falta de saúde, o interesse pode ser estimulado e voltar ao habitual (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

Planejar o futuro e permanecer interessado pelo presente é difícil quando o paciente está sofrendo devido à dor. Nesse caso, sem o alívio da dor é improvável a melhora da depressão. Dessa forma, é necessário tanto o tratamento dos sintomas físicos, no caso, a dor, quanto o apoio psíquico. O tratamento farmacológico com antidepressivos também é indicado (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

Falta de concentração e déficit de atenção também são sintomas comuns em pacientes com dores fortes e recorrentes. Assim, a depressão só pode ser diagnosticada após o controle da dor. Caso seja diagnosticada a depressão, deve-se iniciar o tratamento medicamentoso, com o uso de antidepressivos, e o não medicamentoso, com psicoterapia de apoio (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

Além disso, a ausência de apetite é comum nos pacientes com dores intensas. Os fármacos de escolha, nesses casos, são os antidepressivos tricíclicos, pois apresentam o aumento do apetite como efeito colateral (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

Por fim, a sensação de energia reduzida levando a fadiga constante é um sintoma físico bastante comum em pacientes com dor, principalmente nos casos de metástases ósseas. Nos casos em que a dor foi devidamente tratada e a fadiga persistir, pode-se estar diante de um quadro depressivo (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

Distúrbios do sono são frequentemente encontrados em pacientes com câncer avançado e pode estar relacionado com a visão ocidental acerca do sono. Para Nacnish (2008, p. 288): “O sono é o estado intermediário entre a vigília e a morte; vigília significando o estado ativo de todas as funções animais e intelectuais, e a morte significando sua total supressão” (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

Baseando-se em tal crença, muitos pacientes apresentam alterações da qualidade do sono relacionadas com o medo da morte supostamente cada vez mais próxima. Entretanto, qualquer sintoma físico que possa justificar tais alterações deve ser afastado, como a dor, que é o mais frequente. Depois de tratado corretamente o sintoma físico, é indicado o tratamento medicamentoso com antidepressivos, bem

como tratamentos não medicamentosos. Os antidepressivos tricíclicos são bem indicados devido à sedação ser um dos seus efeitos colaterais e, portanto, devem ser administrados em doses noturnas (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

Pensamentos autodestrutivos e suicidas são, em geral, relatados como sendo a primeira possibilidade diante de um diagnóstico com prognóstico sombrio, principalmente quando o medo do sofrimento físico está associado. Nesses casos, deve-se realizar entrevistas a fim de esclarecer se os pacientes têm, de fato, planos suicidas concretos, com estruturação para viabilização de meios, ou se têm apenas pensamentos vagos e sem estruturação. Entretanto, em ambos os casos, segundo a literatura, o tratamento farmacológico e o não farmacológico devem ser rigorosos, a fim de se evitar o suicídio (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

Nos últimos anos, o tratamento dos transtornos psiquiátricos em pacientes oncológicos foi mais estudado e ampliado. Assim, tem-se uma maior disponibilidade de psicofármacos, que, além de aliviar sintomas psicológicos, melhoram sintomas que frequentemente estão relacionados com o câncer, como náuseas, vômitos, dor e fadiga. Dessa forma, os efeitos colaterais de medicamentos antidepressivos, como sedação, ganho de peso, efeitos antieméticos ou analgésicos podem orientar a escolha terapêutica (MCDANIEL *et al.*, 1995).

Apesar do aumento da investigação de tratamentos antidepressivos para a depressão associada ao câncer, ainda não se pode estabelecer conclusões definitivas sobre quais medicamentos são mais efetivos ou mais bem tolerados por pacientes com câncer em geral ou em sítios específicos (MCDANIEL *et al.*, 1995).

Concomitantemente ao tratamento farmacológico, é bastante útil a indicação de avaliação psicológica e, por vezes, de psicoterapia para depressão, associada ao tratamento medicamentoso. Dessa forma, sugere-se que tratamentos psicossociais possuem uma possível chance de melhora de qualidade de vida do paciente, sem evidências de prejuízos para o mesmo (MCDANIEL *et al.*, 1995).

Por fim, torna-se evidente que a depressão compromete de forma importante a qualidade de vida dos pacientes, devendo, portanto, ser diagnosticada e tratada de forma adequada (MCDANIEL *et al.*, 1995).

No tocante ao diagnóstico da depressão, o uso de escalas pode ter bastante utilidade para detectar pacientes que precisam de tratamento psicológico e psiquiátrico, além de oferecer menos custos e um menor tempo. As escalas mais utilizadas para o rastreio de depressão em pacientes oncológicos são: *General Health Questionnaire* (GHQ-30); *Center for Epidemiological Studies – Depression Scale* (CES-D); *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D); *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS); e a *Profile of Mood Scale* (POMS-S) (BOTTINO; FRAGUAS; GATTAZ, 2009).

No Brasil, já existem escalas validadas para o rastreamento dos transtornos psiquiátricos associados ao câncer. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), desenvolvida com o objetivo de avaliar sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doenças físicas, é uma das escalas mais utilizadas em pacientes com câncer (BOTTINO; FRAGUAS; GATTAZ, 2009).

Recentemente, foi validado no Brasil o *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD), instrumento de rastreio de transtornos psiquiátricos associados a doenças clínicas. Tal escala apresenta elevada sensibilidade na detecção de transtornos psiquiátricos em cuidados primários, sendo possível a sua aplicação por clínicos (BOTTINO; FRAGUAS; GATTAZ, 2009).

Vale ressaltar que a aplicação das escalas é de suma importância para o diagnóstico de sintomas depressivos em pacientes com câncer, sendo necessária a sua realização pelo clínico sempre que houver suspeita de depressão associada ao quadro oncológico. Dessa forma, o paciente poderá se beneficiar do tratamento o mais precocemente possível (BOTTINO; FRAGUAS; GATTAZ, 2009).

## **5. METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo transversal.

### **TEMPO DE ESTUDO**

O estudo foi realizado no período de março de 2015 a abril de 2016. A coleta de dados foi realizada entre os dias 10 de março de 2016 e 14 de abril de 2016.

### **AMOSTRAGEM**

Participaram da pesquisa 187 pacientes, de ambos os sexos, do ambulatório de Oncologia do Hospital da FAP- Fundação Assistencial da Paraíba, da cidade de Campina Grande – PB. A amostra foi aleatória, sendo selecionados, por sorteio, trinta e sete pacientes por semana, que compareceram ao serviço nas segundas, quartas e sextas-feiras de uma semana, e nas terças e quintas-feiras da semana subsequente, em turnos alternados, no total de cinco semanas.

### **CÁLCULO DA AMOSTRA**

O cálculo da amostra foi realizado no programa de domínio público *Open Epi 3.03a* (Atlanta, GA). Considerando-se a frequência, encontrada na literatura, de pacientes oncológicos atendidos ambulatorialmente com ansiedade e depressão sendo de 14% (MCDANIEL et al, 1995), seriam necessários 182 sujeitos para encontrar associações seguras, com margem de erro de 5% e um intervalo de confiança de 95%. Esse número foi aumentado para 187 sujeitos prevendo-se eventuais perdas.

### **INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS**

(1) Questionário Socioeconômico-demográfico – abrange os tópicos idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, religião, renda econômica e diagnóstico.

(2) HADS – escala traduzida e validada por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr. e Pereira (1995), visa detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos. É constituída por 14 itens de múltipla escolha, dos quais sete são

voltados para avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para depressão (HADS-D). Cada item pode ser pontuado de 0 a 3, atingindo-se máximo de 21 pontos em cada subescala. Na presente pesquisa, adotaremos os pontos de corte informados na literatura: escore indicativo de ansiedade igual ou maior que 8; e escore indicativo de depressão igual ou superior a 9.

### **5.1. Critérios de Inclusão**

Paciente oncológico atendido ambulatorialmente na FAP.

Paciente com confirmação diagnóstica e em tratamento na FAP.

Paciente com prontuário acessível na instituição.

### **5.2. Critérios de Exclusão**

Paciente oncológico menor de idade.

Paciente com diagnóstico de depressão ou ansiedade anterior ao diagnóstico oncológico.

### **5.3. Aspectos Éticos**

Esse estudo foi submetido através da Plataforma Brasil para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Campina Grande, sendo aprovado pelo parecer 1.443.197 e pelo CAAE: 52364315.0.0000.5182. Todos os participantes foram informados dos objetivos do projeto, concordando em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **5.4. Análise Estatística**

A última etapa se destinou à análise estatística dos dados obtidos através do programa SPSS versão 17.0.



## 6. RESULTADOS

Participaram dessa pesquisa 187 pacientes. A média de idade dos pacientes incluídos no estudo foi de 57,4 anos (DP: 14,85; mediana: 57 anos), sendo a idade mínima de 20 e a máxima de 90 anos. A amostra foi composta por pacientes oncológicos de ambos os sexos, sendo 58 homens (31%) e 129 mulheres (69%).

Foram excluídos da amostra seis pacientes por apresentarem diagnóstico prévio de ansiedade ou de depressão. Dez pacientes se recusaram a participar do estudo.

Entre os 187 pacientes incluídos, encontrou-se a seguinte distribuição, de acordo com o sítio do tumor: mama (31,1%), genitourinário (25,2%), aparelho digestório (16,6%), endócrino (9,1%), pele (7,5%), hematológico (4,9%), respiratório (2,2%), osteomuscular (1,2%) e outros (2,2%).

A prevalência global de depressão foi de 11,2%, a de ansiedade foi de 29,9%, e a de ambas foi de 8,6%.

**Tabela 1- percentual de pacientes ansiosos, depressivos e ambos de acordo com o sítio do tumor.**

SÍTIO DOTUMOR	ANSIOSO	(%)	DEPRESSIVO	(%)	ANSIOSO E DEPRESSIVO	(%)	TOTAL DE PACIENTES
<b>Aparelho Digestório</b>	8	25,8%	3	9,7%	1	3,2%	31
<b>Endócrino</b>	2	11,8%	1	5,9%	1	5,9%	17
<b>Genitourinário</b>	18	17%	8	6,4%	7	14,9%	47
<b>Hematológico</b>	4	44,4%	4	44,4%	4	<b>44,4%</b>	9
<b>Mama</b>	15	25,9%	1	1,7%	0	0%	58
<b>Osteomuscular</b>	0	0%	0	0,0	0	0%	3
<b>Outros</b>	1	25%	0	0,0	0	0%	4
<b>Pele</b>	7	<b>50%</b>	2	14,3%	2	14,3%	14
<b>Respiratório</b>	1	25%	2	<b>50%</b>	1	25%	4
Total Geral	56	29,9%	21	11,2%	16	8,6%	187

Analisando os índices de depressão e ansiedade por sítio do tumor, encontrou-se uma maior prevalência de pacientes com depressão naqueles com neoplasia do sistema respiratório (50%), seguido pela neoplasia hematológica

(44,4%). Em relação à ansiedade, a maior prevalência foi de pacientes com neoplasia de pele (50%), seguido da neoplasia hematológica (44,4%).

Em relação ao perfil sociodemográfico dos pacientes, foram avaliados idade, sexo, estado civil, religião, atividade ocupacional, renda econômica e escolaridade.

A faixa etária com maior prevalência de ansiedade foi acima de 85 anos (66,7%), e a com maior prevalência de depressão foi entre 76 e 85 anos (21,1%), sendo nessa faixa etária, também, a maior taxa de prevalência de depressão e de ansiedade em conjunto. A faixa etária com menor prevalência de ansiedade foi entre 36-45 anos (18,2%), e a de depressão foi entre 26-35 anos (8,6%).

**Tabela 2- percentual de pacientes ansiosos, depressivos e ambos de acordo com a faixa etária.**

FAIXA ETÁRIA	ANSIOSO	(%)	DEPRESSIVO	(%)	ANSIOSO E DEPRESSIVO	(%)	TOTAL DE PACIENTES
<b>&lt;=25</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3
<b>26-35</b>	4	30,8%	1	7,8%	1	7,8%	13
<b>36-45</b>	4	18,2%	2	9,1%	1	4,6%	22
<b>46-55</b>	16	34,1%	4	8,6%	4	8,6%	47
<b>56-65</b>	12	31,6%	4	10,6%	3	7,9%	38
<b>66-75</b>	11	26,2%	6	14,3%	5	12%	42
<b>76-85</b>	7	36,9%	4	<b>21,1%</b>	2	<b>10,6%</b>	19
<b>&gt;= 85</b>	2	<b>66,7%</b>	0	0,0	0	0,0	3
Total Geral	56	29,9%	21	11,2%	16	8,6%	187

Em relação ao sexo, a prevalência de ansiedade entre o sexo feminino foi de 31,8%, e a de depressão foi de 11,6%. Já no sexo masculino, as prevalências de ansiedade e de depressão foram menores, com valores de 25,9% e de 10,3%, respectivamente.

No que tange ao estado civil, a maior frequência de pacientes ansiosos foi encontrada entre os casados (34,8%), seguida dos viúvos (22,2%), enquanto a menor frequência foi encontrada nos divorciados (8,3%). Entre os pacientes depressivos, a maior frequência foi entre os viúvos (22,2%) e os casados (10,6%). Os pacientes solteiros e divorciados tiveram um menor índice de depressão (8% e 8,3%, respectivamente).

**Tabela 3- percentual de pacientes ansiosos, depressivos e ambos de acordo com o estado civil.**

ESTADO CIVIL	ANSIOSO	(%)	DEPRESSIVO	(%)	ANSIOSO E DEPRESSIVO	(%)	TOTAL DE PACIENTES
<b>Casado / União Estável</b>	46	<b>34,8%</b>	14	10,6%	12	9%	132
<b>Divorciado</b>	1	8,3%	1	8,3%	1	8,3%	25
<b>Solteiro</b>	5	20%	2	8%	1	4%	18
<b>Viúvo</b>	4	22,2%	4	<b>22,2%</b>	2	<b>22,2%</b>	12
Total Geral	56	29,9%	21	11,2%	16	8,6%	187

Em relação à religião, a prevalência de ansiedade nos pacientes religiosos foi de 29,56%, e a de depressão foi de 11,2%. Apenas um paciente se declarou sem religião e o mesmo apresentou ansiedade isolada.

Quanto à atividade ocupacional, tivemos uma maior prevalência de ansiedade nos pacientes que possuem atividade (37,9%) e uma maior prevalência de depressão em pacientes que não estão exercendo uma profissão (14,3%).

No que concerne à renda econômica, 100% dos pacientes que recebem um e meio salários mínimos tiveram ansiedade nesse estudo, e 33,3% dos que recebem meio salário mínimo ou não têm renda tiveram depressão.

**Tabela 4- percentual de pacientes ansiosos, depressivos e ambos de acordo com a renda familiar.**

RENDA FAMILIAR	ANSIOSO	(%)	DEPRESSIVO	(%)	ANSIOSO E DEPRESSIVO	(%)	TOTAL DE PACIENTES
----------------	---------	-----	------------	-----	----------------------	-----	--------------------

<b>½ Salário Mínimo</b>	2	66,7%	1	<b>33,3%</b>	1	<b>33,3%</b>	3
<b>1 Salário Mínimo</b>	35	29,4%	15	12,7%	10	8,5%	119
<b>1 ½ Salários Mínimos</b>	1	<b>100%</b>	0	0,0	0	0,0	1
<b>2 Salários Mínimos</b>	7	25%	3	10,8%	3	10,8%	28
<b>3 Salários Mínimos</b>	3	23,1%	0	0,0	0	0,0	13
<b>4 Salários Mínimos</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3
<b>5 Salários Mínimos</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
<b>6 Salários Mínimos</b>	1	50%	0	0,0	0	0,0	2
<b>Bolsa Família</b>	5	71,5%	1	14,3%	1	14,3%	7
<b>Não quis informar</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
<b>Sem renda</b>	1	33,3%	1	<b>33,3%</b>	1	<b>33,3%</b>	3
<b>Sem renda fixa</b>	1	20%	0	0,0	0	0,0	6
Total Geral	56	29,9%	21	11,2%	16	8,6%	187

No que se refere ao nível de escolaridade, a prevalência de ansiedade entre os iletrados foi de 47,5%, e a de depressão foi de 27,5%. Em seguida, 32,83% dos pacientes com Ensino Fundamental Incompleto apresentaram ansiedade e 11,94% apresentaram depressão.

**Tabela 5- percentual de pacientes ansiosos, depressivos e ambos de acordo com o nível de escolaridade.**

ESCOLARIDADE	ANSIOSO	(%)	DEPRESSIVO	(%)	ANSIOSO E DEPRESSIVO	(%)	TOTAL DE PACIENTES
<b>Iletrado</b>	19	<b>47,5%</b>	11	<b>27,5%</b>	10	<b>25%</b>	40
<b>EFI</b>	22	32,8%	8	11,94%	4	5,97%	67
<b>EFC</b>	2	10,5%	0	0%	0	0%	19
<b>EMI</b>	2	22,2%	0	0%	0	0%	9
<b>EMC</b>	5	14,7%	1	2,94%	1	2,9%	34
<b>ESI</b>	0	0%	0	0%	0	0%	12
<b>ESC</b>	5	41,6%	1	8,3%	1	8,3%	5
<b>Pós - graduação</b>	1	100%	0	0%	0	0%	1
Total Geral	56	29,9%	21	11,2%	16	8,6%	187

## **7. DISCUSSÃO**

### **7.1. Aspectos gerais**

Este estudo foi capaz de abordar e avaliar, por meio de instrumentos padronizados, um grande número de pacientes com câncer, em tratamento ambulatorial em um hospital de referência de neoplasias da Paraíba. Em termos aproximados, mostrou-se que um em cada dez pacientes sofre de depressão, e que um em cada três sofre de ansiedade.

Há, no entanto, limitações metodológicas que devem ser levadas em conta. Como limitações do estudo, merecem destaque o baixo nível socioeconômico dos pacientes, característica que poderia limitar o entendimento do questionário autoaplicado, podendo alterar a real incidência de sintomas depressivos e ansiosos. Além disso, há falta de algumas informações, tais como tempo de evolução da doença, presença de dor, tipo de tratamento instituído e seus efeitos adversos, bem como gravidade de eventuais complicações. Esses dados costumam ser incluídos, em vários estudos na área de oncologia, entre as variáveis independentes.

O número limitado de informações deveu-se ao fato de o rastreamento de mais de 150 indivíduos exigir instrumentos válidos e concisos, que não cansassem o paciente. Observou-se um prejuízo em relação ao tempo disponível para a realização da pesquisa, haja vista que houve atraso de aproximadamente três meses na aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa, diminuindo o tempo disponível para a coleta de dados.

Este estudo não foi idealizado para se aprofundar, especificamente, em aspectos clínicos de pacientes com câncer. Além disso, não se realizou entrevista psiquiátrica padronizada para confirmar depressão.

## 7.2. Prevalência global

A prevalência global de depressão foi de 11,2%, em concordância com a literatura, que mostra uma prevalência de 14% entre os pacientes oncológicos tratados ambulatorialmente (MCDANIEL *et al.*, 1995). A maioria dos fatores associados à depressão e à ansiedade foi concordante com outros estudos, tais como sexo feminino, menor grau de escolaridade e menor renda econômica.

Vale ressaltar que a prevalência de depressão entre pessoas acometidas por câncer varia substancialmente entre os diferentes estudos, devido ao emprego de distintas estratégias metodológicas, características de serviços e critérios operacionais empregados (WASTESON, BRENE, HIGGINSON, 2009). Nessa pesquisa, esse dado foi obtido por meio do instrumento de rastreamento mais utilizado em estudos europeus em pacientes com câncer. A HADS evita itens que contenham sintomas somáticos, com o intuito de diminuir a ocorrência de casos falso-positivos. Ainda assim, a prevalência que encontramos foi superior aos 5% de alguns estudos que utilizaram critérios diagnósticos estritos, como por exemplo, episódio depressivo grave (CHONICHOV, H.M., 2001).

É inferior, no entanto, a um trabalho recente no qual também se utilizou a HADS em 94 pacientes com câncer de esôfago, chegando-se a uma cifra de 42% para casos “prováveis e possíveis de depressão” (BERGEROT, C. D.; LAROS, J. A, 2014). Entretanto é difícil realizar uma comparação, já que grande parte dos trabalhos avalia grupos específicos de pacientes oncológicos.

Sabe-se que o medo é um sinal de alerta que adverte sobre perigos iminentes e que capacita o indivíduo a tomar medidas para enfrentar ameaças. Assim, torna-se uma resposta imediata a uma ameaça conhecida, definida. Por outro lado, a ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, vaga, que possui o papel de preparar o organismo para tomar as medidas necessárias para impedir a concretização desses possíveis prejuízos. Os estados de ansiedades anormais, que constituem síndromes de ansiedades, quando patológicas, requerem tratamento específico. A prevalência da ansiedade varia com os diferentes tipos de estudo e metodologias utilizada. Nesse estudo, a prevalência total de ansiedade foi de 29,9%, sendo maior no sexo feminino.

### 7.3. Sítio do tumor

Os tumores mais associados à ansiedade foram os de pele, seguidos dos hematológicos, mama e aparelho digestivo, enquanto os mais associados à depressão foram os respiratórios e hematológicos. Esses dados não correspondem com a literatura, que mostra que a prevalência de depressão é maior nos pacientes com neoplasia de pâncreas, orofaringe e mama (MCDANIEL *et al.*, 1995).

### 7.4. Idade

Em geral, a chance de ter depressão diminui com o aumento de idade nos países de alta renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Já nos países de baixa e média renda, a prevalência de depressão tende a ser maior à medida que aumenta a idade (ANDRADE, *et al.*, 2003).

No Brasil, os estudos de base populacional que pesquisaram a associação entre idade e depressão apresentaram resultados contraditórios. O estudo de Vorcaro *et al.*, (2001, p.258), em Minas Gerais, identificou que o aumento na idade estava associado com um aumento da prevalência de depressão. No entanto, no estudo de Bromet *et al.*, (2013, p.10), em São Paulo, observou-se que os indivíduos mais velhos apresentaram as menores prevalências. Contudo, a maior parte dos estudos apresenta maior taxa de depressão à medida que aumenta a idade do indivíduo (SARTORIO, 2007).

A presença de ansiedade e de depressão foi maior em pacientes idosos nesse estudo. Byrne (2002, p.77) destaca que são frequentes sintomas de ansiedade em idosos, e na maioria das vezes, a ansiedade vem associada a transtornos depressivos e a doenças físicas, como neoplasias. Todavia, há poucas investigações a respeito da prevalência de ansiedade na população acima de 65 anos.

### **7.5. Sexo**

Tanto a prevalência de ansiedade quanto a de depressão foram maiores no sexo feminino. Tais dados corroboram com outros estudos realizados em diferentes países do mundo (LOPEZ, 2011), que mostra que a população feminina, em geral, é mais afetada com ansiedade e depressão que a masculina.

Embora ainda tais dados sejam controversos quanto aos seus fatores causais, cabe aqui ressaltar que as variáveis psicológicas e sociais têm um impacto relevante nesse maior risco encontrado. As mulheres apresentam significativamente mais sintomatologia depressiva do que os homens, e muitos são os fatores biológicos, sociais, psicológicos e comportamentais encontrados que contribuem para o desencadeamento e manutenção da doença. Além disso, diferenças de papéis sociais e modos de enfrentamento dos acontecimentos vitais poderiam explicar as peculiaridades encontradas em cada um dos gêneros nos diversos transtornos mentais (WITTKAMPF, 2007). A interação desses diversos fatores contribui para maior apresentação pelas mulheres de quadros de depressão e transtornos ansiosos.

### **7.6. Estado civil**

Nesse estudo, a maior frequência de pacientes ansiosos foi encontrada entre os casados e os viúvos, enquanto que a menor frequência foi encontrada nos divorciados. Entre os pacientes depressivos, a maior frequência foi, também, entre os viúvos e os casados. Os pacientes solteiros e divorciados tiveram um menor índice de depressão. No entanto, estudos apontam que pessoas separadas ou viúvas apresentam maior risco para depressão, quando comparadas às casadas ou que vivem com companheiro (ANDRADE. *et al.*, 2003), o que não correspondeu aos dados encontrados nessa pesquisa.

### **7.7. Religião**

A tradição religiosa ocidental dá ênfase a uma relação pessoal com Deus e com o próximo. Essas relações podem ter importantes consequências sobre a saúde mental, especialmente com respeito ao enfrentamento de circunstâncias difíceis de



vida que acompanham a doença e suas limitações. Crenças e práticas religiosas podem reduzir a sensação de desamparo e perda do controle que acompanham doenças físicas. A percepção de uma relação com Deus pode oferecer uma visão de mundo que proporciona socorro e sentido ao sofrimento e à doença.

Percebeu-se que a prevalência de ansiedade e de depressão entre os religiosos foi de 29,6% e de 11,2%, respectivamente, valores próximos aos encontrados em pacientes oncológicos em geral, com prevalências de 29,9% e 11,2%, respectivamente. Tal fato não deve ser interpretado pela influência da religião nos aspectos psicológicos do indivíduo em si, mas, sim, por apenas um paciente se declarar sem religião. Esse paciente apresentou ansiedade, porém não apresentou depressão, de acordo com o questionário utilizado nessa pesquisa. Dessa forma, com a quase totalidade de pacientes religiosos (99,5%), é de se esperar o resultado encontrado, não havendo, portanto, como concluir sobre a associação entre religiosidade e o modo de encarar a vida diante de adversidades, como uma doença oncológica.

### **7.8. Atividade ocupacional**

Observou-se uma maior prevalência de ansiedade nos pacientes que possuem atividade ocupacional e uma maior prevalência de depressão em pacientes que não estavam exercendo nenhuma atividade no momento. O fato de não possuir uma atividade ocupacional se relaciona com maiores níveis de preocupação e de estresse, já que o paciente se acha incapaz ou inútil por não estar exercendo uma profissão, o que justifica as maiores taxas de prevalência de depressão nos indivíduos sem emprego.

### **7.9. Escolaridade e renda econômica**

A maior prevalência de ansiedade e depressão foi encontrada nos pacientes iletrados e nos com ensino fundamental incompleto. Constatou-se, também, que quanto menor a renda do paciente, maiores são os níveis de ansiedade e de depressão. Esses dados estão em concordância com a literatura, que mostra que baixa escolaridade e nível socioeconômico estão associados a maiores índices de

depressão e ansiedade nos pacientes (LORANTE *et al.*, 2003). Dessa forma, os indicadores socioeconômicos escolaridade e nível econômico apresentaram uma relação inversa com a ocorrência do desfecho, ou seja, quanto menor o grau de escolaridade e renda econômica, maior a probabilidade de ocorrência de depressão.

Sabe-se que ambos os fatores são importantes marcadores socioeconômicos. Estudos relatam que a pobreza pode ser um determinante na explicação do aumento dos índices de depressão, pois eles estão associados a condições sociais como desemprego, baixo nível de instrução, baixa qualidade de moradia e alimentação inadequada (MARTIN, 2006). Tais condições podem favorecer o desenvolvimento de um estado de desesperança, que tem como efeito imediato a redução da capacidade para lidar com situações estressoras de maneira adequada, reduzindo a disposição para suportar acontecimentos adversos e frustrantes.

## 8. CONCLUSÃO

Os estados depressivos, tanto por sua prevalência quanto pelas consequências que acarretam, têm marcante importância enquanto problema de saúde pública, reforçando que a depressão tem uma alta associação com pior funcionamento social e qualidade de vida e maior utilização de recursos de saúde. As limitações impostas, o sofrimento que acarreta e seu custo social muito grande constituem os maiores problemas, e apenas parte das pessoas afetadas tem acesso ao diagnóstico e aos tratamentos adequados.

Esse estudo apontou que um em cada dez pacientes tem depressão e que um em cada três pacientes tem ansiedade. As mulheres, os idosos, os casados, os viúvos e os pacientes com menor nível socioeconômico e menor escolaridade apresentaram as maiores prevalências de ansiedade e de depressão.

## REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC: Fourth Edition, 1994.
2. ANDRADE, L. *et al.*, “The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys”, [S.l]: *in*, **Int J Methods Psychiatr Res**, 2003; 12(1):3-21.
3. BALLENGER, JC. “Consensus statement on depression, anxiety, and oncology”, [S.l]: *in*, **J Clin Psychiatry**, 2001; 62Suppl 8:64-7.
4. BAPTISTA, A. “Perturbações do medo e da ansiedade. Uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental”, *in*, I. Soares. **Psicopatologia do desenvolvimento. Trajectórias (In)adaptativas ao longo da vida**. Coimbra: Quarteto, 2000.
5. BARLOW, D. H. **Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic**. Nova Iorque: Guilford, 2002, (2nd ed.).
6. BASTOS, L.W. *et al.*, “Níveis de depressão em portadores de câncer de cabeça e pescoço” [S.l]: *in*, **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 36, nº 1, p. 12 - 15, jan/ fev/ mar, 2007. v. 36, nº 1, p. 12 – 15.
7. BERGEROT, C. D.; LAROS, J.A.; ARAUJO, T.C.C.F. “Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica”, Itatiba-RJ: *in*, **Psico-USF**, 2014.
8. BERGQUIST, H.; RUTH, M. “Psychiatric morbidity among patients with cancer of the esophagus or the gastro-esophageal junction: a prospective, longitudinal evaluation”, [S.l]: *in*, **DisEsophagus**, 2007;20:523-9.
9. BOTEGA, N.J. *et al.*, “Transtornos de humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão” [S.l]: *in*, **Rev Saúde Pública**, 1995. 29:355-63.
10. BOTTINO, S.; LITVOC, J. “**Prevalência e impacto do transtorno do estresse pós-traumático na qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama**” [tese de doutorado]. São Paulo-SP: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2009.

11. BOTTINO, S.M.B.; FRAGUAZ, R.; GATTAZ, W.F. "Depressão e câncer" [S.l]: *in*, **Rev de PsiquiatClin**; 36: 109-115. 2009.
12. BROMET, E. *et al.*, "Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode", [S.l]: *in*, **BMC Medicine**. 2011; 9(1)90.
13. BYRNE, G. "What happens to anxiety disorders in later life?" [S.l]: *in*, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2002. 24(1), 74-80.
14. CITERO V.A. *et al.*, "Clinical and demographic profile of cancer patients in a consultation-liaison psychiatric service". São Paulo- SP: *in*, **São Paulo Med**, 2003. 121 (3): 111.
15. CHOCHINOV, H.M. "Depression in cancer patients", [S.l]: *in*, **Lancet Oncol**, 2001;2(8):499-505.
16. DEROGATIS, L.R. *et al.*, "The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients", [S.l]: *in*, **Journal of the American Medical Association**, 1983. 249:751-7.
17. ESTEVES, F.C.; GALVAN, A.L. "Depressão numa contextualização contemporânea", [S.l]: *in*, **Aletheia**, 2006. N.24, pp. 127-135.
18. FANGER, P.C.; SOARES, R.C.; MAURO, M.F. "Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. São Paulo-SP: *in*, **RevAssocMedBras**, 2010.56(2): 173-8.
19. JUVER, J.P.S.; VERÇOSA, N. "Depression in Patients with Advanced Cancer and Pain". São Paulo-SP: *in*, **RevBrasAnestesiol**. Vol. 58. nº 3: 287-298. 2008.
20. LOPEZ, M.R.A. *et al.*, "Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil", Rio Grande do Sul - RS: *in*, **Rev Psiquiatria Rio Gd Sul**, 2011. 33:103-8.
21. LORANT, V. *et al.*, "Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis", [S.l]: *in*, **American Journal of Epidemiology**, 2003. 157(2):98-112.
22. MARCOLINO, J.A.M. *et al.*, "Medida da Ansiedade e da Depressão em Pacientes no Pré-Operatório. Estudo Comparativo", São Paulo-SP: *in*, **RevBrasAnestesiol**. 57: 2: 157-166, 2007.

23. MCCARTNY, C.F. *et al.*, "Effect of a psychiatric liaison program on consultation rates and on detection of minor psychiatric disorders in cancer patients", [S.l]: *in*, **Am J Psychiatry**, 1989.146(7): 898-901.
24. MCDANIEL, J.S. *et al.*, "Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment", [S.l]: *in*, **Arch Gen Psychiatry**, 1995.52:89-99.
25. MIGUEL, E.C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W.F. **Clínica Psiquiátrica I**. Barueri, SP: Manole, 2011.
26. PASQUINI, M. *et al.*, "Detection and treatment of depressive and anxiety disorders among cancer patients: feasibility and preliminary findings from liaison service in an oncology division", [S.l]: *in*, **Depression and Anxiety**, 2006.23:441-448.
27. PICCINELLI, M.; WILKINSON, G. "Gender differences in depression. England: Critical review", *in*, **The British journal of psychiatry: the journal of mental science**. 2000. 177:486-92.
28. SANTOS, J.; MOTA, D.D.C.F.; PIMENTA, C.A.M. "Comorbidities between fatigue and depression in patients with colorectal cancer", São Paulo: *in*, **Rev. Escola de Enfermagem USP**. 2009.
29. SOUZA, F.G.M. *et al.*, "Depressão e ansiedade em pacientes com câncer de mama", [S.l]: *in*, **RevPsiquiatClin**, 2000. 27( 4):207 -14.
30. TENG, C.T; HUMES, E.C; DEMETRIO, F.N. "Depression and medical comorbidity", [S.l]: *in*, **Rev. Psiq. Clín.** 32(3); 149-159, 2005.
31. VASEY, M. W.; DADDS, M.R. **The developmental psychopathology of anxiety**. Oxford: Oxford University Press, 2001.
32. ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P. "The Hospital Anxiety and depression Scale", [S.l]: *in*, **Acta Psychiatr Scand**.1983;67:361-70.
33. VICTORA, C.G. *et al.*, "The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach", [S.l]: *in*, **Int J Epidemiol**.1997, Feb;26(1):224-7.
34. VORCARO, C.M. *et al.*, "Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambui Study", [S.l]: *in*, **Acta Psychiatr Scand**. 2001; 104(4):257-63.

35. WASTESON, E. *et al.*, "Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review", [S.l]: *in*, **Palliat Med**, 2009.23(8):739-53.
36. WITTIKAMPF, K.A. *et al.*, "Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review", [S.l]: *in*, **GenHospPsychiatry**. 2007, Sep-Oct;29(5):388-95.
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report. Mental health: new understanding, new hope**. Geneva; 2001.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A – Questionário socioeconômico



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS

## IDENTIFICAÇÃO:

Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F

Profissão: \_\_\_\_\_

Procedência:

( ) Campina Grande

( ) Outra \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Renda Econômica: \_\_\_\_\_

Escolaridade (referir se é completo ou incompleto):

( ) Iltrado

( ) Fundamental - ( ) COM. ( ) INC.

( ) Médio- ( ) COM. ( ) INC.

( ) Superior- ( ) COM. ( ) INC.

( ) Pós graduação- ( ) COM. ( ) INC.

Já foi diagnosticado com depressão ou ansiedade? ( ) sim ( ) não

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu....., residente e domiciliado na ....., cédula de identidade, RG ..... e inscrito no CPF:....., nascido (a) em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo intitulado: ANÁLISE DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS AMBULATORIALMENTE NO HOSPITAL FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA, coordenada pelo professor do Curso de Medicina e Psicologia, Dr. Edmundo Gaudêncio, tendo como demais pesquisadores os estudantes do mesmo curso: Lorena Gonçalo Rodrigues e Natalie Sena de Carvalho.

A sua participação é voluntária, de modo que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que haja nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa objetiva estabelecer o espectro da ansiedade e depressão nos pacientes oncológicos atendidos ambulatorialmente no Hospital da FAP- Fundação Assistencialista da Paraíba em Campina Grande - PB. Quantificar os pacientes portadores de depressão e ansiedade tratados ambulatorialmente no Hospital da FAP- Fundação Assistencialista da Paraíba Campina Grande - PB de acordo com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e estabelecer o perfil dos pacientes oncológicos com ansiedade e depressão atendidos ambulatorialmente no Hospital da FAP- Fundação Assistencial da Paraíba em Campina Grande-PB. Caso aceite participar, você irá responder um questionário com perguntas de identificação (nome, idade, sexo, profissão, procedência, escolaridade, renda, religião) e questões fechadas de relevância para o nosso estudo, além de permitir análise do prontuário médico. Os riscos envolvidos são: constrangimento de expor a participação ou história clínica, suscitando más lembranças. Eles serão amenizados através do anonimato.

Essa pesquisa busca assegurar a você benefícios, como permitir um melhor preparo das instituições que lidam com esse tipo de demanda, visando um melhor atendimento e conseqüentemente melhor desfecho para o indivíduo.

As informações colhidas nessa pesquisa serão guardadas sob sigilo e em local seguro na UFCG, mantendo seu nome não identificado, sob a responsabilidade do coordenador da pesquisa e a divulgação dos resultados será realizada de forma que não identifique os voluntários.

Você não terá gastos.

Você permanecerá com uma via deste Termo, elaborado em uma lauda, e qualquer dúvida que você tiver a respeito dessa pesquisa, poderá perguntar diretamente para professor coordenador Dr. Edmundo Gaudêncio no telefone (83) 98785-4178 ou no CEP- HUAC- Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, Rua: Dr Carlos Chagas, sem numero, São José. Campina Grande-PB. Telefone: 83-2101-5545.

### Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “ANÁLISE DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS AMBULATORIALMENTE NO HOSPITAL FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA”.

( ) Responsável: .....

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Testemunha 1 : \_\_\_\_\_

Nome / RG / Telefone:

Testemunha 2 : \_\_\_\_\_

Nome / RG / Telefone:

Responsável pelo Projeto:

---

Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio - Doutor em Sociologia

CPF: 131424884072

R. Profa. Dulcelina Falconi de Carvalho -155- CG- CEP: 58415-70

Tel: (83) 98785-4178

## ANEXO A – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Quadro 1 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

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

- |  |   |
|--|---|
| <p>A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:</p> <p>3 ( ) A maior parte do tempo</p> <p>2 ( ) Boa parte do tempo</p> <p>1 ( ) De vez em quando</p> <p>0 ( ) Nunca</p>   | <p>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:</p> <p>0 ( ) Nunca</p> <p>1 ( ) De vez em quando</p> <p>2 ( ) Muitas vezes</p> <p>3 ( ) Quase sempre</p>                                    |
| <p>D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:</p> <p>0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes</p> <p>1 ( ) Não tanto quanto antes</p> <p>2 ( ) Só um pouco</p> <p>3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada</p>                                   | <p>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</p> <p>3 ( ) Completamente</p> <p>2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria</p> <p>1 ( ) Talvez não tanto quanto antes</p> <p>0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes</p> |
| <p>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:</p> <p>3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte</p> <p>2 ( ) Sim, mas não tão forte</p> <p>1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa</p> <p>0 ( ) Não sinto nada disso</p> | <p>A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:</p> <p>3 ( ) Sim, demais</p> <p>2 ( ) Bastante</p> <p>1 ( ) Um pouco</p> <p>0 ( ) Não me sinto assim</p>  |
| <p>D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:</p> <p>0 ( ) Do mesmo jeito que antes</p> <p>1 ( ) Atualmente um pouco menos</p> <p>2 ( ) Atualmente bem menos</p> <p>3 ( ) Não consigo mais</p>  | <p>D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:</p> <p>0 ( ) Do mesmo jeito que antes</p> <p>1 ( ) Um pouco menos do que antes</p> <p>2 ( ) Bem menos do que antes</p> <p>3 ( ) Quase nunca</p>                         |
| <p>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:</p> <p>3 ( ) A maior parte do tempo</p> <p>2 ( ) Boa parte do tempo</p> <p>1 ( ) De vez em quando</p> <p>0 ( ) Raramente</p>   | <p>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</p> <p>3 ( ) A quase todo momento</p> <p>2 ( ) Várias vezes</p> <p>1 ( ) De vez em quando</p> <p>0 ( ) Não sinto isso</p>  |
| <p>D 6) Eu me sinto alegre:</p> <p>3 ( ) Nunca</p> <p>2 ( ) Poucas vezes</p> <p>1 ( ) Muitas vezes</p> <p>0 ( ) A maior parte do tempo</p>   | <p>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</p> <p>0 ( ) Quase sempre</p> <p>1 ( ) Várias vezes</p> <p>2 ( ) Poucas vezes</p> <p>3 ( ) Quase nunca</p>            |
| <p>A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:</p> <p>0 ( ) Sim, quase sempre</p> <p>1 ( ) Muitas vezes</p> <p>2 ( ) Poucas vezes</p> <p>3 ( ) Nunca</p>  |   |
| <p>D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:</p> <p>3 ( ) Quase sempre</p> <p>2 ( ) Muitas vezes</p> <p>1 ( ) De vez em quando</p> <p>0 ( ) Nunca</p>   |   |

Fonte: Rev. Bras. Anestesiol. v.57 n.2 Campinas mar./abr. 2007



