



JOURNAL OF NURSING AND HEALTH (JONAH)

ARTIGO ORIGINAL

## Distúrbio Pós-Traumático de Stress, qualidade do sono, ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico

Trastorno de estrés postraumático, la calidad del sueño, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia

Disorder Post-Traumatic Stress, sleep quality, anxiety, depression and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy

Luca Ostacoli<sup>1</sup>; Andrea Saini<sup>2</sup>; Alfredo Berruti<sup>3</sup>; Elena Rametti<sup>4</sup>;  
Luigi Dogliotti<sup>5</sup>; Rocco Luigi Picci<sup>6</sup>; Pier Maria Furlan<sup>7</sup>

### RESUMO

**Objetivos:** Avaliação da prevalência de Distúrbio Pós-Traumático de Stress (DPTS), ansiedade e depressão, qualidade do sono e qualidade de vida em pacientes oncológicos consecutivos, durante tratamento quimioterápico em relação à população em geral; avaliação comparativa da prevalência de Distúrbio Pós-Traumático de Stress (DPTS), ansiedade e depressão, qualidade do sono e qualidade de vida em pacientes oncológicos em tratamento adjuvante versus pacientes oncológicos em tratamento por doença metastática. **Materiais e métodos:** Foram pesquisados pacientes consecutivos em tratamento de quimioterapia por doença neoplásica de acordo com os seguintes instrumentos: o Distúrbio Pós-Traumático de Stress foi avaliado mediante o questionário *Impact of Event Scale* (IES); os níveis de ansiedade e de depressão mediante a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS); a qualidade do sono com o auxílio do *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI); a qualidade de vida através do *Functional Assessment of Cancer Therapy - General* (FACT-G). **Resultados:** Foram avaliados 173 pacientes, dos quais, 61 (35,3%) em tratamento de quimioterapia adjuvante e 112 (64,7%) em tratamento quimioterápico por doença metastática. Na população global, a supremacia de Distúrbio Pós-Traumático de Stress foi de 8%; a de distúrbio do sono 30%; a de ansiedade 15 - 20%; de depressão 15%. A prevalência na população em estudo do Distúrbio Pós-Traumático de Stress foi maior em relação aos dados presentes na literatura (45,1% versus 8%); a dos distúrbios do sono maior (62,8% versus 30%); a da ansiedade maior (40% versus 15 - 20%); a da depressão maior (31,1% versus 15%). Não foram encontradas diferenças significativas no que se refere à prevalência de Distúrbio Pós-Traumático de Stress ( $P=0,768$ ), dos distúrbios do sono ( $P=0,978$ ), da ansiedade ( $P=0,351$ ), da depressão ( $P=0,958$ ) e da qualidade de vida ( $P=0,675$ ), nos pacientes em tratamento de quimioterapia por doença metastática em relação aos pacientes em tratamento adjuvante. **Conclusões:** A prevalência dos distúrbios psicológicos na população em estudo se apresenta significativamente maior em relação a da população em geral; esse dado confirma a necessidade de intervenção psiquiátrica de consulta e de ligação (*liaison*) nos pacientes neoplásicos em tratamento quimioterápico. Tal necessidade não difere entre os pacientes em tratamento adjuvante e os que estão em tratamento por doença metastática, não havendo diferenças significativas na incidência dos distúrbios avaliados entre os dois grupos acima.

**Palavras-chave:** Doença neoplásica, Quimioterapia, Distúrbio Pós-Traumático de Stress, Distúrbios do sono, Ansiedade, Depressão, Qualidade de vida.

### ABSTRACT

**Objectives:** To assess the prevalence of disorder Posttraumatic Stress (DPTS), anxiety and depression, quality of sleep and quality of life in cancer patients consecutively during chemotherapy compared to the general population, the prevalence of benchmarking Disorder Post Traumatic Stress (DPTS), anxiety and depression, quality of sleep and quality of life in cancer patients during adjuvant treatment versus cancer patients in treatment for metastatic disease. **Methods:** We surveyed consecutive patients undergoing chemotherapy treatment for neoplastic disease in accordance with the following instruments: the disorder Posttraumatic Stress was assessed by questionnaire Impact of Event Scale (IES), the levels of anxiety and depression through the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); sleep quality with the help of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the quality of life through the Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G). **Results:** We evaluated 173 patients, of whom 61 (35.3%) treated with adjuvant chemotherapy and 112 (64.7%) in chemotherapy for metastatic disease. In the overall population, the supremacy of Disorder Posttraumatic Stress was 8%, a sleep disorder 30%; anxiety to 15 - 20%, 15% from depression. The prevalence in the study population Disorder Posttraumatic Stress was higher compared to data in the literature (45.1% versus 8%), the largest of sleep disorders (62.8% versus 30%) of the anxiety higher (40% vs. 15-20%), the major depression (15% versus 31.1%). No significant differences were found with regard to the prevalence of disorder Posttraumatic Stress ( $P = 0.768$ ), sleep disorders ( $P = 0.978$ ), anxiety ( $p = 0.351$ ), depression ( $P = 0.958$ ) and quality of

life ( $P = 0.675$ ) in patients undergoing chemotherapy treatment for metastatic disease compared to patients treated adjuvante. **Conclusões:** The prevalence of psychological disorders in the study population appears significantly higher than in the general population; This finding confirms the need for psychiatric intervention consultation and liaison (liaison) in neoplastic patients undergoing chemotherapy. This need not differ between patients in the adjuvant treatment and those receiving treatment for metastatic disease, with no significant differences in the incidence of the disorders assessed between the two groups above.

**Keywords:** Neoplastic Disease, Chemotherapy, Disorder Post-Traumatic Stress, Sleep Disorders, Anxiety, Depression, Quality of Life.

## RESUMEN

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (DPTS), la ansiedad y la depresión, la calidad del sueño y la calidad de vida en pacientes con cáncer de forma consecutiva durante la quimioterapia en comparación con la población general, la prevalencia del trastorno post evaluación comparativa Estrés Traumático (DPTS), la ansiedad y la depresión, la calidad del sueño y la calidad de vida en pacientes con cáncer durante el tratamiento adjuvante en comparación con pacientes con cáncer en tratamiento para la enfermedad metastásica. **Métodos:** Estudiamos pacientes consecutivos sometidos a tratamiento de quimioterapia para la enfermedad neoplásica, de acuerdo con los siguientes instrumentos: el estrés postraumático trastorno se evaluó mediante el cuestionario de impacto de Event Scale (IES), los niveles de ansiedad y depresión a través de . la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), la calidad del sueño con la ayuda del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), la calidad de vida a través de la evaluación funcional de la terapia contra el cáncer - General (FACT-G) **Resultados:** Se evaluaron 173 pacientes, de los cuales 61 (35,3%) tratados con quimioterapia adjuvante y 112 (64,7%) en la quimioterapia para la enfermedad metastásica. En la población general, la supremacía del trastorno por estrés postraumático fue del 8%, un trastorno del sueño 30%, la ansiedad y el 15 - 20%, el 15% de la depresión. La prevalencia en la población de estudio Estrés Postraumático Trastorno fue mayor en comparación con los datos de la literatura (45,1% versus 8%), el mayor de los trastornos del sueño (62,8% versus 30%) de la ansiedad mayor (40% vs 15-20%), la depresión mayor (15% frente a 31,1%). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la prevalencia del trastorno por estrés postraumático ( $P = 0,768$ ), trastornos del sueño ( $P = 0,978$ ), la ansiedad ( $p = 0,351$ ), depresión ( $p = 0,958$ ) y calidad de vida ( $P = 0,675$ ) en los pacientes sometidos a tratamiento de quimioterapia para la enfermedad metastásica en comparación con los pacientes tratados adjuvante. **Conclusões:** La prevalencia de los trastornos psicológicos en la población de estudio parece ser significativamente más alta que en la población general; Este hallazgo confirma la necesidad de una intervención psiquiátrica consulta y enlace (enlace) en pacientes neoplásicos sometidos a quimioterapia. Esta necesidad no fue diferente entre los pacientes en el tratamiento adjuvante y los que reciben tratamiento para la enfermedad metastásica, sin diferencias significativas en la incidencia de los trastornos evaluados entre los dos grupos anteriores.

**Palabras clave:** Enfermedad neoplásica, Quimioterapia, trastorno de estrés postraumático, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, calidad de vida.

<sup>1</sup> Pesquisador em Psiquiatria, Responsável pelo Departamento Psicossomático e Psico-oncológico. Atua na Direção Integrada Interempresarial de Saúde Mental e de Patologias de Dependência ASL TO3, Região Piemonte/AOU "San Luigi Gonzaga" da Universidade de Estudos de Turim (Regione Gonzole 10, 10043 Orbassano - Torino - Italia, [luca.ostacoli@unito.it](mailto:luca.ostacoli@unito.it));

<sup>2</sup> Médico Ph.D. contratado. Atua no Departamento de Ciência Clínica e Biológica/Oncologia Médica da Universidade de Estudos de Turim/AOU "San Luigi Gonzaga" (Regione Gonzole 10, 10043 Orbassano - Torino - Italia, [a.saini@libero.it](mailto:a.saini@libero.it));

<sup>3</sup> Professor Associado. Atua no Departamento de Ciência Clínica e Biológica/Oncologia Médica da Universidade de Estudos de Turim/AOU "San Luigi Gonzaga" (Regione Gonzole 10, 10043 Orbassano - Torino - Italia, Tel: +390119026512; Fax +39 011 9026992, [alfredo.berruti@gmail.com](mailto:alfredo.berruti@gmail.com));

<sup>4</sup> Autor Correspondente: Dra. Elena Rametti, Médica Efetiva. Atua na Direção do Departamento Integrado Interempresarial de Saúde Mental e das Patologias de Dependência ASL TO3 Região Piemonte/AOU "San Luigi Gonzaga" e Diretora da Faculdade de Medicina e Cirurgia "San Luigi Gonzaga" da Universidade de Estudos de Turim (Regione Gonzole 10, 10043 Orbassano - Torino - Italia, Tel: +390119026504 - 505; Fax: +390119026595; [pícamat@hotmail.com](mailto:pícamat@hotmail.com)).

<sup>5</sup> Professor Efetivo de Oncologia Médica da Universidade de Estudos de Turim/AOU "San Luigi Gonzaga" (Regione Gonzole 10, 10043 Orbassano - Torino - Italia, [luigi.dogliotti@unito.it](mailto:luigi.dogliotti@unito.it));

<sup>6</sup> Pesquisador Universitário em Psiquiatria. Responsável pelo Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Tratamento (SPDC) AOU "San Luigi Gonzaga"/ASL TO3, Orbassano - Turim. Presidente da Sociedade Italiana de Psiquiatria - Seção Piemonte e Vale d'Aosta, Itália. Atua na Direção Integrada Interempresarial de Saúde Mental e de Patologias de Dependência ASL TO3, Região Piemonte/AOU "San Luigi Gonzaga"/Universidade de Estudos de Turim (Regione Gonzole 10, 10043 Orbassano - Torino - Italia, [rocco.picci@unito.it](mailto:rocco.picci@unito.it)).

<sup>7</sup> Professor Efetivo de Psiquiatria da Universidade de Turim. Diretor do Departamento Integrado Interempresarial de Saúde Mental das Patologias de Dependência ASL TO3 Região Piemonte/AOU "San Luigi Gonzaga" e Diretor da Faculdade de Medicina e Cirurgia "San Luigi Gonzaga" da Universidade de Estudos de Turim (Região Gonzole 10, 10043 Orbassano - Turim - Itália, [piermaria.furlan@unito.it](mailto:piermaria.furlan@unito.it)).

## INTRODUÇÃO

De estudos realizados nos últimos trinta anos na psiquiatria de consulta e ligação (*liaison*), ficou evidenciado que cerca de 30% dos pacientes internados nos hospitais, independentemente do contexto, apresenta sintomas psíquicos compatíveis com um diagnóstico psiquiátrico (comorbidade psiquiátrica). Esse diagnóstico aumenta os períodos de hospitalização, facilita o reingresso em hospitais e as solicitações de intervenção sanitária, e, sobretudo, influencia de maneira negativa a qualidade de vida do paciente<sup>1</sup>.

Na classificação atual dos distúrbios mentais, existem alguns pontos em haver pela sua aplicação no âmbito da oncologia.

O primeiro ponto se refere ao diagnóstico dos Distúrbios de Adaptação<sup>2</sup>, que utiliza como critério a presença de “uma excessiva resposta a um evento estressante (como o câncer) com relação a uma expectativa normal”, certamente pouco específico, já que não considera as numerosas variações em jogo, nos pacientes oncológicos.

Um segundo ponto se refere à carência de dados sobre uma série de distúrbios ou problemas extremamente frequentes em oncologia.

Isso vale, em primeiro lugar, para os distúrbios definidos como “*sotto-soglia*”, ou mínimos, mas que implicam, porém, em alterações marcantes na qualidade de vida do paciente, e, em segundo lugar, pelos distúrbios em que os critérios considerados como, por exemplo, o tempo de duração, o número e a intensidade dos sintomas, não são satisfeitos completamente, para que seja possível um diagnóstico.

Alguns desses (como os distúrbios depressivos menores ou os distúrbios mistos ansioso-depressivos) são considerados pelo DSM-IV-TR como áreas propícias para o desenvolvimento de pesquisas posteriores; outros (como o desânimo, as reações de *coping* incapacitado, o *abnormal illness behaviour*) não são encontrados nos sistemas nosográficos atuais.

No que diz respeito aos estilos de *coping*, em particular - área central na avaliação oncológica que considera a relação entre *coping* e morbidade psiquiátrica<sup>3</sup> - o DSM-IV-TR introduz uma escala (*Defensive Functioning Scale*) (Tabela 1), que, todavia, não é específica para as patologias neoplásticas.

Tabela 1. Alguns níveis e mecanismos de defesa individuais (de acordo com o DSM-IV-TR)

Alto nível de adaptação	Nível de inibição da mentalização	Nível de menosprezo dos afetos	Nível de distorção menor	Nível de distorção maior
Altruísmo	Deslocamento	Negação	Desvalorização	Fantasia artísticas
Humor	Intelectualização	Projeção	Idealização	Identificação projetiva
Auto-observação	Isolamento afetivo	Racionalização	Onipotência	Separação
Assertividade	Repressão			
Sublimação	Formação reativa			

Cerca de 15% da população em geral apresenta um episódio de depressão maior no decorrer da vida, e 6 a 8% de todos os pacientes que vão ao médico para uma visita clínica geral, satisfaz os critérios para este distúrbio<sup>4</sup>.

Os distúrbios de Ansiedade estão presentes em 15 a 20% dos pacientes que procuram o médico<sup>5</sup>. Estudos de comunidades revelam uma prevalência ao longo da vida (*lifetime prevalence*) do distúrbio Pós-Traumático de Stress em cerca de 8% da população adulta dos Estados Unidos. Atualmente, não temos informações disponíveis no que se refere à prevalência na população em geral de outros países<sup>6</sup>.

Existem poucos dados sobre a prevalência da Insônia Primária na população em geral. Estudos de populações sobre a prevalência, relatados há um ano, indicam um percentual de distúrbios de

insônia da ordem de 30 a 45% nos adultos. A prevalência da Insônia Primária é de cerca de 1 a 10% na população adulta em geral e de até 25% na idade mais avançada. Nas clínicas especializadas em distúrbios do sono, aproximadamente em 15 a 25% das pessoas com insônia crônica foram feitos diagnósticos de Insônia Primária<sup>6</sup>.

Um estudo que avaliou os distúrbios do sono em uma população numerosa de pessoas adultas sãs, utilizando o PSQI, revelou a presença deste distúrbio em 26,4% das pessoas do sexo masculino e em 31,1% do sexo feminino<sup>7</sup>.

## OBJETIVOS

O objetivo deste estudo é a avaliação da prevalência do Distúrbio Pós-Traumático de Stress (DPTS), da ansiedade, da depressão, da qualidade do sono e da qualidade de vida em pacientes oncológicos consecutivos durante tratamento quimioterápico, com relação à prevalência

na população em geral, cujos valores foram selecionados de dados presentes na literatura.

Além disso, foi realizada uma avaliação comparativa da prevalência do Distúrbio Pós-Traumático de Stress (DPTS), ansiedade e depressão, qualidade do sono e qualidade de vida em pacientes oncológicos em tratamento adjuvante versus pacientes oncológicos em tratamento por doença metastática.

## MÉTODOS

### População do estudo

De janeiro a maio de 2009, foram incluídos no estudo pacientes consecutivos submetidos a tratamento oncológico específico no Hospital Dia de Oncologia Médica, A.O.U. "San Luigi Gonzaga", Orbassano, que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão listados a seguir.

### Critérios de inclusão:

- idade superior a 18 anos;
- diagnóstico de câncer confirmado histologicamente;
- tratamento oncológico com quimioterapia citotóxica em andamento;
- adequada adesão ao tratamento;

- disponibilidade em submeter-se aos questionários previstos pelo estudo;

- performance status (ECOG) < 2;

- consentimento informado por escrito.

### Critérios de exclusão:

- diagnóstico de distúrbio psiquiátrico;

- dado anamnésico de uso de neurolépticos, antidepressivos (tricíclicos, SSRI, SNRI), benzodiazepina.

O protocolo de Estudo foi aprovado pelo Comitê Ético.

### Avaliação

Cada um dos pacientes incluídos no estudo foi submetido a um questionário para avaliar o Distúrbio Pós-Traumático de Stress, os distúrbios do sono, os níveis de ansiedade e de depressão e a qualidade de vida, durante a permanência no Hospital Dia.

Os dados demográficos como, por exemplo, sexo, idade, nível de instrução, estado civil, ou correlatos à patologia e ao tratamento como o local primitivo do tumor, local de eventuais metástases e tipo de terapia, foram tirados das fichas clínicas informatizadas.

### Instrumentos empregados:

- *Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G)*<sup>8</sup>: instrumento *self-report* multidimensional, constituído por 29 itens que formam cinco domínios: (1) bem-estar físico (PWB) - 7 itens; bem-estar social (SWB) - 7 itens; bem-estar emocional (EWB) - 6 itens; a relação com o médico (RWD) - 2 itens; bem-estar funcional (FWB) - 7 itens. A pontuação total FACT-G vai de 0 a 116. Pontuações elevadas indicam uma melhor QoL.

- *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*<sup>9</sup>: constituído de duas subescalas, uma para determinar a intensidade da ansiedade e a outra para determinar o grau de depressão dos pacientes hospitalizados. Cada subescala possui 7 questões às quais os pacientes devem responder, informando como se sentiam na semana anterior, numa escala de quatro pontos (0-3). As pontuações vão de 0 a 21. Para cada subescala, o resultado de 0 a 7 representa ausência de sintomas significativos, de 8 a 10 sinaliza sintomas elevados, de 11 ou mais, indica a provável presença de uma desordem.

- *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*<sup>10</sup>: é uma escala de autoavaliação que foi utilizada com a finalidade de proporcionar uma medida confiável, válida e padronizada da qualidade do sono,

diferenciar entre um bom e um mau sono, fornecer um elenco de fácil emprego pelos sujeitos e de fácil interpretação pelo clínico e pelo pesquisador, propiciar uma avaliação rápida e clinicamente útil dos diversos tipos de sono e que podem comprometer a qualidade do próprio sono. O teste leva em consideração o último mês para, desse modo, distinguir os problemas transitórios dos persistentes. A escala é composta de 19 itens avaliados pelo próprio sujeito e 5 itens que devem ser respondidos pelo companheiro de cama ou de quarto, porém, estes últimos não entram na pontuação total, pois servem apenas como informação clínica. Os 19 itens são reagrupados em 7 itens heterogêneos avaliados numa escala de 0 a 3, que somados indicam a pontuação global do PSQI, que pode variar de 0 a 21; as pontuações mais elevadas indicam um maior comprometimento do sono. Uma pontuação superior a 5 é considerada indicativa de presença de distúrbio do sono. Esses 7 itens heterogêneos representam a qualidade subjetiva do sono, o período de latência, a duração, a eficácia habitual, os distúrbios e, também, o uso de fármacos hipnóticos e os distúrbios durante o dia.

- *Impact of Event Scale - Revised (IES - R)*<sup>11</sup>: instrumento de autoavaliação de *screening* para avaliar a presença de DPTS.

Escala de avaliação de 22 itens, constituída de 3 subescalas representativas dos maiores *clusters* do Distúrbio Pós-Traumático de Stress: intrusão, evitamento e *hyperarousal*. A subescala de intrusão inclui 8 itens específicos para os pensamentos intrusivos, pesadelos, sentimentos intrusivos e imagens associadas ao evento traumático. A subescala do evitamento inclui 8 itens relacionados ao evitamento de sentimentos, situações e ideias. A subescala do *hyperarousal* inclui 6 itens relacionados à dificuldade de concentração, raiva e irritabilidade, arousal em seguida à lembrança do evento e hipervigilância.

Os questionários foram elaborados e aplicados de acordo com as instruções padronizadas previstas.

#### **Análises estatísticas**

Os dados foram inseridos em um banco de dados informatizado - especialmente elaborado para este fim -,

organizados e analisados utilizando SPSS de Windows (versão 16.0 italiano).

Os dados prevalentes foram extraídos mediante a utilização de estatísticas descritivas usuais.

A comparação entre o subgrupo de pacientes em tratamento quimioterápico adjuvante e de pacientes em tratamento de quimioterapia por doença metastática, foi feita mediante t-teste, resultando a distribuição nas duas categorias de tipo paramétrico ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Uma  $p < 0,05$  foi considerada estatisticamente significativa.

#### **RESULTADOS**

Foram arrolados 173 pacientes (94 M (54,3%) e 79 F (45,7%)). As características da população em estudo foram lançadas na Tabela 2.

Tabela 2. Características da população em estudo

Nº 173 (%)		
<b>SEXO</b>		
M	94	(54,3%)
F	79	(45,7%)
<b>IDADE</b>		
Mínima	20	D.P.
Máxima	80	12,3
Média	58,7	
<b>INSTRUÇÃO</b>		
Elementar	57	(33,1%)
Média inferior	41	(23,7%)
Média superior	62	(35,6%)
Superior	9	(5,1%)
Outros	4	(2,5%)
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casado(a)	133	(76,9%)
Viúvo(a)	11	(6,4%)
Solteiro(a)	17	(9,8%)
Separado(a)/divorciado(a)	12	(6,9%)
<b>ADJUVANTE/METASTÁTICO</b>		
Adjuvante	61	(35,3%)
Metastático	112	(64,7%)
<b>FÁRMACOS CITOTÓXICOS EMPREGADOS</b>		
Platinóide (Cisplatino, Carboplatino, Oxaliplatino)	72	(41,6%)
Taxanes (Docetaxel, Paclitaxel)	20	(11,6%)
Camptotecina (Topotecan, Irinotecan)	19	(11,0%)
Vinca (Vinorelbina, Vincristina, Vimblastina)	4	(2,3%)
<b>SEDE PRIMITIVA DO TUMOR</b>		
Mama	30	(17,3%)
Pulmão	5	(2,9%)
Próstata	13	(7,5%)
Órgão genital feminino	15	(8,7%)
Cabeça - pescoço	3	(1,7%)
Gastrointestinal superior	13	(7,5%)
Cólon - reto	56	(32,4%)
Testículo	6	(3,5%)
Vesícula	10	(5,8%)
Rim	4	(2,3%)
Glândula suprarrenal	5	(2,9%)
Tumor neuroendócrino	10	(5,8%)
Tireóide	1	(0,6%)
Timo	2	(1,2%)
<b>SEDE DAS METÁSTASES</b>		
Ossos	25	(14,5%)
Hepáticas	40	(23,1%)
Pulmonares	26	(15,0%)
Gânglios linfáticos	25	(14,5%)

Os resultados obtidos na elaboração do HADS mostram que na população em estudo a prevalência de patologia ansioso-depressiva moderada aparece em 32% (especificamente a prevalência de ansiedade moderada ficou em 16% e de depressão moderada em 20,5%); a prevalência de patologia ansioso-depressiva relevante foi de 16,7% (especificamente a prevalência de ansiedade relevante foi de 24% e de depressão relevante de 10,6%).

Os resultados obtidos na elaboração do PSQI evidenciam uma prevalência de distúrbios do sono em 62,8% dos pacientes questionados. Os resultados do IES mostram uma prevalência de Distúrbio Pós-Traumático de Stress em 45,1% da população em estudo. O escore do FACT-G total foi de 68,4 +- 9,4.

Os resultados foram lançados na Tabela 3.

Tabela 3. Prevalência dos distúrbios na população em estudo

Nº 173 (%)		
<b>ANSIEDADE (HADS)</b>		
Ausência de ansiedade	104	(60%)
Ansiedade moderada	28	(16%)
Ansiedade relevante	41	(24%)
<b>DEPRESSÃO (HADS)</b>		
Ausência de depressão	120	(68,9%)
Depressão moderada	35	(20,5%)
Depressão relevante	18	(10,6%)
<b>PATOLOGIA ANSIOSO-DEPRESSIVA (HADS)</b>		
Ausência de patologia A-D	89	(51,3%)
Patologia A-D moderada	55	(32%)
Patologia A-D relevante	29	(16,7%)
<b>DISTÚRBIOS DO SONO (PSQI)</b>		
Ausência de distúrbios do sono	64	(37,2%)
Presença de distúrbios do sono	109	(62,8%)
<b>DIST. PÓS-TRAUMÁTICO DE STRESS (IES)</b>		
Ausência de distúrbio	95	(54,9%)
Presença de distúrbio	78	(45,1%)
<b>QUALIDADE DE VIDA (FACT-G)</b>		
Bem-estar social	Média	D.P.
Bem-estar físico	18,2	4,4
Relação com o médico	21,3	6,1
Bem-estar emotivo	6,1	1,7
Bem-estar funcional	7,0	4,9
FACT total	15,4	5,4
	68,4	9,4

Da comparação entre os pacientes em tratamento quimioterápico adjuvante e os em tratamento de quimioterapia por doença metastática, não apareceram diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos fenômenos pesquisados,

exceto uma diferença limítrofe (*borderline*) no que diz respeito à relação com o médico ( $P=0,053$ ), a favor dos pacientes em tratamento de quimioterapia por doença metastática (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação entre dois subgrupos

	Adjuvante Média +- Desvio Padrão	Metastático Média +- Desvio Padrão	Significativdade
ANSIEDADE (HADS)	7,62 ± 4,5	6,97 ± 4,2	0,351
DEPRESSÃO (HADS)	5,79 ± 3,8	5,75 ± 3,9	0,958
QUALIDADE DO SONO (PSQI)	6,12 ± 3,4	6,14 ± 4,1	0,978
DIST. PÓS-TRAUMÁTICO DE STRESS (IES)	23,75 ± 16,1	24,55 ± 17,1	0,768
QUALIDADE DE VIDA (FACT-G)	21,51 ± 5,5	21,12 ± 6,5	0,488
Bem-estar social	18,54 ± 4,6	18,0 ± 4,3	0,718
Bem-estar físico	5,9 ± 1,7	6,4 ± 1,8	0,053
Relação com o médico	6,7 ± 4,9	7,1 ± 4,9	0,628
Bem-estar emotivo	15,0 ± 5,5	15,6 ± 5,4	0,540
Bem-estar funcional	67,9 ± 9,3	68,6 ± 9,4	0,675
FACT total			

## DISCUSSÃO

Confrontando a prevalência dos vários distúrbios avaliados na população em estudo e a mesma prevalência na população em geral, esta resulta ser maior nos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. Especificamente nos pacientes oncológicos, a prevalência do Distúrbio Pós-Traumático de Stress, avaliada mediante IES-R, apresentou o resultado de 45,1%, enquanto que na população em geral apareceu 8%; nos

distúrbios do sono, apresentou 62,8% em relação aos 30% da população em geral; na ansiedade, apareceu 40% enquanto na população em geral foi de 15-20%; na depressão, apresentou 31,1% com relação aos 15% da população em geral.

Os resultados relativos ao Distúrbio Pós-Traumático de Stress avaliados mediante IES-R estão decididamente acima dos valores esperados; isso pode ser devido ao fato de o IES-R ser um instrumento de autoavaliação e por isso muitos sintomas da

ansiedade podem ter influenciado e confundido as respostas dos pacientes.

Não é possível um confronto entre a qualidade de vida da população em estudo e a da população em geral, uma vez que o instrumento utilizado (FACT-G) pode ser aplicado apenas em pacientes neoplásicos.

Todavia, pode-se afirmar que o perfil psicológico do paciente neoplásico esteja, como seria de esperar, decididamente comprometido em relação ao da população em geral. Estes dados sublinham a importância das intervenções de psiquiatria de *liaison* nos pacientes neoplásicos em tratamento oncológico.

Do confronto de dados entre os pacientes em tratamento de quimioterapia por doença metastática e os pacientes em tratamento adjuvante, não foram encontradas diferenças significativas no que diz respeito à prevalência do Distúrbio Pós-Traumático de Stress ( $P=0,768$ ), dos distúrbios do sono ( $P=0,978$ ), ansiedade ( $P=0,351$ ), depressão ( $P=0,958$ ) e qualidade de vida ( $P=0,675$ ), exceto uma diferença limítrofe (*borderline*) no que diz respeito ao relacionamento com o médico ( $P=0,053$ ), em favor dos pacientes em tratamento de quimioterapia por doença metastática.

Estes dados resultam, de qualquer modo, surpreendentes, uma vez que seria de se esperar uma prevalência maior dos distúrbios avaliados, a cargo dos pacientes em tratamento por doença metastática, e por conseguinte, agravados por um prognóstico infeliz.

Uma interpretação possível é que o tratamento quimioterápico seja sentido pelo paciente como um elemento psicológico de “estado de gravidade”, independentemente do fato de ser realizado para reduzir o risco de reincidência, na ausência de sinais instrumentais e clínicos de doença (quimioterapia adjuvante), ou por uma doença neoplásica avançada.

Alternativamente, poderia-se supor que o tratamento quimioterápico, apesar da disponibilidade de terapia de apoio sempre mais eficaz, esteja sobrecarregado, ainda nos dias de hoje, de uma toxicidade tal que compromete gravemente todos os âmbitos psíquicos, da qualidade de vida à qualidade do sono.

A grande incidência de Distúrbio Pós-Traumático de Stress entre pacientes em tratamento quimioterápico adjuvante e tratamento quimioterápico por doença avançada, leva a pensar que o diagnóstico de tumor seja por si só um evento

traumático, independente da probabilidade ou não de cura.

Diversos estudos demonstraram, através do emprego de instrumentos de medição *self-report*, como o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, a *Symptom Check List - 90*, o *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS) e o *General Health Questionnaire*, que um percentual entre 25% e 40% dos pacientes afetados pela patologia neoplástica, apresentou, em qualquer fase da doença, valores claramente superiores aos normais com relação à população em geral e comparáveis aos de uma população de pacientes seguidos pelos serviços de saúde mental<sup>12-13</sup>.

Em períodos mais recentes, o emprego, no âmbito da medicina, dos critérios de diagnósticos usualmente empregados em psiquiatria, como o *Research Diagnostic Criteria* (RDC) e, sobretudo, o DSM da APA e o ICD-10 das OMS, permitiram uma melhor avaliação do problema da comorbidade psiquiátrica oncológica.

Derogatis et al.<sup>14</sup>, através do DSM-III, demonstraram que sobre 215 pacientes com diagnóstico recente de patologia neoplástica e seguidos ambulatorialmente, 53% apresentou sintomas emocionais importantes (insônia, ansiedade, tristeza)

dentro de um limite fisiológico, enquanto que em 47% foi possível efetuar um diagnóstico psiquiátrico. Uma baixa prevalência foi reportada para os distúrbios de ansiedade propriamente dita (4%), para os distúrbios mentais orgânicos (4%) e para os distúrbios de personalidade e abuso de substâncias (3%).

Os distúrbios de humor se colocaram como a patologia de maior prevalência, sendo registrados em 31% dos pacientes examinados, o que equivale a 67% de todos os diagnósticos psiquiátricos efetuados. Nesta ampla categoria, foi demonstrado como os distúrbios depressivos de maior gravidade (distúrbios afetivos maiores) se apresentaram com uma prevalência de 60%, enquanto para os 25% da população foi diagnosticado um distúrbio de adaptação com aspecto depressivo puro ou misto ansioso-depressivo.

Na Itália, Grassi et al.<sup>15</sup>, em um estudo de reprodução de uma pesquisa americana, avaliaram através do DSM-III, 101 pacientes ambulatoriais com diagnóstico de neoplastia, por não mais que três meses e com uma boa performance. De acordo com o que foi evidenciado pelo *PSYCOG Study* de Derogatis, foi registrada uma prevalência dos distúrbios psiquiátricos em geral em 49% dos pacientes, em particular os transtornos de

adaptação (31%), o distúrbio afetivo maior (transtorno depressivo maior e transtorno distímico 13%), os distúrbios de ansiedade (2%), os distúrbios de personalidade (1,5%) e o distúrbio causado por abuso de substâncias (1,5%).

Mais recentemente, Morasso et al.<sup>16</sup>, avaliando 107 pacientes ambulatoriais em cada fase da doença, registraram um diagnóstico psiquiátrico segundo o ICD-10 em 66,6% dos casos, mais especificamente distúrbios de adaptação (45,8%), distúrbios depressivos (11,2%), distúrbios de ansiedade (4,7%) e distúrbios bipolares (0,9%).

Na Bélgica, Razavi et al.<sup>17</sup>, utilizando mais uma vez o DSM-III-R, encontraram, na análise de 128 pacientes, uma prevalência de distúrbio de adaptação na ordem de 51,6%, de distúrbio depressivo maior 7,8% e de distúrbio mental secundário, por uso de substâncias devido à condição médica em geral, na ordem de 4,7%.

Na Austrália, Kissane et al.<sup>18</sup>, avaliaram 303 pacientes com carcinoma de mama em estágio precoce e evidenciaram, através do DSM-IV, uma prevalência de comorbidade psiquiátrica de 45%, especificamente distúrbio depressivo maior (9,6%), distúrbio fóbico (6,9%) e distúrbio depressivo menor (27,1%).

## REFERÊNCIAS

1. Rundell J.R., Wise M.G. (eds.) *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington, 1996.
2. Snyder S., Strain J.J., Wolf D. *Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting*. Gen Hosp Psychiatry 12:159-165, 1990.
3. Parle M., Maguire P. *Exploring relationships between cancer, coping and mental health*. J. Psychosoc Oncol 13: 27-50, 1995.
4. Kasper, Braunwald, Fauci *Harrison - principi di medicina interna*. 16° edizione, 2005.
5. Kasper, Braunwald, Fauci *Harrison - principi di medicina interna*. 16° edizione, 2005.
6. *DSM - IV - TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> Ed. Text Revision, American Psychiatric Press, Washington D.C., 200 Tr. it. Masson, Milano, 2011.
7. Doy Y, Minowa AM, Uchiyama M, Okawa M. Subjective sleep quality and sleep problems in the general Japanese adult population. *Psychiatry Clin Neurosci* 55: 213-15; 2001.
8. Cella DF, Tulsky DS, Gray G et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and Validation of the General Measure. *J Clin Oncol* 1993; 11(3): 570-79.
9. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67 (6) 165-169.
10. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and

research. *Psychiatry Res* 1989; 28(2), 193-213.

11. Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In: J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.

12. Koenig R., Levin S.M., Brennan M.J. *The emotional status of cancer patients as measured by a psychological test.* *J Chr Dis* 20: 923-930,1967.

13. Hardman A., Maguire P., Crowther D. *The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward.* *J Psychosom Res* 33:235-239,1989.

14. Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J. et al. *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients.* *JAMA* 249:751-757,1983.

15. Grassi L., Albieri G., Rosti G., Marangolo M. *Psychiatric morbidity after cancer diagnosis.* *Exp Clin Psychiatry* 3: 199-205, 1987.

16. Morasso G., Costantini M., Baracco G. et al. *Assessing psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire.* *Oncology* 53:295-302,1996.

17. Razavi D., Delvaux N., Farvacques C., Robaye E. *Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients.* *Br J Psychiatry* 156: 79-83,1990.

18. Kissane D.W., Clarke D.M., Ikin J. et al. *Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early stage breast cancer: a cross-sectional survey.* *Med J Aust* 169: 192-196, 1998.