

MORBIDADE PSICOLÓGICA E IMPLICAÇÕES PARA A RECUPERAÇÃO DE ADULTOS APÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA

Luciana Regina Ferreira da Mata¹, Ana Cláudia da Cunha², Cristiane de Souza Lima Ziviani³, Túlio Gonçalves da Fonseca⁴, Mariana Ferreira Vaz Gontijo Bernardes⁵, Patrícia Peres de Oliveira⁶

RESUMO: Objetivo: avaliar o constructo morbidade psicológica (ansiedade/depressão) em adultos submetidos à cirurgia oncológica no pós-operatório, bem como sua possível relação com a recuperação cirúrgica. Método: estudo correlacional, realizado com 96 adultos submetidos a cirurgia oncológica internados em hospital mineiro de grande porte, entre agosto e dezembro de 2015, mediante questionário sociodemográfico, Escala *Hospital Anxiety and Depression* e o *Quality of Recovery Score*, para verificação da recuperação cirúrgica. Realizou-se análise descritiva dos dados e os testes *Shapiro-Wilk*, *Mann-Whitney*, *t-student*, além dos coeficientes de correlação de *Pearson* e *Spearman*. Resultados: as variáveis ansiedade e depressão apresentaram relação negativa com a recuperação cirúrgica; houve relação negativa entre a variável ansiedade com a idade. 59 (61,5%) participantes apresentaram sintomas de ansiedade e 38 (39,6%) depressão. As variáveis ansiedade e escolaridade mostraram relação positiva. Conclusão: a morbidade psicológica esteve relacionada à qualidade da recuperação cirúrgica, portanto, torna-se importante o planejamento das ações de enfermagem perioperatória.

DESCRIPTORES: Oncologia; Ansiedade; Depressão; Período pós-operatório; Enfermagem oncológica.

PSYCHOLOGICAL MORBIDITY AND IMPLICATIONS FOR THE RECOVERY OF ADULTS AFTER ONCOLOGY SURGERY

ABSTRACT: Objective: to assess the construct of psychological morbidity (anxiety/depression) in adults in the postoperative period after oncology surgery, as well as its possible relationship with surgical recovery. Method: Correlational study with 96 adults who underwent oncology surgery admitted to a large hospital of the state of Minas Gerais, between August and December 2015, through the administration of a sociodemographic questionnaire, the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Quality of Recovery Score, to assess surgical recovery. Descriptive analysis of data and Shapiro-Wilk, Mann-Whitney and Student's t-Test, as well as Pearson's and Spearman correlation coefficients were used. Results: the variables anxiety and depression had a negative relationship with surgical recovery. There was a negative relationship between the variables anxiety and age. Fifty nine (61.5%) participants showed anxiety symptoms and 38 (39.6%) had depression. The variables anxiety and schooling showed a positive relationship. Conclusion: Psychological morbidity was related to the quality of surgical recovery. Therefore, the planning of perioperative nursing actions is essential.

DESCRIPTORS: Oncology; Anxiety; Depression; Postoperative period; Oncology nursing.

MORBIDAD PSICOLÓGICA E IMPLICACIONES PARA LA RECUPERACIÓN DE ADULTOS DESPUÉS DE LA CIRUGIA ONCOLÓGICA

RESUMEN: Objetivo: evaluar el constructo morbilidad psicológica (ansiedad/depresión) en adultos sometidos a cirugía oncológica en pos operatorio, así como su posible relación con la recuperación quirúrgica. Método: estudio correlacional, realizado con 96 adultos sometidos a cirugía oncológica internados en un gran hospital en Minas Gerais, entre agosto y diciembre de 2015, por medio de cuestionario socio demográfico, Escala *Hospital Anxiety and Depression* y *Quality of Recovery Score*, para verificación de la recuperación quirúrgica. Se realizó análisis descriptivo de los datos y las pruebas *Shapiro-Wilk*, *Mann-Whitney*, *t-student*, además de los coeficientes de correlación de *Pearson* y *Spearman*. Resultados: las variables ansiedad y depresión presentaron relación negativa con la recuperación quirúrgica; hubo relación negativa entre la variable ansiedad con la edad. 59 (61,5%) participantes presentaron síntomas de ansiedad y 38 (39,6%) depresión. Las variables ansiedad y escolaridad evidenciaron relación positiva. Conclusión: la morbilidad psicológica estuvo asociada a la cualidad de recuperación quirúrgica, por lo tanto es importante el planeamiento de las acciones de enfermería perioperatoria.

DESCRIPTORES: Oncología; Ansiedad; Depresión; Período posoperatorio; Enfermería oncológica.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, MG, Brasil.

²Enfermeira. Residente em Neonatologia. Hospital Sofia Feldman. Belo Horizonte, MG, Brasil.

³Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁴Enfermeiro. Residente em Urgência/Trauma. Hospital Odilon Behrens. Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁵Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, MG, Brasil.

⁶Enfermeira. Doutora em Educação. Docente de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, MG, Brasil.

Autor Correspondente:

Luciana Regina Ferreira da Mata
Universidade Federal de Minas Gerais
Av. Alfredo Balena, 190 - 30130-100 - Belo Horizonte, MG, Brasil
Email: lucianarfmat@gmail.com

Recebido: 06/06/2017

Finalizado: 17/11/2017

● INTRODUÇÃO

O Brasil classifica-se como um dos países com maior incidência de câncer em todo mundo, o que caracteriza a doença como um problema de saúde pública⁽¹⁻²⁾. Dados epidemiológicos como o crescimento demográfico, o envelhecimento populacional e o desenvolvimento socioeconômico aumentam gradativamente a incidência de mortalidade por câncer, acarretando um desafio para o sistema de saúde no sentido de garantir o acesso equilibrado e pleno da população ao diagnóstico e ao tratamento⁽²⁾.

Estima-se, no período de 2016 a 2017, a ocorrência de aproximadamente 596.070 casos novos de câncer no Brasil, o que reforça a magnitude do problema do câncer no país⁽³⁾. Acrescido a isso, a *World Health Organization* (WHO) fez uma projeção de 27 milhões de novos casos de câncer para o ano de 2030 em todo o mundo e 17 milhões de mortes pela doença. Os países em desenvolvimento serão os mais afetados, entre eles o Brasil⁽³⁻⁴⁾.

São múltiplas as modalidades de tratamento para a doença, entre elas, radioterapia, quimioterapia e cirurgia⁽⁵⁾. A escolha decorre da localização, a extensão e o tipo de câncer, podendo-se optar por um tratamento ou por uma associação destes⁽⁶⁾. Dentre os tratamentos utilizados, a cirurgia, geralmente, é a primeira modalidade de tratamento e a mais utilizada em pessoas diagnosticadas com neoplasia maligna⁽⁴⁻⁵⁾.

A melhora da qualidade nos cuidados no pós-operatório, o maior entendimento na área oncológica e o aprimoramento das técnicas cirúrgicas têm tornado possível a remoção de tumores malignos em diversas partes do corpo, tornando a cirurgia um método de tratamento primário frequentemente utilizado⁽⁷⁾.

Todavia, procedimentos cirúrgicos podem ser vistos pelo indivíduo como um ato agressivo, pois a incerteza e o medo de mudanças em sua imagem corporal e no cotidiano podem provocar alterações como o estresse e levar à vivência de situações de conflito⁽⁵⁾, pois tem sua integridade física e psicológica ameaçada diante do futuro incerto⁽⁸⁻⁹⁾. Tal procedimento tende a gerar repercussões emocionais e implicações no bem-estar, na saúde e nos padrões fundamentais, tanto no âmbito individual quanto no familiar, produzindo mudanças de papéis, nas relações, nas identidades, nas capacidades e nos padrões de comportamento⁽⁹⁾.

Desde o diagnóstico, as alterações físicas e psicológicas causadas pelo câncer são evidentes e de grande impacto, com destaque para a ansiedade e a depressão^(4,9). A morbidade psicológica, ou seja, ansiedade somada à depressão, é a alteração psiquiátrica mais comumente associada às doenças clínicas⁽⁷⁾. Essas desordens psíquicas podem aumentar a gravidade dos sintomas físicos associados à enfermidade, diminuir a adesão ao tratamento e prolongar o tempo de recuperação pós-operatória⁽⁵⁻⁶⁾.

Alterações psicológicas não são de fácil identificação, na maior parte das vezes subdiagnosticadas e, portanto, não tratadas, mesmo sendo recorrentes em pessoas com neoplasia maligna^(7,9). Isso porque o indivíduo, por via de regra, não expressa verbalmente os sintomas psicológicos e o profissional de saúde tende a não questioná-los^(4,6).

Destarte, os profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, necessitam estar capacitados para a assistência integral e contínua, inclusive identificando situações de vulnerabilidade ao prestar assistência ao enfermo e sua família durante as diferentes fases da doença neoplásica maligna, fornecendo informações acerca do tratamento e dos possíveis efeitos colaterais⁽⁴⁾. Para isso, torna-se essencial a interação com o indivíduo durante a realização dos cuidados do perioperatório e na alta hospitalar, no sentido de minimizar as dúvidas e os impactos psicológicos advindos da falta de informação, e conseqüentemente, promover uma recuperação pós-operatória adequada⁽⁷⁾.

A partir dessas conjecturas, lançou-se a hipótese de que os adultos submetidos à cirurgia oncológica, nas primeiras 48 horas do pós-operatório mediato, apresentam morbidade psicológica (ansiedade e depressão) e, há relação quando se compara as variáveis idade, escolaridade, depressão e ansiedade com a recuperação cirúrgica.

Embora haja estudos brasileiros que abordem sintomas psicológicos em pacientes oncológicos,

não foram identificados estudos que discutam morbidade psicológica e sua relação com recuperação cirúrgica. Desta forma, conhecer os efeitos desses impactos psicológicos é de grande relevância para que os profissionais de enfermagem possam atuar de maneira a abordar o indivíduo em seus aspectos biopsicossociais, minimizando as consequências que essa morbidade pode ocasionar na recuperação pós-operatória. Assim, objetivou-se avaliar o constructo morbidade psicológica (ansiedade e depressão) em adultos submetidos à cirurgia oncológica no pós-operatório, bem como sua possível relação com a recuperação cirúrgica.

● MÉTODO

Estudo transversal, correlacional, com abordagem quantitativa, utilizando-se como referencial metodológico os conceitos de pesquisa quantitativa⁽¹⁰⁾. Foi realizado com 96 pacientes submetidos a cirurgias oncológicas internados em um hospital de grande porte habilitado como Unacon (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), com serviço de radioterapia e de hematologia e cirurgia oncológica, localizado no Estado de Minas Gerais.

O tamanho amostral foi definido através do teste estatístico Z, de distribuição normal, estimando-se uma proporção referente à população de interesse para um nível de significância de 5% e poder amostral de 80%, resultando em tamanho mínimo de 92 participantes.

Adotou-se como critério de seleção pacientes oncológicos internados de julho a dezembro de 2015 para cirurgias oncológicas, no pós-operatório por mais de 24 horas e menos de 72 horas. Incluíram-se pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, submetidos à cirurgia oncológica para tratamento, com capacidade cognitiva para participação avaliada a partir do Miniexame do Estado Mental (instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo, validado no Brasil)⁽¹¹⁾. Excluiu-se pessoas submetidas a cirurgias oncológicas reconstrutora ou diagnóstica e pacientes encaminhados ao setor de terapia intensiva no pós-operatório.

A coleta dos dados foi realizada pelos pesquisadores através de entrevistas individuais e consulta aos prontuários dos participantes nas unidades de internação de clínica cirúrgica, durante o pós-operatório mediato, de 24 a 48 horas após a alta da unidade de recuperação pós-anestésica. Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados: um questionário de caracterização sociodemográfica (sexo, idade, escolaridade, estado civil, situação profissional, prática religiosa e renda mensal individual) e clínica (conhecimento do diagnóstico, tratamento oncológico anterior, sítio do câncer primário e presença de comorbidades).

O *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), na versão validada em português, contém 14 questões do tipo likert⁽¹²⁻¹³⁾. Compõe-se de duas subescalas, para sintomas de ansiedade e depressão, com sete itens cada. Cada questão possui quatro opções de respostas com valores que variam de zero a três. Um resultado elevado indica mais sintomas de depressão ou ansiedade, respectivamente. Os autores sugerem o valor oito como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de sintomas de ansiedade e depressão⁽¹²⁾.

Ressalta-se que no HADS, a definição de depressão concentra-se nos fundamentos de anedonia, ou seja, na perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral, e ansiedade é definida como um estado emocional desagradável, que guarda relação com o medo e reduz a eficiência comportamental, podendo ser acompanhado de desconforto somático.

A escala também pode ser usada a partir da pontuação total (HADS-Total) como um indicador clínico, desde que seja analisado como um índice de perturbação emocional (morbidade psicológica). As variáveis foram processadas como variáveis numéricas discretas ao considerar o total para cada escala e o valor da escala total (morbidade psicológica), e como categóricas ao se classificar conforme o ponto de corte igual a oito⁽¹³⁾. O alfa de Cronbach, na presente amostra, foi 0,85.

O terceiro instrumento foi para avaliar qualidade da recuperação cirúrgica, o *Quality of Recovery Score* (QoR-40), na versão validada em português⁽¹⁴⁾, composto por 40 itens que medem a qualidade da recuperação pós-operatória. As dimensões englobadas pelo QoR-40 são: estado emocional (nove itens), conforto físico (12 itens), apoio psicológico (sete itens), independência física (cinco itens) e dor (sete

itens). Possui duas partes: A (questionamentos indicam aspectos positivos quanto maior a frequência de ocorrência) e B (abordados os aspectos negativos quanto maior a frequência de ocorrência).

As frequências de ocorrência foram definidas como “em nenhum momento”, “alguns momentos”, “frequente”, “maior parte do tempo” e “o tempo todo”; cada uma delas recebeu uma pontuação de um a cinco dependendo da parte do questionário. Na parte A, que aborda aspectos positivos, os termos “em nenhum momento”, “alguns momentos”, “frequente”, “maior parte do tempo” e “o tempo todo” recebem a pontuação um, dois, três, quatro e cinco, respectivamente. Na parte B, que aborda aspectos negativos, ocorre a inversão da pontuação; “em nenhum momento” é representado por cinco, e assim por diante⁽¹⁴⁾. A pontuação total possível para o QoR-40 é 200 (qualidade de recuperação excelente), e a mínima é 40 (qualidade de recuperação precária). O alfa de Cronbach na presente amostra foi 0,75.

Os dados foram processados e analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 21.0. Para a análise descritiva dos dados, foram utilizadas medidas de posição (média) e de variabilidade (desvio-padrão) para as variáveis contínuas, e frequência simples para as variáveis categóricas.

Utilizou-se o teste *Shapiro-Wilk* para verificar a normalidade das variáveis explicativas morbidade psicológica, recuperação cirúrgica, ansiedade, depressão, idade e escolaridade. Os testes mostraram que morbidade psicológica, recuperação cirúrgica, sintomas de ansiedade e idade apresentaram distribuição normal; e a depressão e a escolaridade distribuição não normal.

A fim de verificar possível correlação entre as variáveis morbidade psicológica, sintomas de ansiedade, recuperação cirúrgica e idade, utilizou-se o teste de correlação de Pearson. Para correlação entre as variáveis escolaridade e morbidade psicológica, bem como sintomas de depressão e recuperação cirúrgica, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*. As forças das correlações foram analisadas considerando valores entre 0,10 e 0,30 classificados como de fraca magnitude, entre 0,4 e 0,6 de moderada magnitude e acima de 0,7 de forte magnitude⁽¹⁰⁾.

Testes de comparação da distribuição das medidas de morbidade psicológica, sintomas de ansiedade e recuperação cirúrgica com a variável sexo foram avaliadas pelo t-student, e depressão pelo teste não-paramétrico *Mann-Whitney*. O nível de significância adotado foi 0,05.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital cenário do estudo, parecer nº 660.597/2014. Ressalta-se que os dados foram coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

● RESULTADOS

Dos 96 participantes, a média de idade foi de 59 anos e desvio-padrão (DP) de 14, variando entre 19 e 89 anos. Destes, 55 (57,3%) eram do sexo feminino e 41 (42,7%) do sexo masculino. No tocante ao estado civil, 62 (64,6%) estavam casados, 15 (15,6%) solteiros, 11 (11,5%) eram viúvos e oito (8,3%) separados/divorciados. Em relação à prática religiosa, 92 (95,8%) entrevistados afirmaram ter uma religiosidade. A escolaridade média foi de 6,2 anos, variando de 0 a 18 anos. Quanto à situação profissional, 60 (62,5%) eram ativos e 36 (37,5%) não ativos. A renda mensal individual de 40 (41,7%) participantes era de até um salário mínimo, 28 (29,2%) recebiam de um a três salários mínimos, 12 (12,4%) mais de três salários mínimos e 16 (16,7%) não responderam.

Os dados clínicos permitiram identificar que 92 (95,8%) participantes tinham conhecimento do diagnóstico de câncer. Os tipos de neoplasias malignas apresentados foram: câncer urológico (n=20;20,8%), ginecológico (n=18;17,7%), gastrintestinais (n=14;14,8%), de mama (n=13;13,7%), de cabeça e pescoço (n=13;13,7%), de pele (n=10;10,7%), linfoma (n=4;4,3%), e de pulmão (n=4;4,3%). Quanto à realização de tratamento para a doença, 77 (80,2%) participantes nunca se submeteram a tratamento cirúrgico oncológico, 19 (20,8%) entrevistados haviam realizado outro tipo de tratamento (radioterapia e/ou quimioterapia). As comorbidades prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (n=40;41,7%) e diabetes mellitus (n=14;14,8%).

Conforme o ponto de corte da escala HADS, 59 (61,5%) participantes apresentaram sintomas de

ansiedade e 38 (39,6%) de depressão. Em relação à variável recuperação cirúrgica, a média encontrada foi de 174,25, indicando uma boa recuperação cirúrgica.

Ao analisar a presença de possíveis relações entre as variáveis, o teste de correlação de Pearson mostrou relação negativa entre morbidade psicológica e a recuperação cirúrgica ($r=-0,56$; $p<0,001$), ou seja, quanto maior os níveis da morbidade psicológica, menor a qualidade de recuperação cirúrgica. Foi identificada também relação negativa da variável idade e sintomas de ansiedade ($r=-0,20$; $p\leq 0,04$), sendo que, quanto menor a idade, maior os níveis de ansiedade.

O teste de correlação de Spearman mostrou que há relação positiva entre o grau de escolaridade e morbidade psicológica ($r=0,20$; $p\leq 0,04$), representando que quanto maior o grau de escolaridade, maior a morbidade psicológica. Em contrapartida, não houve relação da recuperação cirúrgica com as variáveis idade e escolaridade, ou seja, a qualidade de recuperação cirúrgica não foi influenciada pela idade e grau de escolaridade dos participantes (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos valores de Coeficiente de correlação de Pearson e Spearman referente à morbidade psicológica, recuperação cirúrgica, escolaridade e idade. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil, 2015

		Morbidade psicológica	Ansiedade	Recuperação cirúrgica	Idade
Morbidade psicológica	Correlação Pearson	1	0,9	-0,56	-0,18
	Sig* (2 extremidades)		0,00 †	0,00†	0,08
	(n=96)	96	96	96	96
Ansiedade	Correlação Pearson	0,9	1	-0,47	-0,2
	Sig* (2 extremidades)	0,00†		0,00†	0,04*
	(n=96)	96	96	96	96
Recuperação cirúrgica	Correlação Pearson	-0,56	-0,47	1	0,18
	Sig* (2 extremidades)	0,00†	0,00†		0,08
	(n=96)	96	96	96	96
Depressão	Correlação Spearman	0,87	0,6	-0,58	-0,66
	Sig* (2 extremidades)	0,00†	0,00†	0,00†	0,53
	(n=96)	96	96	96	96
Escolaridade	Correlação Spearman	0,2	0,17	-0,18	--
	Sig* (2 extremidades)	0,04*	0,18	0,82	--
	(n=96)	96	96	96	96

*Sig. Significativa

†A correlação é significativa ao nível 0,01 (2 extremidades).

Em relação à variável sexo, não foram encontradas diferenças significativas para as variáveis morbidade psicológica, sintomas de ansiedade e depressão. Contudo, houve diferença significativa na qualidade de recuperação cirúrgica quando relacionada ao sexo. Participantes do sexo feminino apresentaram melhor qualidade de recuperação cirúrgica em relação aos participantes do sexo masculino (Tabela 2).

Tabela 2 – Resultados dos testes T-Student e Mann Whitney para comparação da distribuição das medidas de morbidade psicológica, ansiedade, depressão e recuperação cirúrgica com a variável sexo. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil, 2015

Variáveis	Morbidade Psicológica		Ansiedade		Depressão		Recuperação cirúrgica	
	T-Sudent		T-Sudent		Mann Whitney		T-Sudent	
	Média (Desvio Padrão)	p*	Média (Desvio Padrão)	p*	Mean Rank	p*	Média (Desvio Padrão)	p*
Sexo Feminino	15,29 (7,46)	0,47	9,35 (4,58)	0,52	45,68	0,39	178,56	0,02
							-15,82	
Sexo Masculino	8,80 (14,05)		8,71 (5,06)		50,6		171,04	
							-15,29	

*p-value

● DISCUSSÃO

Os participantes do estudo foram na sua maioria mulheres, divergindo dos dados encontrados na literatura, porém pode ser justificado pela incidência de câncer de mama, ginecológico, gastrintestinal e de pele na população estudada (n=55;57,3%). As neoplasias malignas de pele não melanoma e de cólon/reto são as primeiras e segundas mais frequente, respectivamente, para mulheres, na região sudeste do Brasil⁽³⁾, cenário da pesquisa.

A média de idade encontrada (59 anos; DP=14) corrobora com os dados da literatura; a incidência de neoplasias malignas aumenta a partir dos 50 anos de idade⁽¹⁵⁾. Os tipos de neoplasias malignas mais incidentes, na região da América Latina e do Caribe, são os cânceres de próstata (152 mil) e mama feminina (150 mil)⁽³⁾. Confluindo com esta pesquisa, o câncer mais frequente foi o urológico, cujos sítios anatómicos incluídos nesse grupo são as neoplasias malignas de bexiga, próstata e rim.

Os baixos níveis de escolaridade e renda encontrados são comprovadamente possíveis obstáculos ao acesso diagnóstico, ao entendimento do tratamento e manejo de suas possíveis complicações. Desse modo, o profissional de saúde necessita prestar o cuidado, incorporado ao ato terapêutico, a valorização do outro, respeitando a visão de mundo, o contexto social, a dignidade, assim, agirá de forma assertiva possibilitando mudanças para a atenção à saúde com vistas à qualidade de vida das pessoas, principalmente as com doença crônica como o câncer⁽¹⁶⁾.

As comorbidades mais prevalentes no grupo estudado foram a Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS (n=40;41,7%) e diabetes mellitus (n=14;14,8%). Estes achados são consistentes com relatos da literatura que referem estas doenças crônicas como problemas de Saúde Pública para o Brasil^(4,7). Esse fato é relevante uma vez que estes agravos têm estreita relação com um dos temas estudados nesta pesquisa, os sintomas de ansiedade. Pessoas ansiosas podem ter descompensação dos níveis pressóricos e glicêmicos, pois liberam cortisona e adrenalina, que atuam como hormônios de reação, aumentando a glicemia a pressão arterial, podendo comprometer a evolução clínica no período perioperatório^(4,16).

As pessoas com câncer, geralmente, experimentam algum nível de sofrimento que não se limita apenas ao paciente como também à sua família e pessoas próximas^(7,9). Após o diagnóstico, sentimentos como choque, descrença, ansiedade, raiva, culpa e depressão podem estar presentes. A trajetória do câncer pode provocar constante ansiedade em diversos momentos que vão desde o conhecimento do diagnóstico, a intervenção cirúrgica, o acompanhamento clínico, até a incerteza de recorrência^(7,17).

Mais da metade dos participantes - 59 (61,5%) - apresentaram sintomas de ansiedade. Estudo realizado na Austrália, com o objetivo de investigar a prevalência e as trajetórias de curto prazo de ansiedade, depressão e ansiedade/depressão de adultos com câncer, apontou que a ansiedade se caracteriza como uma reação a eventos agudos e, provavelmente, diminui após a conclusão do tratamento primário, uma vez que os pacientes se tornam familiarizados com os efeitos colaterais do tratamento e também

podem receber informações positivas do prognóstico⁽⁹⁾. O desgaste da hospitalização, que envolve cirurgias muitas vezes mutiladoras, associado aos procedimentos invasivos, dolorosos e afastamento do ambiente domiciliar, são possíveis causas de ansiedade⁽¹⁶⁾.

Os sintomas depressivos foram identificados em 38 (39,6%) participantes. A depressão clínica é considerada o transtorno psiquiátrico mais prevalente entre pacientes com câncer e está associada com significativas perdas funcionais. Entretanto, é frequentemente subnotificada e não identificada até que seus impactos negativos sobre a qualidade de vida sejam graves^(16,18).

Apesar da grande probabilidade de pessoas com câncer apresentarem morbidade psicológica, estudos relatam que os trabalhadores da saúde não conseguem identificar indivíduos com neoplasia maligna com sintomas de depressão e ansiedade, contribuindo para complicações no tratamento em mais da metade dos casos^(2,6).

Destarte, a *American Society of Clinical Oncology* e a *Canadian Association of Psychosocial Oncology* (ASCO), aconselham que todos os pacientes com câncer precisam ser avaliados quanto aos sintomas de ansiedade e depressão, em múltiplos períodos da assistência. Essa avaliação precisa ser efetivada utilizando medidas validadas e, conforme os níveis de sintomas relatados, díspares formas de tratamento são recomendadas. A falha em identificar sintomas de ansiedade e depressão, bem como tratá-los, no contexto da oncologia, aumenta o risco de redução na qualidade de vida⁽¹⁾.

Outro ponto relevante neste estudo foi que 92 (95,8%) participantes afirmaram praticar algum tipo de religião. As crenças religiosas, expressas por meio de rituais, orações e meditações, compõem mecanismos comuns em que as pessoas se amparam no momento de enfermidade⁽¹⁷⁾. Desta forma, o enfrentamento religioso pode apresentar-se como elemento que contribui na adesão ao tratamento, no enfrentamento da problemática, na redução do estresse e ansiedade, na busca de significado para sua atual situação^(15,17), é a principal estratégia de *coping* empregada por indivíduos com câncer⁽¹⁾. A crença em uma força superior, o pensamento positivo e o otimismo são grandes influências no incremento de respostas adaptativas às circunstâncias difíceis e complexas devido à doença⁽¹⁵⁾.

Ao analisar a presença de possíveis correlações entre as variáveis, constatou-se que há correlação negativa de moderada magnitude entre morbidade psicológica e a recuperação cirúrgica ($r = -0,56$; $p \leq 0,00$), indicando que quanto maiores os níveis de ansiedade e depressão, pior a qualidade da recuperação cirúrgica. Corroborando com a literatura internacional, pesquisa realizada em Israel identificou que indivíduos com câncer que sofrem com os sintomas de depressão e ansiedade experimentam significativa redução da qualidade de vida e apresentam maior tempo de recuperação pós-operatória, exigindo, dessa forma, mais recursos dos serviços de saúde⁽⁶⁾.

Não foram encontradas correlações entre o tipo de câncer/cirurgia realizada com os níveis de ansiedade e depressão, bem como com a recuperação cirúrgica. Independente da neoplasia maligna, a percepção dos indivíduos frente às situações estressantes são distintas, sendo influenciadas significativamente por experiências anteriores e diferenças individuais, sociais e culturais⁽⁸⁾.

Contudo, estudo internacional que objetivou investigar a prevalência e as trajetórias a curto prazo de ansiedade, depressão e ansiedade-depressão em pessoas com câncer, constatou que pacientes com câncer de pulmão e história do tabagismo foram os preditores mais fortes de morbidade psicológica quando comparados a outras neoplasias malignas: gastrintestinais, geniturinárias, neuroendócrinas, de cabeça e pescoço, ossos, mama, pele e próstata⁽⁹⁾.

Constatou-se também correlação negativa fraca entre as variáveis idade e os sintomas de ansiedade ($r = -0,20$; $p \leq 0,04$), indicando que os participantes mais jovens apresentaram níveis mais elevados de ansiedade. Este fato foi observado em uma pesquisa onde a prevalência de morbidade psicológica foi maior até seis meses após o diagnóstico⁽⁹⁾. Sintomas de morbidade psicológica foram maiores no grupo etário mais jovem e menores em idosos, provavelmente devido a maior alteração no cotidiano dos jovens, ao passo que os idosos, apesar de poder apresentar alguma limitação física, possuem uma percepção cognitiva e emocional mais preparada para aceitar a enfermidade⁽⁴⁾. No entanto, os tipos de cânceres não mostraram nenhuma correlação com a idade^(4,9).

Além disso, houve correlação positiva fraca entre a variável escolaridade e a morbidade psicológica ($r = 0,20$; $p \leq 0,04$), indicando que, quanto maior o nível de escolaridade, maior a morbidade psicológica.

Diante disso, supõe-se que o maior acesso à informação e ao conhecimento sobre a doença, pelos indivíduos com maior escolaridade, desencadeiem perturbações emocionais mais evidentes. Ressalta-se que não houve correlação entre a escolaridade e a recuperação cirúrgica.

A morbidade psicológica não apresentou diferença em relação ao sexo. Entretanto, constatou-se em outro estudo que, no momento do diagnóstico, as mulheres apresentaram índices duas a três vezes mais elevados sintomas de ansiedade e depressão frente ao câncer, quando comparadas aos homens⁽⁹⁾.

Para a variável recuperação cirúrgica, identificou-se diferença entre homens e mulheres, sendo que as mulheres apresentaram melhor recuperação cirúrgica, corroborando com dado de estudo internacional, que objetivou determinar os preditores de recuperação mais rápida no pós-operatório de ressecção de câncer de cólon, em que o sexo feminino foi considerado um dos determinantes independentes para uma recuperação cirúrgica precoce⁽⁶⁾.

Apartir dos resultados encontrados, percebeu-se a necessidade de comprometimento do profissional de saúde no processo contínuo e dinâmico de cuidar do indivíduo com câncer, principalmente o enfermeiro, pois é o profissional que permanece maior tempo com o paciente. Por este motivo, pode estabelecer com ele um vínculo e um diálogo assertivo⁽¹⁶⁾, na avaliação da morbidade psicológica e no desenvolvimento de intervenções eficazes.

Pode-se afirmar como limitações do estudo o desenho transversal que não permite o estabelecimento de relações causais entre variáveis analisadas e a capacidade de generalização dos dados, pois esta pesquisa foi desenvolvida com indivíduos atendidos em um Estado do país que podem apresentar características inerentes àquela região. Espera-se que estudos posteriores adotem métodos longitudinais, multicêntricos, com tamanho amostral maior, o que permitirá, assim, comprovar as hipóteses estabelecidas neste estudo.

● CONCLUSÃO

No que concerne à morbidade psicológica, observou-se relação positiva fraca com o grau de escolaridade, sendo que quanto maior a escolaridade, maior a morbidade psicológica. Identificou-se relação negativa fraca com a recuperação cirúrgica, ou seja, maiores níveis de morbidade psicológica implicam em uma diminuição da qualidade de recuperação cirúrgica.

Em relação à recuperação cirúrgica, houve diferença significativa na intensidade de sua qualidade quanto ao sexo, sendo maior a gradação nas mulheres.

Como a morbidade psicológica interfere diretamente na qualidade de recuperação cirúrgica, quanto mais precoce for detectada alguma alteração psicológica, melhor será a qualidade de recuperação cirúrgica. Por isso, é fundamental que os profissionais tenham conhecimento deste constructo, o que torna necessária a realização de outras pesquisas brasileiras na área, frente ao predomínio da literatura internacional, principalmente em países desenvolvidos.

As contribuições desta pesquisa vão além da produção do conhecimento, na medida em que pretende servir de subsídio para o planejamento das ações de enfermagem, visando melhor atendimento dos profissionais no perioperatório de pacientes oncológicos, visto que tanto o procedimento cirúrgico quanto a doença tendem a gerar morbidades psicológicas.

● REFERÊNCIAS

1. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation. *J Clin Oncol*. [Internet] 2014;32(15) [acesso em 15 mar 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2013.52.4611>.
2. Hess CB, Singer M, Khaku A, Malinou J, Juliano JJ, Varlotto JM, et al. Optimal Frequency of Psychosocial Distress Screening in radiation oncology. *J Oncol Pract*. [Internet] 2015;11(4) [acesso em 15 mar 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.53089>

<http://dx.doi.org/10.1200/JOP.2014.003392>.

3. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativas 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/INCA; 2015.

4. da Mata LRF, da Silva MR, Antunes ACC, Faria BS, Chávez GM, Oliveira PP. Autoestima e distress em indivíduos submetidos a cirurgias oncológicas: estudo correlacional. *Online Braz J Nurs*. [Internet] 2016;15(4) [acesso em 15 mar 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20165398>.

5. Hanson-Heath CA, Muller LM, Cunningham MF. Evaluating enhancements to a perioperative nurse liaison program. *AORN J*. [Internet] 2016;103(4) [acesso em 15 mar 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.01.017>.

6. Vlug MS, Bartels SAL, Wind J, Ubbink DT, Hollmann MW, Bemelman WA, et al. Which fast track elements predict early recovery after colon cancer surgery? *Colorectal Dis*. [Internet] 2012;14(8) [acesso em 20 mar 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1463-1318.2011.02854.x>.

7. Mata LRF, de Carvalho EC, Gomes CRG, da Silva AC, Pereira MG. Autoeficácia e morbidade psicológica no pós-operatório de prostatectomia radical. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2015;23(5) [acesso em 16 mar 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0456.2618>.

8. Bidstrup PE, Christensen J, Mertz BG, Rottmann N, Dalton SO, Johansen C. Trajectories of distress, anxiety, and depression among women with breast cancer: looking beyond the mean. *Acta Oncol*. [Internet] 2015;54(5) [acesso em 20 mar 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.3109/0284186X.2014.1002571>.

9. Boyes AW, Girgis A, D'Este CA, Zucca AC, Lecathelinais C, Carey ML. Prevalence and predictors of the short-term trajectory of anxiety and depression in the first year after a cancer diagnosis: a population-based longitudinal study. *J Clin Oncol*. [Internet] 2013;31(21) [acesso em 20 mar 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2012.44.7540>.

10. Dancey CP, Reidy JG, Rowe R. Estatística sem matemática para ciências da saúde. Porto Alegre: Penso; 2017.

11. Santos CS, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Avaliação da confiabilidade do Mini-Exame do Estado Mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. *Cogitare Enferm*. [Internet] 2010;15(3) [acesso em 12 dez 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i3.18879>.

12. Zigmond A, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. [Internet] 1983;67(6) [acesso em 14 dez 2016]. Disponível: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x/epdf>.

13. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Junior C, Pereira WAB. Transtornos de humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HADS) de ansiedade e depressão. *Rev. Saúde Pública*. [Internet] 1995;29(5) [acesso em 15 dez 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>.

14. Eduardo AHA, dos Santos CB, Carvalho AMP, de Carvalho EC. Validação da versão brasileira do questionário Quality of Recovery - 40 Items. *Acta paul. enferm*. [Internet] 2016;29(3) [acesso em 12 set 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600036>.

15. White MC, Holman DM, Boehm JE, Peipins LA, Grossman M, Henley SJ. Age and cancer risk: a potentially modifiable relationship. *Am J Prev Med*. [Internet] 2014;46(3 Suppl 1) [acesso em 12 fev 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2013.10.029>.

16. Firmeza MA, de Moraes KBRFM, de Oliveira PP, Rodrigues AB, da Rocha LC, Grangeiro ASM. Ansiedade em pacientes com neoplasias malignas no pós-operatório mediato: estudo correlacional. *Online Braz J Nurs*. [Internet] 2016;15(2) [acesso em 12 fev 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20165335>.

17. Young WC, Nadarajah SR, Skeath PR, Berger NA. Spirituality in the context of life-threatening illness and life-transforming change. *Palliat Support Care*. [Internet] 2015;13(3) [acesso em 20 fev 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951514000340>.

18. Mols F, Husson O, Roukema JA, van de Poll-Franse LV. Depressive symptoms are a risk factor for all-cause mortality: results from a prospective population-based study among 3.080 cancer survivors from the PROFILES registry. *J Cancer Surviv*. [Internet] 2013;7(3) [acesso em 20 mar 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1007>

