

Universidade Católica de Goiás  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**Ansiedade, Depressão, Desesperança e Estresse do  
Enfermo Cirúrgico Oncológico**

Uélen Camargo dos Passos

Goiânia  
Fevereiro de 2009

Universidade Católica de Goiás  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**Ansiedade, Depressão, Desesperança e Estresse do  
Enfermo Cirúrgico Oncológico**

Uélen Camargo dos Passos

Dissertação apresentada ao Mestrado em  
Psicologia da Universidade Católica de  
Goiás, como requisito parcial para obtenção  
do grau de Mestre em Psicologia.  
Orientador: Drº. Sebastião Benício da Costa  
Neto.

Goiânia  
Fevereiro de 2009

Universidade Católica de Goiás  
Pró - Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa  
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

### **Folha de Avaliação**

Autor: Uélen Camargo dos Passos

Título: Ansiedade, Depressão, Desesperança e Estresse do Enfermo Cirúrgico Oncológico

Data de Avaliação: 11/02/2009.

Banca Examinadora

---

Dr.º Sebastião Benício da Costa Neto / UCG (Presidente)

---

Dr.º Luc Marcel Adhemar Vandenberghe / UCG

---

Dr.ª Mara Rúbia de Camargo Alves Orsini / UFG (Membro)

---

Dr.º Fabio Jesus Miranda / UCG (Suplente)

Goiânia  
Fevereiro de 2009

Este trabalho é dedicado aos meus pais, irmãos, amigos e professores que me acompanharam e apoiaram em mais esta conquista.

## **Agradecimentos**

Aos pacientes que se prontificaram a participar da pesquisa com muita disponibilidade e boa vontade.

Ao orientador Sebastião Benício, que me acolheu com muito carinho e me passando seu conhecimento com sabedoria.

Aos professores Mara Rúbia e Luc pelas contribuições enriquecedoras durante a qualificação.

Aos professores Suely e Weber pela disposição e apoio.

À minha família pelo apoio e compreensão.

## Resumo

Este estudo objetivou analisar as manifestações de ansiedade, depressão, desesperança e estresse de pacientes oncológicos nas condições pré-cirúrgica e pós-cirúrgica, além de correlacionar tais manifestações com os dados sócio-demográficos e clínicos de seus portadores. A amostra foi composta por 30 pacientes cirúrgicos (8 homens e 22 mulheres), com idades de 18 a 80 anos. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram o Inventário de Depressão de Beck (BDI), o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), a Escala de Desesperança de Beck (BHS) e o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL). Os resultados mostram que os participantes apresentaram redução nos níveis de ansiedade, depressão e estresse do período pré-cirúrgico, comparados ao pós-cirúrgico, sem que nenhuma intervenção psicoterápica tivesse sido realizada. Contudo, observou-se que os participantes que não apresentaram desesperança no período pré-cirúrgico passaram a apresentá-la no período pós-cirúrgico. Os resultados mostram ainda que, das variáveis correlacionadas com ansiedade, depressão, desesperança e estresse, apenas estado civil e tempo entre o diagnóstico e a cirurgia apresentaram correlação significativa. Conclui-se que o ato cirúrgico por si só é capaz de provocar reações emocionais importantes, fazendo-se necessária a avaliação, intervenção e controle dos estados emocionais dos pacientes com indicação cirúrgica.

**Palavras-chave:** ansiedade; depressão; desesperança; estresse; cirurgia; oncologia.

## **Abstract**

This study has as its goal to analyze how anxiety, depression, lack of hope and stress affect patients with cancer in pre-surgery and post-surgery conditions as well as to correlate those phenomena with demographic and clinical data of those patients. The sample was composed of 30 patients who would have a surgery (8 men and 22 women) aged from 18 to 80 years. The tools used to collect the data were the Beck Depression Inventory (BDI), the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Beck Hopelessness Scale (BHS) and the Adult Stress Symptoms Inventory of Lipp (ISSI). The results show that the participants showed a decrease in anxiety, depression and stress over the pre-surgery period compared to the post-surgery period without any psychotherapy intervention made. However, the participants who didn't show hopelessness in the pre-surgery period ended up showing it in the after-surgery period. The results also showed that among the items correlated with anxiety, depression, hopelessness and stress only the marital status and time between the diagnosis and the surgery showed important correlation. The conclusion is that the surgery itself is able to lead to important emotional reactions and, because of that, their analysis, intervention and control are needed in patients with surgery's indication.

**Key Words:** anxiety, depression, hopelessness, stress, surgery, oncology.

## Sumário

<b>Resumo</b> .....	6
<b>Abstract</b> .....	7
<b>Capítulo I- Revisão Bibliográfica</b> .....	9
Estudos relativos à Ansiedade, Depressão, Desesperança e Estresse do enfermo cirúrgico oncológico .....	24
Referências Bibliográficas .....	35
<b>Capítulo II- Artigo: Ansiedade, Depressão, Desesperança e Estresse do Enfermo Cirúrgico Oncológico</b> .....	43
Método .....	59
Resultados .....	60
Discussão .....	67
Conclusão .....	71
Referências Bibliográficas .....	73



## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Perfil Sócio-Demográfico dos Enfermos Cirúrgicos Oncológicos (N=30).....	52
<b>Tabela 2</b> - Perfil Clínico dos Enfermos Cirúrgicos Oncológicos (N=30).....	53
<b>Tabela 3</b> - Frequência de Ansiedade, Depressão, Desesperança e Estresse em Enfermos Cirúrgicos Oncológicos (N= 30).....	54
<b>Tabela 4</b> - Correlação entre dados Sócio-Demográficos e Clínicos com Ansiedade, Depressão, Desesperança e Estresse nos períodos pré e pós-cirúrgicos (N=30).....	57

## Capítulo I - Revisão Bibliográfica

O adoecer é um processo delicado para as pessoas, não só pelas alterações físicas ou pela dor, mas também por reações psicológicas e sociais que acontecem diante do acometimento e, dependendo da gravidade, pode ter conseqüências como a hospitalização. A hospitalização é responsável pelo afastamento do paciente de toda a sua rotina, de parte da sua família e do seu trabalho. Além disso, o hospital é um dos ambientes mais geradores de ansiedade, estresse e, em alguns casos, de medo. A internação e a espera por um procedimento cirúrgico podem gerar pensamentos e sentimentos dicotômicos como a possibilidade de retorno à vida normal sem os desconfortos advindos da doença e o medo da morte, desfiguramento ou invalidez.

Sluzki (1997) ressalta que a instauração de uma doença afeta as redes sociais ao reduzir a oportunidade dos contatos sociais e da reciprocidade em função da cronicidade da doença e de seu tratamento. De acordo com Sluzki (1997), as redes sociais apresentam expressiva importância na medida em que influenciam a auto-imagem do indivíduo e são centrais para a experiência de identidade e competência, muito particularmente na atenção à saúde e adaptação em situações de crise. Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette e Del Prette (2007) relatam que as relações sociais podem promover, de várias formas, melhores condições de saúde. Porém, segundo Ramos (2002), a ausência de convívio social causa severos efeitos negativos na capacidade cognitiva geral, além de depressão.

Dressler, Balieiro e Santos (1997) argumentam que, de uma forma geral, as pessoas que têm maior contato social vivem mais e com melhor saúde do que as pessoas com menor contato social. A presença de uma doença também pode gerar outras redes sociais como aquelas formadas pelos serviços de saúde e que podem adquirir caráter central por seu apoio instrumental e emocional, diante de uma internação hospitalar, um procedimento cirúrgico, hemodialítico, radioterápico, quimioterápico, etc. (Sluzki, 1997).

De acordo com a Fundação Oncocentro (1998), a atitude do paciente frente ao câncer tem influência de fatores culturais, étnicos, sociais, econômicos, educacionais, dentre outros. O próprio tratamento pode ser entendido como uma ameaça, visto que pode afastar o indivíduo do convívio social, pelas freqüentes internações levando, muitas vezes, ao abandono de parentes e amigos.

Na trajetória do câncer, a ansiedade e a depressão manifestam-se durante os diversos momentos do diagnóstico e continuam durante e após o tratamento. Teles, Ribeiro e Cardoso (2003) salientam que os níveis de ansiedade e depressão são mais elevados nos doentes com patologia oncológica do que em doentes não oncológicos. Isso ocorre porque, em geral, as pessoas acreditam que câncer é sinônimo de sofrimento e morte (Ballone, 2007). Segundo Coenson e Dimsdale (1994), a prevalência destas perturbações psicológicas em doentes oncológicos é mais elevada devido à convivência direta com a dor, com o desfiguramento, com a separação e com a morte.

O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Existem diversos tipos de câncer de pele, por exemplo, porque a pele é formada de mais de um tipo de célula. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais como pele ou mucosas ele é denominado Carcinoma. Se ele começa em tecidos conjuntivos ou nas estruturas de tecidos conectivos como osso, músculo ou cartilagem é chamado de Sarcoma. A Leucemia se origina na medula óssea e afeta o sangue, o Melanoma é um câncer de pele, além de muitos outros (Instituto Nacional do Câncer - INCA, 2008). Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases). Hoje, o câncer é visto como uma doença crônica que suscita no

paciente e na família demandas específicas e mutáveis a respeito do enfrentamento da doença (Picheti & Duarte, 2008). De acordo com o INCA (2008), são esperados 231.860 casos novos de câncer no Brasil para o sexo masculino e 234.870 para sexo feminino, em 2008, significando que a incidência de câncer é maior nas mulheres do que nos homens.

Os pacientes com suspeita de câncer passam por uma série de testes diagnósticos, variando de acordo com o tipo de lesão, para chegar ao tipo de neoplasia. Os objetivos dos tratamentos possíveis podem incluir a erradicação completa da doença maligna, sobrevida prolongada do paciente e contenção do crescimento das células cancerosas, ou alívio dos sintomas associados ao processo canceroso. Para isto, são empregadas algumas modalidades de tratamento oncológico como a cirurgia, radioterapia e quimioterapia (Brunner & Suddarth, 2002).

Para Knorst, Dienstmann e Fagundes (2003) é comumente aceito que, no curso de uma neoplasia, tanto o diagnóstico quanto a terapia devam ser instituídos o mais brevemente possível. O retardo no tratamento pode ser atribuído ao paciente, que demora a procurar atendimento médico, ou ao sistema de saúde, que não funciona adequadamente. Segundo o *Standing Medical Advisory Committee* da Inglaterra (1994), o tempo de investigação até a ressecção do tumor não deveria ultrapassar seis a oito semanas, mas não é o que normalmente se vê, e isso pode trazer grandes prejuízos à saúde e à vida das pessoas. No entanto, no Brasil, não há estudos que estabeleça uma estimativa de tempo previsto ou ideal a ser seguido entre o diagnóstico e o início do tratamento, segundo o INCA (2008).

Brunner e Suddarth (2002) relatam que a forma mais freqüentemente usada no tratamento do câncer é por meio do procedimento cirúrgico. O tratamento cirúrgico pode ter graves conseqüências físicas e psicológicas para o paciente com câncer. Esta forma de tratamento é indicada, por várias razões, mas não é recomendada para todos os tipos de câncer. A cirurgia pode ser escolhida como principal método de tratamento - sendo usada

como forma diagnóstica, profilática, paliativa ou reconstrutiva. Como principal abordagem de tratamento oncológico, a cirurgia tem a função de remover todo o tumor e qualquer tipo de tecido circundante como gânglios linfáticos regionais, por exemplo.

Nos casos em que a cirurgia é melhor indicada para o tratamento oncológico, existem dois tipos de procedimentos cirúrgicos: excisões local e radical. A primeira é usada quando o tumor é pequeno e suas margens teciduais são seguramente acessíveis. Nas excisões radicais há remoção do tumor primário, dos tecidos circundantes e dos gânglios linfáticos. Neste último método a mutilação é maior, ocasionando o desfiguramento e a mudança na imagem corporal, e só é recomendada quando o tumor pode ser retirado completamente e as chances de controle e/ou cura são boas. Os pacientes submetidos à cirurgia, principalmente para o tratamento oncológico, podem mostrar-se ansiosos acerca do método cirúrgico, dos possíveis achados, das limitações pós-operatórias, das alterações das funções normais do organismo e do prognóstico (Brunner & Suddarth, 2002).

Submeter-se a um procedimento cirúrgico é uma das experiências hospitalares mais comuns e estressantes vividas por um paciente (Almagia, 2000). De acordo com Ferraro (2000), qualquer intervenção cirúrgica é considerada como uma situação crítica capaz de despertar componentes pessoais complexos que se manifestam por meio das emoções, fantasias e comportamentos que podem prejudicar o desenvolvimento da prática médica.

Apesar do preparo dos médicos e dos avanços tecnológicos da cirurgia e anestesia, o paciente dificilmente se sentirá totalmente seguro diante desta intervenção. O processo cirúrgico tende a provocar intenso desconforto emocional no qual seu futuro é incerto, manifestando sentimentos de impotência, isolamento, medo da morte, da dor, da mutilação, de ficar incapacitado, das mudanças na sua imagem corporal, além de provocar sentimentos de ameaça a sua integridade física, psicológica e social (Sebastiani & Maia, 2005). Mesmo que o

medo da cirurgia seja repleto de fantasias e enriquecido pela imaginação, o risco nunca é totalmente imaginário (Angerami-Camon, 1996).

A ansiedade pode ser parte fundamental da adaptação normal do indivíduo à doença, na medida em que motiva o paciente a procurar informações sobre seu estado, seu tratamento e modos de alívio dos sintomas. No entanto, a ansiedade em níveis elevados ou por tempo prolongado pode comprometer a adaptação. A ansiedade é capaz de danificar o sucesso do tratamento na medida em que torna o tratamento ainda mais doloroso, reduz substancialmente a qualidade de vida do paciente, além do risco de levar o paciente à depressão (Razavi & Stiefel, 1994).

Sabe-se que a ansiedade e o medo associados à antecipação de um procedimento cirúrgico, assim como a preocupação e o incômodo ligados à recuperação, podem exercer forte influência na reação geral do paciente diante da situação cirúrgica e no curso que terá seu processo de restabelecimento. Existem várias evidências e estudos que mostram a influência que a ansiedade pré-operatória exerce sobre a recuperação pós-operatória, levando em consideração que a segunda tem maior duração e é mais complicada quando o nível de ansiedade tiver sido elevado no pré-operatório (Almagia, 2000). Sebastiani e Maia (2005) afirmam ainda, que em um procedimento cirúrgico, quanto maior o estresse e a tensão no pré-cirúrgico, maiores poderão ser as dificuldades em enfrentar os limites impostos pela cirurgia ao cotidiano do paciente.

No período pré-operatório, a ansiedade e a depressão podem levar o paciente a reações que resultam no aumento do consumo de anestésicos durante o período intra-operatório e na demanda por analgésicos no pós-operatório. Além disso, a ansiedade e a depressão no pré-operatório parecem ter importante influência no sistema imunológico e no desenvolvimento de infecções, possibilitando outras alterações de longo prazo (Marcolino et al., 2007).

O ambiente em que o indivíduo está inserido também exerce papel importante no desencadeamento de problemas de saúde crônicos e agudos podendo ser um fator de risco. De acordo com Taylor, Repetti e Seeman (1997), os aspectos dos ambientes físicos e sociais podem afetar adversamente a saúde. Em termos gerais, Moraes e Rolim (2006) enfatizam que os indivíduos que vivem em comunidades periféricas apresentam níveis mais altos de câncer, doenças coronárias, hipertensão e doenças respiratórias a indivíduos inseridos em comunidades centralizadas em que as condições de auxílio à saúde são de fácil acesso, onde há saneamento básico adequado, asfalto, transporte, etc.

É possível observar ainda, que os comportamentos do indivíduo também estão diretamente ligados às condições de saúde, podendo alterar o estado do organismo e produzir vulnerabilidade biológica para doenças, como por exemplo: não tomar vacinas deixa o organismo sem anticorpos contra determinadas doenças (Laloni, 2006).

O estilo de vida também tem influência em relação à promoção de saúde pessoal que são comportamentos individuais, envolvendo escolhas pessoais. De acordo com Lima-Costa (2004), a escolaridade também pode ser um indicador da situação sócio-econômica e os resultados de seu estudo revelam que as pessoas com pior escolaridade apresentavam comportamentos considerados ruins para a promoção da própria saúde, como o sedentarismo, a má alimentação, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Além disso, um estudo realizado no Brasil, utilizando dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, também verificou que as desigualdades sociais afetavam as condições de saúde e o uso de serviços de saúde.

A existência de uma doença física nunca se manifesta sozinha, mas sim com suas implicações psicológicas e fatores indutores de estresse que podem produzir uma morbidade substancial (Lutgendorf, Anderson, Rothrock, Buller, Sood & Sorosky, 2000), além de requerer um esforço de adaptação e de mobilização de estratégias de enfrentamento do

estresse no indivíduo (Barros, Lobo, Trindade & Teixeira, 1996). Assim sendo, todo o contexto da doença e do tratamento pode gerar estresse.

De acordo com Almagia (2000), a palavra estresse refere-se a uma variedade de sensações e emoções que têm, em geral, um caráter aversivo e que estão diretamente ligados a pressões e exigências que se pode deparar no dia-a-dia. Muitas vezes, as pessoas têm muitas coisas a serem feitas, em curto espaço de tempo e buscando resultados positivos, mas para isto é necessário que o indivíduo realize um esforço extra, gastando mais energia para efetuar a tarefa com mais rapidez que em períodos normais. Esta condição não só ajuda na adaptação das mudanças ambientais, como pode fazer com que o organismo sofra os diversos efeitos negativos se este ritmo acelerado permanecer por muito tempo. Sendo assim, o estresse pode ser o precursor de diversas enfermidades e estar diretamente relacionado às doenças, uma vez que as reações ao estresse envolvem todo o organismo e produzem mudanças bioquímicas, fisiológicas, emocionais e comportamentais.

Baum, Gatchel e Krantz (1997) salientam que o estresse é “(...) o processo pelo qual os eventos ambientais ameaçam ou desafiam o bem-estar de um organismo e pelo qual esse organismo responde a esta ameaça” (p. 61). Baum et al. (1997) afirmam, também, que no estresse é fundamental o modo como a pessoa observa, analisa, interpreta, sente e responde aos eventos ambientais que desafiam ou ameaçam o seu bem-estar.

Para que o estresse ocorra, o evento não precisa, necessariamente, ser aversivo (Straub, 2005). Há situações como a do primeiro encontro entre dois apaixonados, por exemplo, que geram estresse e não são de caráter aversivo e, sim, positivo. Segundo Benevides-Pereira (2002), o agente estressor nem precisa estar presente para desencadear uma reação de estresse, seja ele aversivo ou não, visto que o simples fato da pessoa imaginar ou antecipar sua ocorrência a leva a vivenciar ou sofrer antecipadamente, entrando em processo de estresse. Além disto, Rutter (1987) acrescenta que os mesmos estressores podem ser



experienciados de maneiras distintas por diferentes pessoas, ou seja, eventos interpretados como estressores para uns podem não ser para outros.

As reações do estresse podem ser manifestadas em nível físico e/ou psicológico. De acordo com Lipp (2000), as manifestações físicas podem ser aumento da sudorese, hiperacidez estomacal, tensão muscular, taquicardia, hipertensão arterial, bruxismo e náuseas. As manifestações psicológicas podem ser ansiedade, angústia, dúvidas quanto a si próprio, dificuldade de concentração, preocupação excessiva e hipersensibilidade emotiva excessiva. A reação do estresse pode ser dividida em fases, de acordo com Selye (1965): alerta, resistência e exaustão. Lipp (2000) acrescentou uma nova fase - Quase-exaustão, que seria a fase intermediária entre a resistência e a exaustão. A fase do Alerta é considerada a fase positiva do estresse, pois o ser humano se energiza através da produção da adrenalina propiciada por esta fase de estresse e pode alcançar uma sensação de plenitude. Na fase de Resistência a pessoa automaticamente tenta lidar com os seus estressores de modo a manter sua homeostase interna. Caso haja a persistência dos fatores estressantes em frequência e intensidade haverá a quebra na resistência da pessoa e ela passará à fase de Quase-Exaustão. Nesta fase, o processo de adoecimento se inicia e os órgãos que estiverem vulneráveis passam a mostrar sinais de deterioração. Caso não haja alívio do estresse por meio da remoção dos estressores ou pelo uso de estratégias de enfrentamento, o estresse atingirá a quarta e última fase, a Exaustão. A fase de Exaustão é a mais negativa do estresse patológico, pois é o momento em que um desequilíbrio interno muito grande ocorre, a pessoa entra em depressão, não consegue concentrar ou trabalhar. Doenças graves podem ocorrer nessa fase como úlceras, pressão alta, psoríase e vitiligo (Lipp, 2000).

Stoudemire (2000) ressalta ainda que embora as formas de verificação de estresse sejam complexas, os fatores psicológicos afetam o início, a evolução e o tratamento da maioria das condições médicas. Vários autores como Coe (2002) e Fahrenberg, Foerster e

Wilmers (1995) ressaltam a influência do estresse sobre o sistema imunológico das pessoas. O estresse momentâneo ou situacional aumenta o funcionamento do sistema nervoso simpático, inclusive na liberação de neurotransmissores como a norepinefrina no cérebro e no corpo. Este neurotransmissor é responsável pela vasoconstrição periférica e batimentos acelerados do coração, características das reações de luta e fuga. No início do estresse, este neurotransmissor manda mensagens para que os linfócitos aumentem suas atividades. No entanto, na medida em que o estresse continua e aumenta sua intensidade, a norepinefrina transmite uma mensagem inibidora para que interrompam suas atividades. Assim, a liberação de norepinefrina melhora o funcionamento da imunidade no nível inicial do estresse, mas retarda este funcionamento quando os níveis de estresse aumentam de duração e intensidade. Além de poder causar a inibição do sistema imune, o estresse crônico pode acarretar comportamentos ansiosos e deprimidos (Comer, 2003).

Sinais e sintomas como apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ansiedade e irritabilidade são reações do organismo diante do estresse. Estas reações podem ocorrer diante de uma infinidade de situações, seja pelo choque da notícia de um diagnóstico desfavorável, seja pela má adaptação do indivíduo às circunstâncias da vida (Lorencetti & Simonetti, 2005). Para que as pessoas passem por situações estressantes, como serem submetidas a um procedimento cirúrgico, e possam viver de forma mais adaptativa, é preciso que haja um adequado enfrentamento das situações adversas da vida, o que se pode denominar *coping*. O *Coping* (termo inglês que significa enfrentamento) é definido como o conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para se adaptarem a circunstâncias adversas ou estressantes (Suls, David & Harvey, 1996).

Christensen e Kenney (1995) e Folkman e Lazarus (1980) ressaltam que as estratégias de enfrentamento podem ser classificadas como centradas no problema ou na emoção. Na primeira, o indivíduo se esforça para administrar os problemas ou melhorar o seu

relacionamento com o meio e, na segunda, as estratégias de enfrentamento tentam substituir ou regular o impacto emocional do estresse no indivíduo no intuito de se defender e, assim, acabam por evitar o confronto com a ameaça.

De acordo com Ingledeu, Hardy e Cooper (1997), a maneira como as pessoas lidam com as situações estressantes visam moderar ou minimizar os efeitos de estressores sob o bem-estar físico e emocional. Porém, nem todas as estratégias de enfrentamento são igualmente eficazes. Caso as estratégias sejam eficazes, os efeitos do estresse serão minimizados, entretanto, se não forem, os efeitos do estresse poderão ser devastadores para o organismo da pessoa.

O enfrentamento é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente com a função de administrar a situação estressora. Enfrentar uma situação pressupõe a noção de avaliação do fenômeno percebido, interpretado e cognitivamente representado pelo indivíduo. Sendo assim, este processo se constitui numa mobilização de esforço, por meio da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (Folkman & Lazarus, 1980).

A forma com que o indivíduo escolhe suas estratégias de enfrentamento deriva de um processo de interação entre as variáveis individuais, variáveis ligadas ao evento e a avaliação cognitiva que a pessoa faz da situação. O que determina a natureza estressante de um evento não é tanto a situação em si, mas a avaliação do indivíduo, o modo como o indivíduo percebe e representa cognitivamente o evento (Folkman & Lazarus, 1980; Gage, 1992).

Pacientes com estratégias de enfrentamento adaptativas (ou enfrentamento positivo) aceitam melhor a doença e sentem-se capazes de continuar a dar apoio à família, de procurar apoio social e emocional e esforçar-se para manter o auto-controle sobre a doença. Por outro lado, há pacientes com pobre adaptação à doença (ou enfrentamento negativo) que utilizam

estratégias de enfrentamento menos favoráveis à sua saúde. A ruminação, a resignação, a revolta, a desesperança, a culpa, a agressividade são características de indivíduos com fraca adaptação à doença (Edgar, Ladislav & Schaffner, 1997).

O otimismo e a esperança podem ser considerados como estratégias de enfrentamento adaptativas, pois os indivíduos que utilizam destes recursos procuram aconselhamento, buscam a promoção de um melhor bem-estar físico e psicológico, tendem a ter melhor aceitação, desistem menos e negam menos durante o tratamento inicial, além de apresentarem maior qualidade de vida e menos pensamentos intrusivos (Chang, Maydeu-Olivares & D’Zurilla, 1997; Lauver & Tak, 1995). Já o pessimismo e a desesperança estão associados ao uso de estratégias de enfrentamento desadaptativas (negativas) e com transtornos psicológicos, como a depressão e as doenças físicas (Chang et al., 1997).

Um exemplo de estratégia de enfrentamento usada por algumas pessoas é a de evitação, que pode ser efetiva quando a pessoa evita pensar na dor que poderá sentir durante o tratamento ou pode ser ineficaz quando esta evita sair de casa ou evita se aproximar dos amigos por medo de rejeição, isolando-se das pessoas. Ao evitar o contato com o meio externo, esta pessoa contribui no enfraquecimento da rede social de apoio corroborando para o surgimento ou agravamento da ansiedade, para um estado psicológico negativo e, conseqüentemente, para a depressão (Arraras, Wriqth, Jusue, Tejedor & Calvo, 2002; Carrobbles, Remor & Rodríguez-Alzamora, 2003; De Genova, Patton, Jurich & MacDermid, 1994; Mulder, Vroome, Van Griensven, Antoni & Sandford, 1999; Welch & Austin, 2001).

A depressão, habitualmente, não é reconhecida, diagnosticada ou tratada nos hospitais quando o paciente busca atendimento por problemas de ordem física e não psicológica. Tal fato ocorre, muitas vezes, porque as queixas são normalmente associadas a dores diversas e mal-estar indefinido, ou por não ter profissionais habilitados para fazer avaliação e acompanhamento psicológico (Lotufo Neto, Yacubian, Scalco & Gonçalves, 2001).

É sabido que pacientes oncológicos apresentam uma incidência maior de depressão do que a população geral, mas Ballone (2007a) alerta que nem todos os pacientes com câncer têm depressão. Existem pacientes que conseguem se adaptar bem às circunstâncias adversas do adoecer e de seu tratamento, de modo a não alterar seu equilíbrio emocional. Porém, outros pacientes que sofrem da mesma patologia (câncer) não conseguem encontrar meios adequados para manter este equilíbrio e acabam entrando em depressão (Ballone, 2002). Dentre os sintomas da depressão, os mais observados para realizar o diagnóstico é o humor deprimido e a anedonia (falta do prazer), segundo o DSM-IV-TR (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – 4ª Edição). Sintomas secundários, tais como: a alteração de peso, do sono, dificuldade de concentração, diminuição da auto-estima ou sentimentos de culpa também são propostos para diagnóstico da depressão, mas estes são sintomas que podem facilmente serem confundidos com sintomas da própria doença oncológica ou conseqüências da internação. Sendo assim, observa-se quão delicado é o diagnóstico da depressão em pacientes oncológicos e fazem necessários maiores cuidados e atenção com os pacientes hospitalizados de modo geral e, em especial, com os portadores de câncer.

Além das conseqüências da depressão sobre o estado de saúde do paciente hospitalizado, freqüentemente, este demonstra desesperança quanto ao seu estado de saúde, intenso sentimento de culpa, idéias auto-depreciativas e falsas crenças negativas. O indivíduo deprimido tem uma visão negativa e pessimista de si próprio, do mundo e do futuro (Beck et al., 1979) e a desesperança é caracterizada pela expectativa negativa do indivíduo frente a um futuro próximo e remoto (Beck & Steer, 1993). Um estudo de Cunha, Argimon e Oliveira (1995) mostra que a desesperança está mais intimamente ligada à ideação suicida do que a própria depressão, como se imaginava. Isso mostra a necessidade da observação cuidadosa dos pacientes com alto nível de desesperança, pois este pode ser indício de problemas ainda mais graves, como a possibilidade de suicídio.

Tercero, Hernandez, Luque, e Morales (2005) salientam que na etapa pré-cirúrgica, a equipe de saúde deve estar centrada nas dificuldades emocionais do paciente, podendo ser compensadas por meio do desenvolvimento de habilidades necessárias para o manejo e enfrentamento de situações adversas às condições estabelecidas pelo ato cirúrgico (Ferraro, 2000). Para isto, além de deter os conhecimentos adequados para o preparo psicológico destes pacientes para o procedimento cirúrgico, supõe-se que o psicólogo tem em seu poder uma vantagem que nenhum outro profissional da saúde possui. Por não ser um profissional habitualmente associado à dor, já que sua função não é a de cortar ou suturar, o paciente consegue estabelecer um vínculo com maior facilidade. Sendo assim, a confiança pode ser construída com maior tranquilidade (Angerami-Camon, 1996). Porém, existem casos em que o psicólogo não é tão bem recebido pelo paciente, devido à fragilidade física e/ou emocional em que o mesmo se encontra quando hospitalizado. Alguns pacientes podem sentir receio ou até medo de entrar em contato com conteúdos emocionais delicados de sua vida e de sua doença e, portanto, não possibilitar que o vínculo e a confiança sejam estabelecidos. A confiança é uma ponte de ligação necessária para que o psicólogo consiga auxiliar o paciente a lidar com seus medos e fantasias em relação ao que vai acontecer (Angerami-Camon, 1996).

Junto ao paciente cirúrgico é fundamental a atuação da Psicologia no ambiente hospitalar. Além dos desconfortos de estar hospitalizado, ter uma doença e estar longe de seus afazeres e de sua família, aquele ainda tem a ameaça de algo desconhecido e sofrido. Os pacientes têm receio do desconhecido e medo de que a cirurgia acabe antes da hora e/ou que a anestesia dê algum efeito colateral desagradável. Como em todas as outras áreas de atendimento a hospitalizados, um dos elementos de vital importância para reduzir ansiedade é a informação adequada, no momento apropriado e na dose certa. Além disto, a literatura mostra também que informação e apoio psicológico reduzem dias de internação, complicações e uso de analgésicos pós-cirúrgicos (Holmes, 1987).

Baum, Gatchel e Krantz (1997) afirmam que os pacientes quando recebem informações acerca das possíveis sensações incômodas após a cirurgia, apresentam melhor recuperação que aqueles pacientes que não receberam qualquer informação neste sentido. Os pacientes bem informados mostram-se menos tensos antes da intervenção, manifestando mais confiança em seu cirurgião e exibem menos perturbações emocionais no período pós-operatório.

Atualmente, a psicologia tem se atentado ainda mais para o grau de compreensão do paciente sobre o conteúdo passado pela equipe médica, bem como o grau de aceitação a respeito de todo o procedimento ao qual irá se submeter. Os autores Méndez, Macià e Olivares (1993), por exemplo, trazem a informação como uma técnica de preparação cirúrgica, além de possuir um papel prático na redução do estresse e da ansiedade, podendo ser incorporada aos procedimentos médicos.

Por meio da *American Psychological Association*, em 1997, a Psicologia da Saúde se afirmou com o objetivo geral de intervir na prevenção e na reabilitação de doenças, compreendendo e atuando na inter-relação entre comportamento e saúde, por meio da aplicação de métodos, modelos e procedimentos da psicologia científica à área da saúde (Kerbauy, 1987). A partir daí, várias atividades passaram a ser desenvolvidas pelo psicólogo da saúde, entre elas: o auxílio no manejo e diminuição do impacto de procedimentos médicos invasivos sobre o paciente, para reduzir reações emocionais de medo, ansiedade e dor, inclusive em casos de procedimentos cirúrgicos (Gorayeb, 2001; Guimarães, 1999; Miyazaki, Domingos & Caballo, 2001). Outra atividade do psicólogo da saúde é desenvolver e avaliar métodos de intervenção que promovam e facilitam a adesão do paciente aos tratamentos propostos (Kain et al., 2007).

## **Estudos relativos à Ansiedade, Depressão, Desesperança e Estresse do enfermo cirúrgico oncológico**

A ruptura do ambiente e da rotina diária, provocada pela hospitalização e pela necessidade de submeter-se a um procedimento cirúrgico, modifica hábitos e costumes conduzindo a pessoa ao estresse e à necessidade de readaptação. A cirurgia é uma desconhecida na vida do indivíduo, assim como muitas conseqüências de uma doença grave como o câncer, e tudo que é desconhecido, pode favorecer o aparecimento de respostas emocionais como a ansiedade, o estresse e despertar fantasias.

Para Santos, Santos e Abrantes (1996), grande parte dos pacientes oncológicos manifestam perturbações emocionais, sendo a depressão e ansiedade as mais comuns. Moerman et al. (1996) e Gilbody, House e Sheldon (2001) enfatizam que é devido ao fato dessas perturbações acometerem parcela considerável da população de pacientes portadores de câncer, que justifica-se a aplicação de questionários de avaliação de ansiedade, depressão e estresse para toda população de pacientes cirúrgicos com câncer e assim a proposta de métodos de tratamento mais eficazes.

Em um estudo efetuado por Teles, Ribeiro e Cardoso (2003), com o objetivo de avaliar a depressão e a ansiedade, foram estudados 100 doentes, sendo 50 com carcinoma colo-retal e 50 sem patologia maligna. Em cada grupo, a distribuição por sexo foi a mesma (25 homens e 25 mulheres). Os instrumentos utilizados foram a Escala de Auto-Avaliação da Depressão de Zung (Zung & Durham, 1965) e a Escala de Avaliação da Ansiedade de Sheehan (Sheehan, 1983). Os resultados deste estudo mostraram uma larga proporção de depressão e de ansiedade em doentes com carcinoma colo-retal, comparados com os doentes não oncológicos. Segundo estes autores, a gravidade destas perturbações psicológicas requer uma terapia psicológica de suporte, efetuadas por psicólogos integrados numa equipe multidisciplinar, no tratamento de doentes com carcinoma colo-retal.



Gottesman e Lewis (1982) realizaram um estudo sobre as reações psicológicas causadas por eventos traumáticos como a doença oncológica e um evento cirúrgico, comparando os doentes submetidos à cirurgia para condições benignas com os pacientes de cirurgia para o câncer. Os instrumentos utilizados foram o *State-Trait Anxiety Inventory* (Inventário da Ansiedade de Estado-Traço), a *Halpern Crisis Scale* (Escala de Crise de Halpern) e a *Rotter's Internal-External Locus of Control Scale* (Escala de Locus de Controle Interno-Externo de Rotter). Para esta investigação foram estudadas 31 mulheres com câncer, 15 que deveriam se submeter a um procedimento cirúrgico e 15 mulheres saudáveis. Os pacientes de câncer relataram um sentimento forte de desamparo enquanto que os pacientes cirúrgicos para condições e os saudáveis não. Nesta pesquisa observou-se que no pós-operatório os níveis gerais de perturbações eram mais intensos e as taxas de recuperação emocional mais baixas que no pré-operatório. Os resultados sugerem que a cirurgia e o câncer são tipos diferentes de crises, caracterizados por reações psicológicas distintas. Os pesquisadores salientam que pessoas com câncer apresentam, por até dois meses após saírem do hospital, sentimentos mais fortes de crise e de impotência.

Em uma pesquisa prospectiva, Magalhães Filho, Segurado, Marcolino e Mathias (2006) verificaram o impacto da avaliação pré-anestésica sobre os níveis e prevalência de ansiedade e de depressão de pacientes cirúrgicos com câncer. Foram selecionados 63 pacientes adultos a serem submetidos à intervenção cirúrgica relacionada à doença. Os pacientes foram distribuídos em dois grupos com a aplicação da escala antes (antes da avaliação pré-anestésica - AAPA) ou no final (depois da avaliação pré-anestésica - DAPA) da consulta pré-anestésica. Foi utilizada a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS). As variáveis analisadas foram idade, faixa etária, sexo, cor da pele, estado civil, grau de instrução e situação ocupacional atual, número e porcentagem de pacientes com Ansiedade e Depressão (HAD > 8); escores da escala HADS-Ansiedade e HADS-Depressão. Na análise

estatística, foi considerado significativo o  $p < 0,05$ . Os grupos foram homogêneos em relação aos dados sócio-demográficos. Comparando-se os dois grupos AAPA e DAPA, observou-se diferença significativa dos níveis e prevalência de Ansiedade entre eles, mas não se verificou diferença significativa dos níveis e prevalência de Depressão (HAD- Depressão). A mediana dos valores de AAPA e DAPA nos dois grupos ficou abaixo do ponto de corte, mas houve redução significativa dos escores de Ansiedade entre os grupos. Em relação à análise dos fatores de risco, houve diferença significativa apenas no item faixa etária (maior prevalência de Ansiedade nos pacientes  $\leq 60$  anos). Isto implica que a avaliação pré-anestésica reduziu a prevalência e os níveis de ansiedade dos pacientes deste estudo, mas não teve qualquer efeito sobre a prevalência e os níveis de depressão.

Lorencetti e Simonetti (2005) realizaram um estudo qualitativo por meio da Análise de Discurso do Sujeito Coletivo (entrevistas semi-estruturadas) e do referencial teórico de *coping* com o objetivo de identificar as formas de enfrentamento utilizadas pelas pessoas diante do câncer e de seu tratamento. O discurso do sujeito coletivo é um recurso metodológico destinado a tornar mais clara e expressiva as representações sociais, permitindo que um determinado grupo social possa ser visto como autor e emissor de discursos comuns compartilhando entre seus membros. Foram entrevistados 16 pacientes em tratamento radioterápico e observou-se que os participantes, ao enfrentarem o câncer e a radioterapia, elaboraram estratégias de enfrentamento tanto baseadas na emoção, como no problema. Esta pesquisa mostra que os relatos de sofrimento eram mais frequentes nos indivíduos que utilizam de estratégias de enfrentamento centradas na emoção do que quando focadas no problema.

Santos et al. (2006) produziram um estudo que objetivou comparar o estresse em pacientes no período pré-operatório da cirurgia de colecistectomia (remoção cirúrgica da vesícula biliar) em relação aos pacientes submetidos ao tratamento clínico de gastrite,

buscando também delinear as estratégias de enfrentamento utilizadas por esses pacientes. A amostra foi composta por dois grupos, sendo 15 pacientes cirúrgicos e 10 pacientes do tratamento clínico. Para a detecção do estresse, utilizou-se o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp e para o conhecimento das estratégias de enfrentamento, aplicou-se o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus. Os autores constataram que a maioria dos pacientes cirúrgicos apresentou estresse (73,3%), enquanto que no grupo do tratamento clínico o estresse apareceu somente em 10% deles. A principal estratégia de enfrentamento mobilizada por ambos os grupos foi o fator fuga-esquiva. Acredita-se que a cirurgia caracterizou-se como um fator estressante, ressaltando a necessidade de implementar ações que visem o manejo adequado do estresse, em vista da redução da tensão no período pré-cirúrgico e uma melhor recuperação no pós-cirúrgico.

Santos et al. (2006) afirmam que, na realidade dos hospitais públicos brasileiros, acredita-se que a escuta terapêutica, instrumento fundamental do psicólogo, pode ser considerada como uma intervenção viável no tratamento do estresse cirúrgico, pois, além de requerer menores recursos externos, permite ser realizada no pré-operatório, estabelecendo um espaço para que o paciente possa falar sobre sua tensão e expectativas sobre a cirurgia. Enfim, a pesquisa de Santos et al. (2006) ressalta que o conhecimento do estresse, desde o seu delineamento até as estratégias de enfrentamento, é essencial para o embasamento de intervenções voltadas para o acompanhamento e tratamento dos pacientes que vão submeter-se a uma cirurgia, visto que a repercussão emocional pode gerar comorbidades que tanto dificultam a realização do procedimento cirúrgico, como comprometem a adaptação e recuperação no pós-operatório.

Marcolino, Suzuki, Alli, Gozzani e Mathias (2007) realizaram um estudo com o objetivo de medir a frequência e o nível da ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório e em um grupo controle formado pelos acompanhantes desses pacientes.

Utilizaram setenta e nove pacientes internados no Departamento de Cirurgia da Santa Casa de São Paulo para serem submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos de pequeno e médio porte e 56 acompanhantes responderam a um questionário de dados sócio-demográficos e a HADS. Na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), um ponto importante que difere a HADS das demais escalas é que para prevenir a interferência dos distúrbios somáticos na pontuação da escala foram excluídos todos os sintomas de ansiedade ou de depressão relacionados a doenças físicas. Nessa escala não figuram itens como perda de peso, anorexia, insônia, fadiga, pessimismo sobre o futuro, dor de cabeça e tontura, etc., que poderiam também ser sintomas de doenças físicas. A avaliação dos sintomas mostrou que 35 (44,3%) dos pacientes e 36 (64,3%) dos acompanhantes foram considerados com ansiedade e 21 (26,6%) dos pacientes e 23 (41,1%) dos acompanhantes foram considerados com depressão. Com relação ao impacto das variáveis sócio-demográficas sobre a medida da ansiedade e da depressão, foi observado que os pacientes desempregados apresentaram nível mais elevado de ansiedade. A avaliação da ansiedade no período pré-operatório deve ser realizada independentemente do paciente apresentar ou não doença clínica e/ou cirúrgica grave, pois a frequência de pacientes com ansiedade é relevante e estes merecem algum tipo de cuidado diferenciado, mesmo que seja com o uso de medicação ansiolítica antes da intervenção cirúrgica. No mesmo estudo, foram encontrados níveis muito maiores de ansiedade entre os acompanhantes dos pacientes. Esses acompanhantes, avaliados sem que houvesse um problema clínico, possivelmente, demonstraram estar expostos a um considerável nível de estresse, o que resultou em estado ansioso maior do que os pacientes que seriam submetidos a procedimento cirúrgico.

Com o objetivo de identificar e comparar sintomas de depressão entre dois grupos de pacientes internados em unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital geral de ensino, Lima, Colognesi, Domingos, Miyazaki e Valério (2006) realizaram uma pesquisa com 120 pacientes

adultos com idades entre 25 e 50 anos. Oitenta pacientes do sexo masculino (66,67%), setenta e nove provenientes de outros municípios (65,8%), internados em enfermarias clínicas (gastroenterologia, nefrologia e pneumologia) e cirúrgicas (ortopedia, cardiologia e neurologia) responderam ao Inventário Beck de Depressão após terem concordado em participar do estudo. Os resultados identificaram sintomas leves de depressão em 38 pacientes, sintomas moderados em 29 e graves em 8. Destes 75 pacientes com sintomas de depressão, 40 (53,33%) eram clínicos e 35 (46,66%) cirúrgicos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ( $\chi^2$ ,  $p = 0,45$ ). Dos 21 pacientes clínicos com sintomas moderados e graves, nove eram da Pneumologia, seis da Nefrologia e seis da Gastroenterologia. Entre os 16 pacientes com sintomas moderados e graves das enfermarias cirúrgicas, seis eram da Neurocirurgia, seis da Ortopedia e quatro da Cirurgia Cardíaca. Sintomas depressivos foram observados tanto em pacientes clínicos como em pacientes cirúrgicos, embora a diferença entre os dois grupos não tenha sido estatisticamente significativa. Diante dos resultados foram observados sintomas moderados e graves de depressão nos grupos de pacientes clínicos e cirúrgicos, reafirmando a necessidade de atenção para estes pacientes.

Um estudo com o objetivo de desenvolver um trabalho de psicoprofilaxia cirúrgica em urologia, realizado por Juan (2005), visou a humanização do procedimento cirúrgico e a diminuição do impacto da cirurgia. Potencializando a recuperação do paciente por meio da informação, foi desenvolvido um protocolo de acompanhamento pré e pós-cirúrgico. Observou-se que a antecipação do evento cirúrgico desencadeia reações emocionais, tais como, o medo e a ansiedade em níveis expressivos; e a agitação esteve presente em 80% dos pacientes. Os pacientes que receberam acompanhamento pré e pós-cirúrgicos manifestaram melhor recuperação física e emocional. Quanto ao período pós-cirúrgico, o grupo que não teve o acompanhamento manifestou mais dor e representou cerca de 65% dos pacientes. Esse

mesmo grupo apresentou ainda ansiedade e estresse por conta da hospitalização (40%), característica esta que não apareceu no grupo acompanhado no pré-operatório. Os resultados desta pesquisa demonstram a eficácia de uma intervenção psicológica antes de um procedimento cirúrgico, favorecendo uma recuperação mais funcional ao paciente.

No intuito de identificar quais as estratégias de enfrentamento utilizadas por indivíduos que sofrem amputação e quais os efeitos destas estratégias na vida desses indivíduos, Santos et al. (2006) conduziram um estudo entrevistando dez indivíduos que haviam passado por um processo de amputação de membros inferiores há pelo menos seis meses e quatro profissionais que atendiam diretamente os amputados da pesquisa há pelo menos dois meses. Os profissionais eram: uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional, um psicólogo e uma fisioterapeuta. Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas a partir de um roteiro composto por questões abertas. O resultado dessa entrevista mostra que todos os participantes relataram que após a cirurgia foi difícil lidar com o fato de que parte de seu corpo havia sido retirado e relataram comportamento de muito choro. As estratégias de enfrentamento apresentadas pelos entrevistados distribuíam-se entre estratégias de enfrentamento comportamentais e cognitivas, podendo afirmar que as primeiras foram mais predominantes. Este estudo mostrou que a equipe multidisciplinar funciona como grupo de apoio e auxilia o indivíduo amputado a aceitar sua nova condição, ampliando seu autoconhecimento e ajudando a criar estratégias de enfrentamento eficazes ao longo do seu processo de reabilitação física e emocional. As estratégias mais utilizadas pela maioria dos amputados foram buscar apoio na família, nos amigos e na religião, além de os profissionais relatarem que a expectativa pela prótese também foi uma estratégia de enfrentamento muito utilizada pelos amputados. A prótese, segundo relato dos participantes, significa a possibilidade de voltar a desempenhar boa parte das atividades normais anteriores.

Medeiros e Peniche (2006) realizaram um estudo sobre a ansiedade e as estratégias de enfrentamento no período pré-operatório. Os objetivos deste estudo foram identificar o estado de ansiedade dos pacientes; identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles; e, verificar a relação entre estado de ansiedade e estratégias de enfrentamento deles no período pré-operatório. A amostra foi composta por 40 pacientes cirúrgicos. Para a coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos auto-aplicáveis: o questionário de estado de ansiedade de Spielberger e o inventário de estratégias de coping de Lazarus e Folkman. A amostra compôs-se, em sua maioria, por pacientes do sexo feminino com uma idade média de 46 anos, com baixo grau de escolaridade, com experiência cirúrgica anterior e sem intercorrências anteriores, apresentando baixo e médio estado de ansiedade. As estratégias de enfrentamento mais comumente utilizadas foram as de resolução de problemas e a de suporte social, o que pode estar respectivamente relacionado ao comportamento que leva a pessoa a lidar com o estresse de maneira mais efetiva e adaptativa e ao suporte encontrado nas pessoas e no ambiente. Em relação à ansiedade e às estratégias de enfrentamento, obteve-se uma correlação negativa entre o estado de ansiedade e o suporte social e a resolução de problemas, ou seja, quanto menor a ansiedade, maior a utilização destes fatores como estratégias de enfrentamento. A conclusão deste estudo é a de que o ato anestésico-cirúrgico não elevou o estado de ansiedade da amostra estudada, independente do sexo, idade, tipo de cirurgia ou anestesia. Isto pode também estar relacionado com o tipo de população, as informações que estes pacientes obtiveram no pré-operatório, as suas experiências prévias e a sua maneira de avaliar a situação.

Kiyohara et al. (2004) realizaram um estudo que teve por objetivo comparar o grau de ansiedade no dia anterior à cirurgia entre pacientes que têm informação sobre seu diagnóstico, cirurgia e anestesia. Cento e quarenta e nove pacientes foram selecionados, 82 mulheres e 38 homens foram entrevistados, vinte e nove pacientes foram excluídos do estudo por

analfabetismo. O instrumento utilizado foi o inventário de *Spielberger, State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) que mediu a ansiedade. A ansiedade-estado foi semelhante para homens e mulheres ( $36,10 \pm 11,94$  versus  $37,61 \pm 8,76$ ). A ansiedade-traço foi maior entre mulheres ( $42,55 \pm 10,39$  versus  $38,08 \pm 12,25$ ,  $P = 0,041$ ). O nível de educação não influenciou a ansiedade-estado, mas, mostrou-se inversamente relacionado à ansiedade-traço. O diagnóstico fora claro para 91,7% dos pacientes entrevistados, cirurgia para 75% e anestesia para 37,5%. O desconhecimento da cirurgia elevou a ansiedade-estado ( $P = 0,021$ ), cujo menor índice foi encontrado entre pacientes que não conheciam seu diagnóstico, mas sabiam sobre a cirurgia ( $P = 0,038$ ). Este estudo concluiu que a informação sobre a cirurgia a ser realizada pode reduzir o estado de ansiedade.

Hernández, Cruzado y Arana (2007) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer as características dos pacientes com câncer atendidos na Unidad de Psico-Oncología del Hospital de Basurto para melhorar a assistência psicológica. Este estudo é retrospectivo e comparativo de características demográficas, médicas, psicológicas e de comportamento de 115 pacientes com câncer e com tratamento psicológico entre 2001 e 2003. Estes pacientes foram comparados com 28 familiares, 119 pacientes de psicologia geral e com 120 pacientes com câncer sem tratamento psicológico. Os resultados do estudo mostram que os pacientes com câncer são mais jovens; estão em um estado avançado da doença, com uma diminuição dos tratamentos médicos ativos e pior prognóstico; têm história familiar de câncer e antecedentes pessoais de problemas psicológicos; 70% receberam diagnóstico seguindo o DSM-IV. Mediante entrevista clínica, a maioria (80%) apresenta transtornos adaptativos relacionados com o contexto da doença. A respeito da conduta com o psicólogo, esta pesquisa mostrou que os médicos detectaram mal os problemas psicológicos; somente encaminharam os pacientes aos psicólogos quando os problemas psicológicos já estavam acentuados, o que dificultou o processo de tratamento. Aqueles autores concluíram que os pacientes requerem



um trabalho especializado pelas suas diferenças com os grupos estudados, tanto em características sócio-demográficas como médicas e psicológicas. Baseado neste estudo, entende-se que faz-se necessário implantar métodos de detecção precoce das necessidades e problemas psicológicos dos pacientes com câncer para que assim, possa possibilitar o tratamento do sofrimento adicionado pela doença.

Coutinho e Trindade (2006) verificaram as representações sociais de saúde de indivíduos com leucemia e linfoma e práticas sociais adotadas no tratamento dos mesmos. Foi utilizada entrevista semi-estruturada, realizada individualmente com quatro homens e quatro mulheres. Os dados foram organizados em unidades de significado (aspectos dos relatos dos participantes que foram considerados importantes por terem estreita relação com o objetivo da pesquisa) extraídas das entrevistas. A discussão considerou três momentos: o diagnóstico, o tratamento e o momento pós-tratamento. O diagnóstico esteve associado à idéia de morte, ocasionando a busca imediata pelo tratamento. O elemento predominante nas representações sociais de saúde foi ausência de doença, e, no decorrer do tratamento, a saúde passou a ser também retorno à vida considerada normal. No pós-tratamento, ficaram mais seguros quanto ao planejamento do futuro e a principal expectativa era a de cura. Crenças sobre o câncer acarretaram a adoção de hábitos considerados saudáveis. As variações encontradas nos elementos das representações sociais de saúde mostraram que a saúde pode ser pensada a partir de outros determinantes sociais e não apenas pela ausência de doença.

Pinto e Gioia-Martins (2006) investigaram as modificações ocorridas na auto-imagem da mulher mastectomizada e também como esta interfere na qualidade de vida da paciente. A amostra deste estudo consistiu em cinco mulheres, entre 35 e 51 anos de idade, com diagnóstico de câncer, que realizaram a cirurgia de retirada da mama. Como instrumentos, foram utilizados: entrevista semi-estruturada; Teste do Desenho da Figura Humana e Questionários de qualidade de vida desenvolvidos pela Organização Européia de Pesquisa e

Tratamento do Câncer EORTC QLQ-C30 e EORTC BR23 (Fayers et al., 2001). Observou-se que a perda do seio é desorganizadora do esquema corporal, levando as pacientes a se sentirem feias, menos femininas e descontentes com seus corpos. Insegurança, desespero e medo da morte foram recorrentes, acarretando em dificuldades de estabelecer relacionamentos com o outro, expressando-se afetivamente sempre como uma forma de obter aprovação. Por fim, os autores concluíram que a mastectomia não deve ser entendida como a simples retirada do seio, mas como uma ruptura na auto-imagem e na feminilidade, resultando em mudanças e sentimentos de inseguranças, sendo fundamental o apoio psicológico nessa fase.

Um estudo realizado por Hamasaki e Kerbauy (2001) entrevistou 31 pessoas para investigar o comportamento de procrastinação em relação aos cuidados com a saúde e prevenção de doenças. Com idade de 18 a 67 anos, sendo 16 mulheres e 15 homens, as respostas para o adiamento de exames ou cuidados gerais com a saúde variaram. As principais razões foram: outras prioridades, custos financeiros, falta de informação e conscientização a cerca da prevenção e tempo despendido. Do total de participantes, 16 assumiram o adiamento. Este estudo discute, ainda, que o hábito de adiar os cuidados com a saúde se assemelha aos hábitos de estudo e da vida cotidiana em que, muitas vezes, a satisfação ou recompensa de determinado comportamento aparecem em longo prazo; ou o comportamento, simplesmente, não gera satisfação direta, como é o caso da prevenção de doenças, mas pode evitar problemas futuros.

As pesquisas apresentadas denotam a importância da investigação dos estados emocionais das pessoas diante de uma doença e de seu tratamento. Diante do exposto, observa-se que a literatura é ampla sobre o assunto cirurgia e reações emocionais, mas há muito a se pesquisar para melhorar as condições emocionais dos pacientes que necessitem passar por esta condição.

## Referências Bibliográficas

- Almagia, E. B. (2000). Psicologia de la Salud. *Revista de la Universidad de Concepción de Chile*: 81-90.
- Angerami-Camon, V. A. – org. (1996). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- Arraras, J. I., Wright, S. J., Jusue, G., Tejedor, M., & Calvo, J. I. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 7 (2): 181-187.
- Associação Americana de Psiquiatria (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM – IV – TR*. 4ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 2000).
- Ballone, G. J. (2007a). Câncer e Depressão. PsiqWeb, Internet, disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), revisto em 2007.
- Ballone, G. J. (2007). Câncer e Emoção. PsiqWeb, Internet, disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), revisto em 2007.
- Barros, S., Lobo, S., Trindade, I., & Teixeira, J. (1996). Alexitina, Saúde e Doença. *Análise Psicológica*, 2 (3): 305-312.
- Baum, A., Gatchel, R., & Krantz, D. (1997). *An introduction to health psychology*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill.
- Beck, A. T., Rush A. J., Shaw B. F., & Emery G. (1979). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993a). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993b). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993c). *Beck Hopelessness Scale Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (2002). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2): 229-237.
- Carrobes, J. A., Remor, E., & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional em pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15 (3): 420-426.
- Chang, E.C., Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T.J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relations to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23: 433-440.
- Christensen P. J., & Kenney J. W. (1995). *Nursing process: application of conceptual models*. Saint Louis: Mosby.
- Coe, C. L. (2002). Neuroendocrine and behavioral influences on the immune system. Em J.B. Becker, S.M. Breedlove and E. Crews (Orgs.) *Behavioral Endocrinology* (pp. 373-408). Cambridge: Older Edition.
- Coenson, C., & Dimsdale, J. E. (1994). Psychiatric Liaison on a bone marrow transplantation unit. *General Hospital Psychiatry*, 16 (2): 131-134.
- Comer, R. J. (2003). *Psicologia do Comportamento Especial*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: LTC.

- Coutinho, B. B., & Trindade, Z. A. (2006). As representações sociais de saúde no tratamento da leucemia e linfoma. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7 (1): 9-18.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual de versão em português das escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora.
- Cunha, J. A., Oliveira, M. S., & Argimon, I. L. (1995). O Inventário de Depressão de Beck em alcoolistas: consistência interna, dimensões fatoriais e estudo da subescala Desinteresse pela vida. Belo Horizonte, MG: XI Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências. Anais, 117.
- De Genova, M. K., Patton, D. M., Jurich, J. A., & MacDermid, M. (1994). Ways of coping among HIV- infected individuals. *The Journal of Social Psychology*, 134 (5): 655-663.
- Dressler, W. W., Balieiro, M. C., & Santos, J. E. (1997). The cultural construction of social support in Brazil: Associations with health outcomes. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21: 303-335.
- Edgar, M. D., Ladislav, V., & Schaffner, L. (1997). Coping and Psychological Adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59 (4): 408-418.
- Fahrenberg, J., Foerster, F., & Wilmers, F. (1995). Is elevated blood pressure level associated with higher cardiovascular responsiveness in laboratory task and with response specificity? *Psychophysiology*, 32 (1): 81-91.
- Fayers, P.M., Aaronson, N.K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., & Bottomley, A. (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd edition)*. Bruxelas: *European Organization for Research and Treatment of Cancer*.
- Ferraro, A. (2000). Psicoprofilaxis quirúrgica. *Revista Crescimento Interior*, 66 (7): 100.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (3): 219-239.

- Fundação Oncocentro (1998). *Manual de oncologia clínica*. São Paulo: Springer-Verlag.
- Gage, M. (1992). The appraisal model of coping: an assessment and intervention model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 46: 353-362.
- Gilbody, S. M., House, A. O., & Sheldon, T. A. (2001). Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *British Medical Journal*, 17 (322): 406-409.
- Gorayeb, R. (2001). A prática da psicologia hospitalar. In: M. L. Marinho & V. E. Caballo (Orgs.). *Psicologia Clínica e da Saúde* (pp. 263-278). Londrina: Ed. UEL.
- Gottesman, D., & Lewis, M. S. (1982). Differences in crisis reactions among cancer and surgery patients. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 50 (3): 381-388.
- Guimarães, S. S. (1999). Psicologia da Saúde e Doenças Crônicas. In: R. R. Kerbauy (Org.). *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*, (pp. 22-45). Santo André: ARBytes.
- Hamasaki, E. I. M., & Kerbauy, R. R. (2001). Será o comportamento de procrastinação um problema de saúde? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3 (2): 35-40.
- Hernández, M., Cruzado, J. A., & Arana, Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, 4 (1) : 179-191.
- Holmes, B. C. (1987). Psychological evaluation and preparation of the patient and family. *Cancer*, 60: 2021-2024.
- Instituto Nacional de Câncer - INCA, 2008. Acessado em setembro de 2008. [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=322](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=322) .
- Ingledeu, D. K., Hardy, L., & Cooper, C. L. (1997). Do resources bolster coping and does coping buffer stress? An organizational study with longitudinal aspect and control for negative affectivity. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2 (2): 118-133.
- Juan, K. (2005). Psicoprofilaxia cirúrgica em urologia. *Psicologia Hospitalar*, 3 (2).

- Kain, Z. N., Caldwell-Andrews, A. A., Mayes, L. C., Weinberg, M. E., Wang, S. M., & Maclaren, J. E. (2007). Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children: a randomized controlled trial. *Anesthesiology*, *106* (1): 65-74.
- Kerbaui, R. R. (1987). Relação entre comportamentos e saúde. *Boletim de Psicologia*, *37*: 49-53.
- Kiyohara, L. Y., Kayano, L. K., Oliveira, L. M., Yamamoto, M. U., Inagaki, M. M., Ogawa, N. Y., Gonzales, P. E. S. M., Mandelbaum, R., Okubo, S. T., Watanuki, T., & Vieira, J. E. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital das Clínicas*, *59* (2): 51-56.
- Laloni, D. T. (2006). Comportamento e saúde: vulnerabilidade biológica. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (orgs.) *Sobre Comportamento e Cognição: Explorando a variabilidade* (pp. 116-134). Santo André: ESEtec.
- Lauver, D., & Tak, Y. (1995). Optimism and coping with a breast cancer symptom. *Nursing Research*, *44*: 202-206.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lima, M. S., Colognesi, L., Domingos, N. A. M., Miyazaki, M. C. O. S., & Valerio, N. I. (2006). Depressão em pacientes clínicos e cirúrgicos internados em hospital geral. *Arquivos de ciências da saúde*, *12* (2): 63-66.
- Lima-Costa, M. F., Matos, D. L., & Camarano, A. A. (2006). Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) 1998, 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*; *11*: 941-50.
- Lorencetti, A., & Simonetti, A. P. (2005). As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, *13* (6): 944-950.

- Lotufo Neto, F., Yacubian, J., Scalco, A. Z., & Gonçalves L. (2001). Terapia comportamental cognitiva dos transtornos afetivos. Em B. P. Rangé (org.) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp. 275-286). Porto Alegre: Artmed.
- Lutgendorf, S., Anderson, B., Rothrock, N., Buller, R., Sood, A., & Sorosky, J. (2000) Quality of life and mood in women receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. *Cancer*, 89 (6): 1402-1411.
- Magalhães Filho, L. L., Segurado, A., Marcolino, J. A. M., & Mathias, L. A. S. T. (2006). Impacto da avaliação pré-anestésica sobre a ansiedade e a depressão dos pacientes cirúrgicos com câncer. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56 (2): 126-135.
- Marcolino, J. A. M., Mathias, L. A. S. T., Piccinini Filho, L., Guaratini, A. A., Suzuki, F. M., & Alli, L. A. C. (2007). Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57 (1): 52-62.
- Marcolino, J. A. M., Suzuki, F. M., Alli, L. A. C., Gozzani, J. L., & Mathias, L. A. S. T. (2007). Medida de la ansiedad y de la depresión en pacientes en el preoperatorio. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57 (2): 157-166.
- Medeiros, V. C. C., & Peniche, A. C. G. (2006). A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40 (1): 86-92.
- Méndez, F., Macià, D., & Olivares, J. (1993). *Intervención conductual en contextos comunitarios I: Programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., & Caballo, V. E. (2001). Psicologia da Saúde: intervenções em hospitais públicos. In: B. Range (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais* (pp. 463-474). Porto Alegre: Artmed.



- Moerman, N., Van Dam, F. S., Muller, M. J., & Oosting, H. (1996). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesthesia & Analgesia*, 82: 445-451.
- Moraes, A. B. A., & Rolim, G. S. (2006). Ambientes não saudáveis e doença: alguns aspectos cognitivos e comportamentais. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (orgs.) *Sobre Comportamento e Cognição: Explorando a variabilidade* (pp. 34-40). Santo André: ESEtec.
- Mulder, C., Vroome, E., Van Griensven, G., Antoni, M., & Sandford, T. (1999). Avoidance as a predictor of the biological course of HIV infection over a 7-year period in gay men. *Health Psychology*, 18 (2): 107-113.
- Picheti, J. S., & Duarte, V. M. (2008). Câncer: A influência dos aspectos psicológicos na adesão ao tratamento. *Revista de Psicologia ATLASPSICO*, 8: 10-19.
- Pinto, A. C., & Gioia-Martins, D. F. (2006). Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica. *Revista SBPH*, 9 (2): 3-27.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4 (7): 156-175.
- Razavi, D., & Stiefel, F. (1994). Common psychiatric disorders in cancer patients. *Adjustment disorders and depressive disorders, supportive in cancer*, 2: 223-232.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3): 316-331.
- Santos, M. S., Chaar, R. M., Brito, E. M. S., Fonseca, L. S., Pontes, L. C., Galo, L. B., & Carmo, J. S. (2006). Identificação de estratégias de enfrentamento adotadas por indivíduos que sofrem amputação. *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade*, 17. Santo André: ESEtec-Editores Associados.
- Santos, A. F., Santos, L. A., Melo, D. O., & Alves Júnior, A. (2006). Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia. *Interação em Psicologia*, 10 (1): 63-73.

- Santos, Z., Santos, G., & Abrantes, P. (1996). Psicopatologia e efeitos secundários associados a quimioterapia em doentes com carcinoma de mama. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação, 1*: 41-48.
- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira, 20* (1): 50-55.
- Selye, H. S. (1965). *Stress: a tensão da vida*. São Paulo: IBRASA.
- Sheehan, D. V. (1983). *The Anxiety Disease*. New York. Scribners.
- Sluzki, C. A. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Stoudemire, A. (2000). *Fatores psicológicos afetando condições médicas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Suls, J.; David, J.P., & Harvey, J.H. (1996). Personality and Coping: Three Generations of Research. *Journal of Personality, 64* (4): 711-735.
- Taylor, S. E., Repetti, R. L., & Seeman, T. (1997). Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Reviews, 48*: 411-447.
- Teles, S. S., Ribeiro, M. M., & Cardoso, V. (2003). Psicologia na área da Oncologia: Avaliação dos níveis de depressão e ansiedade em doentes com patologia colo-rectal maligna. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 5* (2): 71-77.
- Tercero, Q.G., Hernandez, R.A., Luque, C.M., & Morales, G.P. (2005). Psicoprofilaxis quirúrgica. *Departamento de Psiquiatria y Medicina del Adolescente, 3* (2).
- Welch, J. L., & Austin, J. K. (2001). Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing, 33* (2): 200-207.
- Zung, W. W. K., & Durham, N. C. (1965). A self rating depression scale. *Archives of General Psychiatry, 12*: 63-70.

**Capítulo II - Artigo:**  
**Ansiedade, Depressão, Desesperança e Estresse do Enfermo Cirúrgico Oncológico**  
**Introdução**

O adoecer é um processo delicado para as pessoas não só pelas alterações físicas ou pela dor, mas também por reações psicológicas e sociais que se manifestam diante da enfermidade. Doenças graves e crônicas, como o câncer, exigem um esforço extra para que o indivíduo mantenha seu equilíbrio emocional e consiga enfrentar a luta pela recuperação de sua saúde. Dependendo do tipo de tratamento ou da gravidade da doença, a hospitalização pode ser inevitável, além de ser responsável, também, pelo afastamento do paciente de toda a sua rotina, de parte da sua família e do seu trabalho.

O hospital é um dos ambientes mais geradores de ansiedade, estresse e, em alguns casos, de medo. A internação e a espera por um procedimento cirúrgico podem gerar pensamentos e sentimentos dicotômicos como a possibilidade de retorno à vida normal sem os desconfortos advindos da doença e o medo da morte, desfiguramento ou invalidez, especialmente em pacientes oncológicos.

Especificamente, o câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo, desta forma, por exemplo, existem diversos tipos de câncer de pele porque a pele é formada de mais de um tipo de célula. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais como pele ou mucosas ele é denominado Carcinoma. Se ele começa em tecidos conjuntivos ou nas estruturas de tecidos conectivos como osso, músculo ou cartilagem é chamado de Sarcoma. A Leucemia se origina na medula óssea e afeta o sangue, o Melanoma é um câncer de pele, além de muitos outros (Instituto Nacional do Câncer - INCA, 2008). Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e

órgãos vizinhos ou distantes (metástases). Hoje, o câncer é visto como uma doença crônica que suscita no paciente e na família demandas específicas e mutáveis a respeito do enfrentamento da doença (Picheti & Duarte, 2008). De acordo com o INCA (2008), são esperados 231.860 casos novos de câncer no Brasil para o sexo masculino e 234.870 para sexo feminino, em 2008, significando que a incidência de câncer é maior nas mulheres do que nos homens.

Os pacientes com suspeita de câncer passam por uma série de testes diagnósticos, variando de acordo com o tipo de lesão, para chegar ao tipo de neoplasia. Os objetivos dos tratamentos possíveis podem incluir a erradicação completa da doença maligna, sobrevida prolongada do paciente e contenção do crescimento das células cancerosas, ou alívio dos sintomas associados ao processo canceroso. Para isto, são empregadas algumas modalidades de tratamento oncológico como a cirurgia, radioterapia e quimioterapia (Brunner & Suddarth, 2002).

Para Knorst, Dienstmann e Fagundes (2003), é comumente aceito que, no curso de uma neoplasia, tanto o diagnóstico quanto a terapia devam ser instituídos o mais brevemente possível. O retardo no tratamento pode ser atribuído ao paciente, que demora a procurar atendimento médico, ou ao sistema de saúde, que não funciona adequadamente. Segundo o *Standing Medical Advisory Committee* da Inglaterra (1994), o tempo de investigação até a ressecção do tumor não deveria ultrapassar seis a oito semanas, mas não é o que normalmente se vê, e isso pode trazer grandes prejuízos à saúde e à vida das pessoas. No entanto, no Brasil, não há estudos que estabeleçam uma estimativa de tempo previsto ou ideal a ser seguido entre o diagnóstico e o início do tratamento, segundo o INCA (2008).

Brunner e Suddarth (2002) relatam que a forma mais freqüentemente usada no tratamento do câncer é por meio do procedimento cirúrgico. O tratamento cirúrgico pode ter graves conseqüências físicas e psicológicas para o paciente com câncer. Esta forma de

tratamento é indicada, por várias razões, mas não é recomendada para todos os tipos de câncer. A cirurgia pode ser escolhida como principal método de tratamento, sendo usada como forma diagnóstica, profilática, paliativa ou reconstrutiva. Como principal abordagem de tratamento oncológico, a cirurgia tem a função de remover todo o tumor e qualquer tipo de tecido circundante como gânglios linfáticos regionais, por exemplo.

Nos casos em que a cirurgia é melhor indicada para o tratamento oncológico, há dois tipos de procedimentos cirúrgicos: excisão local e radical. A primeira é usada quando o tumor é pequeno e suas margens teciduais são seguramente acessíveis. Nas excisões radicais há remoção do tumor primário, dos tecidos circundantes e dos gânglios linfáticos. Neste último método a mutilação é maior, ocasionando o desfiguramento e a mudança na imagem corporal, e só é recomendada quando o tumor pode ser retirado completamente e as chances de controle e/ou cura são boas. Os pacientes submetidos à cirurgia, principalmente para o tratamento oncológico, podem mostrar-se ansiosos acerca do método cirúrgico, dos possíveis achados, das limitações pós-operatórias, das alterações das funções normais do organismo e do prognóstico (Brunner & Suddarth, 2002).

De acordo com a Fundação Oncocentro (1998), a atitude do paciente frente ao câncer tem influência de fatores culturais, étnicos, sociais, econômicos, educacionais, dentre outros. O próprio tratamento pode ser entendido como uma ameaça, visto que pode afastar o indivíduo do convívio social, pelas frequentes internações levando, muitas vezes, ao abandono de parentes e amigos. Além disso, é possível observar que comportamentos podem alterar o estado do organismo e produzir vulnerabilidade biológica para doenças, como por exemplo: não tomar vacinas deixa o organismo sem anticorpos contra determinadas doenças (Laloni, 2006).

Em um estudo realizado por Hamasaki e Kerbauy (2001), investigou o comportamento de procrastinação em relação aos cuidados com a saúde e prevenção de doenças. Discute,

ainda, que o hábito de adiar os cuidados com a saúde se assemelha aos hábitos de estudo e da vida cotidiana em que, muitas vezes, a satisfação ou recompensa de determinado comportamento surge a longo prazo ou, simplesmente, não gera satisfação direta. A prevenção de doenças, por exemplo, não gera satisfação imediata ou direta, apenas pode evitar problemas futuros como a instauração de uma doença grave.

O ambiente em que o indivíduo está inserido também exerce papel importante no desencadeamento de problemas de saúde crônicos e agudos podendo ser um fator de risco. De acordo com Taylor, Repetti e Seeman (1997), os aspectos dos ambientes físicos e sociais podem afetar adversamente a saúde. Em termos gerais, Moraes e Rolim (2006) enfatizam que os indivíduos que vivem em comunidades periféricas apresentam níveis mais altos de câncer, doenças coronárias, hipertensão e doenças respiratórias do que indivíduos inseridos em comunidades centralizadas em que as condições de auxílio à saúde são de fácil acesso, onde há saneamento básico adequado, asfalto, transporte, etc..

O estilo de vida também tem influência em relação à promoção de saúde pessoal que são comportamentos individuais, envolvendo escolhas pessoais. De acordo com Lima-Costa (2004), a escolaridade pode ser também um indicador da situação sócio-econômica e os resultados de seu estudo revelam que as pessoas que tinham pior escolaridade apresentavam comportamentos considerados ruins (tais como o sedentarismo, a má alimentação, o tabagismo e o consumo excessivo de álcool), sendo um risco para a própria saúde. Além disso, um estudo realizado no Brasil, utilizando dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, também verificou que as desigualdades sociais afetavam as condições de saúde e o uso de serviços de saúde.

Submeter-se a um procedimento cirúrgico é uma das experiências hospitalares mais comuns e estressantes vividas por um paciente (Almagia, 2000). De acordo com Ferraro (2000), qualquer intervenção cirúrgica é considerada como uma situação crítica capaz de

despertar componentes pessoais complexos que se manifestam por meio das emoções, fantasias e comportamentos que podem prejudicar o desenvolvimento da prática médica.

Junto ao paciente cirúrgico é fundamental a atuação da Psicologia no ambiente hospitalar. Além dos desconfortos de estar hospitalizado, ter uma doença e estar longe de seus afazeres e de sua família, aquele ainda tem a ameaça de algo desconhecido e sofrido. Os pacientes têm receio do desconhecido e medo de que a anestesia acabe antes da hora e/ou que a anestesia dê algum efeito colateral desagradável. Como em todas as outras áreas de atendimento a hospitalizados, um dos elementos de vital importância para reduzir ansiedade é a informação adequada, no momento apropriado e na dose certa. Além disso, a literatura mostra também que informação e apoio psicológico reduzem dias de internação, complicações e uso de analgésicos pós-cirúrgicos (Holmes, 1987).

Apesar do preparo dos médicos e dos avanços tecnológicos da cirurgia e anestesia, o paciente nunca se sentirá totalmente seguro diante desta intervenção. O processo cirúrgico tende a provocar intenso desconforto emocional no qual seu futuro é incerto, manifestando sentimentos de impotência, isolamento, medo da morte, da dor, da mutilação, de ficar incapacitado, das mudanças na sua imagem corporal, além de provocar sentimentos de ameaça a sua integridade física, psicológica e social (Sebastiani & Maia, 2005). Mesmo que o medo da cirurgia seja repleto de fantasias e enriquecido pela imaginação, o risco nunca é totalmente imaginário (Angerami-Camon, 1996).

Na trajetória do câncer a ansiedade pode manifestar-se durante os diversos momentos do diagnóstico e continuar durante e após o tratamento. A ansiedade pode ser parte fundamental da adaptação normal do indivíduo à doença, na medida em que motiva o paciente a procurar informações sobre seu estado, seu tratamento e modos de alívio dos sintomas. No entanto, a ansiedade em níveis elevados ou por tempo prolongado pode comprometer a adaptação. A ansiedade é capaz de danificar o sucesso do tratamento na medida em que torna

o tratamento ainda mais doloroso, reduz substancialmente a qualidade de vida do paciente, além do risco de levar o paciente à depressão (Razavi & Stiefel, 1994).

Gottesman e Lewis (1982) realizaram um estudo sobre as reações psicológicas causadas por eventos traumáticos. Nesta pesquisa, observou-se que as mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico para condições benignas e com câncer apresentaram os níveis gerais de perturbações mais intensos no pós-operatório e as taxas de recuperação emocional mais baixas que no pré-operatório. Os pacientes de câncer relataram um sentimento forte de desamparo enquanto que os pacientes cirúrgicos para condições benignas e os saudáveis não. Os resultados sugerem que a cirurgia e o câncer são tipos diferentes de crises, caracterizados por reações psicológicas distintas. Os pesquisadores salientam que pessoas com câncer apresentam, por até dois meses após saírem do hospital, sentimentos mais fortes de crise e de impotência.

É sabido que pacientes oncológicos apresentam maior incidência de depressão do que a população geral, mas Ballone (2007a) alerta que nem todos os pacientes com câncer têm depressão. Existem pacientes que conseguem se adaptar bem às circunstâncias adversas do adoecer e de seu tratamento, de modo a não alterar seu equilíbrio emocional. Porém, outros pacientes que sofrem da mesma patologia (câncer) não conseguem encontrar meios adequados para manter este equilíbrio e acabam entrando em depressão (Ballone, 2002). Dentre os sintomas da depressão, os mais observados para realizar o diagnóstico é o humor deprimido e a anedonia (falta do prazer), segundo o DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – 4ª Edição). Sintomas secundários, tais como: a alteração de peso, do sono, dificuldade de concentração, diminuição da auto-estima ou sentimentos de culpa também são incluídos como sinais/critérios propostos para diagnóstico da depressão, mas estes são sintomas que podem facilmente ser confundidos com sintomas da própria doença oncológica ou conseqüências da internação. Sendo assim, observa-se quão delicado é o



diagnóstico da depressão em pacientes oncológicos e fazem-se necessários maiores cuidados e atenção com os pacientes hospitalizados de modo geral e, em especial, com os portadores de câncer.

Teles, Ribeiro e Cardoso (2003) salientam que os níveis de ansiedade e depressão são mais elevados nos doentes com patologia oncológica do que em doentes não oncológicos. Isso ocorre porque, em geral, as pessoas acreditam que câncer é sinônimo de sofrimento e morte (Ballone, 2007). Segundo Coenson e Dimsdale (1994), a prevalência destas perturbações psicológicas em doentes oncológicos é mais elevada devido à convivência direta com a dor, com o desfiguramento, com a separação e com a morte. Moerman et al. (1996) e Gilbody, House e Sheldon (2001) enfatizam que é devido ao fato dessas perturbações acometerem parcela considerável da população de pacientes portadores de câncer, que justifica-se a aplicação de questionários de avaliação da ansiedade, da depressão e do estresse para toda população de pacientes cirúrgicos com câncer e assim a proposta de métodos de tratamento mais eficazes.

Sabe-se que a ansiedade e o medo associados à antecipação de um procedimento cirúrgico, assim como a preocupação e o incômodo ligados à recuperação, podem exercer forte influência na reação geral do paciente diante da situação cirúrgica e no curso que terá seu processo de restabelecimento. Existem várias evidências e estudos que mostram a influência que a ansiedade pré-operatória exerce sobre a recuperação pós-operatória, levando em consideração que a segunda tem maior duração e é mais complicada quando o nível de ansiedade tiver sido elevado no pré-operatório (Almagia, 2000).

No período pré-operatório, a ansiedade e a depressão podem levar o paciente a reações que resultam no aumento do consumo de anestésicos durante o período intra-operatório e na demanda por analgésicos no pós-operatório. Além disso, a ansiedade e a depressão no pré-

operatório parecem ter importante influência no sistema imunológico e no desenvolvimento de infecções, possibilitando outras alterações de longo prazo (Marcolino et al., 2007).

Um estudo realizado por Juan (2005) visou a humanização do procedimento cirúrgico e a diminuição do impacto da cirurgia. Potencializando a recuperação do paciente por meio da informação, foi desenvolvido um protocolo de acompanhamento psicológico pré e pós-cirúrgico. Observou-se que a antecipação do evento cirúrgico desencadeia reações emocionais tais como o medo e a ansiedade em níveis expressivos; e a agitação esteve presente em 80% dos pacientes. Os pacientes que receberam acompanhamento psicológico pré e pós-cirúrgicos manifestaram melhor recuperação física e emocional. Quanto ao período pós-cirúrgico, o grupo que não teve o acompanhamento manifestou mais dor e representou cerca de 65% dos pacientes. Esse mesmo grupo apresentou ainda ansiedade e estresse por conta da hospitalização (40%), característica esta que não apareceu no grupo acompanhado no pré-operatório. Os resultados desta pesquisa demonstram a eficácia de uma intervenção psicológica antes de um procedimento cirúrgico, favorecendo uma recuperação mais funcional ao paciente.

Em um estudo efetuado por Teles, Ribeiro e Cardoso (2003), mostrou uma larga proporção de depressão e de ansiedade em doentes com carcinoma colo-retal, comparados com os doentes não oncológicos. Segundo estes autores, a gravidade destas perturbações psicológicas requer uma terapia psicológica de suporte, efetuada por psicólogos integrados numa equipe multidisciplinar, no tratamento de doentes com carcinoma colo-retal.

A depressão, habitualmente, não é reconhecida, diagnosticada ou tratada nos hospitais quando o paciente busca atendimento por problemas de ordem física e não psicológica. Tal fato ocorre, muitas vezes, porque as queixas são normalmente associadas a dores diversas e mal-estar indefinido, ou por não ter profissionais habilitados para fazer avaliação e acompanhamento psicológico (Lotufo Neto, Yacubian, Scalco & Gonçalves, 2001).

Além das conseqüências da depressão sobre o estado de saúde do paciente hospitalizado, freqüentemente, este demonstra desesperança quanto ao seu estado de saúde, intenso sentimento de culpa, idéias auto-depreciativas e falsas crenças negativas. O indivíduo deprimido tem uma visão negativa e pessimista de si próprio, do mundo e do futuro (Beck et al., 1979) e a desesperança é caracterizada pela expectativa negativa do indivíduo frente a um futuro próximo e remoto (Beck & Steer, 1993). Um estudo de Cunha, Argimon e Oliveira (1995) mostra que a desesperança está mais intimamente ligada à ideação suicida do que a própria depressão, como se imaginava. Isso mostra a necessidade da observação cuidadosa dos pacientes com alto nível de desesperança, pois este pode ser indício de problemas ainda mais graves, como a possibilidade de suicídio.

Todo o contexto da doença e do tratamento pode gerar estresse. Os fatores indutores de estresse podem produzir uma morbidade substancial (Lutgendorf et al., 2000), exigindo um esforço de adaptação e de mobilização de estratégias de enfrentamento do estresse no indivíduo (Barros, Lobo, Trindade & Teixeira, 1996).

Baum, Gatchel e Krantz (1997) salientam que o estresse é “(...) o processo pelo qual os eventos ambientais ameaçam ou desafiam o bem-estar de um organismo e pelo qual esse organismo responde a esta ameaça” (p. 61). Baum et al. (1997) afirmam, também, que no estresse é fundamental o modo como a pessoa observa, analisa, interpreta, sente e responde aos eventos ambientais que desafiam ou ameaçam o seu bem-estar.

Para que o estresse ocorra, o evento não precisa, necessariamente, ser aversivo (Straub, 2005). Há situações como a do primeiro encontro entre dois apaixonados, por exemplo, que geram estresse e não são de caráter aversivo e, sim, positivo. Segundo Benevides-Pereira (2002), o agente estressor nem precisa estar presente para desencadear uma reação de estresse, seja ele aversivo ou não, visto que o simples fato da pessoa imaginar ou antecipar sua ocorrência a leva a vivenciar ou sofrer antecipadamente, entrando em processo

de estresse. Além disto, Rutter (1987) acrescenta que os mesmos estressores podem ser experienciados de maneiras distintas por diferentes pessoas, ou seja, eventos interpretados como estressores para uns podem não o ser para outros.

As reações do estresse podem ser manifestadas em nível físico e/ou psicológico. De acordo com Lipp (2000), as manifestações físicas podem ser aumento da sudorese, hiperacidez estomacal, tensão muscular, taquicardia, hipertensão arterial, bruxismo e náuseas. As manifestações psicológicas podem ser: ansiedade, angústia, dúvidas quanto a si próprio, dificuldade de concentração, preocupação excessiva e hipersensibilidade emotiva excessiva. A reação do estresse pode ser dividida em fases, de acordo com Selye (1965): alerta, resistência e exaustão. Lipp (2000) acrescentou uma nova fase - Quase-exaustão, que seria a fase intermediária entre a resistência e a exaustão. A fase do Alerta é considerada a fase positiva do estresse, pois o ser humano se energiza através da produção da adrenalina propiciada por esta fase de estresse e pode alcançar uma sensação de plenitude. Na fase de Resistência a pessoa automaticamente tenta lidar com os seus estressores de modo a manter sua homeostase interna. Caso haja a persistência dos fatores estressantes em frequência e intensidade haverá a quebra na resistência da pessoa e ela passará à fase de Quase-Exaustão. Nesta fase, o processo de adoecimento se inicia e os órgãos que estiverem vulneráveis passam a mostrar sinais de deterioração. Caso não haja alívio do estresse por meio da remoção dos estressores ou pelo uso de estratégias de enfrentamento, o estresse atingirá a quarta e última fase, a Exaustão. A fase de Exaustão é a mais negativa do estresse patológico, pois é o momento em que um desequilíbrio interno muito grande ocorre, a pessoa entra em depressão, não consegue concentrar ou trabalhar. Doenças graves podem ocorrer nessa fase como úlceras, pressão alta, psoríase e vitiligo (Lipp, 2000).

Stoudemire (2000) ressalta ainda que embora as formas de verificação de estresse sejam complexas, os fatores psicológicos afetam o início, a evolução e o tratamento da

maioria das condições médicas. Vários autores como Coe (2002) e Fahrenberg, Foerster e Wilmers (1995) ressaltam a influência do estresse sobre o sistema imunológico das pessoas. O estresse momentâneo ou situacional aumenta o funcionamento do sistema nervoso simpático, inclusive na liberação de neurotransmissores como a norepinefrina no cérebro e no corpo. Este neurotransmissor é responsável pela vasoconstrição periférica e batimentos acelerados do coração, características das reações de luta e fuga. No início do estresse, este neurotransmissor manda mensagens para que os linfócitos aumentem as suas atividades. No entanto, na medida em que o estresse continua e aumenta a sua intensidade, a norepinefrina transmite uma mensagem inibidora para que as interrompam. Assim, a liberação de norepinefrina melhora o funcionamento da imunidade no nível inicial do estresse, mas retarda este funcionamento quando os níveis de estresse aumentam de duração e intensidade. Além de poder causar a inibição do sistema imune, o estresse crônico pode acarretar comportamentos ansiosos e deprimidos (Comer, 2003).

Sinais e sintomas como apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ansiedade e irritabilidade são reações do organismo diante do estresse. Estas reações podem ocorrer diante de uma infinidade de situações, seja pelo choque da notícia de um diagnóstico desfavorável, seja pela má adaptação do indivíduo às circunstâncias da vida (Lorençetti & Simonetti, 2005).

Santos et al. (2006) expõem que a cirurgia é caracterizada como um fator estressante e ressaltam, ainda, a necessidade de implementação de ações que visem o manejo adequado do estresse buscando a redução da tensão no período pré-cirúrgico e, conseqüentemente, melhor recuperação no pós-cirúrgico. Afirmam ainda que a repercussão emocional pode gerar comorbidades que tanto dificultam a realização do procedimento cirúrgico, como podem comprometer a adaptação e recuperação no pós-operatório. Sebastiani e Maia (2005) afirmam ainda, que em um procedimento cirúrgico, quanto maior o estresse e a tensão no pré-cirúrgico,

maiores poderão ser as dificuldades em enfrentar os limites impostos pela cirurgia ao cotidiano do paciente.

Para que as pessoas passem por situações estressantes, como serem submetidas a um procedimento cirúrgico, e possam viver de forma mais adaptativa, é preciso que haja um adequado enfrentamento das situações adversas da vida, o que se pode denominar *coping*. O *Coping* (termo inglês que significa enfrentamento) é definido como o conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para se adaptarem a circunstâncias adversas ou estressantes (Suls, David & Harvey, 1996).

De acordo com Ingledeu, Hardy e Cooper (1997), a maneira como as pessoas lidam com as situações estressantes visa moderar ou minimizar os efeitos de estressores sob o bem-estar físico e emocional. Porém, nem todas as estratégias de enfrentamento são igualmente eficazes. Caso as estratégias sejam eficazes, os efeitos do estresse serão minimizados, entretanto, se não forem, os efeitos do estresse poderão ser devastadores para o organismo da pessoa.

Christensen e Kenney (1995) e Folkman e Lazarus (1980) ressaltam que as estratégias de enfrentamento podem ser classificadas como centradas no problema ou na emoção. Na primeira, o indivíduo se esforça para administrar os problemas ou melhorar o seu relacionamento com o meio e, na segunda, as estratégias de enfrentamento tentam substituir ou regular o impacto emocional do estresse no indivíduo no intuito de se defender e, assim, acabam por evitar o confronto com a ameaça.

O enfrentamento é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente com a função de administrar a situação estressora. Enfrentar uma situação pressupõe a noção de avaliação do fenômeno percebido, interpretado e cognitivamente representado pelo indivíduo. Sendo assim, este processo se constitui numa mobilização de esforço, por meio da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar as

demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (Folkman & Lazarus, 1980).

A forma com que o indivíduo escolhe suas estratégias de enfrentamento deriva de um processo de interação entre as variáveis individuais, variáveis ligadas ao evento e a avaliação cognitiva que a pessoa faz da situação. O que determina a natureza estressante de um evento não é tanto a situação em si, mas a avaliação do indivíduo, o modo como o indivíduo percebe e representa cognitivamente o evento (Folkman & Lazarus, 1980; Gage, 1992).

Pacientes com estratégias de enfrentamento adaptativas (ou enfrentamento positivo) aceitam melhor a doença e sentem-se capazes de continuar a dar apoio à família, de procurar apoio social e emocional e esforçar-se para manter o auto-controle sobre a doença. Por outro lado, há pacientes com pobre adaptação à doença (ou enfrentamento negativo) que utilizam estratégias de enfrentamento menos favoráveis à sua saúde. A ruminação, a resignação, a revolta, a desesperança, a culpa, a agressividade são características de indivíduos com fraca adaptação à doença (Edgar, Ladislav & Schaffner, 1997).

O otimismo e a esperança podem ser considerados como estratégias de enfrentamento adaptativas, pois os indivíduos que utilizam destes recursos procuram aconselhamento, buscam a promoção de um melhor bem-estar físico e psicológico, tendem a ter melhor aceitação, desistem menos e negam menos durante o tratamento inicial. Além disso, apresentam maior qualidade de vida e menos pensamentos intrusivos (Chang, Maydeu-Olivares & D’Zurilla, 1997; Lauver & Tak, 1995). Já o pessimismo e a desesperança estão associados ao uso de estratégias de enfrentamento desadaptativas (negativas) e com transtornos psicológicos, como a depressão e as doenças físicas (Chang et al., 1997).

Um exemplo de estratégia de enfrentamento usada por algumas pessoas é a de evitação. Esta pode ser efetiva quando a pessoa evita pensar na dor que poderá sentir durante o tratamento ou pode ser ineficaz quando evita sair de casa ou evita se aproximar dos amigos

por medo de rejeição, isolando-se das pessoas. Ao evitar o contato com o meio externo, esta pessoa contribui no enfraquecimento da rede social de apoio corroborando para o surgimento ou agravamento da ansiedade, para um estado psicológico negativo e, conseqüentemente, para a depressão (Arraras, Wrigth, Jusue, Tejedor & Calvo, 2002; Carrobles, Remor & Rodríguez-Alzamora, 2003; De Genova, Patton, Jurich & MacDermid, 1994; Mulder, Vroome, Van Griensven, Antoni & Sandford, 1999; Welch & Austin, 2001).

Sluzki (1997) ressalta que a instauração de uma doença afeta as redes sociais ao reduzir a oportunidade dos contatos sociais e da reciprocidade em função da cronicidade da doença e de seu tratamento. De acordo com Sluzki (1997), as redes sociais apresentam expressiva importância na medida em que influenciam a auto-imagem do indivíduo e são centrais para a experiência de identidade e competência, muito particularmente na atenção à saúde e adaptação em situações de crise. Segundo Ramos (2002), a ausência de convívio social causa severos efeitos negativos na capacidade cognitiva geral, além de depressão (Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette, & Del Prette, 2007), sendo que as relações sociais podem promover melhores condições de saúde de várias formas.

Dressler, Balieiro e Santos (1997) argumentam que, de uma forma geral, as pessoas que têm maior contato social vivem mais e com melhor saúde do que as pessoas com menor contato social. A presença de uma doença também pode gerar outras redes sociais como aquelas formadas pelos serviços de saúde e que podem adquirir caráter central por seu apoio instrumental e emocional, diante de uma internação hospitalar, um procedimento cirúrgico, hemodialítico, radioterápico, quimioterápico, etc. (Sluzki, 1997).

Atualmente, a psicologia tem se atentado ainda mais para o grau de compreensão do paciente sobre o conteúdo passado pela equipe médica, bem como o grau de aceitação a respeito de todo o procedimento ao qual irá se submeter. Os autores Méndez, Macià e Olivares (1993), por exemplo, trazem a informação como uma técnica de preparação



cirúrgica, além de possuir um papel prático na redução do estresse e da ansiedade, podendo ser incorporada aos procedimentos médicos.

Por meio da *American Psychological Association*, em 1997, a Psicologia da Saúde se afirmou com o objetivo geral de intervir na prevenção e na reabilitação de doenças, compreendendo e atuando na inter-relação entre comportamento e saúde, por meio da aplicação de métodos, modelos e procedimentos da psicologia científica à área da saúde (Kerbauy, 1987). A partir daí, várias atividades passaram a ser desenvolvidas pelo psicólogo da saúde, entre elas: o auxílio no manejo e diminuição do impacto de procedimentos médicos invasivos sobre o paciente, para reduzir reações emocionais de medo, ansiedade e dor, inclusive em casos de procedimentos cirúrgicos (Gorayeb, 2001; Guimarães, 1999; Miyazaki, Domingos & Caballo, 2001). Outra atividade do psicólogo da saúde é desenvolver e avaliar métodos de intervenção que promovam e facilitem a adesão do paciente aos tratamentos propostos (Kain et al., 2007).

Outro estudo desenvolvido com o objetivo de desenvolver um trabalho de psicoprofilaxia cirúrgica em urologia, realizado por Juan (2005), que visou a humanização do procedimento cirúrgico e a diminuição do impacto da cirurgia ao potencializar a recuperação do paciente por meio da informação. Observou-se que a antecipação do evento cirúrgico desencadeia reações emocionais, tais como: o medo, a ansiedade e agitação. Os pacientes que receberam acompanhamento pré e pós-cirúrgicos manifestaram melhor recuperação física e emocional. Quanto ao período pós-cirúrgico, os pacientes sem acompanhamento psicológico manifestou mais dor, ansiedade e estresse por conta da hospitalização. Esta pesquisa mostra a eficácia de uma intervenção psicológica antes de um procedimento cirúrgico, favorecendo uma recuperação mais funcional ao paciente.

Tercero, Hernandez, Luque e Morales (2005) salientam que na etapa pré-cirúrgica, a equipe de saúde deve estar centrada nas dificuldades emocionais do paciente, podendo ser

compensadas por meio do desenvolvimento de habilidades necessárias para o manejo e enfrentamento de situações adversas às condições estabelecidas pelo ato cirúrgico (Ferraro, 2000). Para isto, além de deter os conhecimentos adequados para o preparo psicológico destes pacientes para o procedimento cirúrgico, supõe-se que o psicólogo tem em seu poder uma vantagem que nenhum outro profissional da saúde possui. Por não ser um profissional habitualmente associado à dor, já que a sua função não é a de cortar ou suturar, o paciente consegue estabelecer um vínculo com maior facilidade. Sendo assim, a confiança pode ser construída com maior tranquilidade (Angerami-Camon, 1996). Porém, existem casos em que o psicólogo não é tão bem recebido pelo paciente, devido à fragilidade física e/ou emocional em que o mesmo se encontra quando hospitalizado. Alguns pacientes podem sentir receio ou até medo de entrar em contato com conteúdos emocionais delicados de sua vida e de sua doença e, portanto, não possibilitar que o vínculo e a confiança sejam estabelecidos. A confiança é uma ponte de ligação necessária para que o psicólogo consiga auxiliar o paciente a lidar com seus medos e fantasias em relação ao que vai acontecer (Angerami-Camon, 1996).

Baum, Gatchel e Krantz (1997) afirmam que os pacientes quando recebem informações acerca das possíveis sensações incômodas após a cirurgia, apresentam melhor recuperação que aqueles pacientes que não receberam qualquer informação neste sentido. Os pacientes bem informados mostram-se menos tensos antes da intervenção, manifestando mais confiança em seu cirurgião e exibem menos perturbações emocionais no período pós-operatório.

Considerando os aspectos diversos relacionados à cirurgia oncológica, questiona-se: Como a indicação de uma cirurgia é capaz de alterar os níveis de ansiedade, depressão, desesperança e estresse de uma pessoa? Qual a diferença entre as manifestações de ansiedade, depressão, desesperança e estresse nos períodos pré-cirúrgico e pós-cirúrgico? Qual a relação

entre dados sócio-demográficos com os níveis de ansiedade, depressão, desesperança e estresse?

Sendo assim, o objetivo geral deste estudo é o de avaliar os níveis de Ansiedade, Depressão, Desesperança e Estresse em pessoas submetidas a um procedimento cirúrgico oncológico. Os objetivos específicos são os de: (1) Avaliar o grau de ansiedade, depressão, desesperança e estresse pré-cirúrgico e pós-cirúrgico; (2) Correlacionar os resultados de ansiedade, depressão, desesperança e estresse pré e pós-cirúrgicos com os dados sócio-demográficos (idade, sexo, escolaridade, estado civil, procedência) e clínicos (tipo de neoplasia, estadiamento tumoral e tempo de tratamento do diagnóstico até a cirurgia) dos participantes.

### **Método**

*Tipo de estudo:* Descritivo, exploratório e quantitativo.

*Participantes:* Trinta portadores de neoplasias, entre 18 e 80 anos de idade, de ambos os sexos, estado civil e grau de instrução variados, que se submeteram a um procedimento cirúrgico, em um Hospital Oncológico, no Estado de Goiás.

*Critério de Inclusão:* Aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

*Crítérios de Exclusão:* Pacientes que já haviam se submetido a outro procedimento cirúrgico oncológico, bem como os que estiverem em acompanhamento psicológico.

*Materiais:* Permanentes - 01 micro-computador, 01 impressora, Manuais dos instrumentos diagnósticos e testes avaliativos tais como: Inventário de Depressão de Beck – BDI, Inventário de Ansiedade de Beck - BAI, Escala de Desesperança de Beck – BHS (Cunha, 2001) e Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp – ISSL (Lipp, 1998). Consumo – materiais de escritório, 60 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido; 60 Folhas de aplicação do BDI, 60 Folhas de aplicação do BAI, 60 Folhas de aplicação do BHS, 60 Folhas de aplicação do ISSL e 60 Folhas de correção do ISSL.

### *Procedimento*

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital, deu-se início a coleta de dados que foi realizada no período de maio a setembro de 2008.

Os participantes foram escolhidos, aleatoriamente, por meio da leitura dos prontuários em que, no mesmo, não constava preparo psicológico ou acompanhamento pelo serviço de psicologia e idade de 18 até 80 anos.

Os participantes foram abordados durante sua internação na enfermaria de um Hospital Oncológico do Estado de Goiás, no dia anterior ao procedimento cirúrgico de cada um, e informados que os Inventários e Escalas seriam aplicados em dois momentos: 1º- no dia anterior ao procedimento cirúrgico; 2º- até 48 horas após o procedimento cirúrgico. Após a aceitação dos indivíduos em participar da pesquisa, realizou-se a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi garantido aos participantes o sigilo, bem como a possibilidade de desistência da pesquisa, a qualquer momento do processo, sem nenhum dano para os mesmos. Posterior a isso, os instrumentos foram aplicados. A aplicação se deu com a leitura dos instrumentos, juntamente com o participante, e esclarecimento de dúvidas na medida em que surgiam. Posterior a isso, a pesquisadora leu, novamente, item por item e o participante respondeu às questões.

Um participante da pesquisa obteve escores alarmantes em todos os Inventários e Escalas, por esse motivo, este participante foi encaminhado para atendimento psicológico antes mesmo do procedimento cirúrgico e assim, excluído da amostra da pesquisa.

### **Resultados**

Dos 30 participantes da pesquisa, como mostra a Tabela 1, 73,3% é do sexo feminino. Quanto ao estado civil, 56,7% são solteiros, divorciados ou viúvos e 43,3% são casados. A

maioria dos participantes é procedente do interior de Goiás (70%), os demais residem em Goiânia (26,7%) e em outros estados (3,3%). Grande parte dos participantes estudou até o ensino fundamental (56,7%) e o ensino médio (33,3%). Quanto à profissão, a maior parte trabalha em casa como “do lar” (30%).

**Tabela 1 - Perfil Sócio-Demográfico dos Enfermos Cirúrgicos Oncológicos (N=30)**

<b>Características</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	
<b>Sexo</b>	Masculino	8	26,7
	Feminino	22	73,3
<b>Idade</b>	De 20 a 30	3	10,0
	De 31 a 40	8	26,7
	De 41 a 50	9	30,0
	De 51 a 60	5	16,7
	De 61 a 70	5	16,7
<b>Estado Civil</b>	Casado	13	43,3
	Solteiro/Divorciado/Viúvo	17	56,7
<b>Procedência</b>	Goiânia	8	26,7
	Interior de Goiás	21	70,0
	Outros Estados	1	3,3
<b>Escolaridade</b>	Semi-analfabeto	1	3,3
	Ensino Fundamental	17	56,7
	Ensino Médio	10	33,3
	Superior	2	6,7
<b>Profissão</b>	Do lar	9	30,0
	Doméstica e serviços gerais	5	16,7
	Área administrativa	4	13,3
	Lavrador	1	3,3
	Auxiliar de enfermagem	3	10,0
	Trabalhos manuais	2	6,7
	Mecânico/motorista	3	10,0
Vendedor	3	10,0	
<b>TOTAL</b>		30	100,0

Os dados clínicos dos participantes apresentados na Tabela 2 mostram que 40% (N=12) do total da amostra são portadores de neoplasia na região de cabeça e pescoço, 23,3% (N=7) na região mamária, 20% (N=6) na área ginecológica, 10% (N=3) na pele e 3,3% (N=1) na área neurológica. Quanto ao estágio da doença, 46,7% (N=14) das lesões encontradas não foram estadiadas, 6,7% (N=2) apresentaram estágio inicial da doença e outros 46,7% (N=14) apresentaram doença em estágio avançado, segundo informações contidas nos prontuários dos

participantes. O tempo entre o diagnóstico da doença e o procedimento cirúrgico variou de um a 360 dias, sendo que 30% (N=9) se submeteram ao procedimento cirúrgico em até 30 dias após o diagnóstico da doença, 26,7% (N=8) entre 31 e 60 dias, 16,7% (N=5) entre 61 e 90 dias e 26,7% (N=8), entre 91 e 360 dias.

**Tabela 2 – Perfil Clínico dos Enfermos Cirúrgicos Oncológicos (N=30)**

<b>Características</b>		<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de neoplasia</b>	Cabeça e pescoço (tireóide, boca, laringe e cordas vocais)	12	40,0
	Ginecológico	6	20,0
	Mama	7	23,3
	Neurológica (Glioma de baixo grau)	1	3,3
	Pele (lesão de pele e melanoma)	3	10,0
	Tecido conjuntivo	1	3,3
<b>Estadiamento</b>	Não estadeado	14	46,7
	Tumor inicial (T1N0M0, NIC-1)	2	6,7
	Tumor avançado (T2N0M0, T3N0M0, T4N0M0, T3N1M0, T3N2M0, NIC-II, NIC-III)	14	46,7
<b>Tempo de diagnóstico até a cirurgia</b>	1 a 30 dias	9	30,0
	31 a 60 dias	8	26,7
	61 a 90 dias	5	16,7
	91 a 360 dias	8	26,7
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100,0</b>

Segundo a Tabela 3, o escore de Ansiedade nos participantes no período pré-cirúrgico, em relação ao período pós-cirúrgico, reduziu no nível leve (de 26,7% para 6,7%) e manteve sem alteração os níveis moderado (6,7%) e grave (6,7%) elevando o nível mínimo (de 60% a 80%). Isso implica que os pacientes que atingiram o nível leve no período pré-cirúrgico reduziram sua ansiedade para mínimo no pós-cirúrgico.

A incidência de participantes com Depressão (Tabela 3) também apresentou redução do pré ao pós-cirúrgico, sendo que o nível moderado (pré=13,3% e pós=10%) e o nível leve (pré=20% e pós=13,3%) diminuíram. O nível mínimo passou de 66,7% (N=20) a 76,7% (N=23), essa elevação significa que alguns participantes que apresentavam escores para depressão no período pré-cirúrgico passaram a apresentar nível mínimo, indicando ausência de depressão no período pós-cirúrgico.

O número de participantes que apresentaram Desesperança (Tabela 3) se elevou do período pré ao pós-cirúrgico. O nível grave de desesperança se manteve, nos dois períodos, em 6,7% (N=2), o nível leve aumentou de 10% (N=3) para 26,7% (N=8) e o nível moderado subiu de 3,3% (N=1) a 6,7% (N=2) do período pré-cirúrgico para o pós-cirúrgico. O único fator de desesperança que reduziu foi o mínimo, passando de 80% no pré-cirúrgico para 60% no pós-cirúrgico, o que pode significar que os participantes que não apresentavam desesperança antes da cirurgia passaram a apresentá-la após o procedimento.

Em relação ao Estresse (Tabela 3), os dados mostram uma redução após o procedimento cirúrgico nos níveis quase-exaustão (pré= 10%; pós= 3,3%) e resistência (pré= 26,7%; pós= 13,3), e um aumento no nível de alerta (pré= 3,3%; pós= 16,7%) e sem estresse (pré=60%; pós=66,7%).

**Tabela 3 - Frequência de Ansiedade, Depressão, Desesperança e Estresse em Enfermos Cirúrgicos Oncológicos (N= 30)**

FATOR		Pré-cirúrgico		Pós-cirúrgico	
		Frequência	%	Frequência	%
<b>ANSIEDADE</b>	Mínimo	18	60,0	24	80,0
	Leve	8	26,7	2	6,7
	Moderado	2	6,7	2	6,7
	Grave	2	6,7	2	6,7
Sub-total		30	100,0	30	100,0
<b>DEPRESSÃO</b>	Mínimo	20	66,7	23	76,7
	Leve	6	20,0	4	13,3
	Moderado	4	13,3	3	10,0
Sub-total		30	100,0	30	100,0
<b>DESESPERANÇA</b>	Mínimo	24	80,0	18	60,0
	Leve	3	10,0	8	26,7
	Moderado	1	3,3	2	6,7
	Grave	2	6,7	2	6,7
Sub-total		30	100,0	30	100,0
<b>ESTRESSE</b>	Sem Estresse	18	60,0	20	66,7
	Alerta	1	3,3	5	16,7
	Resistência	8	26,7	4	13,3
	Quase-exaustão	3	10,0	1	3,3
Sub-total		30	100,0	30	100,0

A correlação foi feita seguindo o modelo de *Sperman* por ser a melhor forma de cálculo de variáveis com níveis de mensuração ordinal.

De acordo com os dados da Tabela 4, algumas variáveis apresentaram correlação significativa. A escolaridade e o estadiamento se correlacionaram negativamente ( $r = -0,419$ ;  $p < 0,05$ ), indicando que quanto menor o grau de escolaridade, mais avançado é o estágio da doença.

O estado civil e a desesperança pré-cirúrgica (DsPC) tiveram correlação negativa significativa ( $r = -0,395$ ;  $p < 0,05$ ), mostrando que os participantes casados apresentaram maior grau de desesperança pré-cirúrgica (DsPC) que os solteiros, divorciados e viúvos.

A escolaridade e o tempo de diagnóstico da doença até o procedimento cirúrgico mostraram correlação significativa ( $r = -0,368$ ;  $p < 0,05$ ) e ( $r = 0,492$ ;  $p < 0,01$ ) com a desesperança pós-cirúrgica (DsPoC), respectivamente, indicando que quanto pior a escolaridade e maior o tempo do diagnóstico à cirurgia, maior a desesperança pós-cirúrgica (DsPoC).

A ansiedade pré-cirúrgica (APC) mostrou correlação significativa positiva com o estresse pré-cirúrgico - EPC ( $r = 0,636$ ;  $p < 0,01$ ) e também com o estresse pós-cirúrgico - EPoC ( $r = 0,501$ ;  $p < 0,05$ ), sendo que quanto mais ansioso o participante no momento pré-cirúrgico, mais estresse este apresentou durante os períodos pré e pós-cirúrgico. A ansiedade pós-cirúrgica (APoC) teve correlação positiva significativa com a depressão pré-cirúrgica - DePC ( $r = 0,609$ ;  $p > 0,01$ ), com a depressão pós-cirúrgica - DePoC ( $r = 0,727$ ;  $p < 0,01$ ), com a desesperança pós-cirúrgica - DsPoC ( $r = 0,395$ ;  $p < 0,05$ ) e com o estresse pós-cirúrgico - EPoC ( $r = 0,610$ ;  $p < 0,01$ ), o que significa que quanto maior a ansiedade pós-cirúrgica (APoC), maior a depressão pré-cirúrgica (DePC), a depressão pós-cirúrgica (DePoC), a desesperança pós-cirúrgica (DsPoC) e o estresse pós-cirúrgico (EPoC).



A depressão pré-cirúrgica (DePC) mostrou correlação positiva significativa com a depressão pós-cirúrgica - DePoC ( $r= 0,713$ ;  $p<0,01$ ), com a desesperança pré-cirúrgica - DsPC ( $r= 0,412$ ;  $p>0,05$ ), com o estresse pré-cirúrgico - EPC ( $r= 0,454$ ;  $p<0,05$ ) e também com o estresse pós-cirúrgico - EPoC ( $r= 0,474$ ;  $p<0,05$ ), indicando que quanto maior a depressão pré-cirúrgica (DePC) maior a depressão pós-cirúrgica (DePoC), a desesperança pré-cirúrgica (DsPC), o estresse pré-cirúrgico (EPC) e o estresse pós-cirúrgico (EPoC).

A depressão pós-cirúrgica (DePoC) teve correlação significativa positiva com o estresse pós-cirúrgico - EPoC ( $r= 0,509$ ;  $p<0,05$ ), o que significa que quanto maior a depressão pós-cirúrgica (DePoC), maior o estresse pós-cirúrgico (EPoC).

A desesperança pré-cirúrgica (DsPC) teve correlação positiva significativa com a desesperança pós-cirúrgica - DsPoC ( $r= 0,682$ ;  $p<0,01$ ), indicando que maior a desesperança pré-cirúrgica (DsPC), maior a desesperança pós-cirúrgica (DsPoC).

A desesperança pós-cirúrgica (DsPoC) teve correlação positiva significativa com o estresse pré-cirúrgico - EPC ( $r= 0,479$ ;  $p<0,05$ ) e com o estresse pós-cirúrgico - EPoC ( $r= 0,550$ ;  $p<0,01$ ) mostrando que quanto maior a desesperança pós-cirúrgica (DsPoC), maior o estresse pré-cirúrgico (EPC) e maior o estresse pós-cirúrgico (EPoC).

O estresse pré-cirúrgico (EPC) se correlacionou positivamente com o estresse pós-cirúrgico - EPoC ( $r= 0,567$ ;  $p<0,01$ ) sendo que quanto maior estresse pré-cirúrgico (EPC), maior foi o estresse pós-cirúrgico (EPoC).

Os dados da Tabela 4 mostram que a ansiedade, depressão, desesperança e estresse pré-cirúrgico tiveram correlação significativa positiva com ansiedade, depressão, desesperança e estresse pós-cirúrgico, respectivamente. Isso indica que quanto pior o estado emocional do participante no período pré-cirúrgico, pior o estado emocional, também, no pós-cirúrgico.

**Tabela 4 - Correlação entre dados Sócio-Demográficos e Clínicos com Ansiedade, Depressão, Desesperança e Estresse nos períodos pré e pós-cirúrgicos (N=30)**

	sexo	idade	estadocivil	escolaridade	procedência	tempodiagn	eq. médica	tumor	estágio	APC	APoC	DePC	DePoC	DsPC	DsPoC	EPC
sexo	1,000															
idade	-0,353	1,000														
estado civil	-0,375	0,189	1,000													
escolaridade	0,166	-0,344	-0,239	1,000												
procedência	0,172	-0,042	-0,005	-0,198	1,000											
tempo diagn	0,099	0,253	0,048	-0,359	-0,022	1,000										
equipe médica	0,196	0,211	-0,171	-0,226	0,157	0,262	1,000									
tumor	0,241	0,169	-0,278	-0,028	0,086	0,315	0,769	1,000								
estágio	0,234	-0,127	0,000	*-0,419	0,234	0,105	0,246	0,244	1,000							
APC	0,169	0,084	-0,169	0,013	0,056	0,073	0,217	0,291	0,073	1,000						
APoC	0,299	0,033	-0,111	0,000	0,035	0,119	0,149	0,249	-0,171	*0,422	1,000					
DePC	-0,041	0,180	-0,018	-0,092	0,056	-0,053	0,002	0,004	0,000	0,334	**0,609	1,000				
DePoC	0,130	0,126	-0,163	-0,090	0,056	0,119	0,087	0,095	-0,054	0,322	**0,727	*0,713	1,000			
DsPC	0,131	0,173	*-0,395	-0,226	-0,101	0,172	0,239	0,157	0,166	0,249	0,281	*0,412	*0,384	1,000		
DsPoC	0,219	0,159	-0,169	*-0,368	-0,190	**0,492	0,325	0,294	0,237	*0,366	*0,395	0,342	*0,369	**0,682	1,000	
EPC	0,005	0,272	0,187	-0,236	-0,100	0,233	-0,075	-0,085	0,123	**0,636	0,258	*0,454	0,340	0,180	**0,479	1,000
EPoC	0,287	0,216	0,033	-0,192	0,008	0,177	0,275	0,357	0,248	**0,501	**0,610	**0,474	*0,509	0,278	**0,550	**0,567

\*. Coeficientes com diferença significativa ( $p < 0,05$ ). \*\*. Coeficientes com diferença significativa ( $p < 0,01$ ).

APC= ansiedade pré-cirúrgica

APoC= ansiedade pós-cirúrgica

DePC=depressão pré-cirúrgica

DePoC=depressão pós-cirúrgica

DsPC=desesperança pré-cirúrgica

DsPoC=desesperança pós-cirúrgica

EPC=estresse pré-cirúrgico

EPoC=estresse pós-cirúrgico

## **Discussão**

O diagnóstico de câncer, o tratamento e a própria hospitalização são capazes de provocar alterações emocionais que se expressam por meio de ansiedade, estresse e, a longo prazo, depressão (Brunner & Suddarth, 2002). Este estudo objetivou analisar as manifestações de ansiedade, depressão, desesperança e estresse de pacientes oncológicos nas condições pré-cirúrgicas e pós-cirúrgicas, além de correlacionar tais manifestações com os dados sócio-demográficos e clínicos de seus portadores. Sendo assim, os participantes deste estudo apresentaram redução nos níveis de ansiedade, depressão e estresse pré-cirúrgico comparados ao pós-cirúrgico, sem que nenhuma intervenção psicoterápica tivesse sido realizada. Estes dados estão de acordo com a observação de Juan (2005) de que a indicação de um evento cirúrgico desencadeia reações emocionais em níveis expressivos. Sebastiani e Maia (2005) afirmam que o processo cirúrgico tende a provocar intenso desconforto emocional no qual seu futuro é incerto, além de provocar sentimentos de ameaça a integridade física, psicológica e social da pessoa. Assim, a cirurgia é vista como ameaçadora e capaz de mobilizar o indivíduo até que o mesmo passe pelo momento mais crítico do processo cirúrgico. Por outro lado, para os autores, quando não há mais esta ameaça o indivíduo tende a sentir-se aliviado, o que pode justificar a redução nos níveis de ansiedade, depressão e estresse, sem intervenção psicoterapêutica, verificada entre os participantes.

Em situação pré-cirúrgica o paciente é exposto a uma situação crítica e de risco, além de ter que esperar determinado tempo até que a cirurgia seja realizada, sem que nada possa fazer para adiantar este momento. Normalmente, os trâmites burocráticos levam determinado tempo para que a cirurgia possa ser realizada e é natural que o estresse seja um companheiro fiel neste período de espera. Após a realização da cirurgia o paciente pode sentir uma redução nos níveis de estresse, pois a situação crítica geradora do estresse pré-cirúrgico deixou de existir. Esta pode ser uma justificativa para a redução do estresse entre os participantes deste

estudo juntamente com as afirmações de Lorencetti e Simonetti (2005). Estes autores afirmam que o estresse pode surgir diante de uma infinidade de situações, seja pelo choque da notícia de um diagnóstico desfavorável, ou pela proximidade de um procedimento cirúrgico, seja pela má adaptação do indivíduo às circunstâncias da vida. Segundo estes autores, ainda, para que as pessoas possam viver de forma mais adaptativa, é preciso que haja um adequado enfrentamento das situações adversas da vida, o que parece ter ocorrido após a cirurgia como se pode observar nos resultados em relação aos níveis de estresse.

Contudo, observou-se que o sentimento de desesperança apresentou aumento entre os participantes, comparando-se o período pré-cirúrgico e o pós-cirúrgico. Assim, participantes que não apresentaram desesperança no período pré-cirúrgico passaram a apresentá-la no período pós-cirúrgico. De acordo com os resultados, 46,7% dos participantes apresentaram estadiamento tumoral avançado e, segundo a literatura, nestes casos, a cirurgia mais indicada é a excisão radical provocando uma mutilação maior da região afetada e, assim, ocasionando o desfiguramento e a mudança na imagem corporal (Brunner & Suddarth, 2002). Esta pode ser uma possível explicação para o aumento da desesperança no período pós-cirúrgico, já que o resultado estético da cirurgia só pode ser realmente observado após a realização do ato cirúrgico.

Além disto, Tercero et al. (2005) alertam para a importância de se concentrar nas dificuldades emocionais do paciente no momento pré-cirúrgico, para que este possa enfrentar as situações adversas às condições estabelecidas pelo ato cirúrgico. Dessa forma, o desenvolvimento das habilidades necessárias para o manejo da desesperança, ainda no período pré-operatório, pode auxiliar o paciente após o procedimento cirúrgico. Durante a coleta de dados a pesquisadora notou que muitos dos pacientes apresentavam dúvidas quanto à cirurgia e ao pós-operatório, e após a cirurgia foi possível observar que estes pacientes permaneciam sem resposta. Sem a possibilidade de sanar suas dúvidas devido às escassas e

rápidas visitas dos médicos e pouco conhecimento sobre seus direitos como paciente, a falta de informação quanto ao seu estado de saúde, sua cirurgia e sua recuperação podem influenciar no sentimento de desesperança. De acordo com Cunha, Oliveira e Argimon (1995), a desesperança está mais intimamente ligada à ideação suicida do que a própria depressão. Isso mostra, no contexto assistencial de saúde, a necessidade da observação cuidadosa dos pacientes com alto nível de desesperança ou desesperança por um tempo prolongado, pois este pode ser indício ou fator de risco para emergência de problemas ainda mais graves, tal como a possibilidade de suicídio.

No que se refere ao segundo objetivo do estudo, observa-se que apenas algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas apresentaram correlação significativa com a ansiedade, a depressão, a desesperança e o estresse. Porém, sexo, idade, procedência, equipe médica, tumor e estadiamento tumoral não apresentaram correlação significativa com os aspectos psicológicos.

Os resultados deste estudo mostram que a ansiedade, a depressão, a desesperança e o estresse pré-cirúrgico estão diretamente relacionados com os estados emocionais também no período pós-cirúrgico. Marcolino et al. (2007) ressaltam que a ansiedade e a depressão pré-cirúrgica podem elevar a sensação de dor do paciente e fazer com que este consuma mais analgésicos no período pós-operatório do que pacientes que não apresentaram estes estados emocionais no período pré-operatório. Isto implica na relevância da implantação de intervenções psicológicas junto ao paciente cirúrgico para que este possa realizar seu tratamento de forma menos traumática e ainda ter uma recuperação mais rápida e menos dolorosa.

Dentre os dados, o tempo de diagnóstico da doença até o procedimento cirúrgico se correlacionou positivamente com a desesperança pós-cirúrgica, indicando que quanto maior o tempo de diagnóstico da doença até o procedimento cirúrgico maior foi a desesperança após

este procedimento. Para Knorst, Dienstmann e Fagundes (2003), é comumente aceito que, no curso de uma neoplasia, tanto o diagnóstico quanto a terapia devam ser instituídos o mais brevemente possível. O retardo no tratamento pode ser atribuído ao próprio paciente, que demora a procurar atendimento médico, ou ao sistema de saúde, que não funciona adequadamente, trazendo assim grandes prejuízos à saúde e à vida do paciente, pois a demora ao iniciar o tratamento pode implicar no avanço da doença.

Além dos objetivos deste estudo, variáveis sócio-demográficas e clínicas apresentaram correlação significativa, como a escolaridade e o estadiamento tumoral, sendo este um dado relevante no estudo de neoplasias. Correlacionando-se negativamente, o resultado indica que pessoas com pouca escolaridade apresentaram níveis mais avançados de tumor. Lima-Costa (2004) afirma que o estilo de vida em relação à promoção de saúde pessoal são comportamentos individuais, envolvendo escolhas pessoais. Os estudos deste autor expõem a influência da escolaridade sobre vários estilos de vida, revelando que as pessoas que tinham pior escolaridade apresentavam comportamentos considerados ruins para a promoção da própria saúde, sendo esta uma possível justificativa para os resultados encontrados.

Foram encontrados, na literatura, poucos estudos que avaliassem o estado emocional do paciente antes e depois de um procedimento cirúrgico. Este estudo pretende contribuir para a compreensão e avaliação do estado emocional dos pacientes, antes e depois de um procedimento cirúrgico, bem como para a investigação de formas de intervenções para o alívio da ansiedade, depressão, desesperança e estresse destes pacientes no intuito de melhorar a qualidade de vida e tratamento destes enfermos e sugere-se que novas pesquisas sejam conduzidas neste sentido.

## **Conclusão**

Este estudo mostra a necessidade da avaliação psicológica antes de alguns procedimentos médicos, como a cirurgia, para que se possa tratar o paciente como um todo e possibilitar o controle de suas emoções.

Mesmo sem nenhuma intervenção psicológica foi possível concluir que algumas reações emocionais apresentaram redução de intensidade quanto à ansiedade, depressão e estresse. E da mesma forma foi possível identificar o aumento da desesperança após a cirurgia.

Como este estudo teve caráter exploratório, seus resultados indicam a necessidade de outros estudos na área psico-oncológica para se observar os efeitos da intervenção psicológica no controle emocional de pacientes oncológicos antes mesmo do ato cirúrgico e avaliar a sua eficácia em minimizar os desconfortos deste procedimento.

Ainda que de modo incipiente, foi possível demonstrar que o procedimento médico rotineiro é capaz de mobilizar o estado emocional de uma pessoa. Por meio de outros estudos já apresentados a intervenção da Psicologia pode trazer benefícios para o paciente, trazendo como conseqüências a melhoria da qualidade de vida e favorecer a sua recuperação física, psicológica e social.

Embora tratando-se de um hospital com especificidade de atuação, a sua abordagem da clientela carece de humanização de procedimentos, seja por falta de pessoal de psicologia em quantidade adequada, seja por falta de encaminhamento por parte da equipe médica.

Em decorrência desta constatação, faz-se necessário que as equipes multidisciplinares que tratam pacientes oncológicos estabeleçam rotinas de procedimentos visando corrigir tais deficiências.

Embora de pequena abrangência, este estudo indica que a Psicologia pode ampliar a sua participação nas equipes de saúde, ao demonstrar a eficácia da sua atuação e contribuir favoravelmente no resultado em tratamento de pessoas enfermas.

As evidências deste estudo fazem refletir ainda, sobre lacunas no mercado de trabalho a serem preenchidas por profissionais especializados nessa área.



## Referências Bibliográficas

- Almagia, E. B. (2000). Psicologia de la Salud. *Revista de la Universidad de Concepción de Chile*: 81-90.
- Angerami-Camon, V. A. – org. (1996). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- Arraras, J. I., Wright, S. J., Jusue, G., Tejedor, M., & Calvo, J. I. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 7 (2): 181-187.
- Ballone, G. J. (2007a). Câncer e Depressão. PsiqWeb, Internet, disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), revisto em 2007.
- Ballone, G. J. (2007b). Câncer e Emoção. PsiqWeb, Internet, disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), revisto em 2007.
- Ballone, G. J. (2002). Depressão no Câncer. PsiqWeb, Internet, disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), revisto em 2008.
- Barros, S., Lobo, S., Trindade, I., & Teixeira, J. (1996). Alexitina, Saúde e Doença. *Análise Psicológica*, 2 (3): 305-312.
- Baum, A., Gatchel, R., & Krantz, D. (1997). *An introduction to health psychology*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill.
- Beck, A. T., Rush A. J., Shaw B. F., & Emery G. (1979). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (2002). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 9<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 20* (2): 229-237.
- Carrobbles, J. A., Remor, E., & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional em pacientes con infección por VIH. *Psicothema, 15* (3): 420-426.
- Chang, E.C., Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T.J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relations to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences, 23*: 433-440.
- Christensen P. J., & Kenney J. W. (1995). *Nursing process: application of conceptual models*. Saint Louis: Mosby.
- Coe, C. L. (2002). Neuroendocrine and behavioral influences on the immune system. Em J.B. Becker, S.M. Breedlove & E. Crews (Orgs.) *Behavioral Endocrinology* (pp. 373-408). Cambridge: Older Edition.
- Coenson, C., & Dimsdale, J. E. (1994). Psychiatric Liaison on a bone marrow transplantation unit. *General Hospital Psychiatry, 16* (2): 131-134.
- Comer, R. J. (2003). *Psicologia do Comportamento Especial*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: LTC.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual de versão em português das escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora.
- Cunha, J. A., Oliveira, M. S., & Argimon, I. L. (1995). O Inventário de Depressão de Beck em alcoolistas: consistência interna, dimensões fatoriais e estudo da subescala Desinteresse pela vida. Belo Horizonte, MG: XI Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências. Anais, 117.
- De Genova, M. K., Patton, D. M., Jurich, J. A., & MacDermid, M. (1994). Ways of coping among HIV- infected individuals. *The Journal of Social Psychology, 134* (5): 655-663.

- Dressler, W. W., Balieiro, M. C., & Santos, J. E. (1997). The cultural construction of social support in Brazil: Associations with health outcomes. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21: 303-335.
- Edgar, M. D., Ladislav, V., & Schaffner, L. (1997). Coping and Psychological Adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59 (4): 408-418.
- Fahrenberg, J., Foerster, F., & Wilmers, F. (1995). Is elevated blood pressure level associated with higher cardiovascular responsiveness in laboratory task and with response specificity? *Psychophysiology*, 32 (1): 81-91.
- Ferraro, A. (2000). Psicoprofilaxis quirúrgica. *Revista Crescimento Interior*, 66 (7): 100.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (3): 219-239.
- Fundação Oncocentro (1998). *Manual de oncologia clínica*. São Paulo: Springer-Verlag.
- Gage, M. (1992). The appraisal model of coping: an assessment and intervention model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 46: 353-362.
- Gilbody, S. M., House, A. O., & Sheldon, T. A. (2001). Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *British Medical Journal*, 323 (7272): 406-409.
- Gorayeb, R. (2001). A prática da psicologia hospitalar. In: M. L. Marinho & V. E. Caballo (Orgs.). *Psicologia Clínica e da Saúde* (pp. 263-278). Londrina: Ed. UEL.
- Gottesman, D., & Lewis, M. S. (1982). Differences in crisis reactions among cancer and surgery patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (3): 381-388.
- Guimarães, S. S. (1999). Psicologia da Saúde e Doenças Crônicas. In: R. R. Kerbauy (Org.). *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*, (pp. 22-45). Santo André: ARBytes.

- Hamasaki, E. I. M., & Kerbauy, R. R. (2001). Será o comportamento de procrastinação um problema de saúde? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3 (2): 35-40.
- Holmes, B. C. (1987). Psychological evaluation and preparation of the patient and family. *Cancer*, 60: 2021-2024.
- Instituto Nacional de Câncer - INCA, 2008. Acessado em setembro de 2008. [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=322](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=322) .
- Ingledeu, D. K., Hardy, L., & Cooper, C. L. (1997). Do resources bolster coping and does coping buffer stress? An organizational study with longitudinal aspect and control for negative affectivity. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2 (2): 118-133.
- Juan, K. (2005). Psicoprofilaxia cirúrgica em urologia. *Psicologia Hospitalar*, 3 (2).
- Kain, Z. N., Caldwell-Andrews, A. A., Mayes, L. C., Weinberg, M. E., Wang, S. M., & Maclaren, J. E. (2007). Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children: a randomized controlled trial. *Anesthesiology*, 106 (1): 65-74.
- Kerbauy, R. R. (1987). Relação entre comportamentos e saúde. *Boletim de Psicologia*, 37: 49-53.
- Knorst, M. M., Dienstmann, R., & Fagundes, L. P. (2003). Retardo no diagnóstico e no tratamento cirúrgico do câncer de pulmão. *Jornal de Pneumologia*, 29 (6): 358-364.
- Laloni, D. T. (2006). Comportamento e saúde: vulnerabilidade biológica. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (orgs.) *Sobre Comportamento e Cognição: Explorando a variabilidade* (pp. 116-134). Santo André: ESEtec.
- Lauver, D., & Tak, Y. (1995). Optimism and coping with a breast cancer symptom. *Nursing Research*, 44: 202-206.
- Lima-Costa, M. F. (2004). A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de

- Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13 (4): 201-208.
- Lima-Costa, M. F., Matos, D. L., & Camarano, A. A. (2006). Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) 1998, 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*; 11: 941-50.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lorencetti, A., & Simonetti, A. P. (2005). As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13 (6): 944-950.
- Lotufo Neto, F., Yacubian, J., Scalco, A. Z., & Gonçalves L. (2001). Terapia comportamental cognitiva dos transtornos afetivos. Em B. P. Rangé (org.) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp. 275-286). Porto Alegre: Artmed.
- Lutgendorf, S., Anderson, B., Rothrock, N., Buller, R., Sood, A., & Sorosky, J. (2000) Quality of life and mood in women receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. *Cancer*, 89 (6): 1402-1411.
- Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais 4ª Edição - DSM-IV (1995). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marcolino, J. A. M., Mathias, L. A. S. T., Piccinini Filho, L., Guaratini, A. A., Suzuki, F. M., & Alli, L. A. C. (2007). Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57 (1): 52-62.
- Méndez, F., Macià, D., & Olivares, J. (1993). *Intervención conductual en contextos comunitarios I: Programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide.

- Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., & Caballo, V. E. (2001). Psicologia da Saúde: intervenções em hospitais públicos. Em B. Range (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais* (pp. 463-474). Porto Alegre: Artmed.
- Moerman, N., Van Dam, F. S., Muller, M. J., & Oosting, H. (1996). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesthesia & Analgesia*, 82: 445-451.
- Moraes, A. B. A., & Rolim, G. S. (2006). Ambientes não saudáveis e doença: alguns aspectos cognitivos e comportamentais. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (orgs.) *Sobre Comportamento e Cognição: Explorando a variabilidade* (pp. 34-40). Santo André: ESEtec.
- Mulder, C., Vroome, E., Van Griensven, G., Antoni, M., & Sandford, T. (1999). Avoidance as a predictor of the biological course of HIV infection over a 7-year period in gay men. *Health Psychology*, 18 (2): 107-113.
- Picheti, J. S., & Duarte, V. M. (2008). Câncer: A influência dos aspectos psicológicos na adesão ao tratamento. *Revista de Psicologia ATLASPSICO*, 8: 10-19.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4 (7): 156-175.
- Razavi, D., & Stiefel, F. (1994). Common psychiatric disorders in cancer patients. *Adjustment disorders and depressive disorders, supportive in cancer*, 2: 223-232.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3): 316-331.
- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20 (1): 50-55.
- Selye, H. S. (1965). *Stress: a tensão da vida*. São Paulo: IBRASA.
- Sheehan, D. V. (1983). *The Anxiety Disease*. New York. Scribners.

- Sluzki, C. A. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Standing Medical Advisory Committee (1994). Management of lung cancer: current clinical practices. London: Department of Health.
- Stoudemire, A. (2000). *Fatores psicológicos afetando condições médicas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Suls, J., David, J.P., & Harvey, J.H. (1996). Personality and Coping: Three Generations of Research. *Journal of Personality*, 64 (4): 711-735.
- Taylor, S. E., Repetti, R. L. & Seeman, T. (1997). Healthpsychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Reviews*, 48: 411-447.
- Teles, S. S., Ribeiro, M. M., & Cardoso, V. (2003). Psicologia na área da Oncologia: Avaliação dos níveis de depressão e ansiedade em doentes com patologia colo-rectal maligna. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5 (2): 71-77.
- Tercero, Q.G., Hernandez, R.A., Luque, C.M., & Morales, G.P. (2005). Psicoprofilaxis quirúrgica. *Departamento de Psiquiatria y Medicina del Adolescente*, 3 (2). Wellisch, D. K. 2002
- Welch, J. L., & Austin, J. K. (2001). Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (2): 200-207.
- Kaleita, T. A., Wellisch, D. K., Cloughesy, T. F., Ford, J. M., Freeman, D., Belin, T. R., & Goldman, J. (2002). Predicting Major Depressin in Brain Tumor Patients. *Psycho-Oncology*, 11 (3): 230-238.
- Zung, W. W. K., & Durham, N. C. (1965). A self rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12: 63-70.