

Ansiedade e depressão em pacientes com tumores do sistema nervoso, hospitalizados à espera da cirurgia

Anxiety and depression in patients with tumors of the nervous system, hospitalized and awaiting surgery

Rosecler Netto²⁰

Faculdade Evangélica do Paraná

Marilza Mestre²¹

Faculdade Evangélica do Paraná

Deborah Cristiane Lobo Rodrigues dos Santos²²

Governo do Estado do Paraná

Leila Lilian Susko Zotto²³

Faculdade Evangélica do Paraná

Resumo

Estudo descritivo, associativo com o objetivo de verificar a relação entre estados emocionais (ansiedade e depressão) e permanência hospitalar em período pré-operatório que ultrapassa o tempo de uma semana. A amostra, constituída por quatro pacientes do sexo feminino diagnosticadas com tumores do sistema nervoso internados para cirurgia, respondeu a cinco questões abertas aplicadas somente na primeira entrevista e quatorze itens da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS): sete voltados para avaliação da ansiedade (HAD-A) e sete para avaliação da depressão (HAD-D) aplicada semanalmente até o ato cirúrgico. A pontuação final indicou estado de ansiedade na primeira aplicação em três pacientes e ansiedade/depressão na terceira aplicação em uma paciente. A hipótese da curva ansiedade/depressão/ansiedade não foi confirmada. Com o número reduzido da amostra, consideram-se os resultados válidos apenas para esse estudo.

Palavras-chave: Psicologia hospitalar, Ansiedade e depressão, Tumores do sistema nervoso, Pré-operatório.

²⁰ Psicóloga Clínica, Enfermeira, Professora, Cursos de Graduação em Psicologia e Enfermagem, Faculdade Evangélica do Paraná. Rua Padre Anchieta, 2770, Bigorrrilho, 80730-000, Curitiba, PR, Brasil.

²¹ Psicóloga Clínica, Professora, Doutora e Supervisora no Curso de graduação e pós-graduação em Psicologia, Faculdade Evangélica do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

²² Agente Profissional, Psicóloga, Governo do Estado do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

²³ Psicóloga clínica. Curitiba, PR, Brasil.

Abstract

The aim of this associative, descriptive study was to measure emotional states (anxiety and depression) and assess their relationship with preoperative hospitalization lasting longer than one week. The final sample was limited to four female patients diagnosed with tumors of the nervous system who answered five open-ended questions and fourteen items on the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), seven of which are used to assess anxiety (HADS-A), and seven depression (HADS-D). The final score corresponded to a state of anxiety in three patients in the sample after the questionnaire was first applied and to a state of anxiety/depression in one of the patients when the questionnaire was applied for the third time following postponement of her surgery. The hypothesis of the anxiety/depression/anxiety curve was not confirmed. The results are only considered to be valid for the study sample.

Keywords: Hospital psychology, Anxiety and depression, Nervous system tumors, Preoperative.

Introdução

As intervenções psicológicas na unidade de neurocirurgia têm registrado expressões de sentimentos neste período e os pacientes, em sua maioria, manifesta emoções que configuram desamparo e medo do avanço da doença nos dias que antecedem o procedimento cirúrgico. O interesse no objeto de estudo partiu da observação diária de pacientes diagnosticados com tumores do sistema nervoso, internados na Unidade de Neurocirurgia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) para cirurgia.

A oportunidade de discutir e trocar pareceres com os profissionais de saúde que atendem no setor demonstrou aos autores do presente trabalho, a necessidade de mensurar as curvas de ansiedade e depressão no período que antecede o ato cirúrgico. Esta curva inclui ansiedade na primeira semana de

hospitalização seguida de depressão, principalmente em eventuais cancelamentos da cirurgia, e retorno da ansiedade quando a cirurgia é remarcada (Sebastiani e Maia, 2005).

Sabe-se que situações do cotidiano exigem respostas (pensamentos e ações) que gerem o ajuste psicológico do indivíduo ao ambiente (Chaves, 2002). A hospitalização, por si só, é uma experiência pouco agradável para a maioria dos pacientes, a necessidade de intervenção cirúrgica agrava este desconforto e a casual suspensão da cirurgia pode gerar maior angústia (Antonio, Munari e Costa, 2002).

Na Unidade de Neurocirurgia (HUEP) o pré-operatório – período que compreende o intervalo entre a admissão ao hospital e o início da cirurgia, na maioria das vezes, ultrapassa uma

semana em decorrência da necessidade clínica específica destes quadros. Mesmo sendo uma espera prevista nos procedimentos pré-cirúrgicos, nem sempre o paciente compreende as explicações médicas para tal demora, especialmente os deprimidos. Barlow (1999) afirma que “pacientes deprimidos distorcem, consideravelmente, suas interpretações dos acontecimentos, de modo que eles mantêm visões negativas de si próprios, do ambiente e do futuro.” (p.274).

No hospital, a análise objetiva do estado pré-operatório inclui procedimentos definidos por protocolos de atendimento de acordo com a doença. Esta análise indica, previamente, o provável número de dias de internação pré-operatório ideal. De acordo com o Protocolo de Risco Cirúrgico, da Secretária de Saúde do Município de Belo Horizonte (2007):

“O propósito da avaliação pré-operatória é verificar o estado clínico do paciente, gerando recomendações sobre a avaliação, manuseio e risco de problemas em todo período pré-operatório e definir o risco cirúrgico que o paciente, o anestesista, o assistente e o cirurgião podem usar para tomar decisões que beneficiem o paciente a curto e longo prazo.” (p. 1).

A intervenção psicológica tem a possibilidade de reverter a curva emocional – ansiedade/depressão/ansiedade – verificada nestes pacientes, quando os mesmos podem ser

beneficiados de forma direta por tal atendimento. Estudos que utilizam instrumentos que permitem maior aproximação do paciente oportunizam atenção seletiva da equipe de psicologia. Esse fato possibilita um espaço de escuta em que o indivíduo pode expressar sua ansiedade, medo e frustração, aliviando estados de humor conflitantes no momento vivido. De acordo com Beck, Rush, Shaw e Emery (1997), o paciente com sintomas depressivos, ou mesmo deprimido, experimenta vários sintomas motivacionais, cognitivos e comportamentais, e esses sintomas justificam a ocorrência de enfrentamento negativo na situação.

Na literatura, vários instrumentos para a avaliação da ansiedade e depressão são descritos sistematicamente. O estudo de Marcolino, Suzuki, Alli, Gozzani e Mathias (2007b): *Medida da ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório: Estudo Comparativo* foi desenvolvido a partir do instrumento HADS (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão). Os autores afirmam que “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” (p.158), tais como: insônia, anorexia,

perda de peso, pessimismo e outros que caracterizariam a doença física. Assim, somente sintomas psicológicos ficam evidentes na escala.

A ansiedade é um estado emocional que guarda relação com outra emoção, o medo. É um fenômeno desagradável que se relaciona, geralmente, a um evento futuro (Gentil 1997). O desconforto somático, às vezes desproporcional a uma ameaça real, pode ser considerado uma soma de respostas representativas do estado ansioso como: elevação da frequência cardíaca, alterações na respiração e na pressão sanguínea, sudorese, tremores e sensações de falta de ar, entre outros. “Dependendo da intensidade, do desconforto que provoca, da interferência ou não nas atividades diárias ou no sono e da duração, poderá ser considerada normal ou patológica.” (Aristides, 2007, p.662).

Estudos recentes confirmam o consenso geral de que o período de internação hospitalar é um processo gerador de inúmeras mudanças e rupturas nas relações e no cotidiano do paciente. Para Lasner (2003), as emoções são mais intensas em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. O autor considera que, muitas vezes, os pacientes experimentam forte angústia no

período pré-operatório e a extensão dessa angústia pode ser influenciada por transtornos prévios, como a depressão e ansiedade.

As alterações psicológicas são significativas no período que antecede a cirurgia. A maioria dos pacientes tem receio de sentir dor, de sofrer mutilações, da própria anestesia e da morte (Magalhães Filho, Segurado, Marcolino & Mathias, 2006). O medo da intervenção cirúrgica é tão grande em alguns pacientes com câncer, que pensamentos distorcidos podem decorrer da ansiedade patológica (Bailey, 1997; Bailey, Geyen & Scott-Gurnell, 2005). Contudo, “o conhecimento sobre a cirurgia a ser realizada pode reduzir o estado de ansiedade” (Kiyohara, Kayano & Oliviera, 2004, p.51).

Os cirurgiões, nas rotinas hospitalares, raramente dispõem de tempo, espaço ou recursos suficientes para dar conta de tantas exigências e expectativas. Para este contexto, ressalta-se a importância da presença de outros profissionais na equipe, particularmente o psicólogo que pode facilitar a interlocução entre equipe de saúde e paciente (Sebastiani et al., 2005).

Um aspecto expressivo no contexto hospitalar são os traços da cultura religiosa do grupo a que o paciente

pertence. Grande parte do significado que os doentes e familiares dão à doença tem parâmetros nos discursos religiosos culturalmente aprendidos (Pinto & Zago, 2000). A coleta de dados é essencial para a compreensão sistemática de sentimentos exacerbados durante o tempo de hospitalização, principalmente em cirurgias que exigem no pré-operatório, alguns dias de permanência do paciente no hospital para cuidados intensivos e exames preliminares (Lasner, 2003).

De acordo com o Protocolo de Risco Cirúrgico da Secretária de Saúde do Município de Belo Horizonte (2007), todo procedimento cirúrgico deve considerar “o pré, o per e o pós-cirúrgico, com ênfase no desempenho funcional do paciente através da identificação dos fatores de risco do paciente que interferem no risco cirúrgico: anamnese, exame físico e exames laboratoriais” (p.1). Além disso, protocolos prevêem a avaliação e acompanhamento psicológico nas indicações de cirurgias (Sebastiani et al., 2005).

Moreno e Moreno (1998) asseguram que as escalas que avaliam ansiedade e depressão traduzem o fenômeno clínico da depressão e/ou ansiedade em informações objetivas e quantitativas. São escalas geralmente utilizadas para descrever as amostras de

pacientes – indicam tanto os sintomas presentes como os ausentes no quadro clínico, e avaliam as mudanças que se operam no curso do tratamento. Segundo Marcolino, Mathias, Piccinini Filho, Guaratani, Suzuki e Alli (2007a), “A noção de mensuração é um componente essencial da pesquisa científica. Nas ciências sociais, a mensuração é mais habitualmente vista como um processo de articulação de conceitos abstratos a indicativos empíricos”. (p. 4).

A literatura apresenta vários instrumentos para a avaliação da ansiedade e da depressão, sendo que a maioria foi criada para ser aplicada pelo entrevistador em pacientes com transtornos psiquiátricos. Um dos instrumentos mais amplamente utilizados para auto-avaliação de medidas de ansiedade e de depressão são os Inventários de Ansiedade e de Depressão de Beck. (Marcolino *et al.*, 2007a). Porém, os autores asseguram que a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) é um instrumento mais apropriado para aplicação em pacientes hospitalizados. Afirmam que a HADS permite avaliar a ansiedade e a depressão mantendo o raciocínio que encara os estados de humor como conceitos distintos e, além disso, é uma escala de “fácil manuseio e de rápida

execução, podendo ser realizada pelo paciente ou pelo entrevistador” (p.53).

Tomando por base as considerações anteriores, tem-se como perspectiva que os resultados do presente estudo possam facilitar os atendimentos psicológicos e a comunicação mais eficiente entre o médico, a equipe de enfermagem e o paciente. A hipótese é que o conhecimento das curvas dos mecanismos psicológicos – ansiedade / depressão / ansiedade no período de hospitalização pré-cirúrgica pode nortear a criação de futuros protocolos para intervenções psicológicas que minimizem estes estados. Magalhães Filho et al. (2006) afirma que ansiedade e depressão são estados emocionais típicos em pacientes ao longo das avaliações pré-operatórias.

Método

Trata-se de um estudo descritivo associativo sobre estados emocionais de ansiedade e de depressão, e tempo de internação pré-operatório.

Participantes: foram incluídas neste estudo transversal quatro mulheres adultas com diagnósticos de tumor do sistema nervoso, internadas para cirurgia na unidade de neurocirurgia do HUEC (Hospital Universitário Evangélico de

Curitiba). A escolha foi aleatória, por ordem de chegada. Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentavam deficiência auditiva, visual, fonativa ou mental e pacientes submetidos à cirurgia no decorrer da primeira semana de internação.

Instrumentos

a) Ficha de Identificação, elaborada pelos autores, contendo itens para caracterização dos participantes – idade, gênero, estado civil, escolaridade, religião, profissão, ocupação atual – ativos, afastados ou aposentados

b) Questionário com cinco perguntas semi-dirigido, elaborado pelos autores, para entender como os pacientes percebem sua doença e a cirurgia a ser realizada: 1. O que você sabe sobre sua doença? 2. O que você sabe sobre a cirurgia a ser realizada? 3. O que espera com a cirurgia? 4. Há alguma coisa que gostaria de saber e ou falar? 5. Que pergunta gostaria de fazer a seu médico?

c) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) que possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima

de 21 pontos para cada escala adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaith recomendados para ambas as subescalas:

- HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ;
- HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 . (Marcolino, Suzuki, Alli, Gozzani, e Mathias, 2007).

Procedimento

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Evangélica do Paraná, os pacientes aptos a participarem do estudo foram abordados no primeiro dia de internação. Aqueles (as) que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam esclarecimentos sobre: a) objetivo do estudo; b) instrumentos a serem utilizados; c) aplicação da escala HADS ao longo do período de hospitalização pré-operatório; d) confiabilidade em relação a nome e dados coletados. Neste primeiro contato os pacientes responderam as perguntas da ficha de identificação, do questionário e da escala HADS. Nas semanas seguintes a escala HADS foi aplicada semanalmente enquanto os pacientes aguardavam o procedimento cirúrgico.

A seqüência das aplicações da escala HADS obedeceu ao período de hospitalização pré-operatório de cada uma das pacientes. As pacientes 01 e 02 foram submetidas ao ato cirúrgico após duas semanas de internação, as pacientes 03 e 04 após três e quatro semanas respectivamente.

Quadro 1. Aplicações semanais da escala HADS a cada uma das pacientes no período pré-operatório.

Pacientes	1	2	3	4
1ª semana	HADS	HADS	HADS	HADS
2ª semana	HADS	HADS	HADS	HADS
3ª semana	---	---	HADS	HADS
4ª semana	---	---	---	HADS

Resultados e Discussão

A amostra final constitui-se de quatro pacientes do sexo feminino. Os resultados das aplicações da escala HADS são apresentados no quadro (2) e discutidos na seqüência: a) histórico resumido de cada paciente; b) freqüência de sintomas de ansiedade e depressão no pré-operatório da ansiedade e c) comparação entre freqüência de ansiedade e depressão em cada paciente ao longo da internação pré-operatória, figura (1).

Os resultados e as discussões seguem a ordem do dia de internação de cada paciente e aplicação semanal do instrumento HADS.

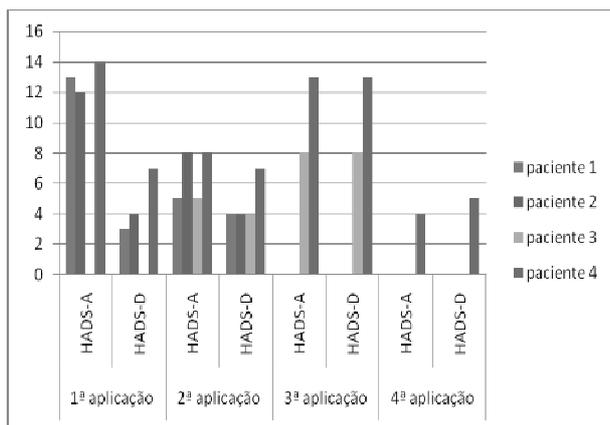


Figura 1. Escores das aplicações semanais do instrumento HADS – HAD-A (ansiedade) e HAD-D (depressão) nas pacientes 1, 2, 3 e 4 no período pré-operatório.

A intervenção de emergência com a paciente 04, em função de seu estado emocional, é descrita na seqüência. As respostas ao questionário que configuram expressões de ansiedade ou depressão e as perguntas que as pacientes gostariam de fazer a seu médico são apresentadas e discutidas subseqüentemente.

Histórico resumido das pacientes

Paciente 1: 30 anos, solteira, ensino fundamental completo, evangélica, mora com a mãe e dois irmãos (32 e 23 anos), nunca trabalhou fora de casa. Aos doze anos teve a primeira convulsão precedida, como relata a paciente, “*por uma coisa branca*” decorrente “*do susto*” com a própria menarca – ela fala sobre seu medo de sangue: “*quando eu vou ficar menstruada já fico nervosa antes. Eu nunca fico sozinha em casa*”. A partir desta data apresentou inúmeras crises

convulsivas, no geral, precedidas pela aura “*uma coisa branca*”. Apresenta cicatrizes de queimaduras e suturas de ferimentos decorrentes de quedas no mesmo nível. Relata ciúme extremo dos dois irmãos – “*eu não aceito que namorem e meu irmão mais velho disse que só vai se casar depois que eu me casar*”. Gosta muito de participar dos cultos de sua igreja: “*lá eu fico à vontade. Tem bastante gente que gosta da gente*”.

Diagnóstico: hemangioblastoma intracraniano – tumor vascular raro – 1 a 2% de todas as neoplasias cranianas – sintomas: cefaléia, edema de papila e ataxia. O tratamento é cirúrgico – 85% dos pacientes submetidos a este tratamento estão vivos e bem, 5 a 20 anos depois da cirurgia. “*Todavia existe uma incidência elevada de recidiva, caso o tumor seja parcialmente removido ou se associe a outros*”. (Rowland, 1997, p.306).

Paciente 2: 28 anos, noiva, evangélica, ensino fundamental, diarista (serviço doméstico), mora com os pais e uma irmã solteira. Aprecia programas de TV com temas religiosos, gosta de ir à igreja e residências de membros da congregação. Relata cefaléia – “*dor leve*”, tontura seguida de náusea e hipoacusia (orelha esquerda) progressiva no decorrer do último ano. Mostra-se bastante tímida e

reservada. Refere-se à sua fé dizendo: “*eu acredito que vou sair boa. Sei que Deus está conduzindo tudo*”.

Diagnóstico: Schwannoma do Acústico (neuroma do Acústico) – tumor benigno que se origina nas células de Schwann - 5 a 10% de todos os tumores intracranianos. Sintomas: “perda gradual da audição unilateral, gradativamente progressiva em quase todos os pacientes [...], cefaléia, náuseas, vômitos. [...] a ressecção microscópica costuma ser curativa” (Rowland, 1997, p.256-258).

Paciente 3: 31 anos, casada, mãe de dois filhos (cinco e nove anos), do lar – trabalha como voluntária com crianças na congregação religiosa a que pertence, ensino médio completo, evangélica. Relata que participou de um retiro organizado pela igreja: “*Encontro com Deus*”. Na 1ª noite orou e chorou muito pedindo a Deus que “*colocasse para fora aquilo que eu sabia que existia, mas que estava escondido*”. Na manhã do dia seguinte sentiu intensa dor na região do sacro que se irradiava para a perna direita. O uso de análgicos não suprimiu a dor que se intensificou no decorrer dos dias e passou a sentir “*adormecimento*” na região pélvica. Após uma semana, buscou atendimento médico em uma unidade de saúde e foi encaminhada para

o serviço de neurologia. Foi internada para exames diagnósticos e diz: “*Deus sabe o que é para mim. Se for mesmo um tumor e não só uma infecção, eu aceito. Tenho fé que tudo vai dar certo*”.

Diagnóstico: “O tumor de células gigantes (TGC) é uma neoplasia óssea benigna agressiva de comportamento biológico incerto [...]. Nos TGC sacrais [...] a curetagem mais cimentação, sem cauterização” (p.46) preserva o plexo sacral, mas há casos em que a sacrectomia tem que ser empregada – o paciente passará a apresentar incontinência dos esfíncteres vesical e anal, e anestesia da região perineal (Camargo, 2001).

Paciente 4: 49 anos, viúva, mãe de 04 filhos, católica praticante, do lar, ensino fundamental incompleto, mora com um neto de 16 anos e ajuda no sustento de mais dois netos – “*minha alegria é ver meus netos felizes*”. Relato: órfã de mãe aos oito anos – a mãe com transtorno mental morreu devido a golpes deferidos pelo marido no momento em que ele retirou à força as duas filhas (3 e 4 anos) de suas mãos – a mãe batia as cabeças das crianças uma contra a outra. Posteriormente, o pai, alcoolista, abusou sexualmente dos filhos, inclusive do único menino que fugiu de casa aos treze anos. A paciente fez o mesmo aos dezesseis.

Em 2004 recebeu o diagnóstico do tumor intracraniano – “*é um tumor, câncer por dentro*” – época em que fez a primeira cirurgia. Relata que apresentou, durante a internação na UTI, pensamento delirante, recorrente e persecutório – “*Por favor, eu não quero que os enfermeiros cuidem de mim. Eu quero que na UTI só mulheres cuidem de mim*”. Onze meses depois fez a segunda cirurgia. Tem acompanhamento psiquiátrico há cinco anos: “*eu sei que preciso*”. Diz que antes do tratamento apresentava delírios paranóides, alucinações auditivas e visuais, além de comportamento violento.

Diagnóstico: Meningioma – os meningiomas são tumores benignos que se originam no revestimento do cérebro (meninges), podem causar diferentes sintomas de acordo com a sua localização. “Respondem por aproximadamente 20% de todos os tumores” (p.259) Predominam em adultos, com pico por volta dos 45 anos de idade. Causam sintomas por compressão, são potencialmente curáveis (ressecção cirúrgica), mas “pode ser impossível a ressecção total sem a destruição inaceitável de estruturas normais por causa da localização, da compressão e da vascularização” (p. 260) – a mortalidade operatória pode chegar a 5% (Rowland, 1997).

Frequência de sintomas de ansiedade e de depressão no pré-operatório

Os escores de sintomas de ansiedade e de depressão da amostra apontam diferenças significativas no decorrer das aplicações do instrumento. Sendo escores ≥ 9 com ansiedade e/ou com depressão, escores ≤ 8 sem ansiedade e/ou sem depressão nas escalas HAD-A (ansiedade) e HAD-D (depressão).

Quadro 2. Sintomas de ansiedade e de depressão para cada paciente, nos diferentes momentos de aplicação da HADS.

Pacientes	1	2	3	4
Aplicações				
Primeira				
HADS-A	13	12	00	14
HADS-D	03	04	00	07
Segunda				
HADS-A	05	08	05	08
HADS-D	04	04	04	07
Terceira				
HADS-A	--	--	08	13
HADS-D	--	--	08	13
Quarta				
HADS-A	--	--	--	04
HADS-D	--	--	--	05

HADS-A: escala hospitalar de ansiedade; HADS-D: escala hospitalar de depressão.

Nas aplicações da escala HAD/ansiedade os números indicam declínio dos sintomas de ansiedade nas pacientes 01, 02 e 04 da 1ª para a 2ª aplicação. A terceira paciente não apresentou escores para depressão e/ou ansiedade nas aplicações. A paciente 04 obteve escores 14 e 13 (HDA-A) na 1ª e 3ª aplicações e escore 13 (HDA-D) na 3ª aplicação.

A aplicação dos instrumentos – questionário e escala HADS na 1ª entrevista e escala HADS nas semanas seguintes no período pré-operatório, promoveu um espaço de escuta que possibilitou identificar percepções das pacientes sobre sua doença e o tratamento oferecido no ambiente hospitalar. “O modo como a pessoa pensa ou interpreta os eventos afeta o modo como ela se sente ou se comporta”. (Beck et AL, 1997, p.107).

A discussão dos resultados obedece a disposição dos dados no quadro 2.

Paciente 1: não apresentou escore para depressão. Sua fala durante a aplicação dos instrumentos (questionário e HDAS) gira em torno de seu entendimento sobre sua doença e de seu “*medo de sangue*”. A pontuação 13 (com ansiedade) na 1ª aplicação seguida por cinco (sem ansiedade) na 2ª aplicação pode ser entendida a partir de algumas colocações da paciente: “*os exames são para descobrir a causa do meu medo de sangue*” (1ª aplicação) e “*é um nozinho que cresceu na veia / agora eu sei que o médico vai tirar e vai resolver meu problema* (refere-se ao medo de sangue)” / “*agora que conversei com você e com o médico que disse que só tenho uma bolinha que cresceu na veia, não tenho*

mais medo. Eu acredito que agora vou ficar boa” (2ª aplicação).

O entendimento sobre sua enfermidade (diálogo com seu médico) e o agendamento da cirurgia coincidiram com a data da 2ª aplicação da escala HADS. Neste dia a paciente disse preferir ficar no hospital porque se sente mais segura: “*o pessoal pode socorrer na hora*” / “*aqui no hospital tem todo mundo cuidando de mim*”. Seu relato pode justificar o declínio de seus sintomas de ansiedade - diagnóstico médico exposto com palavras acessíveis ao seu entendimento e segurança no atendimento hospitalar.

Percebe-se que o entendimento do diagnóstico e do procedimento cirúrgico pode afastar o diálogo interno negativo. O monólogo que surge em situações de estresse leva a pessoa “[...] a superestimar as dificuldades existentes e a subestimar sua capacidade para lidar com as mesmas.” (Ito, 2004, p.426).

Na resposta desta paciente pode-se levantar como hipótese que os sintomas de ansiedade no primeiro dia de internação deva-se mais ao imprevisível, ao incontrolável que o desconhecido remete (Mestre, 2000), que ao aumento do período de internação, já que o escore da segunda aplicação foi cinco (5), HAD-A sem ansiedade.

A pergunta que a paciente gostaria de fazer a seu médico: *“praga de avó cai mesmo?”* caracteriza a maneira como pensa. Expressões desse teor que emergiram no decorrer da aplicação do instrumento HADS foram trabalhadas logo em seguida com a paciente. De acordo com Ellis (1977), o psicólogo tem a possibilidade de reconhecer e manejar tecnicamente idéias irracionais e mitos trazidos por cada pessoa.

Paciente 2: não apresentou escore para depressão. Internada para a segunda cirurgia neurológica – a primeira foi há três meses. Expressou seu conhecimento sobre a doença e a cirurgia: *“é um tumor que não foi retirado tudo na 1ª cirurgia. O médico vai retirar o resto”*. Relatou sua preocupação quanto à possibilidade da total extirpação do tumor: *“será que dessa vez o médico vai tirar tudo” / “tenho medo que tudo volte outra vez”*.

Durante a aplicação do instrumento quis saber o nome do tumor e se era *“maligno ou benigno?”*. A pergunta que gostaria de fazer a seu médico ela mesma a fez depois da orientação dada durante a 1ª entrevista: *“porque nasceram esses pêlos em meu rosto? / eles vão sumir depois?”* Na 2ª entrevista relatou: *“perguntei sobre a penugem em meu rosto e ele disse que é por causa dos corticóides e que depois,*

cai tudo”. Disse que a possibilidade de conversar sobre a doença ajuda a *“afastar o medo”*.

Na 1ª aplicação apresentou escore 12 (com ansiedade) e oito (sem ansiedade) na 2ª aplicação, dia anterior à cirurgia. Os relatos da paciente parecem apontar para a possibilidade de que a hipótese aventada com a primeira paciente seja a mesma: os sintomas de ansiedade decrescem com o conhecido, o tempo de espera passa a ser mais ameno a partir deste dado.

Paciente 3: não apresentou escore para depressão e/ou ansiedade. Na primeira aplicação a paciente teve pontuação zero para sintomas de ansiedade e depressão. Durante todo o período da aplicação ela sorria e demonstrava tranqüilidade. Ela atribuiu sua *“calma”* à fé que professa, à capacidade da equipe médica e ao atendimento da instituição como um todo. Segundo Skinner (1979, 2007), a agência religiosa em geral *“estabelece repertório de obediência para uso futuro”* (p.388) – garante a manutenção do comportamento sob uma medida. O autocontrole se mantém porque a consciência religiosa, freqüentemente, fala mais alto.

Na 2ª aplicação o escore foi cinco para ansiedade e quatro para depressão.

Na 3ª aplicação, em dia que antecedeu a cirurgia – escores oito para sintomas de ansiedade e oito para sintomas de depressão – a paciente referiu dor intensa: *“agora esta meio difícil. Sinto muita dor. Não consegui dormir durante toda a noite” / “Procuro não pensar. Entreguei na mão de Deus” / “Tá difícil agora que a cirurgia está perto”*. A dor é um dos estressores mais potentes para induzir estados depressivos. Sua experiencição tende a sensibilizar o paciente a vivenciar outros estressores de modo potencializado. *“A dor que não controla, associada às outras situações aversivas, pode ser extremamente debilitante”* (Caudill, 2000, p. 40).

A paciente manteve escores iguais e menores que oito – sem ansiedade / sem depressão durante as aplicações, mas apresentou gradual elevação da pontuação no decorrer das três semanas. Sua fala: *“eu prefiro ter que passar por uma cirurgia só para poder continuar o tratamento neste hospital” / “eu confio no doutor, sei que Deus está conduzindo suas mãos” / “se tiver que fazer somente as rádios eu terei que ir embora. Aqui eu me sinto mais segura” / “eu procuro não pensar” / “agora que sei que vou fazer a cirurgia quero que tudo se resolva logo. Acho que vai dar tudo certo”*.

Paciente 4: o escore 14, na 1ª aplicação, coincide com a expressão de seu medo: *“quero que dessa vez o tumor não cresça mais” / “eu quero que na UTI só as mulheres cuidem de mim” / “Por favor, eu não quero que os enfermeiros cuidem de mim. Eu quero que só moça mexa comigo”*. Nesta entrevista ficou acordado que ela receberia o atendimento de enfermagem (do gênero feminino) conforme seu desejo caso fosse para a UTI. Na 2ª aplicação a pontuação caiu para oito – *“agora eu não estou com medo de ir para a UTI”*.

A paciente faz tratamento psiquiátrico há cinco anos. O dado sugere que sua vivência na UTI na ocasião da primeira cirurgia decorra do transtorno: *“As distorções do pensamento, isto é, as distorções cognitivas, bastante prevalentes em diferentes transtornos. Distorções cognitivas são vieses sistemáticos na forma como os indivíduos interpretam suas experiências”* (Knapp, 2004, p. 20).

Na 3ª aplicação os escores foram 13 (com ansiedade) e 13 (com depressão). Neste dia a equipe de enfermagem comunicou o adiamento de sua cirurgia agendada para a tarde do dia seguinte. A paciente não entendeu o motivo do adiamento - *“eu acreditei que ia ser operada. Outros pacientes passaram na*

minha frente. Eu sei que eles estavam precisando”.

Frente ao cancelamento da cirurgia a paciente expressou sua ciência de que nada podia ser feito, nem por ela nem pela equipe. O desamparo expresso indicava sua compreensão - naquele momento a necessidade de outra pessoa era maior - contudo, remete à sua impotência, não só diante da doença, mas também das contingências de possibilidade de cura. Naquele momento essa possibilidade esvaiu-se; a cirurgia foi adiada. Para Peterson, Maier e Seligman (1993), o fenômeno do desamparo aprendido advém de experiências com eventos incontroláveis – perturbações emocionais e de aprendizagem podem levar à uma expectativa de impotência em eventos futuros.

Durante os encontros a paciente relatou vários eventos incontroláveis em sua história de vida. Sabe-se que as crenças nucleares disfuncionais podem permanecer latentes por longo tempo. São crenças absolutistas, generalizadas e cristalizadas que podem ser ativadas nos transtornos emocionais (Knapp, 2004).

No dia do adiamento da cirurgia a psicóloga responsável pela unidade precisou intervir em caráter emergencial. Segundo seu relato, a paciente apresentou sintomas de angústia e confusão

emocional após o adiamento da cirurgia. A doente dizia que não sabia se naquele momento sentia raiva por precisar fazer uma cirurgia, ou por não poder realizá-la de uma vez. Chorava compulsivamente e dizia estar muito preocupada com o neto adolescente que, segundo ela, abusa do álcool e anda com maus elementos. Falava que se a cirurgia não fosse realizada logo, “*não suportaria*” e que tinha “*medo de fazer alguma besteira*”. Sabia que perderia o controle, “*como já aconteceu há alguns anos atrás*” (não relata o fato).

A psicóloga informou a equipe de enfermagem e o médico de plantão sobre o estado da paciente e disse que, durante a intervenção psicológica, houve diminuição da ansiedade e melhora na organização do pensamento. Nos dias subseqüentes a paciente apresentou melhora significativa dos sintomas. Sebastiani et al. (2005) ressalta a importância da presença de outros profissionais na equipe, particularmente o psicólogo que possui uma formação técnica que possibilita identificar medos, dúvidas e expectativas do paciente.

Na 4ª aplicação, ou seja, na quarta semana de internação, dia que antecedeu a cirurgia, o escore foi quatro e sua fala pode justificar esta pontuação: “*Minha sorte é que posso ajudar as colegas de*

quarto” / “eu gosto de ajudar as colegas de quarto, eu me sinto útil” e reporta-se ao dia do cancelamento da cirurgia: “naquele dia eu queria ser como um passarinho. Queria sair voando por essa janela” – 4º andar do hospital.

Comparação entre a frequência de ansiedade e depressão em cada paciente ao longo da internação pré-operatória

A figura 1 possibilita a visualização dos escores para depressão / ansiedade na seqüência das aplicações. Sendo duas aplicações para as quatro pacientes, três para as pacientes 03 e 04 e, finalmente, quatro aplicações para a paciente 04.

Nas semanas que antecederam a cirurgia as pacientes não apresentaram a curva: ansiedade / depressão / ansiedade. A figura mostra que, na 3ª aplicação, único momento em que o sintoma de depressão esteve presente, o escore de ansiedade foi o mesmo, ou seja, 13 para ansiedade e 13 para depressão.

Considerações finais

A hipótese deste estudo: curva de ansiedade / depressão / ansiedade em pacientes ao longo da internação pré-cirúrgica que ultrapassa o tempo de uma semana, não foi confirmada. O número reduzido da amostra faz com que os

resultados sejam entendidos com alguma restrição e que todas as conclusões tiradas a partir deles sejam consideradas válidas apenas para a amostra do estudo.

As intervenções psicológicas possibilitam ao paciente conectar-se ao momento vivido, levando-o a pensar sobre a situação atual e como lidar com ela. De acordo com Antonio et al. (2002), a experiência da hospitalização pode levar o paciente a conflitos internos, como a ansiedade, o medo da invalidez e até mesmo da morte, riscos que muitos consideram iminentes em um ato cirúrgico.

O atendimento psicológico no âmbito hospitalar enfoca a fase atual de vida do paciente. De acordo com o autor, busca-se na avaliação caracterizar o problema principal do paciente e seus componentes: história, manutenção do problema e recursos que o doente tem para lidar com ele (Ito, 2004). Nesta perspectiva, supõe-se que as questões dos instrumentos viabilizam a coleta de dados para a avaliação.

Frente ao exposto, considera-se que a participação e compreensão do paciente no processo cirúrgico são aspectos significativos que podem fundamentar a necessidade do acompanhamento psicológico no decorrer dos dias que antecedem a cirurgia.

Considera-se que a eficiência dos atendimentos a essa parcela de pacientes hospitalizados, aguardando a cirurgia há mais de uma semana, envolve o desenvolvimento de estratégias que promovam a capacidade de lidar com situações, por vezes, imprevisíveis no decorrer da internação.

De acordo com os dados obtidos, supõe-se que a intervenção psicológica tem a possibilidade de reverter o estado emocional quando o paciente pode ser beneficiado de forma direta deste serviço. Estudos que utilizam instrumentos que permitem maior aproximação do paciente oportunizam atenção seletiva da equipe de psicologia. Esse fato possibilita um espaço de escuta em que o indivíduo pode expressar sua ansiedade, medo e frustração, aliviando, assim, estados de humor conflitantes no momento vivido.

De acordo com Beck et al. (1997), o paciente com sintomas depressivos, ou mesmo deprimido, experimenta vários sintomas motivacionais, cognitivos e comportamentais, e esses sintomas justificam a ocorrência de enfrentamento negativo na situação.

Acredita-se que a aplicação dos instrumentos utilizados no estudo pode facilitar os atendimentos psicológicos e a comunicação mais eficiente entre o médico, a equipe de enfermagem e o doente, diminuindo, assim, o sofrimento e desgaste do paciente e de todos os envolvidos. Neste ambiente em que a iminência faz parte do cotidiano, o atendimento psicológico “[...] consiste, não em levar o paciente a descobrir a solução para seu problema, mas em mudá-lo de tal modo que seja capaz de descobri-la.” (Skinner, 1979, 2007, p.417).

Referências Bibliográficas

- Antonio, P.S., Munari, D.B. & Costa, H.K. (2002). Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 4, (1), 33-39. Disponível: www.fen.ufg.br/. Recuperado em: 23 de Novembro de 2009.
- Aristides, V.C. (2007). Terapia Farmacológica para os Transtornos Psicológicos. Em: V. E. Caballo (org.): *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos da Atualidade*. pp. 661-689, São Paulo: Santos.
- Bailey, A. (1997). Psychosocial problems in cancer care: a brief review of common problems. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 4, p.323-331.
- Bailey, R.K., Geyen, D.J & Scott-Gurnell, K. (2005). Understanding and treating depression among cancer patients. *Journal Gynecol Cancer*; 15, p.203-208.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. e Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Camargo, O.P., Croci, A.T., Oliveira, C.R.G. C. M., Baptista, A.M., Caiero, M.T., Giannotti, M.A. (2001). Tumor de células gigantes: evolução histórica do seu diagnóstico e tratamento junto ao Instituto de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP. (2001). *Acta ortop. bras.* [online] 9 (4), 46-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Recuperado em 23/11/2009.
- Chaves, E.C. & Cade, N.V. (2002). Enfrentamento e sua relação com a ansiedade e com a depressão em mulheres com hipertensão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4 (1), 1-11.
- Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso (2007). Protocolo para Casos de Risco Cirúrgico. *Biblioteca da Secretaria Municipal de Saúde*. Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/>. Recuperado em: 23 de Novembro de 2009.
- Ellis, A. (1977). Can we change thoughts by reinforcement? A reply to Howard Rachlin. *Behavior Therapy*, 8, 666-672.
- Gentil, V. (1997). Ansiedade e Transtornos Ansiosos. Em: V. Gentil, F. Lotufo-Neto e M. A. Bernik (orgs.) *Pânico, Fobias e Obsessões*. São Paulo: Edusp.
- Kiyohara, L.Y., Kayano, L.K., Oliviera, L.M. (2004). Conhecimento sobre cirurgia reduz ansiedade pré-operatória. *Revista Hospital das Clínicas*, 59 (2), 51-56.
- Knapp, P. (2004). Princípios fundamentais da terapia cognitiva. Em P. Knapp (org.) *Terapia Cognitivo-Comportamental na prática Psiquiátrica*, pp.19-41. Porto Alegre: Artmed.
- Ito, L. M. (2004). Terapia Cognitivo-Comportamental na Clínica Médica. Em P. Knapp (org.) *Terapia Cognitivo-Comportamental na prática Psiquiátrica*, pp.421-429. Porto Alegre: Artmed.

- Lasner, T. (2003). Micromolas ajudam a cura de ocorrências no cérebro, sem utilizar métodos cirúrgicos. *Jornal Bahia Negócios*, 10 (9), 89. Salvador, Bahia.
- Magalhães Filho, L.L., Segurado A., Marcolino, J. A. M. & Mathias, L. A. S. T. (2006). Impacto de la evaluación pre-anestésica sobre la ansiedad y la depresión de los pacientes quirúrgicos con cáncer. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56 (2).
- Marcolino, J. A. M., Mathias, L. A. S. T., Piccinini Filho, L., Guaratani, 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. Campinas. Disponível em: www.scielo.br/scielo. Recuperado em: 23 de Novembro de 2009.
- Marcolino, J.A.M., Suzuki, F. M., Alli, L.A.C., Gozzani, J. L. & Mathias, L. A. S. T. (2007). Medida da ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório. Estudo Comparativo. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57 (2), 157-166. Disponível em: www.scielo.br/scielo. Recuperado em: 23 de Novembro de 2009.
- Mestre, M. (2000). Medo e memória: emoção e sociabilidade do final do século XX. *Revista do departamento de psicologia da UFPR*, 4.
- Moreno, R.A. & Moreno, D.H. (1998). Escalas de depressão de Montgomery & Åsberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25, 262-272.
- Peterson, C., Maier, S.F. & Seligman, M.E.P. (1993). *Learned helplessness: a theory for the age of personal control*. New York/Oxford.
- Pinto, M.H., Zago, M. M. F. (2000). A compreensão do significado cultural do aneurisma cerebral e do tratamento atribuídos pelo paciente e familiares: um estudo etnográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online] 8 (1), 51-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Recuperado em: 23 de Novembro de 2009.
- Rowland, L.P. (1997). *Merritt, Tratado de Neurologia*, 9º Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Sebastiani, R.W. & Maia, M.C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20 (1), 50-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Recuperado em: 23 de Novembro de 2009.
- Skinner, B.F. (2007). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes. (trabalho original publicado em 1979).
- Young, J.E., Beck, A.T. & Weinberger, A. (1999). Depressão. Em D.H. Barlow (org.) *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*, 2ª. Edição, pp. 273-312. Porto Alegre: Artmed.

Recebido em: 16/04/2008

Aceito para publicação em: 03/08/2009