

**PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO
EM PACIENTES NA SALA DE ESPERA DO
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA DE UM
CENTRO ONCOLÓGICO BRASILEIRO DE
REFERÊNCIA**

LIAO SHIN YU

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para a obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

Área de Concentração: Oncologia

**Orientadora: Dra. Maria Teresa D. P. da Cruz
Lourenço**

Co-Orientador: Dr. Rubens Chojniak

**São Paulo
2005**

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca do Centro de Tratamento e Pesquisa
Hospital do Câncer A.C. Camargo**

Yu, Liao Shin

**Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes na sala de espera do
Departamento de Radiologia em de um Centro Oncológico brasileiro de
referência / Liao Shin Yu. -- São Paulo, 2005.**

90p.

Curso de Pós-Graduação em Ciências-Área de concentração: Oncologia.
Orientadora: Maria Teresa D. P. da Cruz Lourenço.

Descritores: 1. ANSIEDADE. 2. DEPRESSÃO. 3. ESTUDO DE
PREVALÊNCIA. 4. DIAGNÓSTICO POR IMAGEM.

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais,
que proporcionaram toda a minha formação,
e que sempre me apoiaram com afeto e confiança.*

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho só foi possível graças à colaboração direta e indireta de muitas pessoas. Manifesto minhas estima e gratidão a todas elas.

À Dra. Maria Teresa D. P. da Cruz Lourenço, pela orientação paciente, cuidadosa e segura, e que por seu interesse e compreensão no assunto, este trabalho pôde ser realizado.

Ao Dr. Rubens Chojniak, pela co-orientação, contribuindo não apenas com sugestões valiosas, como também proporcionando condições que possibilitaram a realização deste trabalho, e, acima de tudo, pelo estímulo e incentivo à pesquisa científica.

À Dra. Karina Braga Ribeiro, pela ajuda preciosa e atenciosa na análise estatística.

Aos colegas de trabalho do Departamento de Imagem do Hospital do Câncer, pela amizade e apoio.

A toda equipe de funcionários e enfermagem do Departamento de Imagem, pela colaboração nas diversas situações.

À Prof. Maria Aparecida F. M. Bussolotti, pela revisão cuidadosa de língua portuguesa.

Em especial, aos pacientes, que com sua disponibilidade, possibilitaram a realização deste estudo.

RESUMO

Yu LS. Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes na sala de espera do Departamento de Radiologia de um Centro Oncológico Brasileiro de Referência São Paulo; 2005. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente]

Ansiedade e depressão ocorrem em pacientes com câncer e a realização de exames radiológicos pode contribuir para aumentar a ansiedade pelo seu impacto sobre a decisão diagnóstica e terapêutica. Como os transtornos de humor estão negativamente relacionados com a qualidade de vida, o curso da doença e na relação médico-paciente, reconhecer esses pacientes é importante, inclusive para radiologistas, que cada vez mais participam na decisão de conduta médica. O objetivo do estudo é descrever a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes na sala de espera do Departamento de Radiologia de um Centro Oncológico Brasileiro de Referência e correlacionar com as variáveis demográficas, clínicas e relacionadas ao exame radiológico. Fontes de ansiedade e preferências de comunicação, também, foram avaliadas. Realizou-se um estudo de corte transversal com 398 pacientes, que responderam a um questionário auto-aplicável, incluindo a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Na população estudada, 18,9% apresentaram ansiedade e 9,6% depressão, pela HADS. Utilizando o IDATE, 6,7% e 7,0% apresentaram alta ansiedade, estado e traço, respectivamente. Entre as variáveis correlacionadas, apresentaram prevalência de ansiedade e/ou depressão, aqueles pacientes: em acompanhamento psiquiátrico; jovens; em investigação ou tratamento do câncer; sem experiência com exame; mulheres; desempregados; menor nível de instrução; e estadiamento III/IV. Conhecer os pacientes, suas expectativas e as variáveis correlacionadas à ansiedade e à depressão é o primeiro passo para estabelecer uma melhor assistência ao doente.

SUMMARY

Yu LS. [**Prevalence of anxiety and depression on patients at the waiting room of the Radiology Department of a Brazilian Oncology Reference Center**]. São Paulo; 2005. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Anxiety and depression occur on patients with cancer and undergoing radiological exams may contribute to increase the anxiety because of the impact of their results on diagnostic and therapeutic decision. As psychological distresses are negatively related with life quality, disease course and physician-patient relationship, recognizing those patients is important, also for radiologists, who increasingly participate in medical procedure decisions. The aim of the present study is to describe the prevalence of anxiety and depression on patients at the waiting room of the Radiology Department of a Brazilian Oncology Reference Center and to correlate it with demographic, clinical, and radiological exam related variables. Anxiety sources and patient's preference about communication of results were also accessed. A cross-section study was accomplished with 398 patients who answered a self-applicable questionnaire containing the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). The studied population presented 18.9% of anxiety and 9.6% of depression according to the HADS. Using the STAI, 6.7% presented high state anxiety and 7.0% high trait anxiety. Among the correlated variables, the following patients presented prevalence of anxiety and/or depression: under psychiatric attendance; young ones; under cancer treatment or investigation; without experience with exams; women; unemployed; with lower schooling level; and cancer stage III/IV. Knowing the patients, their expectations and correlated variables with anxiety and depression is the first step to establish a better assistance to the patient.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo variáveis demográficas	23
Tabela 2	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo a procedência	24
Tabela 3	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo o local de residência atual	24
Tabela 4	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo o conhecimento sobre a localização do câncer	25
Tabela 5	Número e porcentagem de pacientes com neoplasia maligna, segundo a localização (dados do paciente)	26
Tabela 6	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo os exames de imagem realizados	27
Tabela 7	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo os procedimentos invasivos realizados	27
Tabela 8	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo o conhecimento sobre exame	28
Tabela 9	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo os diferentes objetivos do exame	28
Tabela 10	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo os modos de receber o resultado do exame de imagem	29
Tabela 11	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo a concordância de ser informado sobre o resultado do exame	29
Tabela 12	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo o estado de ansiedade proprioceptivo	30
Tabela 13	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo diferentes fontes de ansiedade	30
Tabela 14	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo os diferentes objetivos do exame (dados do prontuário)	31
Tabela 15	Número e porcentagem de pacientes com neoplasia maligna, segundo a localização (dados do prontuário)	32

Tabela 16	Número e porcentagem de pacientes do estudo com câncer, segundo o estadiamento clínico	32
Tabela 17	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo acompanhamento psiquiátrico e/ou uso de psicofármacos	33
Tabela 18	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo a prevalência de ansiedade e depressão pela HADS, divididos em 3 categorias	33
Tabela 19	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo a prevalência de ansiedade e depressão pela HADS, incluindo todos casos possíveis e prováveis	34
Tabela 20	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo a prevalência de ansiedade-estado pelo IDATE, divididos em 3 categorias	34
Tabela 21	Número e porcentagem pacientes do estudo, segundo a prevalência de ansiedade-traço pelo IDATE, divididos em 3 categorias	35
Tabela 22	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo a prevalência de ansiedade-estado e ansiedade-traço pelo IDATE, divididos em 2 categorias	35
Tabela 23	Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo a prevalência de ansiedade-traço pelo IDATE, divididos em 2 categorias	35
Tabela 24	Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade pela HADS e pelas variáveis demográficas	36
Tabela 25	Número e porcentagem de pacientes, segundo depressão pela HADS e pelas variáveis demográficas	37
Tabela 26	Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-estado pelo IDATE e pelas variáveis demográficas	38
Tabela 27	Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-traço pelo IDATE e pelas variáveis demográficas	39
Tabela 28	Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade pela HADS e pelas variáveis clínicas	40
Tabela 29	Número e porcentagem de pacientes, segundo depressão pela HADS e pelas variáveis clínicas	41

Tabela 30	Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-estado pelo IDATE e pelas variáveis clínicas	42
Tabela 31	Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-traço pela IDATE e pelas variáveis clínicas	43
Tabela 32	Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade pela HADS e pelo tipo de exame radiológico	44
Tabela 33	Número e porcentagem de pacientes, segundo depressão pela HADS e pelo tipo de exame radiológico	45
Tabela 34	Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-estado pelos IDATE e tipo de exame radiológico	46
Tabela 35	Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-traço pelos IDATE e tipo de exame radiológico	47
Tabela 36	Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade pela HADS e pelos aspectos diversos do exame radiológico	48
Tabela 37	Número e porcentagem de pacientes, segundo depressão pela HADS e pelos aspectos diversos do exame radiológico	49
Tabela 38	Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-estado pelos IDATE e aspectos diversos do exame radiológico	50
Tabela 39	Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-traço pelos IDATE e aspectos diversos do exame radiológico	51
Tabela 40	Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade pela HADS e pelas preferências de comunicação do resultado do exame radiológico	52
Tabela 41	Número e porcentagem de pacientes, segundo depressão pela HADS e pelas preferências de comunicação do resultado do exame radiológico	53
Tabela 42	Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-estado pelo IDATE e pelas preferências de comunicação do resultado do exame radiológico	54
Tabela 43	Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-traço pelo IDATE e pelas preferências de comunicação do resultado do exame radiológico	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Pontuação de posse de itens	15
Quadro 2	Pontuação de grau de instrução do chefe de família	15
Quadro 3	Cortes do Critério Brasil	15
Quadro 4	Correspondência entre pergunta do questionário e objetivo do exame	16

LISTA DE ABREVIATURAS

DP	Desvio Padrão
HADS	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	9
2.1	Objetivo primário	10
2.2	Objetivo secundário	10
3	MATERIAL E MÉTODO	11
3.1	População	12
3.2	Instrumentos	14
3.3	Variáveis do estudo	19
3.4	Análise estatística	20
4	RESULTADOS	21
4.1	Variáveis demográficas	22
4.2	Variáveis clínicas	25
4.3	Variáveis relacionadas com o exame radiológico	26
4.4	Dados dos prontuários	31
4.5	Prevalência de ansiedade e depressão	33
4.6	Associações da ansiedade e depressão com diferentes variáveis	35
4.6.1	Variáveis demográficas	35
4.6.2	Variáveis clínicas	40
4.6.3	Variáveis relacionadas aos tipos de exames radiológicos	44
4.6.4	Variáveis relacionadas aos aspectos diversos do exame radiológico	48
4.6.5	Variáveis relacionadas às preferências de comunicação do resultado do exame radiológico	52
5	DISCUSSÃO	56
6	CONCLUSÃO	80

ANEXOS

- Anexo 1** Termo de Consentimento Pós-Informado
- Anexo 2** Questionário Sobre o Perfil dos Pacientes do Departamento de Imagem do Hospital do Câncer
- Anexo 3** Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)
- Anexo 4** Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)
- Anexo 5** Dados do Prontuário dos Pacientes

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A preocupação em detectar pacientes com ansiedade e /ou depressão em hospitais tem sido alvo de inúmeros estudos na literatura (ZIGMOND et al. 1983; CARROLL et al. 1993; BOTEGA et al. 1995; FAWZY et al. 1995; AASS et al. 1997; HERRMANN 1997; VAN'T SPINJKEN et al. 1997; MASSIE e POPKIN 1998; PASSIK et al. 1998; PASCOE et al. 2000; SKARSTEIN et al. 2000; JONES 2001; LLOYD-WILLIAMS et al. 2001; NORDIN et al. 2001; NOYES et al. 1998; SOLLNER et al. 2001; STARK et al. 2002; BJELLAND et al. 2002). Essa preocupação se deve à alta prevalência dos transtornos psiquiátricos nos hospitais gerais, variando de 20% a 60%, segundo a literatura (MAYOU e HAWTON 1986). Nos centros oncológicos, onde a maioria dos pacientes já tem um diagnóstico de câncer ou estão em investigação por uma suspeita de câncer, a prevalência de transtorno de humor também é significativa. VAN'T SPINJKEN et al. (1997) revisaram 58 artigos numa metanálise sobre a prevalência de transtorno de humor nos pacientes oncológicos, observando que essa prevalência variou em torno de 0,9% a 49%.

A presença de transtorno de humor piora a qualidade de vida dos pacientes com câncer e pode estar associada ao aumento de sintomas físicos dos efeitos colaterais pela quimioterapia (PASCOE et al. 2000; FAWZY et al. 1995), prejudicando a adesão do paciente ao tratamento. Há ainda trabalhos na literatura que sugeriram uma possível associação de depressão e presença de transtornos de humor com a menor sobrevivência entre os pacientes com câncer de pulmão (FALLER et al.

1999) e câncer de mama (WATSON et al. 1999). Uma das explicações para este achado seria a associação da depressão com mudanças do sistema imunológico e endócrino (JONES 2001). A outra, mais aceita, seria a de maior adesão ao tratamento por parte dos pacientes não acometidos por transtornos de humor (HOAGLAND et al. 1983). FAWZY et al. (1995) revisaram os diferentes tipos de intervenção psicossocial no cuidado do doente com câncer, destacando seus efeitos na redução dos transtornos de humor nos diferentes estágios da doença. A intervenção nos casos de transtorno de humor não apenas contribui para o benefício pessoal do paciente, como também reduz custos hospitalares com menor número de consultas ou internações por sintomas físicos exacerbados, de origem psicológica e/ou psiquiátrica (JONES 2001).

Há uma grande dificuldade por parte dos médicos em reconhecer os pacientes acometidos por um transtorno de humor (PASSIK et al. 1998; SOLLNER et al. 2001; JONES 2001), seja pela insuspeição ou pela dificuldade em diferenciar certos sintomas, como: fadiga; insônia; taquicardia; falta de ar; anorexia; diminuição de libido; e outros, que podem decorrer tanto da patologia orgânica quanto mental. PASSIK et al. (1998) observaram que os médicos subestimavam o nível de sintomas depressivos nos pacientes mais deprimidos. SOLLNER et al. (2001) acharam uma baixa concordância entre estimativa de transtorno de humor e necessidade de suporte psicossocial dos pacientes, por parte dos oncologistas, em relação aos resultados obtidos através de instrumentos de rastreamento. JONES (2001) enumerou algumas razões para o subdiagnóstico de depressão e ansiedade nos pacientes com câncer, como: falta de tempo nas visitas médicas; erro na interpretação de depressão e

ansiedade como uma reação normal esperada; atribuição de sintomas de depressão e ansiedade ao câncer; e enfoque apenas nos problemas médicos.

Vários estudos também avaliaram métodos de detecção, possíveis fatores de risco e a influência dos transtornos de humor sobre a qualidade de vida desses pacientes (SPIELBERGER et al. 1970; BIAGGIO e NATALÍCIO 1979; ZIGMOND et al. 1983; CARROLL et al. 1993; BOTEGA et al. 1995; GORENSTEIN et al. 1995, 1996; HERRMANN 1997; ANDRADE et al. 2001; LLOYD-WILLIAMS et al. 2001; NORDIN et al. 2001; BJELLAND et al. 2002). Entre os vários tipos de instrumentos descritos para rastreamento de estados de ansiedade e depressão, a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) tem sido amplamente utilizada e validada para diversas populações, como para os pacientes com câncer (LLOYD-WILLIAMS et al. 2001; BJELLAND et al. 2002) e para população brasileira (BOTEGA et al. 1995). A escala originalmente descrita por ZIGMOND et al. (1983) foi construída para identificar casos de ansiedade e depressão entre os pacientes hospitalares.

Uma outra escala desenvolvida por SPIELBERGER et al. (1970), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE: *State-Trait Anxiety Inventory*), avalia dois componentes separáveis da ansiedade: propensão (traço) e ansiedade momentânea ou de situação (estado). A ansiedade-estado refere-se a um estado emocional transitório caracterizado por sensações subjetivas de tensão e apreensão conscientemente percebidas e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Esses estados podem variar em intensidade ao longo do tempo. Já o traço de ansiedade refere-se a uma disposição, relativamente estável, de responder a situações de estresse com ansiedade e à tendência em perceber como ameaçadoras

uma ampla faixa de situações. A escala está validada para população brasileira (BIAGGIO e NATALÍCIO 1979; GORENSTEIN et al. 1995, 1996; NOVAES et al. 1996; ANDRADE et al. 2001) e utilizada em diferentes tipos de população hospitalar, incluindo pacientes com câncer (STARK et al. 2002) e submetidos a procedimentos radiológicos invasivos. (HEIKKILA et al. 1998).

Em centros oncológicos, a importância de detectar os transtornos de humor não está apenas no seu impacto sobre o tratamento, mas também na relação médico-paciente, em que a percepção de estado emocional do paciente, por parte dos médicos, é fundamental para poder dar notícias em momentos e situações adequadas, oferecer suporte e conforto quando necessário. Ter habilidade em se comunicar com os pacientes tem sido demonstrado de fundamental importância por vários estudos, especialmente entre os oncologistas nos últimos vinte anos, com desenvolvimento da psico-oncologia como uma subespecialidade na oncologia. Vários autores, como ROBERTS et al. (1994), KORNBLITH (1998), BAILE et al. (1999); DOLBEAULT et al. (1999); FALLOWFIELD e JENKINS (1999); TAKAYAMA et al. (2001) e HOLLAND (2003), se empenharam em destacar a importância do “lado humanístico” no tratamento do câncer e do estabelecimento de uma boa comunicação médico-paciente e suas influências sobre aspectos psicológicos, satisfação e evolução da doença dos pacientes. ROBERTS et al. (1994) e ELLIS e TATTERSALL (1999) observaram aumento de satisfação e menor ocorrência de sintomas psicológicos, como depressão e ansiedade, nos pacientes com os quais se estabeleceu uma comunicação que atendeu às suas expectativas. HOAGLAND et al. (1983) demonstraram que a ansiedade causada pelo desconhecimento dos procedimentos terapêuticos, também, pode ser reduzida por uma comunicação efetiva, aumentando a

confiança dos pacientes para aderir ao tratamento proposto pelos médicos. O tipo de informação que os pacientes de câncer gostariam de saber foi estudado por KIRK et al. (2004), destacando a importância de se individualizar a informação para cada estágio da doença. Outros autores, como MAGUIRE et al. (1996); PARLE et al. (1997); ELLIS e TATTERSALL (1999); FALLOWFIELD e JENKINS (1999); MAGUIRE (1999); BECKMAN e FRANKEL (2003) e SCHAPIRA (2003), apresentaram propostas de treinamento para médicos e estudantes de medicina, e diretrizes para estabelecimento de uma comunicação efetiva, destacando atitudes como empatia, honestidade, flexibilidade, humildade, respeito mútuo e exploração das expectativas do paciente, como facilitadores na comunicação do câncer.

Apesar do número crescente de trabalhos abordando a prevalência de transtornos de humor e habilidade de comunicação na área de oncologia, poucas publicações foram direcionadas para pacientes submetidos a exames radiológicos em centros oncológicos (PETEET et al. 1992; GOLDING 1999).

O aumento da complexidade dos métodos de imagem torna cada vez mais difícil o conhecimento dos pacientes sobre os exames radiológicos (MUELLER et al. 2000; MAINIERO et al. 2001; NOVY et al. 2001; CHESSON et al. 2002a e b; Tecnologia x Humanização 2004). A ampla utilização de procedimentos invasivos guiados por imagem tem sido apontada como fonte de aumento de ansiedade dos pacientes nos departamentos de radiologia (MUELLER et al. 2000; NOVY et al. 2001). A presença de transtornos de humor, muitas vezes, pode prejudicar a qualidade do exame ou até mesmo impossibilitar a sua execução em casos de ansiedade extrema. De acordo com estudos realizados (Tecnologia x Humanização 2004), em torno de 1% a 2 % dos exames radiológicos têm que ser refeitos por causa

das ansiedade e fobia dos pacientes, e 5% dos exames não são realizados por esse mesmo motivo. Isso contribui para o aumento do custo desses exames pela reutilização de equipamentos, materiais e recursos humanos, além de prejudicar a rotina dos centros de diagnóstico radiológico, aumentando o tempo de espera e gerando mais ansiedade no ambiente. Tem sido proposta uma maior humanização nos exames radiológicos de alta complexidade, para melhorar a compreensão dos procedimentos por parte dos pacientes e diminuir a sua apreensão, diante do avanço da tecnologia.

O papel dos radiologistas, também, tem sido rediscutido nos últimos tempos, com o desenvolvimento dos novos métodos de imagem e a maior participação dos radiologistas nos procedimentos de diagnóstico e tratamento, que têm contato direto com os pacientes (MORRIS et al. 1987; LOGAN 1988; SMITH et al. 1989; GOLDING 1999). Os autores MORRIS et al. (1987) fizeram uma análise crítica sobre a interação radiologista-paciente e apontaram que atenção ao conforto do paciente, explicação sobre o procedimento e o resultado, e se o médico foi atencioso e sensível às necessidades do doente, foram as principais expectativas dos pacientes submetidos aos procedimentos radiológicos. A comunicação entre radiologistas e pacientes, tanto em sua interação durante o exame ou procedimento, como na hora de informar sobre o resultado, tem impacto decisivo sobre os pacientes. Portanto, ter habilidade de comunicação não se restringe apenas a oncologistas ou cirurgiões, mas também a radiologistas (WOOD et al. 2004).

GOLDING (1999) destacou o papel diferenciado dos radiologistas que trabalham nos centros oncológicos, daquele de hospitais gerais, pelo estabelecimento de um “relacionamento longitudinal”. Essa íntima ligação pode ser estabelecida, se

lembrarmos o papel da imagem na oncologia, acompanhando todo curso natural da doença, como instrumento de: rastreamento; investigação de sinais e sintomas; definição de diagnóstico; estadiamento clínico; definição de tratamento; avaliação de resposta ao tratamento; e vigilância de recorrência. É de se esperar que todo evento de imagem reflita um ponto crítico no manejo clínico do paciente, e isso deve contribuir para o aumento da ansiedade. Para os radiologistas dos centros oncológicos, conhecer o paciente que tem potencial de desenvolver transtornos psicológicos seria fundamental para um pleno exercício de sua função.

Há poucos estudos na literatura com ênfase específica na descrição do perfil dos pacientes que se encontram na sala de espera dos departamentos de imagem, mais especificamente nos centros oncológicos. A prevalência de ansiedade e depressão, sua associação com aspectos socioeconômicos e clínicos e possíveis fontes de ansiedade foram pouco exploradas nessa população. Assim, também, apenas alguns trabalhos abordaram o nível de informação que os pacientes têm sobre os exames radiológicos (CHESSON et al. 2002b) e suas preferências sobre a comunicação de resultados (MORRIS et al. 1987; PETEET et al. 1992; LIU et al. 1994; BASSETT et al. 1995; PARKER et al. 2001; PRIYANATH et al. 2002). Pouco se sabe, especialmente, sobre a população e as instituições brasileiras que apresentam particularidades, por se caracterizarem por uma heterogeneidade tanto do ponto de vista socioeconômico e etnocultural, quanto pelas diferentes formas de divisão de trabalho na área médica, destacando-se a execução de exames ultrasonográficos por médicos, como norma, e não por técnicos em radiologia como em muitos países.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

- Descrever a prevalência de ansiedade e depressão nos pacientes ambulatoriais submetidos a exames radiológicos no Departamento de Imagem do Hospital do Câncer A. C. Camargo, através da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) e do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Correlacionar os níveis de ansiedade e depressão obtidos nas escalas citadas com variáveis demográficas, clínicas e relacionadas ao exame radiológico.
- Descrever as possíveis fontes de ansiedade e preferência dos pacientes em relação à comunicação de resultado dos exames.

MATERIAL E MÉTODO

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 POPULAÇÃO

A população da amostra foi composta por pacientes ambulatoriais que foram submetidos a algum tipo de exame radiológico, presentes na sala de espera geral do Departamento de Imagem do Hospital do Câncer A.C. Camargo, obedecendo aos seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- ter mais de 18 anos,
- alfabetizado, capaz de compreender e preencher o questionário auto-aplicável.

Critérios de exclusão:

- quadros confusionais,
- síndromes demenciais,
- pacientes muito debilitados fisicamente.

O tamanho da amostra foi calculado com base nas prevalências de depressão descritas na literatura como variando de 20% a 60 % em pacientes de hospitais gerais (MAYOU e HAWTON 1986) e variando de 0,9% a 49% em pacientes oncológicos (VAN'T SPINJKEN et al. 1997). Como o tamanho da amostra é máximo para uma prevalência de 50%, supondo $\alpha= 5\%$ e um erro na estimativa da prevalência de $\pm 5\%$, estimou-se uma amostra com 400 pacientes.

Dados de prontuário foram consultados posteriormente pela pesquisadora principal para complementar as informações (Anexo 5).

3.2 INSTRUMENTOS

Um questionário contendo perguntas para obtermos dados demográficos, clínicos e relacionados ao exame radiológico foi elaborado pela pesquisadora principal (**Anexo 2**). Dados demográficos do paciente foram: sexo, estado civil, situação profissional, escolaridade, classe social e procedência. Para caracterização de classe econômica da amostra foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil, de acordo com Associação Nacional de Empresas de Pesquisa – ANEP. Também conhecido como Critério Brasil, é um padrão de mercado com segmentação da população em classes econômicas (A, B, C, D, E), atualizado em janeiro /2003. O sistema de pontos é feito pela soma das pontuações dada pela posse de bens (Quadro 1) e pelo grau de instrução do chefe de família (Quadro 2) e dividida em diferentes categorias (Quadro 3).

BENS	PONTUAÇÃO				
	NÃO TEM	TEM (QUANTIDADE)			
		1	2	3	4 ou +
TV em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e /ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira dúplex)	0	1	1	1	1

Quadro 1 - Pontuação de posse de bens.

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA	PONTUAÇÃO
Analfabeto / primário incompleto	0
Primário completo/ ginásio incompleto	1
Ginásio completo/ colegial incompleto	2
Colegial completo/ nível superior incompleto	3
Nível superior completo	5

Quadro 2 - Pontuação de grau de instrução do chefe de família.

CLASSE	PONTOS TOTAL	RENDA MÉDIA FAMILIAR (R\$)
A1	30-34	7793,00
A2	25-29	4648,00
B1	21-24	2804,00
B2	17-20	1669,00
C	11-16	927,00
D	6-10	424,00
E	0-5	207,00

Quadro 3 - Cortes do Critério Brasil.

Outras perguntas deste questionário fornecem dados, como presença ou não de neoplasia e uso de medicamento.

Ainda contém perguntas sobre variáveis relacionadas com exame radiológico, como o tipo de exame; se é ou não exame invasivo (biópsias guiadas pela imagem);

experiência anterior com exame; objetivo do exame (prevenção, detecção de doença, estadiamento, avaliação da resposta terapêutica, seguimento, avaliação da recidiva); e sobre modo de receber o resultado do exame radiológico. O objetivo da realização do exame, do ponto de vista dos pacientes, foi perguntado de forma que o paciente escolhia a melhor opção entre as situações descritas (Item 18 do Anexo 2), à qual ele se identificava. A correspondência entre as perguntas e o objetivo do exame está descrita no Quadro 4.

PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO	OBJETIVO DO EXAME
1. Não tenho doença ou tenho alterações benignas e estou apenas fazendo exames de rotina (prevenção ou <i>check-up</i>)	Prevenção/ rastreamento
2. Não tenho câncer, mas tenho alterações que podem evoluir para câncer, por isso estou fazendo exames para controle.	Seguimento de alterações benignas / pré-malignas
3. Sinto alguma coisa, estou fazendo exame para descobrir possível doença.	Detecção de possível doença
4 Já tenho diagnóstico de câncer, estou fazendo exame para ver se há extensão da doença para outro lugar antes de começar o tratamento.	Estadiamento / exames pré-cirúrgicos de câncer
5. Tenho diagnóstico de câncer, estou fazendo exame para ver resposta ao tratamento (ainda estou em tratamento).	Avaliação de resposta ao tratamento
6. Tive diagnóstico de câncer, já terminei o tratamento e estou apenas fazendo exame de controle e seguimento.	Seguimento
7. Tive diagnóstico de câncer e já terminei o tratamento, mas sinto alguma coisa e receio que seja a volta da doença, estou fazendo exame para tirar essa dúvida.	Avaliação de recidiva / progressão da doença
8. Não sei por que o médico pediu esse exame.	Paciente não sabe objetivo do exame

Quadro 4 – Correspondência entre pergunta do questionário e objetivo do exame.

A escala originalmente descrita por ZIGMOND et al. (1983) foi construída para identificar casos de ansiedade e depressão entre os pacientes em ambiente hospitalar (**Anexo 3**). A subescala de depressão está baseada no conceito de anedonia dos pacientes, eliminados os sintomas físicos da depressão, que podem decorrer

também pela própria condição de doença desses pacientes. A HADS contém duas subescalas que avaliam ansiedade e depressão, respectivamente, com 7 itens cada; a pontuação segundo o critério sugerido pelos autores ZIGMOND et al. (1983) é dada como sendo “não caso” para pacientes com pontuação menor que 8; “possíveis casos” para pontuações de 8 a 10; e “prováveis casos” de ansiedade e depressão clinicamente significativos para pontuações acima de 10. Vários estudos avaliaram outros pontos de corte para essa escala com a finalidade de melhorar a sensibilidade ou especificidade. A escolha do melhor ponto de corte dependerá da finalidade do estudo. Para estudos cujo objetivo é identificar todos os casos possíveis de transtorno de humor, deve-se escolher um limiar mais baixo (ponto de corte 8); já para estudos cujo objetivo é identificar os indivíduos portadores de transtornos de humor, para uma possível intervenção psiquiátrica, um ponto de corte 11 ou mais alto seria melhor para obter menor número de falsos positivos. A HADS tem a vantagem de conter poucos itens, é objetiva e de fácil entendimento, sendo auto-aplicável pelos pacientes (BOTEGA et al. 1995; LLOYD-WILLIAMS et al. 2001; BJELLAND et al. 2002).

O artigo de revisão de HERRMANN (1997) sobre experiência internacional com HADS, concluiu que a HADS permite diferenciar grupos com diferentes prevalências de ansiedade e depressão; predizer a adesão; qualidade de vida e sintomas físicos dos pacientes; e ainda, pode ser utilizado de forma repetitiva para uma avaliação longitudinal dos pacientes. Um outro artigo de revisão, publicado mais recentemente por BJELLAND et al. (2002), sobre a validade de HADS, analisando 747 artigos, reafirma a utilidade da HADS como instrumento de rastreamento de transtornos de humor, e que a maioria dos estudos identificou o

ponto de corte 8, ou mais, como tendo balanço ótimo entre a sensibilidade e a especificidade para ambas escalas, com cerca de 80 %. Essa escala também já foi validada para população brasileira por BOTEGA et al. (1995), demonstrando uma sensibilidade de 93,7% e especificidade de 72,6% para ansiedade, e sensibilidade de 84,6% e especificidade de 90,3% para depressão, quando foi utilizado o ponto de corte 8. Porém, alguns estudos (HALL et al. 1999; GILBODY et al. 2001) registraram que essa escala não é capaz de distinguir diferentes tipos de ansiedade, há sobreposição entre sintomas ansiosos e depressivos, as subescalas têm validades convergentes e não discriminativas.

Desenvolvido por SPIELBERGER et al. (1970), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE: *State-Trait Anxiety Inventory*) avalia dois componentes separáveis da ansiedade: propensão (traço) e ansiedade momentânea ou de situação (estado) (**Anexo 4**). A escala consiste em dois grupos de 20 questões cada, sendo a pontuação dada pela soma dos itens, variando de 20 a 80. As categorias dadas pela pontuação são: baixa ansiedade 20-39, média ansiedade 40-59, alta ansiedade 60-80 (SPIELBERGER et al. 1970; BIAGGIO e NATALÍCIO 1979; GORENSTEIN et al. 1995, 1996; NOVAES et al. 1996; HEIKKILA et al. 1998; ANDRADE et al. 2001).

A escala foi validada para população brasileira por BIAGGIO e NATALÍCIO (1979) e vários trabalhos demonstraram suas propriedades psicométricas, sendo adequadas para diferentes tipos de população hospitalar, incluindo pacientes internados em unidades de terapia intensiva (NOVAES et al. 1996), pacientes com câncer (STARK et al. 2002) e submetidos a procedimentos radiológico invasivos (HEIKKILA et al. 1998).

3.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

- *Ansiedade e depressão*: definidas pela pontuação obtida através da escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS): utilizando critério sugerido pelos autores ZIGMOND et al. (1983), como sendo “não caso” para pacientes com pontuação menor que 8; “possíveis casos” para pontuações de 8 a 10; e “prováveis casos” de ansiedade e depressão clinicamente significante para pontuações acima de 10. Para análise de associação com as diferentes variáveis no presente estudo, escolhemos o ponto de corte 8.
- *Ansiedade-traço e estado*: a pontuação obtida em cada escala separadamente (traço e estado) corresponde à soma dos itens individuais, variando de 20 a 80. As categorias dadas pela pontuação são: baixa ansiedade 20-39, média ansiedade 40-59, alta ansiedade 60-80 (SPIELBERGER et al. 1970; BIAGGIO e NATALÍCIO 1979; HEIKKILA et al. 1998). A média da pontuação dos pacientes também foi descrita com desvio padrão (DP). Para análise de associação com as diferentes variáveis, no presente estudo, escolhemos o ponto de corte 40.
- *Variáveis demográficas*: sexo, estado civil, situação profissional, escolaridade, classe social e procedência.
- *Variáveis clínicas*: se for ou não paciente oncológico, estadiamento clínico, uso de medicamentos e acompanhamento psiquiátrico.
- *Variáveis relacionadas ao exame radiológico*: tipo de exame (Raios-X simples, Raios-X contrastado, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, mamografia, ultra-sonografia, medicina nuclear); se é ou

não exame invasivo (biópsias guiadas pela imagem); experiência anterior com exame; objetivo do exame (prevenção, detecção de doença, estadiamento, avaliação da resposta terapêutica, seguimento, avaliação de recidiva); e modo de receber o resultado do exame radiológico.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As prevalências de ansiedade e depressão foram descritas por suas estimativas no ponto e pelo intervalo de 95% de confiança.

A análise da associação entre ansiedade ou depressão com as variáveis demográficas, oncológicas e relacionadas ao exame radiológico foi feita pelo teste de associação qui-quadrado.

Para todos os testes foi estabelecido um erro $\alpha=5\%$

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Durante o período de abril de 2004 a dezembro de 2004, nos dias e horários selecionados pela conveniência da pesquisadora principal, os pacientes ambulatoriais consecutivos que se apresentaram no Departamento de Imagem do Hospital do Câncer A. C. Camargo, para realização de exames radiológicos e que preencheram os critérios de inclusão, foram convidados a participar do estudo pela pesquisadora principal. Um total de 467 pacientes foi convidado a participar do estudo, após uma breve explicação sobre os objetivos da pesquisa e orientação sobre o preenchimento do questionário. Entre estes, treze pacientes não preencheram o critério de inclusão por não saberem ler. Trinta e quatro pacientes se recusaram a responder a pesquisa por motivos diversos: dezesseis pacientes estavam sem óculos, doze pacientes estavam sem condições físicas, segundo eles e/ou acompanhantes, dois alegaram falta de tempo e quatro pacientes se recusaram a participar sem especificar o motivo. Um total de 420 questionários foi entregue para os pacientes que consentiram em participar do estudo. O questionário continha o termo de consentimento pós-informado (Anexo 1); um questionário contendo perguntas para dados demográficos, clínicos e relacionados ao exame radiológico (Anexo 2); a HADS (Anexo 3); e o IDATE (Anexo 4). Os pacientes foram orientados pela pesquisadora principal sobre os questionários serem auto-aplicáveis e que deveriam ser preenchidos antes da realização dos exames, e devolvidos para a pesquisadora principal ou membro da equipe de recepção do Departamento ou enfermagem de cada setor.

Quatrocentos e dez questionários foram devolvidos, dez deles estavam em branco ou com grande parte das perguntas não respondidas. Do total de pacientes convidados para participar do estudo, dois pacientes preencheram os questionários

duas vezes, em dias diferentes para realização de exames diferentes, sendo considerados apenas os questionários respondidos pela primeira vez para composição de resultados. Trezentos e noventa e oito questionários foram considerados válidos, apesar de alguns conterem itens não respondidos e que foram considerados como valores ignorados na análise estatística.

4.1 VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

A idade dos indivíduos variou de 18 a 89 anos, com a média de 54,4 anos (DP=14,6). Trezentos e quatorze pacientes (79,8%) eram de sexo feminino e 84 (21,1%), de sexo masculino. Dos indivíduos, 55,5% eram casados ou amasiados; 35,7% tinham algum tipo de emprego; e 32,2% eram aposentados. Os pacientes tinham grau de instrução equivalente ao nível superior completo em 35,4% dos casos. A classe econômica, de acordo com Critérios de Classificação Econômica Brasil, mais prevalente na amostra foi a classe B, com 19,6% de classe B1 e 20,1% de classe B2 (Tabela 1).

Tabela 1 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo variáveis demográficas

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	CATEGORIAS	NÚMERO	%
Sexo	feminino	314	78,9
	masculino	84	21,1
Estado civil	solteiro	83	20,9
	casado /amasiado	221	55,5
	separado /divorciado	38	9,5
	viúvo	52	13,1
	ignorados	4	1,0
Situação profissional	desempregado	24	6,0
	assalariado /empresário /autônomo	142	35,7
	aposentado	128	32,2
	do lar	97	24,4
	estudante	4	1,0
	ignorados	3	0,8
Escolaridade	analfabeto /primário incompleto	38	9,5
	primário completo/ ginásio incompleto	77	19,3
	ginásio completo/ colegial incompleto	56	14,1
	colegial completo/ nível superior incompleto	86	21,6
	nível superior completo	141	35,4
Classe econômica	A1	15	3,8
	A2	64	16,1
	B1	78	19,6
	B2	80	20,1
	C	93	23,4
	D	43	10,8
	E	3	0,8
	ignorados	22	5,5
TOTAL		398	100,0

Dos pacientes, 65,1% eram procedentes do Estado de São Paulo, e 65,6% do total dos pacientes residem na capital São Paulo (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo a procedência

PROCEDÊNCIA (ESTADOS DE NASCIMENTO)	NÚMERO	%
Acre	1	0,3
Alagoas	2	0,5
Amazonas	2	0,5
Bahia	18	4,5
Ceará	5	1,3
Espírito Santo	1	0,3
Mato Grosso	3	0,8
Maranhão	4	1,0
Minas Gerais	29	7,3
Pará	5	1,3
Paraná	9	2,3
Paraíba	4	1,0
Pernambuco	10	2,5
Rio de Janeiro	5	1,3
Rio Grande do Sul	3	0,8
Rio Grande do Norte	3	0,8
Santa Catarina	5	1,3
São Paulo	259	65,1
Sergipe	4	1,0
Outro país	11	2,8
Ignorados	15	3,8
TOTAL	398	100,0

Tabela 3 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo o local de residência atual

RESIDÊNCIA ATUAL	NÚMERO	%
São Paulo Capital	261	65,6
Outras cidades do Estado de São Paulo	103	25,9
Outro estado	34	8,5
TOTAL	398	100,0

4.2 VARIÁVEIS CLÍNICAS

Quando foram perguntados sobre se tiveram câncer e se saberiam dizer o nome do câncer ou sua localização no corpo, 196 pacientes (49,3%) responderam que tinham câncer; 25,4% sabiam dizer o nome da neoplasia; e 23,9% sabiam pelo menos a localização no corpo. Cento e trinta pacientes (32,7%) responderam que não tiveram ou ainda não tinham diagnóstico de câncer (Tabela 4).

Tabela 4 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo o conhecimento sobre a localização do câncer

CONHECIMENTO SOBRE A LOCALIZAÇÃO DA CÂNCER	NÚMERO	%
Sabe o nome do câncer	101	25,4
Sabe a localização do câncer no corpo	95	23,9
Não sabe	14	3,5
Não tem / teve câncer	130	32,7
Ignorados	58	14,6
TOTAL	398	100,0

Entre os pacientes que responderam ter diagnóstico de neoplasia, a localização mais prevalente foi na mama, com 42,2% dos casos entre os diagnósticos neoplásicos, sendo correspondente a 19,6% do total da amostra. Alguns pacientes responderam que sabiam o nome e/ou a localização da doença, porém não a especificaram (Tabela 5).

Tabela 5 - Número e porcentagem de pacientes com neoplasia maligna, segundo a localização (dados do paciente)

LOCALIZAÇÃO DE NEOPLASIAS MALIGNAS	NÚMERO	% ENTRE NEOPLASIAS MALIGNAS
Lábio, cavidade oral e faringe	4	2,2
Órgãos digestivos	16	8,6
Órgãos respiratórios e intratorácicos	13	7,0
Ossos e cartilagens articulares	8	4,3
Pele	17	9,2
Tecido mole e tecido mesotelial	3	1,6
Mama	78	42,2
Órgãos genitais femininos	8	4,3
Órgãos genitais masculinos	11	5,9
Trato urinário	3	1,6
Olhos, cérebro e outras partes do sistema nervoso central	2	1,1
Tireóide e outras glândulas endócrinas	6	3,2
Neoplasia maligna de localizações mal definidas, secundárias e não especificadas	3	1,6
Neoplasias malignas primárias do tecido linfático e hematopoiético	13	7,0
TOTAL	185	100,0

Dos pacientes que responderam a questão referente ao uso de medicamentos, 65% tomavam algum tipo de medicação.

4.3 VARIÁVEIS RELACIONADAS AO EXAME RADIOLÓGICO

Em relação aos exames radiológicos, 42,5% dos pacientes estavam realizando ultra-sonografia (Tabela 6). Cinquenta e seis pacientes (14,1%) realizaram procedimentos invasivos guiados por imagem, pela tomografia, mamografia ou ultra-sonografia (Tabela 7).

Tabela 6 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo os exames de imagem realizados

EXAMES DE IMAGEM	NÚMERO	%
Raios-X simples	48	12,1
Raios-X contrastado	2	0,5
Tomografia computadorizada	68	17,1
Ressonância magnética	20	5,0
Mamografia	36	9,0
Ultra-sonografia	169	42,5
Ecocardiografia	28	7,0
Medicina nuclear	27	6,8
TOTAL	398	100,0

Tabela 7 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo os procedimentos invasivos realizados

PROCEDIMENTOS INVASIVOS	NÚMERO	% ENTRE PROCEDIMENTOS INVASIVOS
Guiada pela TC	8	14,3
Guiada pela USG	42	75,0
Guiada pela mamografia	6	10,7
TOTAL	56	100,0

Em relação a experiências anteriores com exame, 73,1% deles já fizeram alguma vez o mesmo tipo de exame a que estavam se submetendo no dia da pesquisa. Dos pacientes, 57,3% responderam que seu médico solicitante do exame explicou como era o exame que estavam realizando, e 46,7% tiveram interesse de perguntar para seus médicos como é realizado o exame de imagem solicitado (Tabela 8).

Tabela 8 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo o conhecimento sobre exame

VARIÁVEL	CATEGORIA	NÚMERO	%
Experiência anterior com exame	não	91	22,9
	sim	291	73,1
	ignorados	16	4,0
Recebeu explicação do médico solicitante	não	154	38,7
	sim	228	57,3
	ignorados	16	4,0
Solicitou explicação ao médico solicitante	não	191	48,0
	sim	186	46,7
	ignorados	21	5,3
TOTAL		398	100,0

O objetivo da realização do exame do ponto de vista dos próprios pacientes está distribuído de acordo com Tabela 9, objetivo mais freqüente (23,4%) é seguimento de doença já tratada.

Tabela 9 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo os diferentes objetivos do exame

OBJETIVOS DOS EXAMES	NÚMERO	%
Prevenção/ rastreamento	69	17,3
Seguimento de alterações benignas / pré-malignas	50	12,6
Deteção de possível doença	41	10,3
Estadiamento / exames pré-cirúrgicos de câncer	42	10,6
Avaliação de resposta ao tratamento	44	11,1
Seguimento	93	23,4
Avaliação de recidiva / progressão da doença	21	5,3
Paciente não sabe objetivo do exame	5	1,3
Ignorados	33	8,3
TOTAL	398	100,0

Foram realizadas perguntas sobre as preferências dos pacientes em relação à comunicação do resultado de seu exame. Dos pacientes, 47,3% da amostra preferem

receber seu resultado durante ou logo após a realização do exame, diretamente com o médico radiologista (Tabela 10).

Tabela 10 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo os modos de receber o resultado do exame de imagem

VARIÁVEL	CATEGORIA	NÚMERO	%
Modos de receber exames	durante ou logo após exame com radiologista	189	47,3
	pegar resultado no prazo e ler sem presença de médico	47	11,8
	na consulta com médico solicitante do exame	126	31,5
Ignorados		38	9,5
TOTAL		398	100,0

Quando oferecidas opções de receber os resultados diretamente com o médico radiologista, as respostas dos pacientes foram afirmativas em 67,1% e 59,5% dos pacientes para resultados normal e anormal, respectivamente (Tabela 11).

Tabela 11 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo a concordância de ser informado sobre o resultado do exame

CONCORDÂNCIA DE SER INFORMADO SOBRE O RESULTADO	CATEGORIA	NÚMERO	%
Quando resultado for normal	não	29	7,3
	sim	267	67,1
	tanto faz	53	12,8
	ignorados	51	12,8
Quando resultado não for normal	não	58	14,6
	sim	199	50,0
	sim, só se perguntar	38	9,5
	tanto faz	39	9,8
	ignorados	64	16,1
TOTAL		398	100,0

Foram realizadas perguntas para avaliar a autopercepção de ansiedade pelos pacientes e possíveis fontes de ansiedade. Cerca de 40,5% dos pacientes da amostra

se consideraram ansiosos no momento da pesquisa (Tabela 12). As frequências relacionadas às possíveis fontes estão apresentadas na Tabela 13, a maior fonte de ansiedade foi a preocupação com o resultado do exame (35,2%).

Tabela 12 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo a autopercepção de ansiedade

ANSIOSOS	NÚMERO	%
Não	204	51,3
Sim	161	40,5
Ignorados	33	8,3
TOTAL	398	100,0

Tabela 13 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo diferentes fontes de ansiedade

FONTES DE ANSIEDADE	CATEGORIAS	NÚMERO	%
Desconhecimento sobre exame	não	286	71,9
	sim	74	18,6
	ignorados	38	9,5
Preocupação com resultado	não	227	57,0
	sim	140	35,2
	ignorados	31	7,8
Falta de comunicação com médico radiologista	não	320	80,4
	sim	39	9,8
	ignorados	39	9,8
Tempo de espera excessiva	não	289	72,6
	sim	57	14,3
	ignorados	52	13,1
Ambiente físico desagradável	não	343	86,2
	sim	20	5,0
	ignorados	35	8,8
Atendimento pessoal ineficiente	não	358	89,9
	sim	9	2,3
	ignorados	31	7,8
TOTAL		398	100,0

4.4 DADOS DOS PRONTUÁRIOS

Os dados sobre os objetivos do exame radiológico, diagnóstico clínico, estadiamento e presença de acompanhamento psiquiátrico foram colhidos dos prontuários. Duzentos e noventa e nove pacientes tinham prontuário disponível para coleta de dados. A distribuição de objetivos dos exames e os diagnósticos clínicos estabelecidos por grupo estão apresentados a seguir (Tabelas 14, 15 e 16), sendo considerados ignorados os pacientes que não tinham prontuários. Duzentos e trinta e sete pacientes (59,5% da amostra) tinham neoplasia confirmada e a localização mais freqüente de neoplasia foi de mama, com 39,7% dos casos. Sessenta e dois pacientes (15,6% da amostra) apresentavam alterações benignas ou síndromes e condições pré-malignas. O objetivo do exame mais freqüente foi seguimento de doença já tratada, com 31,7% dos casos.

Tabela 14 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo os diferentes objetivos do exame (dados do prontuário)

OBJETIVOS DOS EXAMES	NÚMERO	%
Prevenção ou seguimento de alterações benignas e /ou pré-malignas	42	10,6
Detecção de possível doença	37	9,3
Estadiamento / exames pré-cirúrgicos de câncer	29	7,3
Avaliação de resposta ao tratamento	44	11,1
Seguimento	126	31,7
Avaliação de recidiva ou progressão da doença	21	5,3
Ignorados	99	24,9
TOTAL	398	100,0

Tabela 15 - Número e porcentagem de pacientes com neoplasia maligna, segundo a localização (dados do prontuário)

DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA MALIGNA DE ACORDO COM DADOS DO PRONTUÁRIO	NÚMERO	% ENTRE NEOPLASIAS MALIGNAS
Lábio, cavidade oral e faringe	9	3,8
Órgãos digestivos	23	9,6
Órgãos respiratórios e intratorácicos	14	5,8
Ossos e cartilagens articulares	8	3,8
Pele	19	7,9
Tecidos moles e tecido mesotelial	4	1,7
Mama	95	39,7
Órgãos genitais femininos	18	7,5
Órgãos genitais masculinos	14	5,8
Trato urinário	5	2,1
Olhos, cérebro e outras partes do sistema nervoso central	4	2,1
Tireóide e outras glândulas endócrinas	12	5,0
Neoplasias malignas de localizações mal definidas, secundárias, e não especificadas	1	0,4
Neoplasias malignas primárias do tecido linfático, hematopoiético	11	4,6
TOTAL	237	100,0

Tabela 16 - Número e porcentagem de pacientes do estudo com câncer, segundo o estadiamento clínico

ESTADIAMENTO	NÚMERO	%
Estádio 0	16	4,0
Estádio I	79	19,8
Estádio II	47	11,8
Estádio III	33	8,3
Estádio IV	53	13,3
Ignorados ou não se aplica	170	42,7
TOTAL	398	100,0

A frequência de pacientes com acompanhamento psiquiátrico e /ou com uso de medicamentos psicofármacos é de cerca de 11,3% da amostra (Tabela 17).

Tabela 17 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo acompanhamento psiquiátrico e/ou uso de psicofármacos

ACOMPANHAMENTO PSIQUIÁTRICO E/OU USO DE PSICOFÁRMACOS	NÚMERO	%
Não	257	64,6
Sim	45	11,3
Ignorados	96	24,1
TOTAL	398	100,0

4.5 PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Excluídos os casos ignorados, a prevalência de ansiedade segundo a HADS, considerando apenas os “prováveis casos”, foi de 18,9% com intervalo de confiança de 95% (IC 95%) entre 14,6% e 23,2%. A prevalência de depressão foi de 9,6%, com IC 95% [8,6;10,6]. Porém, se considerarmos todos os possíveis e prováveis casos de depressão e ansiedade, utilizando o ponto de corte 8, passamos a ter 38,0% [IC95%(31,9;44,1)] de ansiedade e 23,7% [IC95%(18,9;28,5)] para depressão (Tabelas 18 e 19).

Tabela 18 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo a prevalência de ansiedade e depressão pela HADS, divididos em 3 categorias.

HADS		NÚMERO	%
Ansiedade	não casos	233	62,0
	possíveis casos	72	19,1
	prováveis casos	71	18,9
Depressão	não casos	288	76,3
	possíveis casos	53	14,1
	prováveis casos	36	9,6
TOTAL		376 ¹	100,0

¹22 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

Tabela 19 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo a prevalência de ansiedade e depressão pela HADS, incluindo todos os casos possíveis e prováveis

HADS	CATEGORIAS	NÚMERO	%
Ansiedade	não caso	233	62,0
	casos possíveis e prováveis	143	38,0
Depressão	não caso	287	76,3
	casos possíveis e prováveis	89	23,7
TOTAL		376 ¹	100,0

¹ 22 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

Pelo IDATE, a média de pontuações obtidas para ansiedade-estado foi 39,40 (DP = 12,24) e ansiedade-traço foi de 39,92 (DP = 12,17). Quando divididos nas diferentes categorias: baixa ansiedade 20-39, média ansiedade 40-59, alta ansiedade 60-80, as frequências obtidas foram 6,7% [IC95%(5,8;7,5)] de alta ansiedade-estado e 7%[IC95%(6,1;7,9)] de alta ansiedade-traço (Tabela 20 e 21). Ao juntarmos esses dois grupos de média e alta ansiedade, observa-se que 46 % dos pacientes tinham algum grau de ansiedade tanto para estado quanto para traço (Tabela 22 e 23).

Tabela 20 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo a prevalência de ansiedade-estado pelo IDATE, divididos em 3 categorias

ANSIEDADE-ESTADO PELO IDATE	NÚMERO	%
Baixa	176	53,7
Média	130	39,6
Alta	22	6,7
TOTAL		328 ¹
		100,0

¹ 70 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

Tabela 21 – Número e porcentagem pacientes do estudo, segundo a prevalência de ansiedade-traço pelo IDATE, divididos em 3 categorias

ANSIEDADE-TRAÇO PELO IDATE	NÚMERO	%
Baixa	175	53,5
Média	129	39,4
Alta	23	7,0
TOTAL	327 ¹	100,0

¹ 71 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

Tabela 22 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo a prevalência de ansiedade-estado e ansiedade-traço pelo IDATE, divididos em 2 categorias

ANSIEDADE-ESTADO PELO IDATE	NÚMERO	%
Baixa	176	53,7
Média e alta	152	46,3
TOTAL	328 ¹	82,4

¹ 70 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ² 71 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

Tabela 23 - Número e porcentagem de pacientes do estudo, segundo a prevalência de ansiedade-traço pelo IDATE, divididos em 2 categorias

ANSIEDADE-TRAÇO PELO IDATE	NÚMERO	%
Baixa	175	53,7
Média e alta	152	46,4
TOTAL	327 ¹	100,0

¹ 71 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

4.6 ASSOCIAÇÕES DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO COM DIFERENTES VARIÁVEIS

4.6.1 VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

A. Ansiedade pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar - HADS

Não foi observada nenhuma associação estatisticamente significativa entre a ansiedade, pela HADS, e as variáveis demográficas (Tabela 24). Os pacientes do

sexo feminino apresentavam maior prevalência de ansiedade ($p = 0,095$) que pacientes do sexo masculino, porém sem significância estatística.

Tabela 24 - Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade pela HADS e pelas variáveis demográficas

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	CATEGORIAS	ANSIEDADE PELA HADS			<i>p</i>
		NÃO CASOS (%)	CASOS POSSÍVEIS E PROVÁVEIS (%)	TOTAL	
Sexo	feminino	177 (59,8)	119 (40,2)	376 ¹	0,095
	masculino	56 (70,0)	24 (30,0)		
Idade	< 54 anos	115 (58,1)	83 (41,9)	369 ²	0,115
	>= 54 anos	113 (66,1)	58 (33,9)		
Estado civil	solteiro/ divorciado / viúvo	104 (63,4)	60 (36,6)	373 ³	0,668
	casado/ amasiado	128 (61,2)	81 (38,8)		
Situação profissional	desempregado	11 (50,0)	11 (50,0)	373 ⁴	0,408
	assalariado/ empresário/ autônomo/	90 (64,7)	49 (35,3)		
	aposentado do lar/ estudante	131 (61,8)	81 (38,2)		
Escolaridade	até ensino fundamental completo	94 (59,9)	63 (40,1)	376 ⁵	0,693
	colegial completo	51 (61,4)	32 (38,6)		
	nível superior completo	88 (64,7)	48 (35,3)		
Classe econômica	A	51 (66,2)	26 (33,8)	356 ⁶	0,888
	B	93 (61,2)	59 (38,8)		
	C	52 (61,2)	33 (38,8)		
	D + E	26 (61,9)	16 (38,1)		
Procedência	outros estados	67 (57,8)	49 (42,2)	364 ⁷	0,348
	São Paulo	156 (62,9)	92 (37,1)		
Residência atual	São Paulo capital	156 (62,9)	92 (37,1)	376 ⁸	0,603
	outras cidades do Estado de São Paulo, ou outros estados	77 (60,2)	51 (39,8)		

¹ 22 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ² 29 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ³ 25 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁴ 25 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁵ 22 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁶ 42 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁷ 34 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁸ 22 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

B. Depressão pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar - HADS

Observamos associação estatisticamente significativa entre depressão e duas variáveis demográficas: situação profissional ($p = 0,001$) e escolaridade ($p = 0,022$), e a prevalência de depressão foi maior entre os pacientes desempregados e pacientes de menor escolaridade (Tabela 25).

Tabela 25 - Número e porcentagem de pacientes, segundo depressão pela HADS e pelas variáveis demográficas

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	CATEGORIAS	DEPRESSÃO PELA HADS			<i>p</i>
		NÃO CASOS (%)	CASOS POSSÍVEIS E PROVÁVEIS (%)	TOTAL	
Sexo	feminino	223 (75,3)	73 (24,7)	376 ¹	0,384
	masculino	64 (80,0)	16 (20,0)		
Idade	< 54 anos	156 (78,8)	42 (21,8)	369 ²	0,371
	≥ 54 anos	128 (74,9)	43 (26,0)		
Estado civil	solteiro/ divorciado / viúvo	127 (77,4)	37 (22,6)	373 ³	0,678
	casado/ amasiado	158 (75,6)	51 (24,4)		
Situação profissional	desempregado	12 (54,5)	10 (45,5)	373 ⁴	0,001
	assalariado/ empresário/ autônomo/	119 (85,6)	20 (14,4)		
	aposentado do lar/ estudante	154 (72,6)	58 (27,4)		
Escolaridade	até ensino fundamental completo	110 (70,1)	47 (29,9)	376 ⁵	0,022
	colegial completo	63 (75,9)	20 (24,1)		
	nível superior completo	114 (83,8)	22 (16,2)		
Classe econômica	A	62 (80,5)	15 (19,5)	356 ⁶	0,570
	B	116 (76,3)	36 (23,7)		
	C	64 (75,3)	21 (24,7)		
	D + E	29 (69,0)	13 (31,0)		
Procedência	outros estados	82 (70,0)	34 (29,3)	364 ⁷	0,098
	São Paulo	195 (78,6)	53 (21,4)		
Residência atual	São Paulo capital	195 (78,6%)	53 (21,4%)	376 ⁸	0,144
	outras cidades do Estado de São Paulo, ou outros estados	92 (71,9%)	36 (28,1%)		

¹ 22 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ² 29 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ³ 25 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁴ 22 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁵ 22 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁶ 42 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁷ 34 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁸ 22 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

C. Ansiedade-Estado pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado-IDATE

Observamos uma associação estatisticamente significativa entre ansiedade-estado pelo IDATE com idade dos pacientes ($p = 0,008$), sendo a prevalência maior entre os pacientes com idade menor que 54 anos. Observamos, também, uma maior prevalência de ansiedade entre pacientes do sexo feminino, porém no limite da significância estatística ($p = 0,058$) (Tabela 26).

Tabela 26 - Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-estado pelo IDATE e pelas variáveis demográficas

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	CATEGORIAS	ANSIEDADE-ESTADO PELO IDATE			<i>p</i>
		BAIXA ANSIEDADE (%)	MÉDIA E ALTA ANSIEDADE (%)	TOTAL	
Sexo	feminino	132 (51,0)	127 (49,0)	328 ¹	0,058
	masculino	44 (63,8)	25 (36,2)		
Idade	< 54 anos	86 (47,3)	96 (52,7)	322 ²	0,008
	>= 54 anos	87 (62,1)	53 (37,9)		
Estado civil	solteiro/ divorciado / viúvo	80 (56,3)	62 (43,7)	327 ³	0,370
	casado/ amasiado	95 (51,4)	90 (48,6)		
Situação profissional	desempregado	9 (45,0)	11 (55,0)	326 ⁴	0,715
	assalariado/ empresário/ autônomo/	72 (53,7)	62 (46,3)		
	aposentado do lar/ estudante	94 (54,7)	78 (45,3)		
Escolaridade	até ensino fundamental completo	62 (51,2)	59 (48,8)	328 ⁵	0,300
	colegial completo	45 (61,6)	28 (38,4)		
	nível superior completo	69 (51,5)	65 (48,5)		
Classe econômica	A	37 (49,3)	38 (50,7)	320 ⁶	0,244
	B	76 (55,1)	62 (44,9)		
	C	37 (49,3)	38 (50,7)		
	D + E	22 (68,8)	10 (31,3)		
Procedência	outros estados	53 (54,1)	45 (45,9)	320 ⁷	0,820
	São Paulo	117 (52,7)	105 (47,3)		
Residência atual	São Paulo capital	114 (53,3)	100 (46,7)	328 ⁸	0,847
	outras cidades do Estado de São Paulo, ou outros estados	62 (54,4)	52 (45,6)		

¹70 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ²76 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ³71 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁴78 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁵70 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁶79 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁷78 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁸70 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

D. Ansiedade-Traço pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado-IDATE

Algumas variáveis apresentaram associação estatisticamente significativa com ansiedade-traço: sexo ($p = 0,021$), situação profissional ($p = 0,046$), escolaridade ($p < 0,001$) e procedência ($p = 0,013$). A prevalência de ansiedade-traço foi maior entre mulheres, desempregados, pacientes com nível de instrução até ensino fundamental e pacientes procedentes de outros estados que não São Paulo (Tabela 27).

Tabela 27 - Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-traço pelo IDATE e pelas variáveis demográficas

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	CATEGORIAS	ANSIEDADE-TRAÇO PELO IDATE			<i>p</i>
		BAIXA ANSIEDADE (%)	MÉDIA E ALTA ANSIEDADE (%)	TOTAL	
Sexo	feminino	129 (50,2)	128 (49,8)	327 ¹	0,021
	masculino	46 (65,7)	24 (34,3)		
Idade	< 54 anos	96 (53,7)	84 (46,7)	321 ²	0,980
	>= 54 anos	75(53,2)	66 (46,8)		
Estado civil	solteiro/ divorciado / viúvo	74 (52,5)	67 (47,5)	326 ³	0,778
	casado/ amasiado	100 (54,1)	85 (45,9)		
Situação profissional	desempregado	6 (30,0)	14 (70,0)	325 ⁴	0,046
	assalariado/ empresário/ autônomo/	78 (59,1)	54 (40,9)		
	aposentado do lar/ estudante	91 (52,6)	82 (47,4)		
Escolaridade	até ensino fundamental completo	47 (38,8)	74 (61,2)	327 ⁵	<0,001
	colegial completo	48 (65,8)	25 (34,2)		
	nível superior completo	80 (60,2)	53 (39,8)		
Classe econômica	A	43 (58,1)	31 (41,9)	319 ⁶	0,109
	B	78 (56,9)	59 (43,1)		
	C	37 (48,0)	39 (52,0)		
	D + E	12 (36,4)	21 (63,6)		
Procedência	outros estados	42 (42,9)	56 (57,1)	319 ⁷	0,013
	São Paulo	128 (57,9)	93 (42,1)		
Residência atual	São Paulo capital	112 (53,1)	99 (46,9)	327 ⁸	0,831
	outras cidades do Estado de São Paulo ou outros estados	63 (54,3)	53 (45,7)		

¹71 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ²77 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ³ 72 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁴ 73 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁵ 71 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁶ 79 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁷ 79 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁸ 71 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

4.6.2 VARIÁVEIS CLÍNICAS

A. Ansiedade pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar - HADS

A prevalência de ansiedade foi maior entre os pacientes que utilizavam algum tipo de medicamento ($p = 0,048$) e entre aqueles que faziam acompanhamento psiquiátrico e/ou uso de psicofármacos ($p = 0,009$) (Tabela 28).

Tabela 28 - Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade pela HADS e pelas variáveis clínicas

VARIÁVEIS CLÍNICAS	CATEGORIAS	ANSIEDADE PELA HADS			<i>p</i>
		NÃO CASOS (%)	CASOS POSSÍVEIS E PROVÁVEIS (%)	TOTAL	
Conhecimento do paciente sobre a sua doença	sem câncer	78 (62,4)	47 (37,6)	333 ¹	0,864
	sabe o nome e /ou localização do câncer no corpo	116 (59,8)	78 (40,2)		
	não sabe o nome nem a localização	8 (57,1)	6 (42,9)		
Diagnóstico de neoplasia de acordo com dados dos prontuários	neoplasias malignas confirmadas	143 (63,3)	83 (36,7)	284 ²	0,171
	alterações benignas e /ou pré-malignas	31 (53,4)	27 (46,6)		
Localização do câncer de acordo com dados dos prontuários	câncer de mama	51 (57,3)	38 (42,7)	226 ³	0,133
	neoplasias malignas de outras localizações	92 (67,2)	45 (32,8)		
Estadiamento clínico	estádios 0, I e II	86 (63,7)	49 (36,3)	218 ⁴	0,982
	estádios III e IV	53 (63,9)	30 (36,1)		
Uso de medicamentos referido pelos pacientes	não	84 (67,7)	40 (32,3)	347 ⁵	0,048
	sim	127 (57,0)	96 (43,0)		
Acompanhamento psiquiátrico e/ou uso de psicofármacos	não	156 (64,2)	87 (35,8)	287 ⁶	0,009
	sim	19 (43,2)	25 (56,8)		

¹ 65 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ² 114 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ³ 173 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁴ 180 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁵ 51 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁶ 111 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

B. Depressão pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HADS

As variáveis clínicas que apresentaram associação estatisticamente significativa com depressão, pela HADS, foram: estadiamento clínico ($p = 0,037$), uso de algum tipo de medicamento ($p = 0,023$) e acompanhamento psiquiátrico ($p < 0,001$). Pacientes com estadiamento avançado (III e IV), pacientes que usavam algum tipo de medicamento e que faziam acompanhamento psiquiátrico e/ou uso de psicofármacos apresentaram maior prevalência de depressão. Os pacientes que tinham câncer na mama apresentaram menor prevalência de depressão em comparação aos pacientes com neoplasias de outras localizações, agrupadas ($p = 0,056$), no limite da significância estatística (Tabela 29)

Tabela 29 - Número e porcentagem de pacientes, segundo depressão pela HADS e pelas variáveis clínicas

VARIÁVEIS CLÍNICAS	CATEGORIAS	DEPRESSÃO PELA HADS			<i>p</i>
		NÃO CASOS (%)	CASOS POSSÍVEIS E TOTAL PROVÁVEIS (%)		
Conhecimento do paciente sobre a sua doença	sem câncer	100 (80,0)	25 (20,0)	333 ¹	0,136
	sabe o nome e /ou localização do câncer no corpo	145 (74,7)	49 (25,3)		
	não sabe o nome nem localização	8 (57,1)	6 (42,9)		
Diagnóstico de neoplasia de acordo com dados dos prontuários	neoplasias malignas confirmadas	170 (75,2)	56 (24,8)	284	0,865
	alterações benignas e/ou pré-malignas	43 (74,1)	15 (25,9)		
Localização do câncer acordo com dados dos prontuários	câncer de mama	73 (82,0)	16 (18,0)	226 ³	0,056
	neoplasias malignas de outras localizações	97 (70,8)	40 (29,2)		
Estadiamento clínico	estádios 0, I e II	108 (80,0)	27 (20,0)	218 ⁴	0,037
	estádios III e IV	56 (67,5)	27 (32,5)		
Uso de medicamentos referido pelos pacientes	não	103 (83,1)	21 (16,9)	347 ⁵	0,023
	sim	162 (72,2)	62 (27,8)		
Acompanhamento psiquiátrico e /ou uso de psicofármacos	não	194 (79,8)	49 (20,2)	287 ⁶	< 0,001
	sim	20 (45,5)	24 (54,5)		

¹ 65 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ² 114 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ³ 173 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁴ 180 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁵ 51 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁶ 112 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

C. Ansiedade-Estado pelo Inventário de Ansiedade Traço Estado - IDATE

A única variável clínica que apresentou associação estatisticamente significativa com ansiedade-estado, pelo IDATE, foi a presença de acompanhamento psiquiátrico e/ou uso de psicofármacos ($p < 0,001$) (Tabela 30).

Tabela 30 - Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-estado pelo IDATE e pelas variáveis clínicas

VARIÁVEIS CLÍNICAS	CATEGORIAS	ANSIEDADE-ESTADO PELO IDATE			<i>p</i>
		BAIXA ANSIEDADE (%)	MÉDIA E ALTA ANSIEDADE (%)	TOTAL	
Conhecimento do paciente sobre a sua doença	sem câncer	54 (48,2)	58 (51,8)	295 ¹	0,353
	sabe o nome e /ou localização do câncer no corpo	99 (56,9)	75 (43,1)		
	não sabe o nome nem localização	5 (55,6)	4 (44,4)		
Diagnóstico de neoplasia acordo com dados dos prontuários	neoplasias malignas confirmadas	115 (59,6)	78 (40,4)	246 ²	0,696
	alterações benignas e/ou pré-malignas	30 (56,6)	23 (43,4)		
Localização do câncer de acordo com dados dos prontuários	câncer de mama	44 (56,4)	34 (43,6)	193 ³	0,459
	neoplasias malignas de outras localizações	71 (61,7)	44 (38,3)		
Estadiamento clínico	estádios 0, I e II	71 (60,7)	46 (39,3)	186 ⁴	0,716
	estádios III e IV	40 (58,0)	29 (42,0)		
Uso de medicamentos referido pelos pacientes	não	59 (51,8)	55 (48,2)	306 ⁵	0,558
	sim	106 (55,2)	86 (44,8)		
Acompanhamento psiquiátrico e/ou uso de psicofármacos	não	132 (63,5)	76 (36,5)	249 ⁶	< 0,001
	sim	13 (31,7)	28 (68,3)		

¹ 103 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ² 153 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ³ 205 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁴ 212 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁵ 92 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁶ 149 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

D. Ansiedade-Traço pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado - IDATE

Assim como ansiedade-estado, a única variável clínica que apresentou associação estatisticamente significativa com ansiedade-traço, pelo IDATE, foi a presença de acompanhamento psiquiátrico e/ou uso de psicofármacos ($p = 0,046$) (Tabela 31).

Tabela 31 - Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-traço pelo IDATE e pelas variáveis clínicas

VARIÁVEIS CLÍNICAS	CATEGORIAS	ANSIEDADE-TRAÇO PELO IDATE			<i>p</i>
		BAIXA ANSIEDADE (%)	MÉDIA E ALTA ANSIEDADE (%)	TOTAL	
Conhecimento do paciente sobre a sua doença	sem câncer	60 (54,1)	51 (45,9)	295 ¹	0,639
	sabe o nome e /ou localização do câncer no corpo	90 (51,4)	86 (48,6)		
	não sabe o nome nem localização	6 (66,7)	3 (33,3)		
Diagnóstico de neoplasia acordo com dados dos prontuários	neoplasias malignas confirmadas	105 (54,7)	87 (45,3)	245 ²	0,467
	alterações benignas e /ou pré-malignas	26 (49,1)	27 (50,9)		
Localização do câncer acordo com dados dos prontuários	câncer de mama	45 (58,4)	32 (41,6)	192 ³	0,393
	neoplasias malignas de outras localizações	60 (52,2)	55 (47,8)		
Estadiamento clínico	estádios 0, I e II	60 (52,2)	55 (47,8)	185 ⁴	0,397
	estádios III e IV	41 (58,6)	29 (41,4)		
Uso de medicamentos referido pelos pacientes	não	64 (57,7%)	47 (42,3%)	306 ⁵	0,246
	sim	99 (50,8%)	96 (49,2%)		
Acompanhamento psiquiátrico e/ou uso de psicofármacos	não	116 (56,0%)	91 (44,0%)	248 ⁶	0,046
	sim	16 (39,0%)	25 (61,0%)		

¹ 103 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ² 153 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ³ 206 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁴ 213 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁵ 92 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁶ 150 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

4.6.3 VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS TIPOS DE EXAMES RADIOLÓGICOS

A Ansiedade pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar - HADS

Os diferentes tipos de exame radiológico não apresentaram associação com ansiedade, pela HADS (Tabela 32).

Tabela 32 - Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade pela HADS e pelo tipo de exame radiológico

TIPO DE EXAME RADIOLÓGICO	CATEGORIAS	ANSIEDADE PELA HADS		TOTAL	<i>p</i>
		NÃO CASOS (%)	CASOS POSSÍVEIS E PROVÁVEIS (%)		
Raios X simples	não	172 (61,0)	110 (39,0)	376 ¹	0,500
	sim	61 (64,9)	33 (35,1)		
Tomografia computadorizada	não	192 (63,0)	113 (37,0)	376 ²	0,416
	sim	41 (57,7)	30 (42,3)		
Ressonância magnética	não	223 (62,6)	133 (37,4)	376 ³	0,257
	sim	10 (50,0)	10 (50,0)		
Mamografia	não	173 (62,7)	103 (37,3)	376 ⁴	0,636
	sim	60 (60,0)	40 (40,0)		
Ultra-sonografia	não	129 (61,4)	81 (38,6)	376 ⁵	0,808
	sim	104 (62,7)	62 (37,3)		
Ecocardiografia	não	217 (62,2)	132 (37,8)	376 ⁶	0,763
	sim	16 (59,3)	11 (40,7)		
Medicina nuclear	não	217 (62,0)	133 (38,0)	376 ⁷	0,963
	sim	16 (61,5)	10 (38,5)		

¹⁻⁷ 22 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

B. Depressão pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HADS

Os tipos de exame radiológico não apresentaram associação com depressão pela HADS (Tabela 33).

Tabela 33 - Número e porcentagem de pacientes, segundo depressão pela HADS e pelo tipo de exame radiológico

TIPO DE EXAME RADIOLÓGICO	CATEGORIAS	DEPRESSÃO PELA HADS			<i>p</i>
		NÃO CASOS (%)	CASOS POSSÍVEIS E PROVÁVEIS (%)	TOTAL	
Raios X simples	não	216 (76,6)	66 (23,4)	376 ¹	0,834
	sim	71 (75,5)	23 (24,5)		
Tomografia computadorizada	não	236 (77,4)	69 (22,6)	376 ²	0,322
	sim	51 (71,8)	20 (28,2)		
Ressonância magnética	não	273 (76,7)	83 (23,3)	376 ³	0,494
	sim	14 (70,0)	6 (30,0)		
Mamografia	não	209 (75,7)	67 (24,3)	376 ⁴	0,646
	sim	78 (78,0)	22 (22,0)		
Ultra-sonografia	não	154 (73,3)	56 (26,7)	376 ⁵	0,124
	sim	133 (80,1)	33 (19,9)		
Ecocardiografia	não	268 (76,8)	81 (23,2)	376 ⁶	0,450
	sim	19 (70,4)	8 (29,6)		
Medicina nuclear	não	267 (76,3)	83 (23,7)	376 ⁷	0,941
	sim	20 (76,9)	6 (23,1)		

¹⁻⁷ 22 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

C. Ansiedade-Estado pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE

O tipo de exame radiológico apresentou associação estatisticamente significativa com ansiedade-estado pelo IDATE. Os pacientes submetidos ao exame de medicina nuclear apresentaram prevalência de ansiedade em relação aos pacientes submetidos a outros tipos de exame ($p = 0,004$) (Tabela 34).

Tabela 34: Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-estado pelos IDATE e tipo de exame radiológico

TIPO DE EXAME RADIOLÓGICO	CATEGORIAS	ANSIEDADE-ESTADO PELO IDATE		TOTAL	<i>p</i>
		BAIXA ANSIEDADE (%)	MÉDIA E ALTA ANSIEDADE (%)		
Raios X simples	não	135 (54,2)	114 (45,8)	328 ¹	0,719
	sim	41 (51,9)	38 (48,1)		
Tomografia computadorizada	não	145 (54,9)	119 (45,1)	328 ²	0,350
	sim	31 (48,4)	33 (51,6)		
Ressonância magnética	não	166 (53,2)	146 (46,8)	328 ³	0,467
	sim	10 (62,5)	6 (37,5)		
Mamografia	não	127 (52,3)	116 (47,7)	328 ⁴	0,392
	sim	49 (57,6)	36 (42,4)		
Ultra-sonografia	não	94 (52,2)	86 (47,8)	328 ⁵	0,565
	sim	82 (55,4)	66 (44,6)		
Ecocardiografia	não	161 (53,0)	143 (47,0)	328 ⁶	0,367
	sim	15 (62,5)	9 (37,5)		
Medicina nuclear	não	169 (56,0)	133 (44,0)	328 ⁷	0,004
	sim	7 (26,9)	19 (73,1)		

¹⁻⁷ 70 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

D. Ansiedade-Traço pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE

Os tipos de exame radiológico não apresentaram associação com ansiedade-traço pelo IDATE (Tabela 35).

Tabela 35 - Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-traço pelos IDATE e tipo de exame radiológico

TIPO DE EXAME RADIOLÓGICO	CATEGORIAS	ANSIEDADE-TRAÇO PELO IDATE		TOTAL	<i>p</i>
		BAIXA ANSIEDADE (%)	MÉDIA E ALTA ANSIEDADE (%)		
Raios X simples	não	130 (52,0)	120 (48,0)	327 ¹	0,322
	sim	45 (58,4)	32 (41,6)		
Tomografia computadorizada	não	142 (54,2)	120 (45,6)	327 ²	0,602
	sim	33(50,8)	32 (49,2)		
Ressonância magnética	não	166 (53,2)	144(46,5)	327 ³	0,961
	sim	9 (52,9)	8 (47,1)		
Mamografia	não	132 (54,3)	111 (45,7)	327 ⁴	0,620
	sim	43 (51,2)	41 (48,8)		
Ultra-sonografia	não	98 (54,7)	81 (45,3)	327 ⁵	0,623
	sim	77 (52,0)	71 (48,0)		
Ecocardiografia	não	161 (53,0)	143 (47,0)	327 ⁶	0,463
	sim	14 (60,9)	9 (39,1)		
Medicina nuclear	não	165 (54,6)	137 (45,7)	327 ⁷	0,159
	sim	10 (40,0)	15 (60,0)		

¹⁻⁷ 71 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

4.6.4 VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS ASPECTOS DIVERSOS DO EXAME RADIOLÓGICO

A Ansiedade pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HADS

Entre diversos aspectos do exame radiológico, o objetivo do exame do ponto de vista dos pacientes apresentou associação significativa com ansiedade, pela HADS, e aqueles pacientes que estavam em investigação de suspeita de câncer, ou com câncer confirmado em tratamento, apresentaram maior prevalência de ansiedade ($p = 0,020$) (Tabela 36).

Tabela 36 - Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade pela HADS e pelos aspectos diversos do exame radiológico

ASPECTOS DIVERSOS DO EXAME RADIOLÓGICO	CATEGORIAS	ANSIEDADE PELA HADS			<i>p</i>
		NÃO CASOS (%)	CASOS POSSÍVEIS E PROVÁVEIS (%)	TOTAL	
Procedimento invasivo (biópsia, localização pré-operatória)	não	198 (61,7)	123 (38,3)	376 ¹	0,783
	sim	35 (63,6)	20 (36,4)		
Experiência anterior com exame	não	57 (64,0)	32 (36,0)	369 ²	0,574
	sim	170 (60,7)	110 (39,3)		
Ter recebido explicação sobre exame	não	91 (60,7)	59 (39,3)	368 ³	0,672
	sim	137 (62,8)	81 (37,2)		
Ter solicitado explicação sobre exame	não	122 (65,2)	65 (34,8)	363 ⁴	0,154
	sim	102 (58,0)	74 (42,0)		
Objetivo do exame de acordo com os pacientes	prevenção ou alterações benignas	80 (69,6)	35 (30,4)	348 ⁵	0,020
	suspeita de câncer ou com câncer confirmado em investigação ou tratamento	77 (54,2)	65 (45,8)		
	seguimento	62 (68,1)	29 (31,9)		
Objetivos do exame de acordo com o prontuário	prevenção ou alterações benignas	22 (56,4)	17 (43,6)	284 ⁶	0,606
	suspeita de câncer ou com câncer confirmado em investigação ou tratamento	81 (64,3)	45 (35,7)		
	seguimento	71 (59,7)	48 (40,3)		

¹ 22 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ² 29 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ³ 30 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁴ 35 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁵ 50 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁶ 114 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

B. Depressão pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HADS

Pacientes que reportaram estar em investigação de suspeita de câncer, ou com câncer confirmado em tratamento, apresentaram maior prevalência de depressão ($p = 0,060$) do que outros grupos de pacientes, apesar de tal associação não ter sido estatisticamente significativa (Tabela 37).

Tabela 37 - Número e porcentagem de pacientes, segundo depressão pela HADS e pelos aspectos diversos do exame radiológico

ASPECTOS DIVERSOS DO EXAME RADIOLÓGICO	CATEGORIAS	DEPRESSÃO PELA HADS		TOTAL	<i>p</i>
		NÃO CASOS (%)	CASOS POSSÍVEIS E PROVÁVEIS (%)		
Procedimento invasivo (biópsia, localização pré-operatória)	não	242 (75,4)	79 (24,5)	376 ¹	0,300
	sim	45 (81,8)	10 (18,2)		
Experiência anterior com exame	não	69 (77,5)	20 (22,5)	369 ²	0,778
	sim	213 (76,1)	67 (23,6)		
Ter recebido explicação sobre exame	não	109 (72,7)	41 (27,3)	368 ³	0,136
	sim	173 (79,4)	45 (20,6)		
Ter solicitado explicação sobre exame	não	140 (74,9)	47 (25,1)	363 ⁴	0,353
	sim	139 (79,0)	37 (21,0)		
Objetivo do exame de acordo com os pacientes	prevenção ou alterações benignas	95 (82,6)	20 (17,4)	348 ⁵	0,060
	suspeita de câncer ou com câncer confirmado em investigação ou tratamento	102 (71,8)	40 (28,2)		
	seguimento	75 (82,4)	16 (17,6)		
Objetivos do exame de acordo com o prontuário	prevenção ou alterações benignas	29 (74,4)	10 (25,6)	284 ⁶	0,561
	suspeita de câncer ou com câncer confirmado em investigação ou tratamento	91 (72,2)	35 (27,8)		
	seguimento	93 (78,2)	26 (21,8)		

¹ 22 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ² 29 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ³ 30 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁴ 35 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁵ 50 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁶ 114 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

C. Ansiedade-Estado pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE

Vários aspectos sobre o exame radiológico apresentaram associação estatisticamente significativa com ansiedade-estado, pelo IDATE: tipo de procedimento ($p = 0,036$); experiência anterior com exame ($p < 0,001$); e objetivo do exame radiológico relatado pelos pacientes ($p = 0,007$); sendo que pacientes submetidos ao procedimento invasivo, pacientes que não tiveram experiência anterior com exame e aqueles cujo objetivo de exame era para confirmar suspeita de câncer ou para avaliar resposta ao tratamento de câncer já diagnosticado apresentaram maior prevalência de ansiedade-estado (Tabela 38).

Tabela 38 - Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-estado pelos IDATE e aspectos diversos do exame radiológico

ASPECTOS DIVERSOS DO EXAME RADIOLÓGICO	CATEGORIAS	ANSIEDADE-ESTADO PELO IDATE			<i>p</i>
		BAIXA ANSIEDADE (%)	MÉDIA E ALTA ANSIEDADE (%)	TOTAL	
Procedimento invasivo (biópsia, localização pré-operatória)	não	155 (56,2)	121 (43,8)	328 ¹	0,036
	sim	21 (40,4)	31 (59,6)		
Experiência anterior com exame	não	29 (36,3)	51 (63,8)	325 ²	<0,001
	sim	145 (59,2)	100 (40,8)		
Ter recebido explicação sobre exame	não	67 (50,4)	66 (49,6)	325 ³	0,296
	sim	108 (56,3)	84 (43,8)		
Ter solicitado explicação sobre exame	não	96 (58,2)	69 (41,8)	324 ⁴	0,100
	sim	78 (49,1)	81 (50,9)		
Objetivo do exame de acordo com os pacientes	prevenção ou alterações benignas	54 (50,9)	52 (49,1)	311 ⁵	0,007
	suspeita de câncer ou com câncer confirmado em investigação ou tratamento	60 (46,9)	68 (53,1)		
	seguimento	53 (68,8)	24 (31,2)		
Objetivos do exame de acordo com o prontuário	Prevenção ou alterações benignas	23 (63,9)	13 (36,1)	246 ⁶	0,293
	suspeita de câncer ou com câncer confirmado em investigação ou tratamento	60 (53,6)	52 (46,4)		
	seguimento	62 (63,3)	36 (36,7)		

¹ 70 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ² 73 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ³ 73 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁴ 74 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁵ 87 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁶ 152 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

D. Ansiedade-Traço pelo Inventário de Ansiedade Traço Estado – IDATE

Não houve associação estatisticamente significativa entre diversos aspectos do exame radiológico e prevalência de ansiedade-traço pelo IDATE (Tabela 39).

Tabela 39 - Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-traço pelos IDATE e aspectos diversos do exame radiológico

ASPECTOS DIVERSOS DO EXAME RADIOLÓGICO	CATEGORIAS	ANSIEDADE-TRAÇO PELO IDATE			<i>p</i>
		BAIXA ANSIEDADE (%)	MÉDIA E ALTA ANSIEDADE (%)	TOTAL	
Procedimento invasivo (biópsia, localização pré-operatória)	não	146 (52,7)	130 (47,3)	327 ¹	0,510
	sim	30 (57,7)	22 (42,3)		
Experiência anterior com exame	não	40 (50,0)	40 (50,0)	324 ²	0,483
	sim	134 (54,5)	111 (45,5)		
Ter recebido explicação sobre exame	não	70 (52,2)	64 (47,8)	323 ³	0,688
	sim	103 (54,5)	86 (45,5)		
Ter solicitado explicação sobre exame	não	93 (55,7)	74 (44,3)	323 ⁴	0,427
	sim	80 (51,3)	76 (48,7)		
Objetivo do exame de acordo com os pacientes	prevenção ou alterações benignas	60 (57,7)	44 (42,3)	310 ⁵	0,108
	suspeita de câncer ou com câncer confirmado em investigação ou tratamento	61 (47,3)	68 (52,7)		
	seguimento	47 (61,0)	30 (39,0)		
Objetivos do exame de acordo com o prontuário	prevenção ou alterações benignas	17 (47,2)	19 (52,8)	245 ⁶	0,715
	suspeita de câncer ou com câncer confirmado em investigação ou tratamento	62 (54,9)	51 (45,1)		
	seguimento	52 (54,2)	44 (45,8)		

¹ 71 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ² 74 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ³ 75 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁴ 75 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁵ 88 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ⁶ 153 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

4.6.5 VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS PREFERÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO DO RESULTADO DO EXAME RADIOLÓGICO

A. Ansiedade pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HADS

Não houve associação estatisticamente significativa entre a preferência de comunicação do resultado e a prevalência de ansiedade, pela HADS (Tabela 40).

Tabela 40 - Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade pela HADS e pelas preferências de comunicação do resultado do exame radiológico

PREFERÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO DO RESULTADO DO EXAME RADIOLÓGICO	CATEGORIAS	ANSIEDADE PELA HADS			<i>p</i>
		NÃO CASOS (%)	CASOS POSSÍVEIS E PROVÁVEIS (%)	TOTAL	
Modos de receber exames	durante ou logo após exame com radiologista	108 (57,8)	79 (42,2)	351 ¹	0,264
	pegar resultado no prazo e ler sem presença de médico	31 (68,9)	14 (31,1)		
	na consulta com médico solicitante do exame	77 (64,7)	42 (35,3)		
Ser informado sobre o resultado normal	não	17 (60,7)	11 (39,3)	340 ²	0,149
	sim	159 (60,2)	105 (39,8)		
	tanto faz	36 (75,0)	12 (25,0)		
Ser informado sobre o resultado quando não for normal	não	31 (56,4)	24 (43,6)	329 ³	0,121
	sim ou sim, só se perguntar	143 (60,6)	93 (39,4)		
	tanto faz	29 (76,3)	9 (23,7)		

¹ 47 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ² 58 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ³ 69 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

B. Depressão pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HADS

Também não houve associação estatisticamente significativa entre a preferência de comunicação do resultado e a prevalência de depressão pela HADS.

(Tabela 41)

Tabela 41 - Número e porcentagem de pacientes, segundo depressão pela HADS e pelas preferências de comunicação do resultado do exame radiológico

PREFERÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO DO RESULTADO DO EXAME RADIOLÓGICO	CATEGORIAS	DEPRESSÃO PELA HADS			<i>p</i>
		NÃO CASOS (%)	CASOS POSSÍVEIS E PROVÁVEIS (%)	TOTAL	
Modos de receber exames	durante ou logo após exame com radiologista	136 (72,7)	51 (27,3)	351 ¹	0,293
	pegar resultado no prazo e ler sem presença de médico	36 (80,0)	9 (20,0)		
	na consulta com médico solicitante do exame	95 (79,8)	24 (20,2)		
Ser informado sobre o resultado normal	não	21 (75,0)	7 (25,0)	340 ²	0,964
	sim	204 (77,3)	60 (22,7)		
	tanto faz	37 (77,1)	11 (22,9)		
Ser informado sobre o resultado quando não for normal	não	43 (78,2)	12 (21,8)	329 ³	0,908
	sim ou sim, só se perguntar	180 (76,3)	56 (23,7)		
	tanto faz	30 (78,9)	8 (21,1)		

¹ 47 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ² 58 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ³ 69 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

C. Ansiedade-Estado pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE

Pacientes ansiosos não querem ser informados do resultado, seja normal ou anormal, com significância estatística ($p = 0,022$ para resultado normal e $p = 0,007$ para resultado anormal) (Tabela 42).

Tabela 42 - Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-estado pelo IDATE e pelas preferências de comunicação do resultado do exame radiológico

PREFERÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO DO RESULTADO DO EXAME RADIOLÓGICO	CATEGORIAS	ANSIEDADE-ESTADO PELO IDATE			<i>p</i>
		BAIXA ANSIEDADE (%)	MÉDIA E ALTA ANSIEDADE (%)	TOTAL	
Modos de receber exames	durante ou logo após exame com radiologista	92 (53,8)	79 (46,2)	312 ¹	0,958
	pegar resultado no prazo e ler sem presença de médico	22 (55,0)	18 (45,0)		
	na consulta com médico solicitante do exame	53 (52,5)	48 (47,5)		
Ser informado sobre o resultado normal	não	10 (38,5)	16 (61,5)	306 ²	0,022
	sim	128 (53,8)	110 (46,2)		
	tanto faz	30 (71,4)	12 (28,6)		
Ser informado sobre o resultado quando não for normal	não	21 (42,9)	28 (57,1)	302 ³	0,007
	sim ou sim, só se perguntar	121 (54,8)	100 (45,2)		
	tanto faz	25 (78,1)	7 (21,9)		

¹ 86 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ² 92 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ³ 96 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

D. Ansiedade-Traço pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE

Na população estudada, não foram observadas associações estatisticamente significativas entre a preferência de comunicação do resultado com prevalência de ansiedade-traço (Tabela 43).

Tabela 43 - Número e porcentagem de pacientes, segundo ansiedade-traço pelo IDATE e pelas preferências de comunicação do resultado do exame radiológico

PREFERÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO DO RESULTADO DO EXAME RADIOLÓGICO	CATEGORIAS	ANSIEDADE-TRAÇO PELO IDATE			<i>p</i>
		BAIXA ANSIEDADE (%)	MÉDIA E ALTA ANSIEDADE (%)	TOTAL	
Modos de receber exames	durante ou logo após exame com radiologista	85 (50,3)	84 (49,7)	312	0,196
	pegar resultado no prazo e ler sem presença de médico	27 (65,9)	14 (34,1)		
	na consulta com médico solicitante do exame	53 (52,0)	49 (48,0)		
Ser informado sobre o resultado normal	não	14 (53,8)	12 (46,2)	304	0,422
	sim	126 (53,4)	110 (46,6)		
	tanto faz	27 (64,3)	15 (35,7)		
Ser informado sobre o resultado quando não for normal	não	26 (53,1)	23 (46,9)	300	0,079
	sim ou sim, só se perguntar	113 (51,8)	105 (48,2)		
	tanto faz	24 (72,7)	9 (27,3)		

¹ 86 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ² 94 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada. ³ 98 pacientes excluídos da análise pela informação ignorada.

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

A população estudada no presente trabalho foi composta pelos pacientes que se encontravam na sala de espera do Departamento de Imagem do Hospital do Câncer, centro oncológico de referência em São Paulo. Essa amostra foi heterogênea, pois incluímos os pacientes sem câncer, com vários tipos de câncer, e que seriam submetidos a diferentes tipos de exame radiológico, com graus de complexidade variável. Essa heterogeneidade corresponde à realidade da sala de espera que foi estudada. Vários trabalhos na literatura, também, incluíram pacientes com variados diagnósticos de câncer, tentando estabelecer possível associação entre o tipo de neoplasia e a presença de transtornos de humor, como os de CARROLL et al. (1993), AASS et al. (1997), PASCOE et al. (2000) e NORDIN et al. (2001). Acreditamos que mesmo os pacientes submetidos a exames de prevenção, portanto sem câncer, estavam sujeitos a fatores estressantes, por estarem na expectativa de descobrir uma possível doença e estarem expostos num ambiente hospitalar junto com pacientes oncológicos.

A autopercepção de ansiedade foi reportada em 40,5% dos pacientes da amostra, que se consideravam ansiosos no momento da pesquisa. Através da utilização de escalas, a prevalência encontrada na amostra do presente estudo foi de 18,9% de ansiedade e de 9,6% de depressão, segundo a HADS, utilizando o ponto de corte 11, e 37,9% de ansiedade e 23,6% de depressão com ponto de corte 8. Este achado é comparável aos dados da literatura para população com câncer. CARROLL

et al. (1993) relataram 17,7% [IC95%(14,9;20,5)] de ansiedade e 9,9% [IC95%(9,2;10,6)] de depressão com ponto de corte 11. Quando este autor utilizou ponto de corte 8, 41,3% [IC95%(36,9;45,7)] de sua amostra apresentavam ansiedade e 22,9% [IC95%(19,7;26,1)], depressão. AASS et al. (1997) encontraram prevalência de 13% [IC95%(14,6;22,9)] de ansiedade e 9% [IC95%(7;11)] de depressão, utilizando ponto de corte 11, e 31% [IC95%(27;35)] de ansiedade e 20% [IC95%(17;23)] de depressão, utilizando ponto de corte 8. Mais recentemente, PASCOE et al. (2000) encontraram prevalência de ansiedade de 11,5% [IC95%(8,6;14,4)], menor do que encontrado neste estudo; e 7,1% [IC95%(4,8;11,7)] de depressão, semelhante ao nosso achado. Incluindo todos casos possíveis e prováveis de ansiedade e depressão, PASCOE et al. (2000) obtiveram prevalências de 23,2% [IC95%(19,1;27,3)] e 18,1% [IC95%(14,5;18,5)] de ansiedade e depressão, respectivamente, sendo menores que o nosso resultado. Num estudo de metanálise realizado por VAN'T SPINJEN et al. (1997) sobre seqüelas psicológicas do diagnóstico de câncer, a prevalência de transtorno ansioso entre pacientes com câncer variou de 0,9%-49%, e de transtorno depressivo variou de 0%-46%. Este estudo avaliou 58 artigos que utilizaram diferentes delineamentos de estudo, diferentes instrumentos de avaliação psiquiátrica e pacientes com diferentes tipos de tumores, justificando a grande variabilidade dos achados.

Pela escala IDATE, as prevalências obtidas para ansiedade-estado foram 6,7% de alta e 39,5% de média ansiedade. Para ansiedade-traço, as prevalências foram 7% de alta ansiedade e 39,3% de média ansiedade. Ao juntarmos os grupos de média e alta ansiedade, observamos que 46% dos pacientes tinham algum grau de

ansiedade tanto para estado quanto para traço. A média das pontuações, obtidas no presente estudo, foi de 39,4 (DP = 12,2) para ansiedade-estado e 39,9 (DP = 12,2) para ansiedade-traço, sendo comparável ao achado de TAKAYAMA et al. (2001), que observaram uma média de pontuação de 41,7 (+/- 11,5) de ansiedade-estado e 40,6 (+/- 10,9) de ansiedade-traço, pelo IDATE, nos pacientes japoneses com câncer antes da consulta com seu médico. STARK et al. (2002) encontraram médias de pontuação pelo IDATE um pouco maiores que as do presente estudo, de 44,4 com IC95%(39,8-49) para ansiedade-estado, e 47,6 pontos IC95%(43,8-51,5), para ansiedade-traço, entre pacientes com câncer e com transtorno de ansiedade diagnosticado pelos critérios de CID-10.

Poucos trabalhos relacionados à prevalência de ansiedade e depressão nos pacientes submetidos a exames radiológicos foram realizados. HEIKKILA et al. (1998) encontraram uma prevalência de 3% [IC95%(0,9;5,1)] de alta e 35% [IC95%(27,7;42,3)] de média ansiedade-estado nos pacientes antes de serem submetidos a uma arteriografia coronária. Um trabalho realizado por PETEET et al. (1992) estudou pacientes oncológicos submetidos ao exame de tomografia computadorizada, avaliando as possíveis fontes de ansiedade, técnicas de relaxamento empregadas e preferência de comunicação de resultados, porém não foi utilizada escala validada para avaliação de ansiedade, sendo utilizada uma escala visual analógica com pontuações variando de 1 a 5 (1 sem ansiedade e 5 indicando ansiedade máxima). Pacientes submetidos aos procedimentos de radiologia intervencionista apresentavam moderado grau de ansiedade pela escala visual analógica e antecipação de desconforto pelo estudo de MUELLER et al. (2000).

NOVY et al. (2001) avaliaram pacientes submetidas à biópsia percutânea de mama, que apresentavam alta pontuação de ansiedade-estado pelo IDATE com média de 71,1 (DP = 7,2), enquanto no presente trabalho essa média foi de 39,40 (DP = 12,24) para ansiedade-estado. Essa diferença se deve provavelmente à maior homogeneidade da população estudada, constituída só por pacientes submetidos ao procedimento invasivo no trabalho de NOVY et al. (2001). Os autores CHESSON et al. (2002a) observaram que crianças submetidas aos exames de Raios-X demonstraram ansiedade através de desenhos e entrevistas.

Para a análise de associação com as diferentes variáveis, escolhemos o ponto de corte 8 na escala HADS, pois procuramos incluir todos os casos possíveis e prováveis de transtornos de humor para descrever a nossa amostra. Nos apoiamos no artigo de revisão de BJELLAND et al. (2002) para escolha desse corte, que tem um balanço ótimo entre a sensibilidade e especificidade. Também nos baseamos no trabalho de validação da HADS por BOTEGA et al. (1995), que demonstraram uma boa sensibilidade e especificidade deste ponto de corte para a população brasileira. Para IDATE utilizamos o ponto de corte 40 para incluir os pacientes com algum grau de ansiedade (média e alta).

As variáveis demográficas como estado civil, classe econômica e residência atual não apresentaram associações estatisticamente significativas com as prevalências de ansiedade e depressão, tanto pela HADS quanto pelo IDATE. AASS et al. (1997) também não encontraram diferenças entre estado civil e local de residência (área urbana ou rural) com as prevalências de ansiedade e depressão

utilizando HADS. VAN'T SPINJKEN et al. (1997) encontraram na sua metanálise, uma associação inconsistente entre estado civil e transtornos psiquiátricos em vários trabalhos da literatura. Grupo socioeconômico baixo foi apontado como fator de risco para ansiedade na população geral, conforme MAYOU e HAWTON (1986), porém não encontramos no nosso estudo associação entre classe econômica e ansiedade ou depressão. STARK et al. (2002) relatou uma fraca associação entre parâmetros demográficos e ansiedade nos pacientes com câncer, diferentemente da população geral, sugerindo que as diferenças demográficas que predisõem a transtornos de ansiedade na população geral se tornam menos relevantes quando um evento estressor maior ocorre. NOYES et al. (1998), também, reportaram trabalhos que não encontraram relação de ansiedade com estado civil e classe social.

As pacientes do sexo feminino apresentaram uma maior prevalência de ansiedade-traço, sendo estatisticamente significativa. Para ansiedade-estado pelo IDATE e ansiedade pela HADS, os casos também foram mais prevalentes entre mulheres do que entre homens, apesar de não ter tido uma associação estatisticamente significativa. Achados semelhantes foram encontrados no trabalho de CARROLL et al. (1993), que reportaram que pacientes femininos tinham mais ansiedade, mas não depressão, utilizando-se HADS. AASS et al. (1997), também, observaram diferença estatisticamente significativa ($p = 0,0015$) entre 16% de casos de ansiedade em mulheres e 8% em homens. Já a depressão foi semelhante em ambos os sexos (9% em mulheres e 8% em homens). PASCOE et al. (2000), também, encontraram maior proporção de mulheres que homens com ansiedade ($p = 0,045$), pela HADS, mas não houve diferença na depressão. A revisão de 211 artigos

realizada por HERRMANN (1997) encontrou um grande número de estudos de corte transversal, que reportaram pontuações mais altas de ansiedade, pela HADS, em mulheres do que em homens; ao passo que essa associação significativa com sexo não foi encontrada para depressão. MASSIE e POPKIN (1998), também, concluíram que não houve diferença de sexo na prevalência de depressão. STARK et al. (2002) encontraram associação entre sexo e ansiedade, pela HADS e pelo IDATE, sendo as pacientes femininas mais ansiosas. A metanálise de seqüela psicológica do diagnóstico de câncer por VAN'T SPINJKEN et al. (1997) aponta que os estudos constituídos apenas de população feminina reportavam menos depressão e ansiedade que os estudos com população mista ou só do sexo masculino. Os autores desta metanálise atribuíram a esse resultado razões, como: possíveis diferenças na idade, tipo de tumor e prognóstico das populações estudadas.

Em nossa amostra, a idade foi agrupada em menores que 54 anos e maiores ou igual a 54 anos, sendo essa escolha feita pela média (54,4 anos) e mediana (54 anos) da idade na amostra. Observamos associação estatisticamente significativa entre idade e ansiedade-estado, sendo maior a prevalência entre pacientes com idade menor que 54 anos. Houve maior prevalência de ansiedade, pela HADS, também entre pacientes mais jovens, apesar de não ter tido associação significativa. Não houve associação entre idade e depressão, pela HADS. Esse achado é condizente com PASCOE et al. (2000), que encontraram maior prevalência de ansiedade clinicamente significativa em pacientes menores que 65 anos do que naqueles com 65 anos ou mais ($p = 0,034$). Os autores também não encontraram diferença entre idade e depressão. CARROLL et al. (1993), também encontraram maior ansiedade, mas

não depressão em pacientes jovens (com 59 anos ou menos). AASS et al. (1997) destacaram a faixa etária intermediária (entre 30 e 70 anos) como a faixa de maior prevalência de ansiedade, pela HADS. A revisão de HERRMANN (1997) resume os achados da literatura apontando a faixa etária de 30-59 anos como tendo maior prevalência de ansiedade pela HADS, e grupos com idades menores que 30 anos como tendo menor depressão. A metanálise de VAN'T SPINJKEN et al. (1997) mostrou que estudos com pacientes mais jovens (idade média menor que 50 anos) reportavam mais ansiedade, assim como depressão, do que estudos com pacientes mais velhos (idade média de 50 anos ou mais). Uma possível explicação para esse achado seria que pacientes jovens têm mais dificuldade em se adaptar ao estresse de enfrentar câncer, e pelo impacto e mudança nos planos de vida. Porém, esse achado é contrário aos estudos relacionados aos exames radiológicos. NOVY et al. (2001) estudaram pacientes submetidas a procedimentos de biópsia percutânea de mama com idade média de 51 anos (DP = 14,3) e encontraram maior ansiedade nas pacientes mais velhas. Novas tecnologias na área de diagnóstico por imagem podem ser “assustadores” para os pacientes idosos, pois estes não têm familiaridade com equipamentos computadorizados e comandos de voz (CHESSON et al. 2002b). Já no trabalho com pacientes internados na UTI, de NOVAES et al. (1996), os autores não encontraram associação estatisticamente significativa entre a idade e ansiedade ou depressão, sugerindo que ante as ameaças à integridade física ou à vida da pessoa, a ansiedade decorrente desse impacto emocional pode se dar em qualquer faixa etária. Como a amostra do presente estudo é constituída por pacientes que estavam submetidos a diferentes fontes estressantes, tanto pela complexidade dos equipamentos de imagem, quanto pelo possível impacto do resultado / diagnóstico, o

que observamos foi prevalência de jovens com maior ansiedade, o que está de acordo com a literatura em relação aos pacientes com câncer. Foi interessante observar, também, que não houve diferença na prevalência de ansiedade-traço para diferentes faixas etárias, indicando que o tipo de ansiedade que afeta os pacientes jovens é a ansiedade momentânea, reposta emocional transitória diante da situação estressante como a descoberta do câncer.

A depressão foi maior entre os pacientes desempregados, assim como ansiedade-traço, de forma estatisticamente significativa. Esse achado pode ser compreensível considerando que se trata de pessoas do grupo economicamente ativo, que não estão empregadas, seja pela limitação física por doença ou outros tipos de impedimento, e que supostamente carregam responsabilidades sociais e econômicas. AASS et al. (1997) também encontraram em seu estudo, maior ansiedade e depressão para pacientes com limitação física e função social impedida. Já STARK et al. (2002) não encontraram associação entre estar empregado e ansiedade e depressão, tanto pela HADS como pelo IDATE. Diferente de nosso achado, VAN'T SPINJKEN et al. (1997) encontraram mais problemas psicológicos nos pacientes empregados do que naqueles que não estão, em dois artigos da sua metanálise.

Assim como a situação profissional, a escolaridade também está associada a depressão e ansiedade-traço, entre pacientes de menor escolaridade, de até ensino fundamental, encontramos maior prevalência do que entre os pacientes com grau de instrução maior. Pelo artigo de VAN'T SPINJKEN et al. (1997), o nível educacional apresentou associação inconsistente entre os transtornos de humor nos pacientes com

câncer, pelos vários estudos analisados na metanálise. O trabalho de NOVY et al. (2001) com pacientes submetidas à biópsia percutânea de mama demonstrou que menor educação estava associada à maior ansiedade. MAINIERO et al. (2001), também, encontraram menor risco relativo, de pacientes com nível superior completo, de reportar graus moderado ou elevado de ansiedade, quando submetidas ao exame mamográfico. Porém, NOYES et al. (1998) relataram trabalhos que não observaram associação entre ansiedade e nível educacional. Acreditamos que pacientes com menor instrução podem ter mais dificuldades em compreender os procedimentos de exames de diagnóstico por imagem, os diferentes aspectos do curso de sua doença, assim como maior dificuldade para desmistificar a crença popular de câncer ser sinônimo de doença incurável.

A procedência dos pacientes de outros estados fora São Paulo, no qual a pesquisa foi realizada, apresentou associação significativa com ansiedade-traço, pelo IDATE. Esse achado foi isolado para ansiedade-traço e também não houve correspondência com local de residência atual. Não sabemos ao certo o significado desse achado. Talvez os pacientes procedentes de outros estados tenham mais ansiedade por sentimento de solidão, por estarem longe do local de sua origem e menor suporte familiar.

Não houve associação estatisticamente significativa entre ansiedade ou depressão com o fato de o paciente relatar ter câncer ou não. Esse achado é contrário ao relato de NOYES et al. (1998), que apontaram diversos trabalhos que indicavam câncer como fator de risco para ansiedade e outros transtornos psiquiátrico. Já a

metanálise de VAN'T SPINJKEN et al. (1997) mostrou que a ansiedade, depressão e transtorno psicológico em geral, em pacientes com câncer, não diferem significativamente da população normal, na maioria dos artigos revisados. Estes autores sugeriram algumas possíveis explicações para este achado: a) o diagnóstico câncer ter um impacto menos severo do que é assumido em geral, pela melhoria no nível educacional dos pacientes, melhoria no tratamento e no prognóstico; b) os pacientes poderiam suprimir conscientemente qualquer problema psicológico preexistente para lidar com um evento de vida maior; c) os pacientes poderiam (inconscientemente e parcialmente) negar seus sentimentos de depressão, ansiedade e transtornos, por incapacidade de lidar com eles.

Um fato interessante encontrado foi a menor prevalência de depressão entre pacientes com câncer de mama, quando comparados com grupo heterogêneo de câncer de outras localizações, apesar de não ter sido uma associação estatisticamente significativa. Esse achado não é pioneiro, sendo que a metanálise de VAN'T SPINJKEN et al. (1997) já apontava para vários trabalhos que encontraram menor transtorno psiquiátrico entre pacientes com câncer de mama em comparação com outros grupos de câncer. Algumas explicações para isso seriam de que câncer de mama geralmente tem um bom prognóstico e é um câncer bem conhecido entre a população geral, em razão das inúmeras campanhas e de melhor informação, além de ter vários grupos de apoio para pacientes com câncer de mama.

O estadiamento clínico está associado à depressão, pela HADS, mas não à ansiedade, e os pacientes com estádios III e IV apresentavam maior prevalência.

Maior prevalência de depressão, pela HADS, mas não da ansiedade, entre os pacientes com metástases, foi observada em diversos trabalhos (CARROLL et al. 1993; AASS et al. 1997; MASSIE e POPKIN 1998), mais especificamente, no trabalho de revisão feita por HERRMANN (1997). PASCOE et al. (2000) também encontraram maior prevalência de depressão ($p = 0,014$) entre os pacientes com estágio IV, mas sem associação com ansiedade. O fato de o estadiamento não estar associado com ansiedade pode sugerir que a ansiedade ocorre nas fases iniciais da descoberta do câncer; já pacientes com estadiamento avançado, portanto mais crônico, os sinais e sintomas de depressão prevalecem. NORDIN et al. (2001) concluíram que ter doença avançada no momento do diagnóstico é um fator de risco adicional para o paciente desenvolver transtornos ansiosos ou depressivos 6 meses depois. Porém, LLOYD-WILLIAMS et al. (2001), que estudaram pacientes com câncer metastático avançado, alertaram para a pouca eficácia da HADS para rastreamento de depressão, pelo fato de que seu principal conceito de anedonia pode estar presente na fase final de vida, sendo recomendado um ponto de corte mais alto, acima de 19. Pacientes com doença avançada, também, têm se apresentado como menos beneficiados na redução de ansiedade, pela comunicação médico-paciente, conforme TAKAYAMA et al. (2001) que estudaram a influência de estilo de comunicação do médico, avaliada por pacientes, no nível de ansiedade destes em um Centro Oncológico japonês.

Uso de algum tipo de medicamento também está associado à ansiedade e à depressão, pela HADS, porém não com as subescalas de ansiedade pelo IDATE. O tipo de medicamento não foi discriminado pelo presente estudo, pela grande

variedade de medicação relatada pelos pacientes. Sabe-se que alguns medicamentos quimioterápicos podem desencadear transtornos de humor (MASSIE e POPKIN 1998; FAWZY et al. 1995). O presente estudo não permite aprofundar essa discussão.

Entre os pacientes que fazem acompanhamento psiquiátrico e/ou uso de algum tipo de psicofármaco, obtivemos maior prevalência de ansiedade e depressão, pela HADS, e ansiedade-estado e traço, pelo IDATE. AASS et al. (1997) observaram maior frequência de casos de ansiedade e depressão, pela HADS, entre grupos de pacientes com história psiquiátrica anterior em relação aos que não a tinham ($p < 0,001$). STARK et al. (2002), também, reportaram que pacientes com de história de tratamento anterior ou atual para ansiedade e/ou depressão apresentavam prevalência de ansiedade, pelos diversos instrumentos de medida utilizados, incluindo HADS e IDATE ($p = 0,01$). Esse achado é esperado e, também, reafirma a habilidade das escalas em detectar os transtornos de humor estudados.

O único exame radiológico que apresentou associação estatisticamente significativa com prevalência de ansiedade-estado foi o exame de medicina nuclear, sendo maior nos pacientes submetidos a este exame. Esse achado talvez se deva ao fato de ser um exame pouco conhecido por parte dos pacientes e que exige injeção de material radioativo intravenoso em quase todos os casos.

Pacientes que relataram estar em investigação de suspeita de câncer ou com câncer confirmado em tratamento apresentaram maior prevalência de ansiedade e depressão, pela HADS e ansiedade-estado, pelo IDATE. MAINIERO et al. (2001)

estudaram pacientes submetidas ao exame mamográfico em relação à sua ansiedade; utilizando escala analógica visual, também, encontraram maiores níveis de ansiedade nas pacientes sintomáticas que estavam realizando exame para diagnóstico e nas pacientes com história pessoal de câncer de mama, do que naquelas pacientes sem queixa.

Procedimento invasivo e experiência anterior com exame apresentaram associação estatisticamente significativa com ansiedade-estado, pelo IDATE. Os pacientes submetidos aos procedimentos invasivos e aqueles que nunca tinham realizado o exame radiológico, a que estavam sendo submetidos no dia da pesquisa, apresentaram maior prevalência para ansiedade-estado e não para outros transtornos de humor. MUELLER et al. (2000), em seu trabalho realizado com pacientes submetidos ao procedimento radiológico intervencionista, demonstraram que pacientes com experiência anterior com o procedimento tendiam a ter maior compreensão do procedimento e menos ansiedade. Pacientes que realizavam exame mamográfico pela primeira vez reportavam maiores níveis de ansiedade sobre o procedimento e resultado de exame, de acordo com MAINIERO et al. (2001). O fato de pacientes no presente estudo apresentarem maior prevalência de ansiedade-estado e não outros tipos de transtorno de humor, também, sugere a habilidade do IDATE em discriminar diferentes situações de ansiedade, sendo perfeitamente intuitivo pensar que quanto mais invasivo o procedimento e menos conhecimento sobre o exame, mais ansiedade deve ser encontrada entre os pacientes.

A ansiedade momentânea ou situacional foi menor para grupo de pacientes que acharam ser indiferente ser informado ou não sobre o resultado do exame. Já os pacientes ansiosos não queriam ser informados do resultado, fosse ele normal ou anormal, sendo essa associação estatisticamente significativa. HEIKKILA et al. (1998), avaliando o medo dos pacientes em relação ao exame de arteriografia, revelou que o fato de poder saber o resultado do exame era um fator que aumentava a ansiedade dos pacientes. O fato de não querer ser informado do resultado de exames deve estar relacionado à incapacidade de os pacientes lidar com a informação no momento do exame, principalmente entre os pacientes mais ansiosos.

Observamos, no presente estudo, um maior número de variáveis relacionadas ao exame radiológico, que apresentaram correlação com a ansiedade-estado, pelo IDATE, como: tipo de exame, procedimento invasivo, experiência anterior com exame, objetivo do exame e informação do resultado. Algumas destas variáveis não apresentaram associação com ansiedade, pela HADS. Isto poderia sugerir uma melhor propriedade discriminativa do IDATE, em diferenciar tipos de ansiedade, do que da HADS; e o IDATE, mais especificamente a sua subescala para ansiedade-estado, poderia ser considerado um instrumento mais adequado para detectar ansiedade situacional, quando pretendemos estudar pacientes realizando exames de imagem.

Dos pacientes dessa amostra, 49,3% referiram saber o nome e/ou a localização do câncer, e 32,7% dos pacientes referiram não ter câncer até o momento da pesquisa. Apenas 9,6% dos pacientes referiram não saber o objetivo do exame ou

não responderam a questão. Como se trata de um centro de referência para tratamento de câncer, é de se esperar que os pacientes estejam cientes de sua doença e o objetivo do exame radiológico. Por ser uma instituição hospitalar com classe social A e B correspondendo a 59,6% da amostra, e o grau de instrução de colegial completo ou nível superior completo, em mais da metade da amostra (57%), as exigências e interesse por mais informações sobre a doença, pelo pacientes, talvez sejam maiores.

A maioria dos pacientes da amostra (76,2%) já teve experiência anterior com o exame radiológico que estava realizando no dia da pesquisa. Isto se deve à facilidade de acesso e difusão dos exames radiológicos, hoje em dia, entre a população em geral; e como se trata de um centro de referência no tratamento do câncer, muitos pacientes foram encaminhados para investigação ou tratamento, após terem sido avaliados por outros profissionais e/ou submetidos à avaliação radiológica inicial em outros serviços.

Observamos que 40% dos pacientes do estudo não receberam explicações sobre o procedimento do exame radiológico por seus médicos solicitantes. Pouco menos da metade dos pacientes (49%) perguntou como era realizado o exame. A rotina corrida nos consultórios de clínicos ou cirurgiões, sem tempo de dar explicações mais detalhadas sobre exames solicitados, ou mesmo a falta de domínio pleno sobre assunto de outra especialidade e a própria complexidade crescente dos exames radiológicos poderiam contribuir para que os pacientes não recebessem explicações adequadas. Os pacientes também poderiam estar mais preocupados em

obter informações sobre a sua queixa ou doença do que ter a curiosidade em entender como seriam realizados os exames radiológicos. O estudo realizado por CHESSON et al. (2002b) demonstrou que apenas 32% dos pacientes procuraram informações sobre os exames radiológicos através de fontes diversas, como: familiares, amigos e Internet, e apenas 14% deles tinham sido informados por seus médicos do que esperar em relação ao procedimento radiológico.

A maior fonte de ansiedade entre os pacientes pesquisados era a preocupação com o resultado, em 35,2% dos casos. Pela natureza das patologias prevalentes nessa amostra, é compreensível a ansiedade gerada em relação ao resultado, já que a conduta médica e, conseqüentemente, a rotina de vida dos pacientes, estão na dependência do resultado. O mesmo achado também foi apresentado por PETEET et al. (1992), com pacientes oncológicos submetidos à tomografia computadorizada, e no trabalho de MAINIERO et al. (2001), com pacientes submetidas à mamografia. A preocupação com os resultados dos exames é constante para os doentes, uma fonte de ansiedade de difícil controle, já que a maioria dos pacientes está ciente de sua doença e das implicações do resultado dos exames radiológicos, o que leva à ansiedade.

O fato de não conhecer o exame foi fonte de ansiedade relatada por 18,6% dos pacientes no presente estudo, a segunda entre algumas possíveis fontes avaliadas. A experiência anterior com o exame apresentou associação significativa com ansiedade-estado; entre aqueles que não tiveram experiência com exame anteriormente, a prevalência de ansiedade-estado era maior. Os autores MUELLER et al. (2000) observaram que pacientes com experiência anterior com exame

radiológico tendiam a ter maior compreensão do procedimento e menos ansiedade. Num estudo realizado com pacientes oncológicos submetidos ao exame de tomografia computadorizada (PETEET et al. 1992), o medo e a curiosidade em relação aos aspectos técnicos do exame eram uma reação freqüente no primeiro contato e que decrescia durante os exames subseqüentes.

A falta de comunicação com os radiologistas contribuiu pouco para ansiedade dos pacientes do estudo (9,8%). Esse achado poderia ser interpretado de duas formas. Uma seria de que há uma comunicação adequada entre radiologistas e pacientes na maioria dos casos. Outra, que talvez reflita mais a realidade em nosso meio, seria a de que, tradicionalmente, o contato entre radiologistas e pacientes é tão pouco, que estes não sentiriam a falta de comunicação, considerando como “normal” esse distanciamento. O pouco contato com os pacientes, muitas vezes, é uma das razões para escolha da especialidade por parte de radiologistas, por questões de personalidade ou preferência pessoal. Porém, há crescente evidência da importância da comunicação, principalmente, para aqueles que trabalham com oncologia (GOLDING 1999), incluindo-se a área da radiologia. O estilo de comunicação dos médicos pode influenciar no nível de ansiedade dos pacientes, conforme estudo de TAKAYAMA et al. (2001). Estes autores avaliaram a percepção de estilo de comunicação dos médicos oncologistas, por parte dos pacientes, e o nível de ansiedade antes e após consulta médica. Eles observaram uma redução na média de pontuação de ansiedade-estado após a interação com o médico, de 41,7 (+/- 11,5) para 36,7 (+/- 10,6), com média de redução de 5,0 (+/- 1,5) pontos ($p < 0,001$), e o

estilo de comunicação do médico estava correlacionado com nível de ansiedade pós-consulta dos pacientes.

Uma melhor explicação sobre os procedimentos radiológicos e uma maior interação entre radiologistas e pacientes talvez possam reduzir a ansiedade de 28,4 % dos pacientes atendidos no departamento em questão. MAINIERO et al. (2001) avaliaram o efeito da educação pré-procedimento para pacientes submetidas ao exame mamográfico e não encontraram nenhuma diferença estatisticamente significativa entre as pacientes que receberam explicação do procedimento através de fita de vídeo e daquelas que não receberam. Talvez essa educação pré-procedimento dos pacientes deva ser feita de outra forma, preferencialmente através de comunicação direta radiologista-paciente. Conforme MORRIS et al. (1987), os pacientes esperavam que os radiologistas dessem atenção ao conforto do paciente, explicação sobre o procedimento e o resultado, e fossem atenciosos e sensíveis às necessidades do doente. As habilidades de comunicação, também, podem ser treinadas, como tem sido proposto por diversos trabalhos (BAILE et al. 1999; MAGUIRE et al. 1996; PARLE et al. 1997; ELLIS e TATTERSALL 1999; FALLOWFIELD e JENKINS 1999; MAGUIRE 1999; BECKMAN e FRANKEL 2003; SCHAPIRA 2003). Apesar de estes trabalhos apresentarem enfoque direcionado, principalmente, para oncologistas, os treinamentos e diretrizes podem ser aplicados para radiologistas que trabalham com pacientes com câncer. WOOD et al. (2004) propuseram um formulário que permite avaliação de profissionalismo e habilidade interpessoal e de comunicação dos residentes de radiologia, pela

importância de preparar os recém-formados para atender às exigências da prática médica atual.

Outras fontes de ansiedade relacionadas à estrutura administrativa e ao ambiente físico contribuíram pouco para gerar ansiedade nos pacientes. Poderiam ser reduzidas ou contornadas com melhor treinamento dos atendentes, mudanças no ambiente, como investimento em decorações ambientais antiestresse (GOLDING 1999), providenciar espaço físico maior, suficiente para acomodar os acompanhantes (PETEET et al. 1992), ou ainda, segundo estes, oferecer um atendimento especial para pacientes muito debilitados fisicamente, separando-os dos demais pacientes para reduzir o impacto do contato. O tempo de espera excessivo, que tem sido descrito como um fator importante na percepção de satisfação dos pacientes (SMITH et al. 1989), pode ocorrer por problemas de organização da agenda, problemas técnicos em relação aos equipamentos ou outros fatores não previsíveis, como aumento de demanda dos pacientes internados e de emergências não agendadas ou atrasos por pacientes muito debilitados fisicamente ou ansiosos, que não colaboram com a execução de exames ou que exigem uma atenção e tempo maiores para melhor assistência. Organizar agendas disponibilizando tempo suficiente exigido para cada tipo de exame, oferecer horários de atendimento de acordo com a demanda, manutenção periódica de equipamentos são alguns esforços que a parte administrativa pode fazer para otimizar o tempo de atendimento dos pacientes. A equipe de radiologistas e a equipe de enfermagem devem estar preparadas para identificar pacientes com transtornos ansiosos ou depressivos, que exigem maior assistência, e promover uma interação efetiva para conduzir, da melhor forma, a

realização de procedimentos radiológicos. Reduzir o tempo de espera dos pacientes pode minimizar a ansiedade gerada ou agravada pelos atrasos e aumentar a satisfação dos pacientes.

Ansiedade e fobia podem levar à necessidade de repetição de exames ou mesmo impedir a realização de exames de diagnóstico por imagem (Tecnologia x Humanização 2003). HOAGLAND et al. (1983) apontaram, também, a presença de problemas psicológicos como contribuintes para a não colaboração e a não adesão dos pacientes ao tratamento do câncer. Portanto, o empenho para reduzir a ansiedade dos pacientes tem implicações não apenas no curso da doença, mas, também, econômicas, uma vez que diminuem os custos relacionados com repetições ou exames não realizados, decorrentes de medo e ansiedade.

Em relação à comunicação de resultado de exame, 47,3% do total de pacientes da amostra preferiam receber os resultados diretamente com o médico radiologista, enquanto 31,5% preferiam receber do médico solicitante no retorno, e 11,8% dos pacientes preferiam ler o resultado na ausência do médico. Temos poucos dados na literatura para comparação. No trabalho de PETEET et al. (1992), a maioria (87%) dos pacientes com câncer submetida ao exame de tomografia computadorizada recebeu resultado através de seus médicos solicitantes, logo após o exame e no mesmo dia. Esse dado, talvez, seja pouco comparável em razão da dinâmica e da estrutura diferentes no nosso país, onde o sistema de digitalização e disposição em rede das imagens radiológicas não está ainda disponível na maioria dos serviços, inclusive no Hospital onde foi realizado o estudo. Ainda, a alta

demanda nos consultórios de oncologistas e cirurgiões, retardando a data de consulta de retorno, leva os pacientes a preferirem receber os resultados dos radiologistas no dia do exame, para reduzir a ansiedade e expectativa até o dia do retorno.

Quando oferecidas as opções de receber os resultados diretamente do médico radiologista, as respostas dos pacientes foram afirmativas em 67,1%, quando o resultado fosse normal e 59,5%, quando não normal. O trabalho de PETEET et al. (1992) também encontrou achados semelhantes nos pacientes com câncer submetidos a exame de tomografia computadorizada, em que 70% e 51% dos pacientes gostariam que radiologistas contassem resultados normais e anormais, respectivamente. Já os autores LIU et al. (1994) demonstraram que a maioria das mulheres submetidas ao exame mamográfico preferia receber o resultado do exame diretamente com o radiologista, quando o resultado era normal (93%) e, também, quando anormal (90%). A proporção dos pacientes que não gostariam de receber os resultados normais e anormais pelos radiologistas, no trabalho de PETEET et al. (1992), foi de 24% e 22%, respectivamente, enquanto essa proporção foi menor no presente estudo, 7,3% e 14,6%, respectivamente, para resultados normais e anormais. Para essa diferença entre nosso achado e o da literatura, podemos atribuir a menor proporção de pacientes ansiosos ou menos preparados para receber notícias na população estudada pelo presente estudo, porém essa é apenas uma suposição, em razão das diferenças nas características das populações analisadas.

Na correlação com prevalência de ansiedade-estado, pelo IDATE, observamos uma maior prevalência de ansiedade entre pacientes que não queriam

receber o resultado dos radiologistas, independentemente do resultado. Pacientes ansiosos podem apresentar dificuldades para lidar com situações de estresse, assumindo, então, um comportamento de esquiva.

Pelos achados do presente estudo e dados da literatura, observamos que os pacientes têm vontade de receber as explicações e os resultados dos exames diretamente do radiologista (MORRIS et al. 1987; PETEET et al. 1992; LIU et al. 1994). Algumas questões surgem com esses achados em relação à comunicação dos resultados. Será que os radiologistas estão preparados para assumir esse papel, considerando a própria natureza da sua especialidade; falta de treinamento na formação acadêmica; falta de tempo pela rotina sobrecarregada; ansiedade do próprio radiologista em relação à reação dos pacientes, uma vez que o contato com os doentes é muito pontual; medo de ofender os colegas solicitantes de exames; e a impressão de que os pacientes não gostariam de receber resultados dos radiologistas? Como enfrentar o impacto emocional dos pacientes que receberam a má notícia? Como não interferir na relação já estabelecida entre pacientes e seus próprios médicos? Essas questões não estão ao alcance do presente estudo e devem ser alvo de trabalhos futuros.

Pelos trabalhos já disponíveis na literatura (MORRIS et al. 1987; LOGAN 1988; SMITH et al. 1989; PETEET et al. 1992; GOLDING 1999; WOOD et al. 2004), a mudança de papel dos radiologistas com maior comunicação e interação radiologista-paciente é uma necessidade cada vez mais presente e exigida na prática médica e, principalmente, na radiologia oncológica.

Os achados deste trabalho, apesar de não poderem ser generalizados para outras populações, indicaram o perfil dos pacientes atendidos no Departamento de Imagem do Hospital do Câncer, e demonstraram o quanto esses doentes podem estar ansiosos. Esses resultados permitem uma melhor compreensão dos comportamentos e necessidades dos pacientes e estabelecimento de uma melhor dinâmica na rotina do Departamento, para elevar a satisfação dos pacientes, promover uma melhor assistência ao doente e, ainda, gerar mais recursos.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

A prevalência de ansiedade e depressão observada neste trabalho foi de 18,9% e 9,6%, respectivamente, através da HADS, e 6,7% de alta ansiedade-estado e 7,0% de alta ansiedade-traço, através do IDATE. Essa prevalência passa para 37,9% de ansiedade e 23,6% de depressão, pela HADS, se utilizarmos o ponto de corte 8. A prevalência de ansiedade-estado e traço, pelo IDATE, passa a ser 46%, se agruparmos os pacientes com média ou alta ansiedade.

A ansiedade, pela HADS, estava associada às variáveis: uso de medicamento, acompanhamento psiquiátrico e objetivo do exame radiológico. Pacientes que tomavam medicamento, que faziam acompanhamentos psiquiátricos, ou pacientes em investigação de suspeita de câncer ou com doença ativa apresentavam maior ansiedade.

A depressão, pela HADS, foi prevalente pelo fato de o paciente estar desempregado, ter menor nível de instrução, tomar medicamento, ter acompanhamento psiquiátrico e apresentar estadiamento III/IV.

A ansiedade-estado, pelo IDATE, estava associada às variáveis: idade, acompanhamento psiquiátrico, tipo de exame radiológico, experiência anterior, objetivo do exame e ser informado sobre o resultado do exame. Maior prevalência de ansiedade-estado foi observada entre pacientes com idade menor que 54 anos, em acompanhamento psiquiátrico, realizando exame de medicina nuclear, em investigação de suspeita de câncer ou com doença ativa, e aqueles que não queriam ser informados do resultado de exames.

A ansiedade-traço, pelo IDATE, foi prevalente entre os grupos de pacientes do sexo feminino, desempregados, menor nível de instrução, procedência de outro estado, e em acompanhamento psiquiátrico.

A maior fonte de ansiedade relatada pelos pacientes foi a preocupação com resultado, seguida pela falta de conhecimento sobre o exame radiológico e falta de comunicação com radiologista.

Dos pacientes, 47,3% gostariam de receber o resultado do exame diretamente do radiologista, 67,1% dos pacientes querem ser informados do resultado, quando este for normal e 59,5% dos pacientes, quando o resultado não for normal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aass N, Fossa SD, Dahl AA, Moe TJ. Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. **Eur J Cancer** 1997; 33:1597-604.

Andrade L, Gorenstein C, Vieira FAH, Tung TC, Artes R. Psychometrics properties of the portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applies to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. **Braz J Med Biol Res** 2001, 34: 367-74.

Baile WF, Kudelka AP, Beale EA, et al. Communication skills training in oncology: description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. **Cancer** 1999; 86:887-97.

Bassett LW, Bomyea K, Liu S, Sayre J. Communication of mammography results to women by radiologists: attitudes of referring health care providers. **Radiology** 1995; 195:235-8.

Beckman HB, Frankel RM. Training practitioners to communicate effectively in cancer care: it is the relationship that counts. **Patient Educ Couns** 2003; 50:85-9.

Biaggio AMB, Natalício L. Manual para o inventário de ansiedade traço-estado (IDATE). Rio de Janeiro: Centro de Psicologia Aplicada; 1979.

Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. **J Psychosom Res** 2002; 52:69-77.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WA. [Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD]. **Rev Saude Publica** 1995; 29:355-63.

Carroll BT, Kathol RG, Noyes R Jr, Wald TG, Clamon GH. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. **Gen Hosp Psychiatry** 1993; 15:69-74.

Chesson RA, Good M, Hart CL. Will it hurt? Patients' experience of X-ray examinations: a pilot study. **Pediatr Radiol** 2002a; 32:67-73. Epub 2001 Nov 1.

Chesson RA, McKenzie GA, Mathers SA. What do patients know about ultrasound, CT and MRI? **Clin Radiol** 2002b; 57:477-82.

Dolbeault S, Szporn A, Holland JC. Psycho-oncology: where have we been? Where are we going? **Eur J Cancer** 1999; 35:1554-8.

Ellis PM, Tattersall MH. How should doctors communicate the diagnosis of cancer to patients? **Ann Med** 1999; 31:336-41.

Faller H, Bulzebruck H, Drings P, Lang H. Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. **Arch Gen Psychiatry** 1999; 56:756-62.

Fawzy FI, Fawzy NW, Arndt LA, Pasnau RO. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. **Arch Gen Psychiatry** 1995; 52:100-13.

Fallowfield L, Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care. **Eur J Cancer** 1999; 35:1592-7.

Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. **BMJ** 2001; 322:406-9.

Golding SJ. The cancer patient in the radiology department: do we live up to our responsibilities? **Br J Radiol** 1999; 72:929-32.

Gorenstein C, Pompéia S, Andrade L. Scores of Brazilian university students on the Beck Depression Inventory and the State-trait Anxiety Inventory. **Psychol Rep** 1995, 77:635-41.

Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Braz J Med Biol Res** 1996; 29:453-7.

Hall A, A'Hern R, Fallowfield L. Are we using appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? **Eur J Cancer** 1999; 35:79-85.

Heikkila J, Paunonen M, Virtanen V, Laippala P. Fear of patients related to coronary arteriography. **J Adv Nurs** 1998; 28:54-62.

Herrmann C. International experiences with the Hospital anxiety and depression scale: a review of validation data and clinical results. **J Psychosom Res** 1997; 42:17-41.

Hoagland AC, Morrow GR, Bennett JM, Carnrike CL Jr. Oncologists' views of cancer patient noncompliance. **Am J Clin Oncol** 1983; 6:239-44.

Kornblith AB. Psychosocial adaptation of cancer survivors. In: Holland JC, editor. **Psycho-oncology**. New York: Oxford University Press; 1998. p.223-54.

Holland JC. American Cancer Society Award lecture. Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution. **J Clin Oncol** 2003; 21(23 Suppl):253s-265s.

Jones RD. Depression and anxiety in oncology: the oncologist's perspective. **J Clin Psychiatry** 2001; 62 Suppl 8:52-5; discussion 56-7.

Kirk P, Kirk I, Kristjanson LJ. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. **BMJ** 2004; 328:1343. Epub 2004 May 19.

Liu S, Bassett LW, Sayre J. Women's attitudes about receiving mammographic results directly from radiologists. **Radiology** 1994; 193:783-6.

Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N. An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer. **J Pain Symptom Manage** 2001; 22:990-6.

Logan WW. Rights, roles, and relationships in radiology. **Radiology** 1988; 167:580-1.

Maguire P, Booth K, Elliott C, Jones B. Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills--the impact of workshops. **Eur J Cancer** 1996; 32A:1486-9.

Maguire P. Improving communication with cancer patients. **Eur J Cancer** 1999; 35:2058-65.

Mainiero MB, Schepps B, Clements NC, Bird CE. Mammography-related anxiety: effect of preprocedural patient education. **Womens Health Issues** 2001; 11:110-5.

Massie MJ, Popkin MK. Depressive disorders. In: Holland JC, editor. **Psycho-oncology**. New York: Oxford University Press; 1998. p.518-40.

Mayou R, Hawton K. Psychiatric disorder in the general hospital. **Br J Psychiatry** 1986; 149:172-90.

Morris KJ, Tarico VS, Smith WL, Altmaier EM, Franken EA, Jr. Critical analysis of radiologist-patient interaction. **Radiology** 1987; 163:565-7.

Mueller PR, Biswal S, Halpern EF, Kaufman JA, Lee MJ. Interventional radiologic procedures: patient anxiety, perception of pain, understanding of procedure, and satisfaction with medication: a prospective study. **Radiology** 2000; 215:684-8.

Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjoden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. **Eur J Cancer** 2001; 37:376-84.

Novaes MA, Romano BW, Lage SG. [Intensive care unit stay. variables that affect emotional reactions]. **Arq Bras Cardiol** 1996; 67:99-102.

Novy DM, Price M, Huynh PT, Schuetz A. Percutaneous core biopsy of the breast: correlates of anxiety. **Acad Radiol** 2001; 8:467-72.

Noyes R Jr, Holt CS, Massie MJ. Anxiety disorders. In: Holland JC, editor. **Psycho-oncology**. New York: Oxford University Press; 1998. p.548-63.

Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. **J Clin Oncol** 2001; 19:2049-56.

Parle M, Maguire P, Heaven C. The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients. **Soc Sci Med** 1997; 44:231-40.

Pascoe S, Edelman S, Kidman A. Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. **Aust N Z J Psychiatry** 2000; 34:785-91.

Passik SD, Dugan W, McDonald MV, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. **J Clin Oncol** 1998; 16:1594-600.

Peteet JR, Stomper PC, Ross DM, Cotton V, Truesdell P, Moczynski W. Emotional support for patients with cancer who are undergoing CT: semi structured interviews of patients at a cancer institute. **Radiology** 1992; 182:99-102.

Priyanath A, Feinglass J, Dolan NC, Haviley C, Venta LA. Patient satisfaction with the communication of mammographic results before and after the Mammography Quality Standards Reauthorization Act of 1998. **AJR Am J Roentgenol** 2002; 178:451-6.

Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS, Baile WF, Gibertini M. Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. **Cancer** 1994; 74(1 Suppl):336-41.

Schapira L. Communication skills training in clinical oncology: the ASCO position reviewed and an optimistic personal perspective. **Crit Rev Oncol Hematol** 2003; 46:25-31.

Skarstein J, Aass N, Fossa SD, Skovlund E, Dahl AA. Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. **J Psychosom Res** 2000; 49:27-34.

Smith WL, Altmaier EM, Ross RR, Johnson BD, Berberoglu LS. Patient expectations of radiology in no interactive encounters. **Radiology** 1989; 172:275-6.

Sollner W, De Vries A, Steixner E, et al. How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? **Br J Cancer** 2001; 84:179-85.

Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. **Manual for the State-trait anxiety inventory, paolo alto**. California: Consulting Psychologists Press; 1970.

Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. **J Clin Oncol** 2002; 20: 3137-48.

Takayama T, Yamazaki Y, Katsumata N. Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. **Soc Sci Med** 2001; 53:1335-50.

Tecnologia x Humanização. Por que as fobias impedem cerca de 5 % dos pacientes de fazer exames diagnósticos? **Boletim CBR** 2004; 195:22-3.

van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. **Psychosom Med** 1997; 59:280-93.

Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. **Lancet** 1999; 354:1331-6.

Wood J, Collins J, Burnside ES, et al. Patient, faculty, and self-assessment of radiology resident performance: a 360-degree method of measuring professionalism and interpersonal/communication skills. **Acad Radiol** 2004; 11:931-9.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand** 1983; 67:361-70.

ANEXOS

Anexo 2 - Questionário Sobre o Perfil dos Pacientes do Departamento de Imagem do Hospital do Câncer

1. NOME:
2. RGH:
3. SEXO:
 1. feminino
 2. masculino
4. DATA DE NASCIMENTO dia _____ mês _____ ano _____.
5. ESTADO CIVIL
 1. solteiro
 2. casado/amasiado
 3. separado/divorciado
 4. viúvo
6. Nasceu em _____ (cidade/estado)
7. PROFISSÃO
 1. desempregado
 2. assalariado/ empresário/ autônomo
 3. aposentado
 4. do lar
 5. estudante
8. ESCOLARIDADE do paciente:
 0. analfabeto / primário incompleto
 1. primário completo/ ginásio incompleto
 2. ginásio completo/ colegial incompleto
 3. colegial completo/ nível superior incompleto
 4. nível superior completo
9. ESCOLARIDADE do chefe de família:
 0. analfabeto / primário incompleto
 1. primário completo/ ginásio incompleto
 2. ginásio completo/ colegial incompleto
 3. colegial completo/ nível superior incompleto
 4. nível superior completo
10. Na sua casa tem: (indique a quantidade)

	Não tem	Tem			
TV em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Videocassete e /ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

11. Onde mora:

1. em São Paulo - capital
2. em outras cidades do estado de São Paulo
3. reside em outro estado
4. reside em outro país

INFORMAÇÕES GERAIS

12. Qual exame radiológico está fazendo hoje?

13. Qual exame radiológico está fazendo hoje?

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. raios-X simples | 0. <input type="checkbox"/> não | 1. <input type="checkbox"/> sim |
| 2. raios-X contrastado | 0. <input type="checkbox"/> não | 1. <input type="checkbox"/> sim |
| 3. tomografia computadorizada | 0. <input type="checkbox"/> não | 1. <input type="checkbox"/> sim |
| 4. ressonância nuclear magnética | 0. <input type="checkbox"/> não | 1. <input type="checkbox"/> sim |
| 5. mamografia | 0. <input type="checkbox"/> não | 1. <input type="checkbox"/> sim |
| 6. ultra-sonografia | 0. <input type="checkbox"/> não | 1. <input type="checkbox"/> sim |
| 7. ecocardiografia | 0. <input type="checkbox"/> não | 1. <input type="checkbox"/> sim |
| 8. medicina nuclear | 0. <input type="checkbox"/> não | 1. <input type="checkbox"/> sim |

14. Vai fazer algum tipo de procedimento?

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. biópsia ou punção guiada pela tomografia | 0. <input type="checkbox"/> não | 1. <input type="checkbox"/> sim |
| 2. biópsia ou punção ou agulhamento guiada pela ultra-sonografia | 0. <input type="checkbox"/> não | 1. <input type="checkbox"/> sim |
| 3. biópsia ou agulhamento guiada pela mamografia | 0. <input type="checkbox"/> não | 1. <input type="checkbox"/> sim |

15. Já fez alguma vez o exame que está fazendo hoje?

0. não 1. sim.

16. Alguma vez, o seu médico, quem pediu esse exame, explicou como é o exame?

0. não 1. sim.

17. Você perguntou para seu médico como é o exame?

0. não 1. sim.

18. Em qual das situações você se encontra?

1. não tenho doença ou tenho alterações benignas e estou apenas fazendo exames de rotina (prevenção ou check-up)
2. não tenho câncer, mas tenho alterações que podem evoluir para câncer, por isso estou fazendo exames para controle.
3. sinto alguma coisa, estou fazendo exame para descobrir possível doença.
4. já tenho diagnóstico de câncer, estou fazendo exame para ver se há extensão da doença para outro lugar antes de começar o tratamento.
5. tenho diagnóstico de câncer, estou fazendo exame para ver resposta ao tratamento (ainda estou em tratamento).
6. tive diagnóstico de câncer, já terminei o tratamento e estou apenas fazendo exame de controle e seguimento.
7. tive diagnóstico de câncer e já terminei o tratamento, mas sinto alguma coisa e receio que seja a volta da doença, estou fazendo exame para tirar essa dúvida.
8. não sei por que o médico pediu esse exame.

19. Se você tem ou teve câncer, qual o nome da sua doença?
1. _____
 2. não sei, mas sei que está na (parte do corpo. Ex: cérebro, mama, pele... etc)
 3. não tenho/tive câncer
 8. não sei
20. Não tenho câncer, mas tenho outras doenças como: _____
21. Toma algum tipo de remédio?
0. não
 1. sim. Quais _____
22. Como você gostaria de receber o resultado de seu exame?
1. durante ou logo após exame, diretamente do médico radiologista que fez o exame
 2. pegar o resultado no prazo previsto e ler o resultado sem a presença do médico
 3. saber o resultado só na consulta de retorno com o médico que pediu o exame
23. Se fosse possível você gostaria que o médico radiologista lhe contasse o resultado de seu exame na hora:
1. se o resultado do exame for normal ?
 0. não
 1. sim
 2. tanto faz
 2. se o resultado do exame não for normal ?
 0. não
 1. sim
 2. sim, mas , só se eu perguntar
 3. tanto faz
24. Você se sente ansioso agora ?
0. não
 1. sim
25. Você se sente ansioso, por não saber como que é o exame?
0. não
 1. sim
26. Você se sente ansioso, pois está preocupado com o resultado?
0. não
 1. sim
27. Você se sente ansioso, porque você acha que faltou comunicação /conversa com médico radiologista ?
0. não
 1. sim
28. Você se sente ansioso, porque o tempo de espera foi muito longa ?
0. não
 1. sim (_____ minutos)
29. Você se sente ansioso, porque o ambiente físico é desagradável ?
0. não
 1. sim
30. Você se sente ansioso, porque o pessoal do atendimento é pouco eficiente?
0. não
 1. sim

Anexo 3 - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentindo na *última semana*.

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A. Eu me sinto tenso ou contraído:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Nunca

D. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

0 () Sim, do mesmo jeito que antes

1 () Não tanto quanto antes

2 () Só um pouco

3 () Já não sinto mais prazer em nada

A. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

3 () Sim, e de um jeito muito forte

2 () Sim, mas não tão forte

1 () Um pouco, mas isso não me preocupa

0 () Não sinto nada disso

D. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Atualmente um pouco menos

2 () Atualmente bem menos

3 () Não consigo mais

A. Estou com a cabeça cheia de preocupações:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Raramente

D. Eu me sinto alegre:

3 () Nunca

2 () Poucas vezes

1 () Muitas vezes

0 () A maior parte do tempo

A. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

0 () Sim, quase sempre

1 () Muitas vezes

3 () Poucas vezes

4 () Nunca

D. Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como eu deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A. Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A. De repente, tenho a sensação de estar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () Poucas vezes
- 0 () Quase nunca

D. Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

Total: A _____ e D _____

Anexo 4 - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

Inventário de Ansiedade-Estado – IDATE-E

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO

Muitíssimo.....4
Bastante.....3
Um pouco.....2
Absolutamente não....1

Item	Descrição				
1	Sinto-me calmo (a)	4	3	2	1
2	Sinto-me seguro (a)	4	3	2	1
3	Estou tenso (a)	1	2	3	4
4	Estou arrependido (a)	1	2	3	4
5	Sinto-me à vontade	4	3	2	1
6	Sinto-me perturbado (a)	1	2	3	4
7	Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8	Sinto-me descansado (a)	4	3	2	1
9	Sinto-me ansioso (a)	1	2	3	4
10	Sinto-me “em casa”	4	3	2	1
11	Sinto-me confiante	4	3	2	1
12	Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13	Estou agitado (a)	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15	Estou descontraído (a)	4	3	2	1
16	Sinto-me satisfeito (a)	4	3	2	1
17	Estou preocupado (a)	1	2	3	4
18	Sinto-me superexcitado (a) e confuso (a)	1	2	3	4
19	Sinto-me alegre	4	3	2	1
20	Sinto-me bem	4	3	2	1
TOTAL					

Inventário de Ansiedade-Traço-IDATE-T

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO

Quase sempre.....4

Freqüentemente.....3

Às vezes.....2

Quase nunca.....1

Item	Descrição				
1	Sinto-me bem	4	3	2	1
2	Canso-me facilmente	1	2	3	4
3	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4	Gostaria de ser tão feliz quando os outros parecem ser	1	2	3	4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rápidas	1	2	3	4
6	Sinto-me descansado (a)	4	3	2	1
7	Sinto-me calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	4	3	2	1
8	Sinto-me que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9	Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	4	3	2	1
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho confiança em mim mesmo	1	2	3	4
13	Sinto-me seguro	4	3	2	1
14	Evito ter que enfrentar crises e problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimido (a)	1	2	3	4
16	Estou satisfeito (a)	4	3	2	1
17	Às vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	4	3	2	1
20	Fico tenso e perturbado (a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4
TOTAL					

Anexo 5 - Dados do Prontuário dos Pacientes

1. NOME:

2. RGH:

3. SEXO:

1. feminino

2. masculino

4. DATA DE NASCIMENTO dia _____ mês _____ ano _____.

5. Diagnóstico:

6. Estadiamento clínico:

7. Qual objetivo do exame que está fazendo?

1. prevenção

2. detecção de possível doença

3. estadiamento da doença já diagnosticada

4. avaliar resposta ao tratamento (ainda esta em tratamento)

5. controle e seguimento de doença tratada (já terminou tratamento há algum tempo)

6. avaliar possível recidiva da doença.

8. Toma algum tipo de medicamento?

0. não

1. sim. Quais _____

9. Faz algum acompanhamento psiquiátrico?

0. sim

1. não