



AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO: ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Biagi, N.B., Gaspar, K.C., Azevedo, R.C.S., Lima, C.S.P.

nataliab@fcm.unicamp.br

Agência financiadora: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico CNPq

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, CEP 13083-887, Campinas, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) é um tumor de alta prevalência no Brasil¹. O comprometimento de funções essenciais, como perda da voz, alteração da deglutição e da respiração, desfiguração física e dor podem gerar depressão (D) e ansiedade (A), com impacto na qualidade de vida do paciente e de seus cuidadores². A prevalência de D e A nestes pacientes é desconhecida no Brasil.

OBJETIVOS

- ✓ Estabelecer um perfil de variáveis sócio-demográficas e clínicas de pacientes com CCP atendidos em Ambulatório de Oncologia Clínica
- ✓ Determinar a prevalência de transtornos depressivos e ansiedade em pacientes com CCP atendidos em Ambulatório de Oncologia Clínica do Hospital das Clínicas da UNICAMP
- ✓ Estabelecer a prevalência de tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas nestes pacientes
- ✓ Verificar se há associação entre variáveis sócio-demográficas e clínicas, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas e a ocorrência de transtornos depressivos ou ansiedade nestes pacientes.

METODOLOGIA

Foi aplicada a escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD)³ a pacientes adultos com CCP (8 mulheres, 92 homens) atendidos nos ambulatórios de Oncologia Clínica, no período de maio de 2009 a abril de 2011. Esta escala é composta por 14 itens, dos quais sete avaliam ansiedade (HAD-A) e os outros 7, depressão (HAD-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de 0 a 3, sendo 21 a pontuação máxima para cada escala. Conforme pontos de corte adotados⁴, considerou-se para ambas as subescalas: HAD-A: sem ansiedade: 0 a 8; com ansiedade: ≥ 9 e HAD-D: sem depressão: 0 a 8; com depressão: ≥ 9 . O consumo de álcool foi avaliado pelo "Alcohol Use Disorders Identification Test" (AUDIT).

RESULTADOS

Perfil dos pacientes:

IDADE: 97% dos pacientes tem mais de 40 anos. A maioria (38, ou 38%) se encontrava na faixa etária de 51 a 60 anos.

ESTADO CIVIL: Cinquenta e nove pacientes (59%) são casados ou estão morando com parceiro há pelo menos um mês. Quinze pacientes (15%) são solteiros e dezoito (16,6%) são divorciados.

ESCOLARIDADE: Sessenta e cinco (65%) possuem ensino fundamental incompleto (65%) e treze (13%) não tem escolaridade. Onze pacientes (11%) tem ensino médio completo, e nenhum tem ensino superior completo.

SITUAÇÃO DE TRABALHO ATUAL: A maior parte (26 pacientes ou 26%) encontra-se de licença-saúde (afastados), 23 pacientes (23%) são aposentados por tempo de serviço. Apenas 16 pacientes (16%) estão empregados atualmente.

RELIGIÃO: A maioria dos sujeitos (69 pacientes ou 69%) é católica. Em seguida, vêm os que se dizem evangélicos, com 16 pacientes (16%) nesta situação.

TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR: A maioria tem o diagnóstico de carcinoma espinocelular (CEC), (93% ou 93 pacientes).

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR: A mais comum foi a laringe (43% ou 43 sujeitos), seguido de orofaringe (29%; 29 pacientes) e cavidade oral (15%; 15 pacientes).

ESTADIAMENTO: O estadio IV foi o mais freqüente (68% ou 68 sujeitos), seguido pelo estádio III (21%; 21 sujeitos).

TABAGISMO: 39% dos sujeitos (39 sujeitos) eram tabagistas presentes; 56% (56 sujeitos) eram ex-tabagistas e 5% (5 sujeitos) nunca foram tabagistas.

ALCOOLISMO: 17% dos sujeitos (17 sujeitos) eram alcoolistas presentes; 50% (50 sujeitos) eram ex-alcoolistas e 8% (8 sujeitos) nunca foram alcoolistas.

AUDIT: Cinquenta sujeitos responderam ao AUDIT (17 que mantiveram consumo atual de bebida alcoólica e 33 que interromperam o hábito há menos de um ano). A média de pontuação foi 4,1. Destes, 36 (72%) pontuaram menos que oito (AUDIT negativo) e 14 (28%) pacientes pontuaram oito ou mais (AUDIT positivo).

ANSIEDADE: A média de pontuação da HAD-A foi 7,5. Dos 100 sujeitos, apenas 1 (1%) não respondeu à HAD-A. 55 sujeitos (55%) pontuaram menos que 9 e 44 sujeitos (44%) pontuaram 9 ou mais (Figura 1).

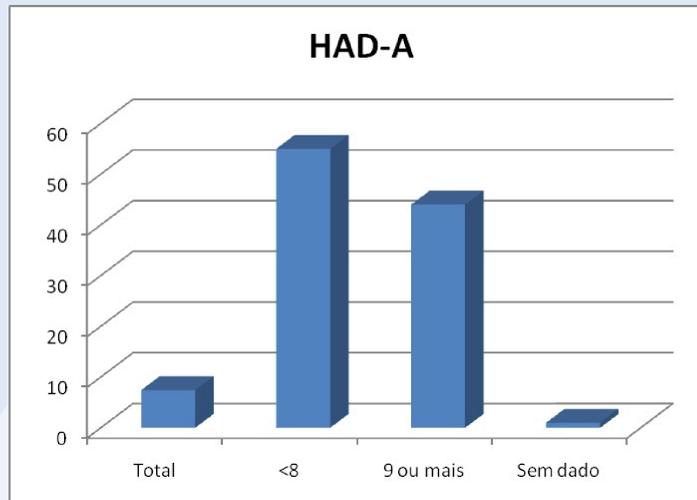


Figura 1 - Distribuição dos pacientes com tumor de cabeça e pescoço por pontuação na HAD-A

DEPRESSÃO: A média de pontuação da HAD-D foi 7,1. Dos 100 sujeitos, 61 (61%) pontuaram menos que 9 e 39 (39%) atingiram pontuação igual ou superior a 9 (Figura 2).

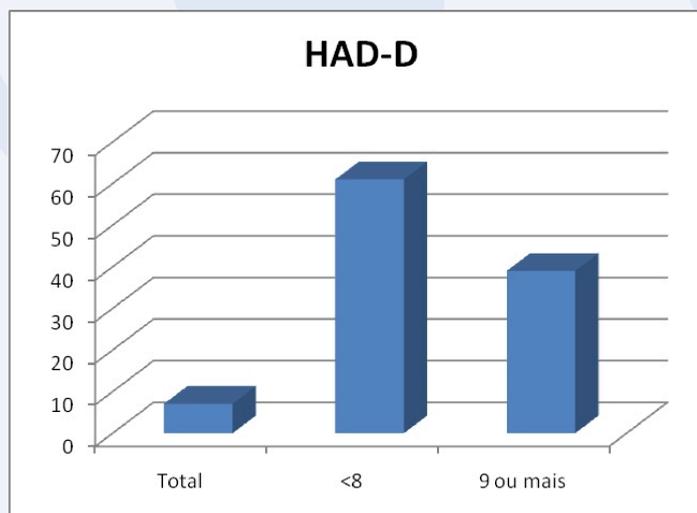


Figura 2 - Distribuição dos pacientes com tumor de cabeça e pescoço por pontuação na HAD-D

ASSOCIAÇÕES:

- ✓ Há associação de risco entre A e tabagismo com $p=0,02$, $CP=2,375$ (IC 95%: 1,134-4,972) e $OR=3,912$ (IC 95%: 1,412-10,834).
- ✓ Ter um companheiro parece ser fator de proteção para D com $p=0,03$, $CP=0,5583$ (IC 95%: 0,3397-0,9175) e $OR=0,3751$ (IC 95%: 0,162-0,8687).
- ✓ Pacientes com tumor localizado na laringe tem associação de proteção para D com $p=0,04$, $CP=0,4571$ (IC 95%: 0,2508-0,8329) e $OR=0,2926$ (IC 95%: 0,1216-0,7039).

Variáveis	HAD-A				p	HAD-D				p
	<=8	>8	%	%		<=8	>8	%	%	
Idade					0,72					0,10*
<40	11	48,8%	13	54,2%		11	44,0%	14	56,0%	
41-50	23	60,5%	15	39,5%		25	65,8%	13	34,2%	
51-70	14	56,0%	11	44,0%		19	76,0%	6	24,0%	
>70	7	56,3%	5	41,7%		6	50,0%	6	50,0%	
Sexo					0,46					0,71
Masculino	52	57,1%	39	42,9%		67	62,0%	36	38,0%	
Feminino	3	37,5%	5	62,5%		4	50,0%	4	50,0%	
Estado Civil					0,30					0,03**
Casado	35	61,4%	22	38,6%		41	70,7%	17	29,3%	
Solteiro	20	50,0%	20	50,0%		19	47,5%	21	52,5%	
Educacional					0,72					0,40
Analfabeto	6	50,0%	6	50,0%		6	46,2%	7	53,8%	
Ens. Fundamental	42	56,2%	29	40,8%		43	50,6%	28	39,4%	
Ens. Médio	7	50,0%	7	50,0%		10	71,4%	4	28,6%	
Situação de Trabalho					0,13					0,26
Aposentado	21	67,7%	10	32,3%		23	74,2%	8	25,8%	
De licença saúde	11	44,0%	14	56,0%		15	57,7%	11	42,3%	
Desempregado	7	36,8%	12	63,2%		8	42,1%	11	57,9%	
Empregado	11	68,8%	5	31,2%		10	62,5%	6	37,5%	
Outros	4	57,1%	3	42,9%		4	57,1%	3	42,9%	
Religião					0,65					0,35
Católica	39	67,4%	29	42,6%		40	56,0%	29	42,0%	
Outros	14	51,9%	13	48,1%		19	70,4%	8	29,6%	
Fumo					0,02**					0,25
Sim	17	43,8%	22	56,4%		20	51,3%	19	48,7%	
Sim, mas parou há menos de 1 ano	17	51,5%	16	48,5%		22	64,7%	12	35,3%	
Não	21	77,9%	6	22,2%		19	70,4%	8	29,6%	
Alcool					0,43					0,13
Sim	8	50,0%	8	50,0%		14	52,4%	3	17,6%	
Sim, mas parou há menos de 1 ano	16	48,5%	17	51,5%		18	54,5%	15	45,5%	
Não	31	62,0%	19	38,0%		29	58,0%	21	42,0%	
AUDIT					0,55					0,23
<8	49	57,0%	37	43,0%		50	58,1%	36	41,9%	
>8	8	46,2%	7	53,8%		11	78,6%	3	21,4%	
Localização					0,72					0,04**
Cavidade oral	5	33,3%	10	66,7%		7	46,7%	8	53,3%	
Faringe	20	57,1%	15	42,9%		17	48,8%	18	51,2%	
Laringe	25	59,5%	17	40,5%		33	76,7%	10	23,3%	
Outros	5	71,4%	2	28,6%		4	57,1%	3	42,9%	
Tipo					0,68					0,68
CEC	50	54,3%	42	45,7%		67	61,3%	36	38,7%	
Outros	4	66,7%	2	33,3%		3	50,0%	3	50,0%	
Estadiamento					0,20					0,18
<4	21	65,6%	11	34,4%		23	71,9%	9	28,1%	
4	34	50,7%	33	49,3%		38	55,9%	30	44,1%	

*p < 0,05 de significância

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Em nosso estudo, encontramos altos índices de ansiedade e depressão entre nossos pacientes, em conformidade com os dados da literatura existente^{6,7,8,9}.

O hábito do tabagismo (atual ou passado) tem associação de risco com ansiedade. Há numerosos trabalhos publicados que revelam essa associação. No entanto, muitos autores afirmam que as evidências dessa relação ainda são bem menos consistentes, em contraste com a relação tabagismo depressão, a qual não foi significativa em nosso estudo¹⁰. No universo dos pacientes com CCP há escassez de estudos que elucidem essa associação.

Também encontramos associação entre depressão e estado civil. Ser solteiro, isto é, não ter um companheiro, tem associação de risco com depressão, também encontrada em outro estudo com população semelhante⁷. Há raros estudos que investigam tal relação.

Lydiatt aponta a falta de abertura para discutir na família como um fator de risco importante para depressão¹¹. Além disso, ter um parceiro possibilita o diálogo, o apoio para o enfrentamento da doença e do tratamento, bem como a ligação afetiva, de modo a proteger da depressão.

Deve-se lembrar que muitos dos pacientes com CCP já eram previamente fumantes e etilistas e, por isso, poderiam ter dificuldades familiares previamente. O diagnóstico do CCP pode modificar as relações familiares, de modo positivo fortalecimento dos vínculos, de modo que o vínculo afetivo com o companheiro passaria a ser um importante apoio ao paciente e também do negativo reforço do ressentimento e culpa na relação com o companheiro, de forma que ser casado pode não implicar uma efetiva rede familiar para esses pacientes.

Ademais, foi encontrada a associação entre depressão e o sítio de localização do tumor. A neoplasia de laringe (quando comparada às outras localizações) tem associação de proteção para depressão. Não há dados na literatura sobre essa relação. Aparentemente, pode-se suspeitar de uma relação entre a localização tumoral e a aparência, preocupação estética do paciente. A neoplasia de laringe implica ter um tumor em um local "oculto" da visualização das outras pessoas, se comparado à cavidade oral ou outros sítios mais externalizantes; sendo, portanto, menos estigmatizante. Além disso, a possibilidade de tratamento cirúrgico para a laringe oferece uma perspectiva menos desfigurante e com menor impacto funcional (na qualidade de vida), se comparado a tumores de outras regiões da cabeça e pescoço. Há a preocupação da disfonía e reabilitação para voz esofágica. Conclui-se, portanto, que ansiedade e depressão são comorbidades com prevalência significativa entre pacientes com câncer de cabeça e pescoço em nosso meio, sobretudo naqueles com estadiamento avançado.

Em decorrência disso, é necessário que esses pacientes recebam cuidados de uma equipe multiprofissional. Estes profissionais devem estar familiarizados a lidar com câncer de cabeça e pescoço em seus aspectos mais freqüentes, dentre os quais destacamos aqueles relacionados à saúde mental e ao sofrimento psíquico decorrentes desta condição, além do auxílio com sua dependência do tabagismo, de modo a minimizar a ansiedade.

Há poucos estudos na literatura internacional e, sobretudo, na nacional para embasamento do nosso estudo. Raros buscam a prevalência de depressão e ansiedade entre os pacientes com câncer de cabeça e pescoço. E, quando o fazem, os pacientes em si são distintos: pré-tratamento, pós tratamento, um determinado tempo após o diagnóstico. Não há uniformização adequada para comparação dos dados. Além disso, há poucos dados disponíveis sobre associação entre ansiedade e tabagismo, bem como entre depressão e estado civil ou sítio de localização do tumor. Esperamos que, posteriormente, estes temas sejam estudados de modo mais aprofundado, a fim de reduzir a prevalência dessas comorbidades psiquiátricas nos pacientes com CCP.

REFERÊNCIAS:

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007.
- Kobayashi M, Sugimoto T, Matsuda A, Matsushima E, Kishimoto S. Association between self-esteem and depression among patients with head and neck cancer: a pilot study. *Head & Neck*. 2008; 30:1303-1309.
- Belega NJ, Bio MR, Zomignani MA et al. Translados de humor em enfermarias de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. 1995. *Rev Saude Publ*. 29:355-363.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. 1983. *Acta Psychiatr Scand*. 67:361-370.
- Lima C, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the audit in an urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol*. 2005; 40:584-589.
- Bastos LW, Tesch RS, Denardin OVP, Dias FL. Níveis de depressão em portadores de câncer de cabeça e pescoço. *Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço*. 2007; 36:12-15.
- Gonçalves M, Ferraz MPT. Sintomas depressivos em pacientes acometidos com neoplasia de cabeça e pescoço. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. 2005; 99(2).
- Horney DJ et al. Associations between quality of life, coping styles, optimism, and anxiety and depression in pretreatment patients with head and neck cancer. *Head Neck*. 2011; 33(1):65-71.
- Elani, HW, Allison, P.J. Coping and psychological distress among head and neck cancer patients. *Support Care Cancer*. 2010.
- Rondina, RC, Gorayeb, R, Botelho, C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Rev. Psiq. Clin*. 2003; 30 (6): 221-228.
- Lydiatt, WM et al. A Review of Depression in the Head and Neck Cancer Patient. *Clinical Advances in Hematology & Oncology*. 2009; 7:397-403.