

Sintomas depressivos e ansiosos entre pacientes internadas em Enfermaria de Ginecologia

Depressive and anxiety symptoms among patients admitted to a Gynecology Ward

Raisa de Araújo Loureiro¹, Nathalie Mie Suzuki¹, Ricardo Riyoiti Uchida²,
Maria Carolina Pedalino Pinheiro³, Tsutomu Aoki⁴, Quirino Cordeiro⁵, Marsal Sanches⁶

Resumo

Contexto: Pacientes internados em hospitais têm maior tendência a desenvolver quadros depressivos e ansiosos. Desses, as mulheres apresentam maior vulnerabilidade devido a fatores hormonais e psicossociais. **Objetivo:** Avaliar a presença de sintomas depressivos e ansiosos, bem como a qualidade de vida em pacientes internadas em enfermaria de ginecologia de um hospital escola. **Métodos:** Foram selecionadas aleatoriamente 20 pacientes internadas em enfermaria de ginecologia e Obstetrícia do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, às quais foram aplicadas o inventário de depressão de Beck, a escala de ansiedade de Beck e a escala de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL). Os questionários foram aplicados por entrevistadores treinados no dia de alta hospitalar das pacientes e os resultados correlacionados com dados sociais, demográficos e clínicos das mesmas. **Resultados:** Quanto maior o tempo de internação das pacientes, maior os escores de depressão ($r=0,45$, $p=0,05$) e pior a qualidade de vida ($r=-0,67$, $p<0,01$) das mesmas. Entretanto, o fato

das pacientes estarem cientes sobre sua situação clínica correlacionou-se negativamente com os sintomas depressivos ($r=-0,54$, $p=0,01$) e positivamente com a qualidade de vida ($r=0,50$, $p=0,02$). **Conclusão:** Apesar das limitações do estudo, a duração da internação parece ter impacto negativo na psicopatologia e na qualidade de vida das pacientes. Entretanto, estes mesmos conceitos parecem comportar-se de modo inverso em pacientes que tem consciência sobre suas doenças ginecológicas.

Descritores: Ansiedade, Depressão, Ginecologia, Qualidade de vida

Abstract

Context: Interned patients tend to develop anxiety-depressive disorders. Among them, women have more vulnerability due to hormonal and psychosocial factors. **Purpose:** To evaluate the presence of depressive and anxious symptoms, as well as quality of life among female patients interned in a gynecology nursery of a school hospital. **Methods:** Twenty patients interned in the gynecology and obstetrics nursery of the Central Hospital of the Holy House of Mercy of São Paulo, to whom the Beck's depression inventory and the anxiety scale, and also the World Health Organization Quality of Life scale were applied to. These questionnaires were applied by trained interviewers at the day of the discharge from the hospital. The results were correlated with patients' sociodemographics and medicals data. **Results:** The longer the duration of patients hospitalization, the higher the depression scores ($r=0,45$, $p=0,05$) and the worst their quality of life ($r=-0,67$, $p<0,01$). However, the knowledge of their clinical situation has correlated negatively with depressive symptoms ($r=-0,54$, $p=0,01$) and positively with life quality ($r=0,50$, $p=0,02$). **Conclusion:** Even with the study limitation, the duration of hospitalization seems to have a negative impact in psychopathology and quality of life of the patients. However, these concepts seems to behave conversely in patients with knowledge of their gynecological disease.

Key-words Anxiety, Depression, Gynecology, Quality of life

1. Acadêmicas do 6º Ano do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

2. Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica

3. Médica assistente da Unidade de Álcool e Drogas do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

4. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

5. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica

6. Postdoctoral Fellow - University of Texas Medical School at Houston

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Ginecologia e Obstetrícia

Endereço para correspondência: Raisa de Araújo Loureiro. Rua São Leonidas, 87, Santo Amaro, 04747-010 – São Paulo – SP – Brasil. E-mail: raisa.loureiro@gmail.com

Introdução

Pacientes internados em hospitais gerais são particularmente propensos a apresentar quadros depressivos e ansiosos. Tal fato se deve à associação comum entre estes quadros e doenças físicas, bem como à perda de independência e ao distanciamento da família⁽¹⁾.

Entre mulheres, fatores adicionais parecem estar implicados no surgimento destes quadros, como fatores hormonais, intimamente ligados a alterações físicas e a aspectos psicológicos, que podem contribuir para o surgimento de transtornos do humor⁽²⁾; questões psicossociais diversas, como a mudança do papel da mulher na sociedade e o risco de exposição à violência doméstica, também estão presentes⁽²⁾. Mais ainda, quadros depressivo-ansiosos entre mulheres são agravados em função de deficiências em sua identificação e manejo, os quais raramente são realizados de forma adequada⁽³⁾, piorando a qualidade de vida destes pacientes⁽⁴⁾.

Em estudo comparando a prevalência de distúrbios psiquiátricos em homens e mulheres, foi observado que o gênero apresentava grande influência no desenvolvimento de transtornos ansiosos como o Transtorno de Ansiedade Generalizada^(5,6). Constatou-se que a prevalência em mulheres era duas vezes maior que em homens^(5,6), que elas apresentavam maior probabilidade de apresentar associação com Transtorno Depressivo Maior^(5,7), apresentavam também maior incidência de Transtorno do Pânico^(5,8) e que mulheres com Fobia Social apresentavam mais doenças psiquiátricas comórbidas do que homens^(5,9).

Nesse mesmo estudo foi aventada a possibilidade de alterações do ciclo menstrual e da gestação como causa dessa maior vulnerabilidade feminina. E constatou-se que mulheres com Transtorno do Pânico apresentavam aumento dos sintomas de ansiedade e de pânico durante a fase lútea ou pré-menstrual do ciclo^(5,10). Em outro estudo foi suposto que o estrógeno poderia desestabilizar ou sensibilizar mecanismos neurotransmissores e neuroendócrinos contribuindo com o desenvolvimento de transtornos cíclicos do humor^(11,12). No entanto também constatou-se que em mulheres que sofriam transtornos psiquiátricos relacionados ao ciclo reprodutivo como transtorno disfórico pré-menstrual e depressão puerperal, a flutuação hormonal não diferia da de mulheres saudáveis, indicando uma vulnerabilidade cerebral às flutuações hormonais, e portanto uma predisposição genética e não endócrina^(11,13). Em outro estudo foi relatado a influencia variável da gestação em mulheres com diagnóstico prévio de transtorno de pânico, podendo-se afirmar apenas que no período pós-parto há um aumento de risco para o início do Transtorno do Pânico^(5,14).

Em conjunto estes dados da literatura constituem racionais para a investigação de sintomas depressivos e ansiosos, bem como qualidade de vida em pacientes femininas internadas em enfermaria de ginecologia. No entanto, há poucos estudos, em nosso meio, abordando os sintomas ansiosos e depressivos em pacientes internadas em enfermarias de ginecologia.

O presente trabalho teve como objetivo avaliar a presença de sintomas depressivos e ansiosos assim como descrever o perfil sócio-demográfico e avaliar a qualidade de vida desta amostra de pacientes internadas na enfermaria de ginecologia de um hospital escola.

Material e Métodos

Tratou-se de um estudo transversal com casuística de 20 pacientes selecionadas aleatoriamente, internadas nas enfermarias ginecologia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, entre os meses de março a maio de 2007.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: idade maior que 18 anos, período de internação de no mínimo dois dias e concordância em participar do estudo através de assinatura de termo de consentimento.

As pacientes foram submetidas à aplicação do inventário de depressão de Beck, com validade discriminativa significativa para a sintomatologia depressiva, escala de ansiedade de Beck e da escala de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL)⁽⁴⁾. Tais questionários são consagrados na literatura internacional na aferição do que se propõem. Os mesmos foram aplicados por entrevistadores treinados no dia de alta hospitalar das pacientes, com o intuito de evitar interferência em decorrência da expectativa pela alta, dúvida diagnóstica, ou medo fornecer informações que pudessem interferir na decisão da equipe médica.

A análise estatística foi realizada através do programa "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) for Windows versão 7.0, com um nível de significância de 0,05.

Os grupos do estudo foram comparados considerando-se os dados sócio-demográficos e o desempenho nas escalas de qualidade de vida e religiosidade. No caso das variáveis discretas nominais e ordinais, a inferência estatística foi realizada pela prova do Qui-quadrado e de Mann-Whitney, respectivamente. Para as variáveis contínuas, utilizou-se o teste "t" de student. A análise da correlação entre as variáveis foi utilizado o teste "r" de Spearman.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. A assinatura em termo de consentimento foi obtida de todos os participantes.

Resultados

As características sócio-demográficas das pacientes foram: idade média de 39,4 (\pm 13,11) anos, renda média de 760,5 reais (\pm 244,85), escolaridade média de 9 anos (\pm 2,15), pontuação total na escala de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde de 89,75 pontos (\pm 13,72), e quanto ao status laboral, 90% (n=18) das pacientes eram ativas, contra 10% (n= 2) inativas.

Encontramos em nosso trabalho a média de tempo de internação foi de 7,05 dias (\pm 6,02), pontuação total na escala de depressão de Beck de 9 pontos (\pm 5,96), pontuação total na escala de ansiedade de Beck de 11,25 pontos (\pm 8,4),

Com relação a características clínicas 40% (n= 8) das pacientes haviam sido diagnosticadas com neoplasia maligna, sendo 25% (n=5) da amostra provável neoplasia maligna de mama, 15% (n=3) com neoplasia benigna, 35% (n=7) com problemas relacionados à gravidez e 10% (n=2) com outros diagnósticos.

Quanto às correlações entre os dados sócio-demográficos e clínicos das pacientes, não foram observadas correlações significativas entre renda, escolaridade e idade com ansiedade, depressão e qualidade de vida. Resultados positivos são listados na tabela 1. Não houve correlação entre o conhecimento do seu diagnóstico com a duração da doença ($r=-0,29$; $p=0,20$).

Houve correlação negativa entre qualidade de vida e sintomas depressivos e ansiosos ($r=-0,77$; $p<0,001$ e $r=-0,56$; $p<0,01$ respectivamente) e positiva entre escores depressivos e ansiosos ($r=0,70$; $p<0,001$).

Não foram encontradas diferenças estatísticas significantes entre pacientes com e sem neoplasia maligna, no que se refere aos escores de depressão, ansiedade e qualidade de vida.

Discussão

O achado principal do presente estudo é a relação inversa da duração da internação e do conhecimento de seu diagnóstico com os sintomas depressivos e com a qualidade de vida. Quanto maior a duração da doença, maior era a presença de sintomas depressivos e menor a qualidade de vida. Inversamente, os sintomas depressivos eram mais intensos e qualidade de

vida pior em pessoas que desconheciam sua condição médica.

Estudo anterior demonstra que pacientes com maior gravidade dos sintomas depressivos permaneciam mais tempo internados em hospitais e procuravam mais auxílio médico do que os menos deprimidos⁽¹⁵⁾. Tal fato pode ser explicação para nossos resultados, afastando a possibilidade mais simples de que a duração da internação por si só melhorasse os escores das avaliações. Além disso, não podemos descartar que a influência da gravidade do quadro das pacientes na duração da internação e consequentemente nos sintomas depressivos e na qualidade de vida, apesar de não haver diferenças entre as variáveis medidas e a presença de neoplasias malignas em nosso estudo.

O conhecimento sobre sua doença durante a internação pareceu favorecer positivamente os mesmos escores de depressão e qualidade de vida. Visto que não houve correlação entre este e a duração da doença, parecem ser variáveis independentes uma da outra.

Observamos em nosso estudo que houve forte correlação entre os escores de ansiedade e depressão pelos inventários de Beck, o que é esperado, visto que outros estudos também observaram o mesmo. Há constatação de são psicopatologias frequentemente relacionadas na população geral, dado este confirmado mesmo quando utilizadas outras escalas de avaliação psicopatológica^(15,16). Houve também correlação significativa, porém inversa, entre qualidade de vida e escores de depressão e ansiedade. Este resultado também era esperado, pois a simples presença destes sintomas já justificam prejuízos na qualidade de vida^(15,17). Na literatura é discutido se há associação de fato entre essas variáveis ou se há sobreposição dessas medidas, já que ambos os conceitos se baseiam em modelos teóricos de bem-estar e satisfação, que podem levar a uma intersecção dessas medidas^(15,18). É discutido também o fato da depressão causar uma influência negativa na percepção de qualidade de vida, superestimando essa relação^(15,19). Além disso, essas medidas podem ser redundantes já que os instrumentos de avaliação de qualidade de vida geralmente incluem itens que avaliam psicopatologia, e como consequência, sintomas depressivos^(15,20).

Tabela 1

Correlações estatisticamente significantes entre as variáveis socio-demográficas e clínicas estudadas e os escores de ansiedade, depressão e qualidade de vida.

	Duração da internação	Conversar sobre a doença
Qualidade de vida	$r=-0,67$; $p<0,01$ *	$r=0,50$; $p=0,02$ *
Beck-depressão	$r=0,45$; $p=0,05$ *	$r=-0,54$; $p=0,01$ *
Beck-ansiedade	$r=0,31$; $p=0,18$	$r=-0,27$; $p=0,24$

*: significância estatística.

Limitação importante de nosso estudo é o pequeno número de participantes, que dificulta análise pormenorizadas e generalização dos resultados. O fato do estudo ser transversal também dificulta a análise de fatores dinâmicos que poderiam influenciar nos resultados. Adicionalmente, a ausência de grupo controle masculino impede a determinação de que o gênero feminino nesta situação também se mostraria mais propenso, como na população geral, a ansiedade e depressão. Outra importante limitação é a heterogeneidade de nossa amostra em termos de patologias ginecológicas. Sem um adequado controle desta variável, conclusões mais seguras tornam-se mais difíceis de serem realizadas.

Conclusão

A associação de sintomas ansiosos e depressivos demonstrada em nosso trabalho e na literatura é importante, não só pela piora dos sintomas em si quando há a associação, mas também no impacto que ambos têm na qualidade de vida. Como as avaliações de depressão e qualidade de vida usam métodos baseados em escalas de bem estar e satisfação, é possível que exista uma intersecção dos resultados, superestimando o impacto, além do que a presença de depressão pode alterar a percepção de qualidade de vida.

A relação não significativa de ansiedade e depressão com a presença de neoplasia maligna em nosso estudo, não verificada na literatura, pode ser devido às escalas utilizadas que diferiram entre si, podendo ser subestimada pelo inventário de depressão e escala de ansiedade de Beck, ou superestimada por outras, bem como a amostra em nosso estudo pode ser pequena para inferência estatística.

Os achados deste estudo demonstram ser possível estabelecer variáveis de risco para presença de sintomas depressivos e de baixa qualidade de vida entre pacientes internadas em enfermaria de ginecologia, principalmente no tocante a duração da internação e do conhecimento sobre sua própria doença.

Salientamos também a necessidade de uma interface atuante entre os ginecologistas e os psiquiatras, com a finalidade de se aumentar a detecção e a oferta de tratamento de possíveis transtornos de humor e ansiedade que são altamente comprometedores do bem-estar destas mulheres.

Referências Bibliográficas

1. Marcolino JAM, Suzuki FM, Alli L. AC, Gozzani JL, Mathias LAST. Measurement of anxiety and depression in preoperative patients. Comparative study. *Rev Bras Anestesiologia*. 2007; 57:157-66.
2. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, et al. Psychiatry disorders in pregnancy and puerperium: classification, diagnosis and treatment. *Rev*

3. Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee P. J, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, et al. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. *J Clin Oncol*. 2005; 23:3052-60.
4. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHO-QOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21:19-28.
5. Kinrys G, Wygant LE. Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment? *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(supl 2):S43-50
6. Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress Anxiety*. 2002; 16:162-71.
7. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:355-64
8. Sheikh JI, Leskin GA, Klein DF. Gender differences in panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 2002; 159: 55-8.
9. Yonkers KA, Dyck IR, Keller MB. An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatr Serv*. 2001;52:637-43.
10. Sigmon ST, Dorhfer DM, Rohan KJ, Hotovy LA, Boulard NE, Fink CM. Psychophysiological, somatic, and affective changes across the menstrual cycle in women with panic disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68:425-31
11. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depression and medical comorbidity. *Rev Psiq Clín*. 2005; 32:149-59.
12. Demetrio FN, Vieira FAHG. Efeito da terapia de reposição estrogênica no humor em mulheres menopausadas: revisão da literatura. *Rev Psiq Clín*. 2001; 28:89-93.
13. Teng CT. Estudo retrospectivo do transtorno disfórico pré-menstrual em uma população homogênea de mulheres universitárias: diagnóstico, fatores de risco e análise fatorial dos sintomas perimenstruais. [Tese - Doutorado]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.
14. Sholomkas DE, Wickamaratne PJ, Dogolo L, O'Brien DW, Leaf PJ, Woods SW. Postpartum onset of panic disorder: a coincidental event? *J Clin Psychiatry*. 1993;54:476-80.
15. Lima AFBS, Fleck MPA. Qualidade de vida e depressão: uma revisão de literatura. *Rev Psiquatr Rio Gd Sul*. [periódico on line]. 2009 [acesso 10 dez 2011]. 31(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400002
16. Wells KB, Sherbourne CD. Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed, primary care practices. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56:897-904.
17. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, deGruy FV, et al. Health related quality of life in primary care patients with mental disorders. *JAMA*. 1995; 274 (Suppl. 19):1511-7.
18. Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of the WHOQOL. *Br J Psychiatry*. 1998; 172:291-3.
19. Aigner M, Forster-Streffleur S, Prause W, Weiss M, Bach M. What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology un chronic somatoform pain disorder. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2006; 41:81-6.
20. Katsching H, Angermeyer MC. Quality of life in Depression. In: Katsching H, Freeman H, Sartorius N. (Eds.). *Quality of life in mental disorders*. Chichester (England): John Wiley and Sons; 1997. p. 137-47.

Trabalho recebido: 30/01/2012
Trabalho aprovado: 09/05/2012