



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



Ansiedade em pacientes com neoplasias malignas no pós-operatório mediato: estudo correlacional

Mariana Alves Firmeza¹, Kelyne Benevides Rios França Myra de Moraes¹, Patrícia Peres de Oliveira², Andrea Bezerra Rodrigues¹, Lívia Coelho da Rocha¹, Alex Sandro de Moura Grangeiro³

1 Universidade Federal do Ceará

2 Universidade Federal de São João del-Rei

3 Universidade Federal da Paraíba

RESUMO

Objetivo: investigar a ansiedade em pacientes oncológicos hospitalizados no pós-operatório mediato, por meio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado, e verificar a correlação entre a ansiedade e as neoplasias malignas de cabeça e pescoço, de estômago e colorretal. **Método:** estudo descritivo, quantitativo e correlacional, realizado em um hospital localizado no estado do Ceará. Utilizou-se a análise de variância, teste ANOVA-F, para avaliar a existência de diferença nas pontuações das escalas. **Resultados:** participaram 80 pacientes com média de idade de 50,9 anos, a maioria formada por homens (53,8%) com câncer de cabeça e pescoço (40,0%). O nível do estado e do traço de ansiedade foi moderado, e a ansiedade-estado foi ligeiramente superior à ansiedade-traço nos três grupos avaliados. Os participantes com neoplasia maligna em cabeça e pescoço apresentaram pontuações médias superiores da ansiedade-estado e da ansiedade-traço. **Conclusão:** não houve diferença estatisticamente significativa entre a ansiedade e os três grupos cirúrgicos oncológicos avaliados.

Descritores: Neoplasias; Ansiedade; Oncologia; Período Pós-Operatório.

INTRODUÇÃO

A palavra ansiedade é derivada de uma palavra alemã, cuja raiz *angst* significa “estreitamento” ou “constrição, aperto”. No latim, seu sinônimo é *angor*, que expressa falta de ar, opressão. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5, a partir de 1980 a ansiedade patológica passou a ser classificada e admitida como doença mental. A ansiedade pode ser definida como um estado emocional desagradável com a qualidade do medo, apontado para o futuro, desproporcional e com desconforto subjetivo, ressoando tanto em manifestações corporais involuntárias e voluntárias quanto em alterações biológicas e químicas⁽¹⁾.

A ansiedade e a depressão são os transtornos mentais mais rotineiramente associados às doenças clínicas⁽²⁾. O câncer é uma dessas enfermidades clínicas em que grande parte dos pacientes experiencia a ansiedade, pois a consciência da neoplasia maligna tem forte impacto na vida das pessoas, ocasionando alterações físicas, emocionais e mentais. Vale salientar que a história de vida de cada indivíduo, suas crenças, seus valores e experiências passadas ecoam de forma negativa ou positiva para o enfrentamento de um sinal ou sintoma, por isso algumas pessoas enfrentam melhor determinada circunstância que outras^(2,3).

Na trajetória de um indivíduo com câncer, a ansiedade relativa à enfermidade manifesta-se desde o diagnóstico até o fim do tratamento e está fortemente associada à saúde mental desses pacientes⁽²⁾. Para os pacientes oncológicos, a condição do diagnóstico e sua associação com a morte, bem como os efeitos colaterais dos tratamentos podem desencadear quadros de ansiedade e depressão⁽³⁾. Dentre esses tratamentos encontra-se o cirúrgico, muito utilizado para cânceres sólidos, como os de colorretal,

estômago e os de cabeça e pescoço. O procedimento cirúrgico em si, o medo de sentir dor e as possíveis alterações anatômico-funcionais advindas da cirurgia oncológica podem também provocar ansiedade⁽⁴⁾.

Paralelamente, são necessários diversos procedimentos invasivos, como sondas nasoesofágicas e drenos. Com relação ao câncer de cólon, muitas vezes é necessária também a confecção de estomias, que causam a perda do controle de eliminação fecal e, conseqüentemente, alteração na autoimagem e autoestima. Sentimentos de inaceitação, vergonha ou raiva também ocorrem e podem contribuir para quadros ansiosos⁽⁴⁾.

Ainda no período perioperatório, pode haver preocupação quanto aos futuros tratamentos necessários para o controle do câncer, visto que os protocolos de tratamento envolvem, na grande maioria das vezes, tratamentos adjuvantes, ou seja, realizados após a cirurgia. Entre esses tratamentos encontram-se a radioterapia e a quimioterapia, realizadas para que se obtenham maiores taxas de controle da doença⁽⁵⁾. Sendo assim, a preocupação com o futuro pode ainda tornar-se uma fonte de estresse no período perioperatório.

A ansiedade causa sintomas desagradáveis, como sensação de inquietude, cansaço, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular, taquicardia, palpitações, sudorese, insônia, entre outros⁽¹⁾. A avaliação da ansiedade e da depressão deveria ser rotina nas instituições de saúde, uma vez que tem sido documentada na literatura a efetividade de intervenções cognitivo-comportamentais para o seu controle⁽⁶⁾.

Existem diversos instrumentos para avaliação da ansiedade. Um deles é o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), que mede duas concepções: o estado de ansiedade, que se refere a um estado emocional transitório caracterizado por sentimentos subjetivos ou tensão, podendo variar em intensidade ao longo

do tempo; e o traço de ansiedade, ou seja, uma disposição relativamente estável da pessoa para responder ao estresse com ansiedade e uma tendência a perceber um maior leque de situações como ameaçadoras⁽⁷⁾.

O profissional enfermeiro, ao tomar conhecimento sobre a presença desse quadro nos pacientes sob seus cuidados (ansiedade-estado) e do potencial do indivíduo de vir a desenvolver ansiedade (ansiedade-traço), pode intervir, juntamente com a equipe interdisciplinar, na sua prevenção e controle.

A partir desses pressupostos, lançou-se a hipótese de que os indivíduos oncológicos no pós-operatório mediato apresentam ansiedade e de que haja diferença quando se compara o local anatômico da neoplasia maligna e o grau de ansiedade.

A escolha pela fase pós-operatória mediata deveu-se ao sofrimento psicológico, incluindo a ansiedade, podendo influenciar negativamente na satisfação do paciente e prolongar a permanência hospitalar, como apontado em estudos^(8,9).

Embora haja discussão sobre ansiedade no período perioperatório, realizou-se extensa busca por literaturas cujo cerne de discussão se pautasse nas temáticas relativas à ansiedade em pacientes com neoplasias malignas no pós-operatório.

Posto isso, foram feitas buscas de pesquisas/trabalhos na Biblioteca Virtual em Saúde que discorressem sobre esta temática, utilizando-se de todas as bases de dados nacionais e internacionais disponíveis - MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) via PubMed e CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) - e a combinação de diversos descritores em idiomas diferentes relacionados à ansiedade, pós-operatório e cirurgia oncológica. Encontraram-se alguns estudos internacionais,

porém ausência de literatura nacional sobre ansiedade em pacientes com neoplasias malignas no pós-operatório.

Face ao exposto, pretendeu-se, assim, investigar a ansiedade em pacientes oncológicos hospitalizados no pós-operatório mediato por meio da aplicação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado, e verificar a correlação entre a ansiedade e as neoplasias malignas de cabeça e pescoço, de estômago e colorretal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, correlacional, com abordagem quantitativa, utilizando-se como referencial metodológico os conceitos de pesquisa quantitativa propostos por alguns autores^(10,11). Foi realizado em uma unidade de clínica cirúrgica de um hospital universitário do estado do Ceará, composta por leitos distribuídos em enfermarias conforme a especialidade cirúrgica: cirurgia ortopédica, de cabeça e pescoço, mama e plástica, cardíaca e vascular, trato digestório, oftalmológicas e otorrínicas, coloproctológicas e urológicas.

Os participantes foram captados por um processo de amostragem consecutiva, ou seja, na medida em que foram admitidos na unidade de internação e que atenderam aos critérios estabelecidos. A amostragem consecutiva é importante por incluir toda a população (com variações sazonais ou mudanças temporais relevantes à questão de pesquisa) acessível em um período de tempo⁽¹⁰⁾.

Participaram pacientes oncológicos internados de março de 2014 a maio de 2015 na referida unidade, no pós-operatório mediato, com câncer de cabeça e pescoço, de estômago (gástrico) ou colorretal (cólon e reto). Os critérios de inclusão foram: enfermos com idade superior a 18 anos, submetidos à cirurgia oncológica e

conscientes (sendo verificado o nível de consciência mediante a aplicação da Escala de Coma Glasgow), com escore igual a 15. Excluíram-se indivíduos não alfabetizados - uma vez que o instrumento é autoaplicável - bem como pacientes que faziam uso de medicações ansiolíticas e, com algum tipo de diagnóstico psiquiátrico. Totalizaram 80 participantes no estudo, conforme descrito na **Figura 1**.

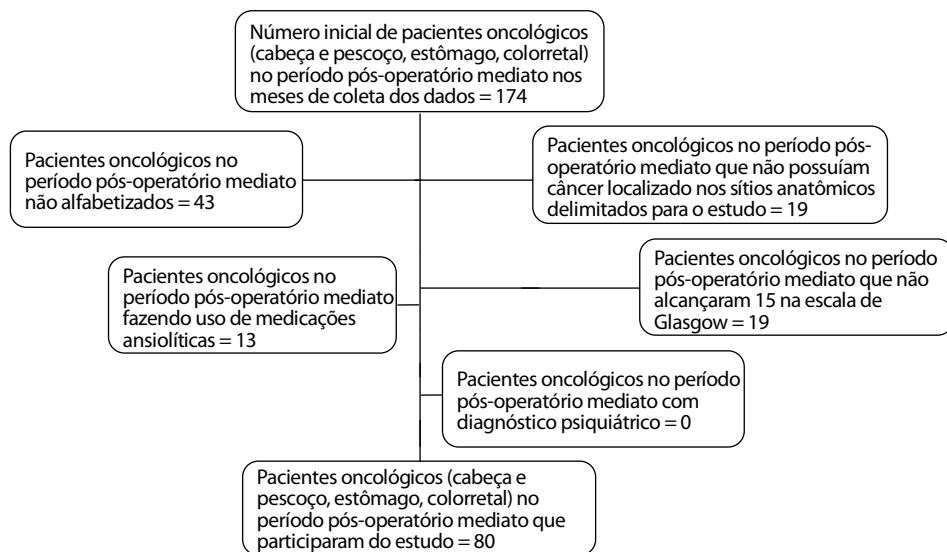
Para a coleta de dados, utilizaram-se um questionário elaborado pelos autores da pesquisa, contendo dados de caracterização dos participantes, incluindo sexo, idade, presença de um familiar acompanhante, local de ocorrência da doença oncológica e condições clínicas associadas, e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), uma das medidas de autorrelato de ansiedade mais utilizadas na pesquisa e na clínica em diferentes culturas⁽¹²⁾.

O IDATE é constituído por duas escalas: ansiedade-traço, que apresenta assertivas para que o indivíduo descreva como geralmente se sente; e a ansiedade-estado, que requer que a pessoa responda como se sente em um determinado momento, ou seja, neste estudo, no

pós-operatório mediato da cirurgia oncológica^(7,13). Cada uma dessas escalas é formada por 20 afirmações com um formato de respostas tipo *Likert*, da seguinte forma: 1- quase nunca; 2- às vezes; 3- bastante; 4- quase sempre. O escore de cada parte varia de 20 a 80 pontos, sendo que pontuações mais altas indicam maiores níveis de ansiedade⁽¹²⁾, podendo indicar, em ansiedade-traço e ansiedade-estado, baixo grau (0-34), grau moderado (35-49), grau elevado (50-64) e grau muito elevado (65-80)⁽¹²⁾.

Ressalta-se que o IDATE, considerado padrão-ouro internacionalmente para avaliação da ansiedade, consta na lista do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) como um instrumento desfavorável (plenária de 2003), ou seja, explanando que o referido ainda necessita de estudos de validade e de precisão. Porém, posteriormente, pesquisas foram realizadas possibilitando sua aplicação em estudos clínicos e não clínicos como um instrumento confiável para avaliar a ansiedade na sua modalidade ansiedade-traço e ansiedade-estado em diversas áreas do conhecimento, mostrando-se útil e eficaz na avaliação da ansiedade^(12,13).

Figura 1 - Fluxograma de constituição da população do estudo. Fortaleza, 2015.



Fonte: Elaboração dos autores, 2015.

A análise dos dados foi precedida pela elaboração de um banco de dados, utilizando-se o aplicativo *Microsoft® Office Excel* (2013), para codificação das variáveis e validação mediante dupla digitação e analisados com o auxílio do *SPSS® 13.0 for Windows®*. A fim de expor as variáveis estudadas, empregou-se a estatística descritiva envolvendo a obtenção de distribuições absolutas, percentuais, médias e desvio padrão.

Utilizou-se a análise de variância teste ANOVA-F para avaliar a existência de diferença nas pontuações das escalas do IDATE entre os três grupos cirúrgicos oncológicos avaliados e para a correlação entre eles e as variáveis da caracterização dos participantes. A margem de erro utilizada para a decisão dos testes estatísticos foi de 5,0% ($p > 0,05$).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CAAE nº 32961314.0.3001.5045) e os dados foram coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram 80 pacientes oncológicos com câncer de cabeça e pescoço, de estômago (gástrico) e colorretal (cólon e reto) hospitalizados no período pós-operatório mediato, com idade variando entre 18 e 84 anos (média de 50,9; desvio padrão de 15,1), em sua maioria do sexo masculino (53,8%), sem presença de um acompanhante da família (71,2%) e sem comorbidades (73,7%). No que se refere ao local de ocorrência da doença oncológica, 40% tinham câncer na região da cabeça e pescoço, 38,7% câncer de estômago e 21,3% câncer colorretal. Vale ressaltar que, dos que possuíam câncer colorretal (21,3%), a maioria (11 pacientes) foi submetida à confecção de colostomia.

Destaca-se que, para maior detalhamento dos resultados relacionados à caracterização dos participantes quanto ao sexo, presença de familiar, acompanhante e comorbidade, os dados foram agrupados conforme o tipo de doença oncológica, como se pode visualizar na **Tabela 1**.

Os participantes com câncer colorretal apresentaram média de idade (m 53,8; desvio padrão de 17,1) ligeiramente superior aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço (média de 51,6; desvio padrão de 15,2) e de câncer do estômago (média de 48,6; desvio padrão de 13,9) - diferença esta que, quando analisada estatisticamente (Análise de Variância – ANOVA-F) não demonstrou ser significativa ($p > 0,05$).

Quanto ao sexo dos participantes, o grupo dos homens foi maioria entre os casos de cabeça e pescoço (23,7%) e neoplasia maligna colorretal (13,8%). Nos casos observados de estômago, as mulheres foram a maioria (22,4%). Em relação à presença de um acompanhante da família, os participantes com câncer de cabeça e pescoço e estômago foram aqueles que tiveram o menor número de acompanhantes familiares (30,0% cada).

Como exposto no método, para a caracterização dos respondentes segundo seu grau de ansiedade, empregou-se o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Constatou-se, considerando o total de 80 respondentes, que a pontuação média dos participantes, apresentadas em ansiedade-estado (média de 40,8; desvio padrão de 9,7; amplitude de 21 a 77), foi ligeiramente superior àquelas observadas para ansiedade-traço (média de 39,9; desvio padrão de 8,9; amplitude de 24 a 71). Quando comparadas às pontuações exibidas em ansiedade-traço pelos tipos de neoplasias malignas considerados neste estudo, pôde-se observar que, ainda que os participantes com neoplasias malignas de cabeça e pescoço tenham apresentado pontuações médias superiores em ansiedade-traço

(média de 41; desvio padrão de 10,1), quando comparados aos do tipo colorretal (média de 39,4; desvio padrão de 9,2) e aos de estômago (média de 38,9; desvio padrão de 7,3), essa diferença não foi estatisticamente significativa (Frequência de 0,45; $p > 0,05$) (Tabela 2).

À semelhança do que ocorreu com a avaliação da ansiedade-traço, quando consideradas as pontuações médias apresentadas em ansiedade-estado, ainda que os pacientes com câncer de cabeça e pescoço tenham apresentado médias superiores aos outros dois grupos

cirúrgicos oncológicos avaliados, esta diferença não foi estatisticamente significativa, conforme verificado na **Tabela 2**.

Um detalhamento gráfico do comportamento das diferenças de médias apresentadas pelos três grupos oncológicos estudados pode ser visualizado na **Figura 2**. Observa-se que as médias de a ansiedade-traço e ansiedade-estado foram superiores no grupo de pacientes com câncer de cabeça e pescoço e menores no grupo de indivíduos com câncer de estômago.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes com câncer de cabeça e pescoço, de estômago e colorretal quando ao sexo, presença de acompanhante familiar e comorbidade. Fortaleza, 2015.

Tipo de câncer		Cabeça e Pescoço		Colorretal		Estômago		Total	
		Frequência absoluta (n=80)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (n=80)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (n=80)	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta (n=80)	Frequência relativa (%)
Sexo	Masculino	19	23,7	11	13,8	13	16,3	43	53,8
	Feminino	13	16,3	6	7,5	18	22,4	37	46,2
Presença de acompanhante da família	Não	24	30	9	11,2	24	30	57	71,2
	Sim	8	10	8	10	7	8,7	23	28,7
Comorbidades	Não possui	25	31,2	10	12,5	24	30	59	73,7
	Cardiopatia	1	1,2	2	2,5	0	0	3	3,7
	Diabetes Mellitus	1	1,2	1	1,2	0	0	2	2,4
	Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS)	3	3,7	4	5,2	5	6,3	12	15,2
	HAS/Diabetes Mellitus	2	2,5	0	0	2	2,5	4	5

Fonte: elaboração dos autores, 2015.

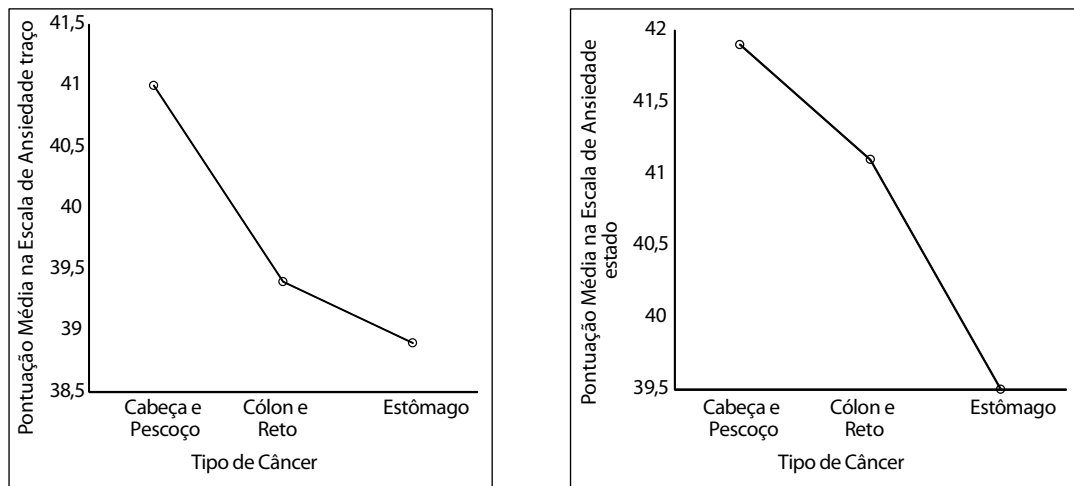
Tabela 2 - Diferença de médias pontuações nas escalas ansiedade-traço e ansiedade-estado nos três grupos cirúrgicos oncológicos avaliados. Fortaleza, 2015.

Tipo de câncer	Cabeça e pescoço (n=24)		Colorretal (n=14)		Estômago (n=22)		Frequência	p*
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
Ansiedade-estado	41,9	11,8	41,1	9,3	39,5	7,2	0,49	>0,05
Ansiedade-traço	41	10,1	39,4	9,2	38,9	7,3	0,45	>0,05

*p-value - teste ANOVA-F

Fonte: elaboração dos autores, 2015.

Figura 2 - Detalhamento gráfico das pontuações médias dos grupos oncológicos em ansiedade-traço e ansiedade-estado. Fortaleza, 2015.



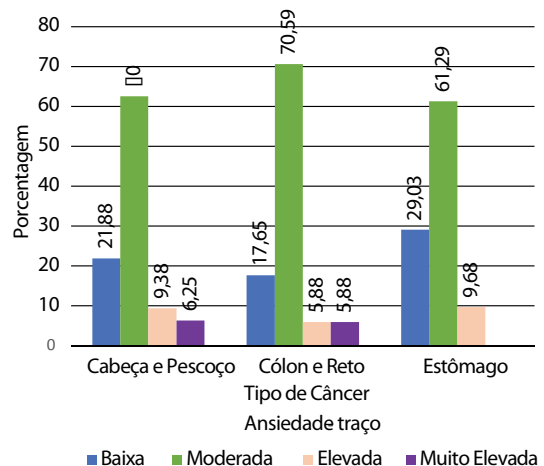
Fonte: Elaboração dos autores, 2015.

Adicionalmente, a fim de verificar a distribuição do nível de ansiedade apresentado pelos pacientes de cada grupo oncológico, procedeu-se a classificação em ansiedade-traço e ansiedade-estado, baixo grau (0-34), grau moderado (35-49), grau elevado (50-64) e grau muito elevado (65-80), conforme exposto no método.

Como pode ser observado na **Figura 3**, houve a predominância de ansiedade-traço moderada independentemente do grupo oncológico investigado. Destaca-se ainda que o nível muito elevado de ansiedade-traço não foi observado em pacientes com câncer de estômago.

Destarte, na avaliação da ansiedade-estado, assim como ocorreu com a de ansiedade-traço, houve a predominância de níveis de ansiedade moderada em todas as condições oncológicas (**Figura 4**), sendo inexistente a presença de pacientes com ansiedade-estado muito elevada nos pacientes com câncer colorretal (cólon e reto) e de estômago.

Figura 3 - Nível de ansiedade-traço nos três grupos oncológicos estudados. Fortaleza, 2015.



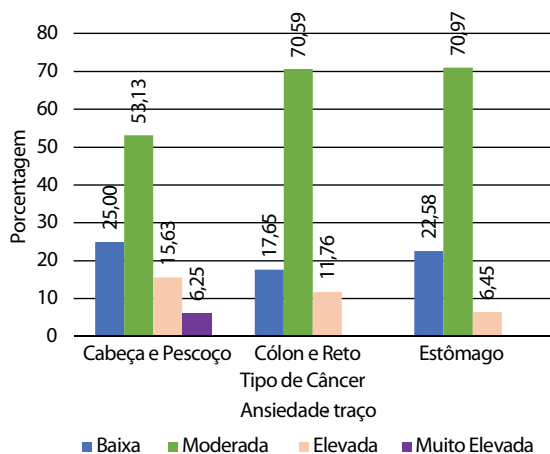
Fonte: Elaboração dos autores, 2015.

DISCUSSÃO

Os participantes do estudo foram, na sua maioria, compostos por homens, convergindo com os dados encontrados na literatura^(5,14,15), onde, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estimam-se 395 mil casos novos de cân-

cer para o biênio 2014/2015, sendo 204 mil para o sexo masculino e 190 mil para sexo feminino⁽¹⁶⁾.

Figura 4 - Nível de ansiedade-estado nos três grupos oncológicos estudados. Fortaleza, 2015.



Fonte: Elaboração dos autores, 2015.

Os tipos de câncer mais incidentes na população brasileira, com exceção do câncer de pele não melanoma, são os tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), colorretal (33 mil), pulmão (27 mil) e estômago (20 mil). Em contraponto, o câncer mais incidente na população estudada foi o de cabeça e pescoço, cujos sítios anatômicos que estão incluídos nesse grupo são as neoplasias que constituem a cavidade oral, compreendendo a mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua, soalho de língua; faringe, que inclui orofaringe, nasofaringe, hipofaringe; cavidade nasal e seios paranasais; laringe glótica, subglótica e supraglótica; e glândulas salivares⁽¹⁵⁾. Ressalta-se que na região Nordeste, local da pesquisa, a incidência de câncer de cabeça e pescoço é maior que nas outras regiões do Brasil^(15,16).

Os dados encontrados neste estudo, no que se refere ao sexo e ao tipo de câncer, corroboram com a literatura mostrando a predominância de câncer de cabeça e pescoço no sexo masculino⁽¹⁷⁾. Segundo o INCA, há risco estimado

de 11,54 casos novos de câncer de cabeça e pescoço a cada 100 mil homens, e 3,92 a cada 100 mil mulheres⁽¹⁶⁾. Isso se deve, em parte, aos fatores de risco, como o tabagismo e o etilismo, que embora venham aumentando em ambos os sexos, ainda estão mais frequentemente associados ao sexo masculino.

Já o câncer colorretal ocorreu mais nos homens, o que difere da estimativa do INCA para o biênio 2014-2015, onde, especificamente no estado do Ceará, são previstos mais casos de neoplasia maligna de cólon e reto para mulheres do que para homens (8,81 para cada 100 mil mulheres contra 7,51 para cada 100 mil homens). Ainda em relação ao tipo de câncer e ao sexo, predominou, no grupo de câncer gástrico, mulheres, em desacordo com a estimativa, que previa 13,19 casos novos a cada 100 mil homens e 7,41 a cada 100 mil mulheres para o Brasil no biênio 2014/2015, ocorreram 750 casos novos em homens no estado do Ceará contra 480 casos em mulheres⁽¹⁶⁾.

Grande parte dos pacientes deste estudo encontrava-se sem um acompanhante familiar (71,2%). Pesquisas apontam que a ansiedade nos pacientes com câncer pode ser relacionada a uma multiplicidade de razões, como resposta ao diagnóstico de neoplasia maligna, tratamentos de longo prazo, os efeitos colaterais da terapia, a má adesão ao tratamento, hospitalizações frequentes, alterações no padrão normal da vida, diminuição da qualidade de vida, possível desfiguração, possibilidade de morte, questões financeiras e sociais e até mesmo a ausência de familiares durante o tratamento/hospitalização^(2,9,17-19). Outros estudos demonstraram uma forte relação entre a família e o estado de saúde-doença de seus membros hospitalizados, ou seja, a família é de extrema importância na manutenção da saúde em todos os momentos do tratamento, ajudando o paciente a superar sentimentos como a ansiedade^(6,17,19,20). Por isso,

a ausência de acompanhante familiar pode ter sido um dos fatores contribuintes para ansiedade-traço e ansiedade-estado em nível moderado dos participantes deste estudo.

A comorbidade mais prevalente no grupo estudado foi a hipertensão arterial sistêmica (15,2%). Apesar da maioria dos participantes (73,7%) não ter diagnóstico de outra doença, esse fato é relevante, uma vez que a hipertensão arterial sistêmica tem estreita relação com o tema estudado, a ansiedade. Pacientes ansiosos podem ter descompensação dos níveis de pressão arterial, podendo comprometer a evolução clínica nos períodos pré-operatório e pós-operatório. Um estudo realizado em um hospital localizado na região sul do Brasil obteve uma diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos hipertensos e os controles, demonstrando associação da hipertensão arterial sistêmica com a ansiedade⁽²⁰⁾.

Vários são os medos e receios que o paciente e a família enfrentam com o diagnóstico, tratamento e intervenções no câncer (principalmente se ele for portador de estomia), que vão desde a sua rejeição pela sociedade até a dificuldade em lidar com a estomia pela falta de conhecimento e barreiras para reintegração social - com isso, favorece um desequilíbrio emocional, culminando, entre outros, com ansiedade e depressão^(4,6). Um estudo relatou que mais da metade dos pacientes com câncer colorretal passa a utilizar estomias⁽⁴⁾; e no caso desta pesquisa, 13,8% dos participantes apresentavam este tipo de neoplasia maligna e tinham colostomia.

No que tange aos resultados do Inventário de Ansiedade Traço-Estado, a ansiedade-estado se apresentou discretamente mais elevada do que a ansiedade-traço nos três grupos cirúrgicos oncológicos avaliados. Tanto a ansiedade-traço quanto a ansiedade-estado apresentaram-se em nível moderado (pontuação entre 35 e 49) independentemente do tipo de câncer. O

processo desgastante de hospitalização, que envolve cirurgias muitas vezes mutiladoras, principalmente nas ressecções de cânceres de cabeça e pescoço e colorretal, associado aos procedimentos invasivos e dolorosos bem como afastamento do ambiente domiciliar, é possível causa de ansiedade^(17,19). Em um estudo realizado em um hospital universitário de Madri, Espanha, a ansiedade perioperatória esteve fortemente correlacionada com maior incidência de dor pós-cirúrgica, um aumento na necessidade de analgésicos e anestésicos, além do atraso na recuperação e na alta hospitalar⁽¹⁴⁾.

O estresse, muitas vezes, é um gatilho para a ansiedade e a depressão, e o câncer é um dos eventos mais estressantes que um indivíduo pode vivenciar. Essas condições podem interferir com o tratamento da neoplasia maligna - por exemplo, os pacientes com ansiedade ou depressão não tratadas podem ser menos propensos a tomar sua medicação, continuar os bons hábitos de saúde por causa da fadiga ou falta de motivação, afastar-se da família ou outros sistemas de apoio social, o que significa que eles não vão solicitar apoio emocional e financeiro necessários para lidar com o câncer. Tudo isso, por sua vez, pode resultar no aumento da ansiedade^(17,19).

Ressalta-se que um nível moderado de ansiedade-traço e ansiedade-estado, como foi o identificado na população estudada, deve representar uma preocupação por parte da equipe de saúde em atender a essa demanda, uma vez que esses níveis podem ainda aumentar com o processo desgastante de tratamento da doença oncológica. Isso porque os tipos de câncer envolvidos neste estudo tendem a ser diagnosticados em fases mais avançadas, sendo necessários tratamentos adjuvantes, como a quimioterapia e a radioterapia^(5,17).

Apesar da maior probabilidade de pacientes com câncer sofrerem de distúrbios psicológicos,

dentre eles a ansiedade, estudos têm relatado que os trabalhadores da saúde não conseguem identificar pessoas com neoplasia maligna com depressão e ansiedade levando a falta tratamento em mais da metade dos casos^(3,6).

Destarte, a *Canadian Association of Psychosocial Oncology e a American Society of Clinical Oncology* (ASCO) recomendam que todos os pacientes com neoplasia maligna devem ser avaliados quanto a sintomas de ansiedade e de depressão em vários momentos do cuidado. A avaliação necessita ser realizada utilizando medidas validadas e, dependendo dos níveis de sintomas relatados, diferentes vias de tratamento são recomendadas. A falha em identificar e tratar a ansiedade e a depressão no contexto do câncer aumenta o risco de redução na qualidade de vida e, potencialmente, aumento da morbidade relacionada com a doença e mortalidade^(2,18).

Pode-se destacar também que o nível muito elevado de ansiedade-traço não foi observado em pacientes com câncer de estômago, contrapondo-se ao que aponta a literatura que associa o câncer gástrico a maior prevalência de ansiedade e sintomas depressivos do paciente⁽¹⁹⁾.

Do mesmo modo, é importante salientar que somente nos casos de cânceres de cabeça e pescoço houve ansiedade-estado muito elevada. Além do estigma que acompanha o diagnóstico da neoplasia maligna de cabeça e pescoço, as tecnologias terapêuticas na área, ainda geram muito medo e ansiedade, pois o tratamento deste tipo de câncer é complexo, demanda o envolvimento de diversos profissionais de saúde e pode envolver cirurgia, teleterapia, terapia biológica, quimioterapia antineoplásica ou a combinação de dois ou mais desses tratamentos⁽¹⁷⁾. Paralelamente, os procedimentos cirúrgicos mais complexos comumente são indispensáveis, com ressecção de ossos da face, partes moles e muitas vezes da pele, precisando de fechamento com retalhos. Estes podem levar a complicações

como as alterações da fala, dificuldade de mastigação, mudanças estéticas, contribuindo para problemas sociais e psicológicos^(17,19).

Destaca-se que pesquisas apontam que níveis mais elevados de incerteza sobre o futuro foi associada com níveis mais elevados de ansiedade pós-operatório^(8,12) e, a maior a dificuldade em lidar com o tratamento, foram associados com níveis mais elevados de ansiedade-estado após a cirurgia e um declínio ligeiramente mais acentuado em estado de ansiedade ao longo do tempo^(8,9).

A *Canadian Association of Psychosocial Oncology e a American Society of Clinical Oncology* (ASCO), indicam que, o profissional de saúde, no processo ininterrupto e dinâmico de cuidar da pessoa com câncer, principalmente o enfermeiro, pois é o profissional que tem maior contato com o paciente e, por este pretexto, pode constituir com ele um vínculo e um diálogo assertivo, na detecção, na avaliação da ansiedade/depressão, a fim de fornecer apoio e direcionamento na adoção do melhor caminho a ser seguido, no desenvolvimento de intervenções eficazes, incluindo as não-farmacológicas como a musicoterapia, a acupuntura, a reflexologia, o toque terapêutico, a meditação^(2,18).

Uma das metas a ser alcançada na prestação de cuidados aos pacientes com câncer é a de proporcionar-lhes o melhor nível de conforto e qualidade de vida possível, tanto aos que estão em fase de tratamento curativo, quanto aos que estão em cuidados paliativos. Assim, conhecer o impacto da doença e do tratamento na vida de cada um é de vital importância para o planejamento de ações que visem ao adequado atendimento de suas necessidades, promovendo a redução da ansiedade para o paciente e sua família^(2,14).

Apesar de estar de acordo com os critérios estipulados na metodologia, uma das limitações do estudo foi o tamanho da amostra, que impede a generalização dos seus resultados, pois foi

constituída por pacientes oncológicos adultos no pós-operatório mediato, internados em uma unidade de clínica cirúrgica, com câncer de cabeça e pescoço, de estômago ou de cólon e reto. Outras limitações estão relacionadas ao IDATE, uma vez que suas escalas não possuem pontos de corte definidos, além da contraindicação da SATEPSI. Contudo, essa limitação não invalida o estudo e responde de forma satisfatória às proposições da pesquisa. Os resultados estimulam a continuidade desse tipo de investigação/avaliação com um grupo maior de pacientes, para uma possível confirmação de nossos resultados preliminares.

CONCLUSÃO

Os participantes do estudo submetidos a cirurgias oncológicas tiveram nível de ansiedade moderado no período pós-operatório mediato. A ansiedade-estado foi superior a ansiedade-traço, independentemente do tipo oncológico investigado.

Verificou-se que os pacientes com câncer de cabeça e pescoço apresentaram pontuações médias superiores de ansiedade-traço e ansiedade-estado do que o grupo de participantes com neoplasia maligna de estômago e colorretal, embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa.

São escassas as pesquisas nacionais sobre investigação da ansiedade em pacientes oncológicos hospitalizados no pós-operatório mediato, salientando-se a importância de desenvolvimento de mais estudos sobre o tema, ampliando-se o tamanho amostral.

No entanto, espera-se que os resultados obtidos auxiliem na organização de um registro de dados sobre ansiedade em serviços de saúde que atendem esse tipo de paciente, com o objetivo principal de determinar alvos de intervenção, tornando o cuidado a pessoa com neoplasia

maligna mais eficiente e integral, pois ao se detectar a ansiedade-traço e a ansiedade-estado, o enfermeiro poderá planejar uma assistência que possibilite a redução da mesma e com isso melhorar a qualidade de vida desse enfermo.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 992 p.
2. Andersen BL, Rowland JH, Somerfield MR. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an american society of clinical oncology guideline adaptation. *J Oncol Pract.* 2015 Mar; 11 (2): 133-4.
3. Mitchell AJ. Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncol.* 2013 Feb; 52 (2): 216-24.
4. Vieira LM, Ribeiro BNO, Gatti MAN, Simeão SFAP, Conti MHS, Vitta A. Câncer colorretal: entre o sofrimento e o repensar na vida. *Saúde debate.* 2013; 37 (97): 261-69.
5. Sá CU, Rodrigues AB, Oliveira PP, Andrade CT, Amaral JG. Quality of life and people using antineoplastic agents: a descriptive study. *Online Braz J Nurs (Online)* [Internet]. 2014 Sep [Cited 2015 Aug 23]; 13(4). Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4979/pdf_330. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20144979>
6. Dudgeon D, King S, Howell D, Green E, Gilbert J, Hughes E, et al. Cancer Care Ontario's experience with implementation of routine physical and psychological symptom distress screening. *Psychooncology.* 2012 Apr; 21 (4): 357-64.
7. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011 Nov; 63 Suppl 11: S467-72.
8. Fleckenstein J, Baeumler PI, Gurschler C, Weisenbacher T, Simang M, Annecke T, et al. Acu-

- puncture for post anaesthetic recovery and post-operative pain: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2014 Jul 21;15:292.
9. Kyranou M, Puntillo K, Dunn LB, Aouizerat BE, Paul SM, Cooper BA, et al. Predictors of initial levels and trajectories of anxiety in women before and for 6 months after breast cancer surgery. *Cancer Nurs*. 2014 Nov-Dec;37(6):406-17.
 10. May T. *Social Research: Issues, Methods and Research*. 4 ed. London: British Library; 2011.
 11. Bryman A. *Social Research Methods*. 4 ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
 12. Kaipper MB, Chachamovich E, Hidalgo MP, Torres IL, Caumo W. Evaluation of the structure of Brazilian State-Trait Anxiety Inventory using a Rasch psychometric approach. *J Psychosom Res*. 2010 Mar;68(3):223-33.
 13. Fioravanti ACM, Santos LF, Maissonette S, Cruz APM, Landeira-Fernandez J. Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade-traço do IDATE. *Avaliação Psicológica*. 2006; 5(2): 217-224.
 14. Jiménez-Jiménez M, García-Escalona A, Martín-López A, De Vera-Vera R, De Haro J. Intraoperative stress and anxiety reduction with music therapy: A controlled randomized clinical trial of efficacy and safety. *J Vasc Nurs*. 2013 Sep; 31 (3): 101-6.
 15. DeLa Coleta JA, DeLa Coleta MF. *Escala para medida de atitudes e outras variáveis psicossociais*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1996.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativas 2014: Incidência de Câncer no Brasil* [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014. [Cited 2015 Jul 17]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>
 17. Pinto RMC, Rodrigues AB, Oliveira PP. Multiple symptoms in people with head and neck neoplasia: a descriptive study. *Online Braz J Nurs (Online)* [Internet]. 2014 Sep [Cited 2015 Aug 30]; 13(4). Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5091/pdf_331. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20145091>
 18. Howell D, Keshavarz H, Esplen MJ, Hack T, Hamel M, Howes J, et al. Cancer Journey Advisory Group of the Canadian Partnership Against Cancer. A Pan Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress, Depression, and Anxiety in Adults with Cancer Version 2-2015, Toronto: Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology [Internet]. 2015 July [Cited 2015 Aug 27]. Available from: http://www.capo.ca/wp-content/uploads/2015/11/FINAL_Distress_Guideline1.pdf
 19. Beikmoradi A, Najafi F, Roshanaei G, Esmaeil ZP, Khatibian M, Ahmadi A. Acupressure and anxiety in cancer patients. *Iran Red Crescent Med J*. 2015 Mar; 17 (3): e25919.
 20. Gullich I, Ramos AB, Zan TRA, Scherer C, Mendoza-Sassi RA. Prevalence of anxiety in patients admitted to a university hospital in southern Brazil and associated factors. *Rev bras epidemiol*. 2013 Sept [Cited 2015 Apr 24]; 16 (3). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n3/1415-790X-rbepid-16-03-00644.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000300009>

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 10/9/2015
Revisado: 11/04/2016
Aprovado: 17/04/2016