



ABORDAGEM PSICOSSOMÁTICA DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM DOENTES ONCOLÓGICOS – ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

CHARRAZ, A.¹

¹ Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde, ULSBA

RESUMO

Os acontecimentos de vida e os sinais depressivos têm bastante relevância quando se aborda a origem multifatorial do cancro. Uma revisão dos estudos realizados sobre as perturbações psíquicas/ emocionais em doentes oncológicos mostra que quase 50% dos doentes oncológicos desenvolvem alguma perturbação, nomeadamente depressão. O objetivo principal deste estudo foi determinar a prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão num grupo de doentes oncológicos que se encontravam a fazer tratamentos de quimioterapia no H.J.J.F – Hospital José Joaquim Fernandes, Beja. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo observacional– descritivo transversal, uma vez que foca um único grupo que é representativo da população estudada. Utilizou-se o método epidemiológico. **Resultados:** A população compreendeu 92 doentes oncológicos com idades compreendidas entre os 33 e os 85 anos. Verificou-se que 40% dos sujeitos apresentavam índices de ansiedade grave e 28% apresentavam índices de depressão grave. **Conclusão:** Constatou-se que as pessoas que se confrontam com o diagnóstico de cancro, experimentam vários sintomas (os provocados pela doença em si, desenvolvido no corpo e aqueles provocados pelos tratamentos) e perturbações emocionais. Os fatores que melhor traduziram a prevalência de ansiedade e depressão graves foram entre outros: pertencer ao sexo feminino, ter antecedentes oncológicos familiares e referir perdas afetivas recentes.

ABSTRACT

Life events and depressive signs have very important when dealing with the multifactorial origin of the cancer. Studies reviews on the mental / emotional disorders in cancer patients shows that almost 50% of cancer patients develop some disturbance, particularly depression. The aim of this study was to determine the prevalence of symptoms of anxiety and depression in a group of cancer patients who were receiving chemotherapy treatments at H.J.J.F – Hospital José Joaquim Fernandes, Beja. **Methods:** This was a cross-sectional study – since a single focus group that is representative of the study population. Data were collected on a single moment. We used the epidemiological method. **Results:** The population consisted of 92 cancer patients aged between 33 and 85 years. It was found that 40% of subjects had severe anxiety and severe depression (28%) ratios. **Conclusions:** People who face a cancer, experience various symptoms (caused by the disease itself developed in the body, and those caused by treatment) and emotional disturbances. The factors that best translated the prevalence of severe anxiety and severe depression were among others: being female, have family cancer history and noted recent affective losses

PALAVRAS-CHAVE

Epidemiologia, depressão, ansiedade, HADS, doença oncológica, Hospital de Beja

KEYWORDS

Epidemiology, depression, anxiety, HADS (scale), cancer, Beja Hospital

INTRODUÇÃO

Os acontecimentos de vida e os sinais depressivos têm bastante relevância quando se aborda a origem multifatorial do cancro. Um dos maiores interesses da investigação epidemiológica é a obtenção, pelo método estatístico, de dados que possam ser considerados como indicadores destinados a ter em conta de modo fiável, na análise da população.

A epidemiologia da ansiedade e depressão em doentes oncológicos, consiste na medição da frequência de ansiedade e depressão nesta população e na descrição das características mais relevantes dos sujeitos supracitados. Uma revisão dos estudos realizados sobre as perturbações psíquicas/ emocionais em doentes oncológicos mostra que quase 50% dos doentes oncológicos desen-

volem alguma perturbação, nomeadamente depressão. Embora mostrando uma variação grande nas taxas de diferenças entre si e na metodologia utilizada, todos os estudos detetam uma prevalência de depressão acima da esperada em relação aos valores verificados na população geral. As causas apontadas para o aumento da prevalência são: a angústia (gerada pelo diagnóstico oncológico), o sofrimento (imposto pelo tratamento) e a dor física. Permanecem as dúvidas sobre se a associação entre o diagnóstico e o estadiamento da doença, influencia a prevalência de perturbações psíquicas e emocionais.

O pensamento atual relacionado com as implicações da psicossomática para a oncologia está baseado numa cadeia de raciocínios que se sustentam nas seguintes

evidências: evidências de que fatores de ordem psicossocial afetam a incidência e progressão de alguns tipos de cancro; evidências de que a atividade do sistema imunitário afeta a incidência e progressão de alguns tipos de cancro; evidências de que fatores psicológicos afetam algumas atividades do sistema imunitário. Sustentados nestas evidências podemos inferir que as interações psicológicas no sistema imunitário podem mediar a influência de fatores psicológicos na progressão do cancro.

Podemos abordar o problema do cancro a partir da questão da causalidade e veremos que não podemos omitir elementos psicossociológicos, imunológico-hormonais, do sistema nervoso central e genéticos, todos atuando em maior ou menor medida. O cancro, como tal, pode ser considerado como uma entidade clínico-patológica que vai ao encontro da pessoa que possui determinadas características. A resposta de cada indivíduo ao adoecer vai ser particular em função do significado que atribui aos acontecimentos, dos recursos psicológicos que possui para gerir os desafios que a doença possa supor e da rede de apoio social com que possa contar. Entre os fatores que afetam a evolução e a qualidade de vida dos doentes oncológicos, encontramos aqueles que dependem do impacto que a doença produz no psiquismo.

A ansiedade é sempre uma experiência somática e psíquica. A componente física não representa nem a causa direta, nem a consequência, mas sim um fenómeno concomitante. Em qualquer circunstância a ansiedade interfere sempre com todo o funcionamento da pessoa.

A depressão por sua vez concebe cinco grandes áreas: afetividade, pensamento /cognição, comportamento, ritmos biológicos e perturbações somáticas. O diagnóstico de depressão em doentes oncológicos pode ser difícil pelos fatores subjacentes à própria doença, pela dificuldade em distinguir se os sintomas biológicos ou físicos são decorrentes da depressão, ou sintomas próprios da doença oncológica (efeitos secundários decorrentes dos tratamentos). Carrol et al usando a escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, avaliaram 930 doentes com cancro e encontraram 47.6% com perturbação psíquica, sendo 23.1% ansiedade, 17.7% depressão e 9.9% outros. Holland assinala que a prevalência de depressão na população é de 6%, o que significa que pelo menos 6% dos doentes com cancro deveriam indicá-la, no entanto diversos estudos investigaram esse facto e mostraram uma variação na prevalência de depressão de 9% a 58% em doentes oncológicos.

Os estudos sobre a prevalência da depressão nos doentes oncológicos apresentam resultados variados, dependendo da população estudada. Os elevados níveis de depressão (45%, excluindo critérios somáticos), que têm sido documentados, referem-se a indivíduos com estadios mais avançados da doença e a indivíduos hospitalizados.

Compreende-se que o doente oncológico não começa nem termina no tumor visível ou histologicamente comprovável. O cancro, ao fazer parte da vida, não só transcende os limites do tumor, mas também os limites do que consideramos ser o indivíduo humano.

MÉTODOS

O objetivo principal deste estudo foi determinar a prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão num grupo de doentes oncológicos que se encontravam a fazer tratamentos de quimioterapia em ambulatório no Hospital José Joaquim Fernandes, Beja.

Um outro objetivo do estudo, foi a deteção de grupos de risco. A avaliação da prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão, associada ao controle de algumas variáveis que se consideraram pertinentes, permitiu concluir acerca dos grupos de doentes que apresentam maior risco de desenvolver os referidos sintomas, e futuramente contribuir para o desenho de intervenções terapêuticas específicas para diferentes grupos.

A pertinência do estudo, prende-se com a avaliação do risco que, a exposição de determinada população – doentes oncológicos – a condições específicas, pode comportar, ao estimar o perigo individual em função da sua pertença a um grupo determinado. Por se tratar de um estudo epidemiológico, pretendeu-se, aferir prevalência de alterações psíquicas/ emocionais, nomeadamente ansiedade e depressão. Para tal, foram utilizadas técnicas e instrumentos, que permitiram uma abordagem integradora do doente – Abordagem Psicossomática.

Tratou-se de um estudo observacional-descritivo transversal, uma vez que foca um único grupo que é representativo da população estudada e os dados foram recolhidos num só momento.

Utilizou-se o método epidemiológico, método que permite identificar a distribuição das doenças e os fatores que lhe estão associados, ao fornecer indicadores como prevalência, incidência e risco relativo em relação ao aparecimento de uma patologia. Trata-se de um estudo correlacional, que avalia se a ocorrência de determinada perturbação (depressão e ansiedade, neste caso), se relaciona com aspetos que se suspeita serem fatores de risco para essa perturbação. A ocorrência de uma correlação forte entre o presumível fator de risco e a doença, sugere possível associação entre ambos.

Da população fizeram parte os doentes oncológicos que aceitaram participar no estudo e que se encontravam a fazer quimioterapia em regime de ambulatório. Foi selecionado um período de dois meses para efetuar a recolha de dados.

Para o efeito foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, de Zigmond and Snaith (1983) considerado um questionário bem concebido para aceder à severidade dos sintomas de Ansiedade e Depressão, quer nos cuidados somáticos quer nos psíquicos de doentes oncológicos. É um questionário composto por 14 itens, integrado por duas subescalas de 7 itens, uma de ansiedade (itens ímpares) e outra de depressão (itens

pares). Os itens da subescala de ansiedade estão selecionados a partir da análise e revisão da escala de ansiedade de Hamilton, evitando a inclusão de sintomas físicos que podem ser confundidos pelo paciente com a sintomatologia própria da sua doença física. Os itens da subescala de depressão centram-se na área da anedonia (perda de prazer).

Paralelamente, construiu-se um guião entrevista, com inclusão de variáveis que se consideram pertinentes na aferição da ansiedade e depressão (e que a escala escolhida não abrange) como: Género, Idade, Estado Civil, Escolaridade, Situação Profissional, Agregado familiar (Com quem vive), Antecedentes de Depressão, se faz Medicação Ansiolítica ou Anti-depressiva, Qualidade do sono, Perdas Recentes. Estas variáveis permitiram aceder a outras dimensões também consideradas fundamentais na avaliação da ansiedade e depressão, como os antecedentes psiquiátricos, as perdas afetivas recentes (lutos) e a qualidade de sono. Simultaneamente controlaram-se algumas variáveis clínicas relacionadas com a doença oncológica, tais como: Diagnóstico, Estadio da doença, Data do Diagnóstico, Esquema de Quimioterapia, Dia do ciclo, Tipo de Quimioterapia, se se trata de uma 1ª Vez ou de uma Recidiva, Antecedentes Oncológicos Familiares, Presença de Dor.

RESULTADOS

A população compreendeu 92 doentes oncológicos – 56 do sexo feminino (61%) e 36 do sexo masculino (39%) – com idades compreendidas entre os 33 e os 85 anos. A maioria dos doentes estava casada (75%), pelo que, ou vivia com o cônjuge (50%) ou vivia com o cônjuge e os filhos (28%). Relativamente à escolaridade, grande parte (38%) nunca tinha frequentado a escola e 49% tinham escolaridade até ao 4ºano. Eram sobretudo sujeitos aposentados (52%), como seria de esperar, uma vez que grande parte estava na faixa etária acima dos 65 anos. Os restantes desempenhavam as mais variadas funções, sendo 10% domésticas e 10% trabalhadores rurais.

Os sujeitos avaliados tinham os mais diversos diagnósticos, no entanto os mais frequentes eram: Mama (22%), todos do sexo feminino; Cólon (22%), 11 do sexo masculino e 9 do sexo feminino e Pulmão (15%), 3 do sexo feminino e 11 do sexo masculino. Quanto ao estadio da doença, importa salientar que não havia nenhuma neoplasia que se encontrasse no estadio I, e só 5% pertenciam ao estadio II. 17% encontravam-se no estadio III e 33% no estadio IV. A maioria dos doentes (60%) tinha o diagnóstico relativamente recente “de 31 dias até 6 meses”, e encontrava-se a fazer quimioterapia pela primeira vez (82%). Os restantes 18% eram recidivas. 15% faziam quimioterapia paliativa, 14% neoadjuvante e 71% faziam quimioterapia adjuvante. A maioria queixou-se de dores. 50% da população estudada referiu ter antecedentes oncológicos familiares.

Dos 92 doentes avaliados, 26 tinham antecedentes de depressão e 23 (25%) encontravam-se a fazer medi-

cação ansiolítica e/ou anti-depressiva. Questionados acerca da qualidade do sono, 37% mencionaram má qualidade. 16% referiram a perda recente de alguém afetivamente importante. Face à questão: “costuma chorar?”, 42% disseram chorar algumas vezes e 16% dizem chorar muitas vezes.

Aquilo que se verificou quanto aos níveis de ansiedade presentes nestes doentes, foi que 40% deles evidenciavam índices de ansiedade grave e 14% de ansiedade ligeira. Verificou-se que, os sujeitos que apresentavam ansiedade grave, aproximadamente 35% eram do sexo feminino; dos sujeitos que manifestaram ausência de ansiedade, 26% eram do sexo masculino.

Relativamente ao nível de depressão, verificou-se que 28% dos sujeitos tinham depressão grave, 26% depressão ligeira e 46% não apresentavam índices significativos de depressão.

CONCLUSÃO

Numa primeira etapa essencialmente descritiva, surgiram algumas questões sobre os resultados observados. Desta forma foi possível identificar alguns fatores associados à presença de ansiedade e depressão em sujeitos com diferentes diagnósticos, assim como conhecer algumas condições individuais e/ou de grupo que possam ter predisposto a ocorrência de ansiedade e depressão.

Constatou-se que as pessoas que se confrontam com o diagnóstico de cancro, experimentam vários sintomas (os provocados pela doença em si, desenvolvido no corpo e aqueles provocados pelos tratamentos) e alterações emocionais. O medo da morte e a alteração dos planos futuros, as mudanças de imagem corporal, a diminuição da auto-estima, as mudanças no papel social e no estilo de vida, assim como as preocupações económicas e legais, são assuntos relevantes.

Não é fácil aceitar a condição de estar cronicamente doente, quer pelo sofrimento imposto, quer pelas limitações e sensação de impotência por tempo indeterminado que a própria doença provoca. A dificuldade em aceitar a condição de doente crónico gera grande ansiedade. A angústia que acompanha esta consciencialização do “estar doente” é muito intensa. Reações de isolamento, crises de ansiedade e crises depressivas são respostas comuns, no entanto, nem todas as pessoas com diagnóstico de cancro desenvolvem algum tipo de perturbação mental.

Quer na esfera somática, quer nas relações com os outros, observou-se nestes sujeitos uma labilidade do comportamento. Por norma, os doentes oncológicos são indivíduos que fixam um objetivo ou permitem que lho imponham, mas permanecem volúveis devido à falta de confiança. Estão de tal forma persuadidos e absorvidos na natureza orgânica da sua doença, que descaram muitas vezes a sua perturbação emocional.

Os fatores que melhor traduziram a prevalência de ansiedade grave foram: pertencer ao sexo feminino, ter antecedentes oncológicos familiares, queixar-se de dores, ter antecedentes de depressão, fazer medicação ansiolíti-

ca ou anti-depressiva, referir perdas afetivas recentes. Esta elevada prevalência foi encontrada em doentes com neoplasia da mama, do cólon, do ovário, vesical e Melanoma.

Por sua vez, a elevada prevalência de depressão grave foi encontrada num grupo de mulheres cujos diagnósticos eram de neoplasia da mama, do ovário e do pulmão, que referiram antecedentes oncológicos familiares, perdas afetivas recentes e queixas álgicas.

Consequentemente, a prevalência de perturbação emocional (valor global da escala HADS), ocorre igualmente no grupo de mulheres, na faixa etária dos 61 aos 70 anos, que manifestaram antecedentes oncológicos familiares, dores, antecedentes pessoais de depressão, perdas afetivas recentes, que se encontravam a fazer medicação ansiolítica e/ou antidepressiva, referiram má qualidade do sono, eram recidivas e tinham como diagnóstico neoplasia da mama, do cólon, do pulmão, do ovário, vesical, Melanoma, Mieloma Múltiplo e Leucemia Linfática Crónica.

Foi possível concluir que nem todos os sujeitos que tinham índices de depressão elevados, faziam medicação ansiolítica ou antidepressiva e que os sujeitos que referiram a má qualidade do sono eram maioritariamente os que tinham valores elevados nas escalas de ansiedade e depressão.

A elevada prevalência de depressão e ansiedade graves, acontece no grupo de sujeitos que referiram ter antecedentes oncológicos familiares, de modo que se pode concluir que o historial de doença oncológica na família, pode ser um bom preditor de depressão nestes doentes. Ao analisar as recidivas, concluiu-se que as recidivas no sexo feminino apresentavam índices significativos de perturbação emocional, o que não aconteceu com as recidivas do sexo masculino. Também as recidivas no sexo feminino podem constituir um fator de risco.

Todos estes hipotéticos fatores de risco podem causar perturbações psíquicas e emocionais, agravar o curso da doença, afetar a qualidade de vida e piorar o prognóstico. Importa analisar o funcionamento do indivíduo como uma rede composta por níveis de análise moleculares, neurais, psicológicas e relacionais.

A valorização do risco que a exposição de determinada população – doentes oncológicos – a condições específicas pode comportar, ao avaliar o perigo individual em função da sua pertença a um determinado grupo, foi uma das preocupações deste estudo.

Pretendeu-se, igualmente, ao identificar os grupos de risco e os grupos que dentro da população estariam especialmente protegidos, contribuir para o desenho de intervenções/ abordagens multidisciplinares futuras no tratamento integral dos doentes oncológicos.

REFERÊNCIAS

1. Ali Montazeri, e col. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of life Outcomes*, 2003, 1:14. doi: 1186/1477-7525-1-14.

2. Depression and Cancer. National Institute of Mental Health (2002).
3. Depression in Cancer. Cancer Symptoms Management, 2nd Edition (2002).
4. Prevalence, Predictors and Risk Factors of Anxiety and Depression in Cancer Patients. A nation-wide survey. Retrieved June, 23, 2004 from the World Wide Web: [http:// www.asco.org](http://www.asco.org). (s.d.)
5. Bensousson, M. (2000) Dépression et Cancer. A propos d'une observation. Collection Recherche en Psychosomatique. Éditions E.D.K. Paris
6. Besbes, K. e col. (2000) Les symptômes dépressifs précèdent-ils l'apparition d'une cancer ? Collection Recherche en Psychosomatique. Éditions E.D.K. Paris
7. Cady, S. (2000) Douleur et Cancer. Collection Recherche en Psychosomatique. Éditions E.D.K. Paris
8. Costa, L. (2004) O Cancro também pode morrer. Porto: Ambar.
9. Die Trill, M. (2002) Cultura y Cáncer, in *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.
10. Friedman, S. e col. Factor Structure of the Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale. *The British Journal of Psychiatry* (2002) 181: 165-166.
11. Gauthier, J-M. (2000) Problèmes techniques et éthiques de l'intervention psychothérapique chez les patients atteints de maladie cancéreuse. Collection Recherche en Psychosomatique. Éditions E.D.K. Paris
12. Holland, J. C. (2003) Psychological Care of Patients: Psycho-Oncology's Contribution. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 21, No 23s (December 1 Supplement, pp 253s- 265s).
12. Matos, A. C. (2003) Depressividade e Depressão Falhada, in *Mais Amor Menos Doença – A Psicossomática Revisitada*. Lisboa, Climepsi.
13. Matos, A. C. (2000) Doenças Psicossomáticas: A Importância do Factor Psicológico, in *Mais Amor Menos Doença – A Psicossomática Revisitada*. Lisboa, Climepsi, 2003.
14. Milheiro, J. O Corpo Sabe. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.3, nº 2, Jun./Dez 2001.
15. Sala, V. (2001) Depresión y cáncer. Una apreciación psico-neuroendocrinoinmunológica de los cuadros depresivos en pacientes con cáncer. Retrieved November, 12, 2003 from the World Wide Web: [http:// www.psiquiatria.com/ articulos/ psicossomatica](http://www.psiquiatria.com/articulos/psicossomatica).
16. Snaith, R. P. The Hospital Anxiety and depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003, 1:29 doi: 10.1186/1477-7525-1-29.
17. Woolston, C. (2004) Depression and Cancer. Healthy Me.