

DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS EM DOENTES INTERNADOS COM NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS

M. JOÃO HEITOR DOS SANTOS, P. PIMENTEL, J.M.N. MONTEIRO, G. CARDOSO, J.J. GOMES DE OLIVEIRA, M. ALMIRO, J.M. COSTA SANTOS, J.M. FORJAZ DE LACERDA

Núcleo de Psiquiatria de Ligação, Hospital Santa Maria; Hospital Miguel Bombarda. Unidade de Tratamento Intensivo de Doenças Hematológicas (UTI-DH), Hospital de Santa Maria. Lisboa.

RESUMO

Apresentam-se os resultados referentes a um ano de apoio psiquiátrico regular ao Serviço de Hematologia (UTI-DH) do Hospital de Santa Maria. Num primeiro período de seis meses, 44 doentes internados com leucemia, doença de Hodgkin ou linfoma não-Hodgkin foram avaliados, através de uma entrevista psiquiátrica semi-estruturada. Encontrou-se uma prevalência de 30% de distúrbios da adaptação (depressão e/ou ansiedade) e 2% de síndromes mentais orgânicas, segundo a classificação diagnóstica DSM-III-R. Nos seis meses seguintes foram observados apenas doentes referenciados pelo médico assistente e/ou enfermeiro. As percentagens dos dois grupos são discutidas. Comparativamente com alguns estudos em oncologia geral, detectou-se uma prevalência mais baixa de distúrbios psiquiátricos. Apontam-se possíveis causas. Foram identificados problemas vários inerentes à natureza particular das neoplasias. São analisadas consequências da omissão do diagnóstico de cancro aos doentes. Salienta-se a importância da comunicação entre o médico e o doente, frequentemente pouco valorizada, independentemente da cultura ou país.

SUMMARY

Psychiatric disturbances among inpatients with haematological malignancies

We report the results of a year of regular psychiatric support in the Hematology Department (UTI-DH) at Santa Maria Hospital. During a six-month period, the total group of hospital inpatients suffering from leukemia, Hodgkin's disease or non-Hodgkin's lymphoma, were assessed, using a semi-structured interview. A prevalence of 30% of adjustment disorders (depression and/or anxiety) and 2% of organic mental syndromes was found employing the DSM-III-R diagnostic system. In the second six-month period only patients referred by their doctor and/or nurse were observed. The two rates are discussed. A lower prevalence was found if compared with other studies in cancer patients in general. Possible causes will be focussed. General problems related to the nature of the cancer were identified. The consequences of the omission of cancer diagnosis to patients are analysed. The communication between physician and patient which is often neglected irrespectively of the culture or country, is stressed.

INTRODUÇÃO

O conceito biopsicossocial da medicina adquiriu uma maior importância na forma de psiquiatria de ligação¹. Esta tem vindo a desenvolver-se nos últimos anos como um ramo da psiquiatria geral, com o objectivo de diagnosticar e tratar os problemas psicossociais de doentes com patologia somática².

Embora desde Galeno os médicos notassem uma relação entre cancro e distúrbios psicológicos, apenas recentemente tem sido realizada investigação sistemática em Psiquiatria Oncológica. Derogatis et al detectaram uma prevalência de 44% de síndromes clínicas psiquiátricas numa população de doentes neoplásicos³. Geralmente, os estudos existentes envolvem uma população heterogénea com diferentes tipos de neoplasias em doentes internados e em ambulatório.

Vários factores tornam as neoplasias hematológicas distintas de outras formas de neoplasias. A grande incidência em adultos jovens⁴, sendo a leucemia a causa maior de morte por cancro em homens e a segunda em mulheres depois do cancro da mama, entre os 15 e os 35 anos⁵; o seu curso clínico com internamentos repetidos; os efeitos secundários dos fármacos⁶, i.e. anorexia, astenia, náuseas e vômitos, alopecia, infertilidade ou outros; manobras médicas invasivas (biópsias, mielogramas, cateterizações; complicações como episódios de sépsis, todos eles contribuem para uma morbidade psiquiátrica.

Com o intuito de avaliar o impacto psicológico das hemopatias malignas, efectuou-se o presente estudo em doentes

internados com leucemia aguda, doença de Hodgkin ou linfoma não-Hodgkin numa unidade de internamento especializada.

DOENTES E MÉTODOS

De Março/88 a Agosto/88 (primeiro período de 6 meses), 44 doentes internados com leucemia, doença de Hodgkin ou linfoma não-Hodgkin, 25 do sexo masculino e 19 do sexo feminino, da Unidade de Tratamento Intensivo de Doenças Hematológicas (UTI-DH) do Serviço de Medicina III do Hospital de Santa Maria, Lisboa, foram avaliados. A observação da população feminina teve início seis semanas mais tarde do que a masculina. Apenas 6 de um total de 50 doentes internados com estas patologias num período de 6 meses, não foram observados, tendo sido, pois, avaliados 44. O Quadro 1 mostra a distribuição dos doentes do sexo masculino e feminino, com o número total de ambos os grupos e a idade média.

No segundo período de seis meses (Outubro/88 a Março/89), decidiu-se que apenas os doentes referidos pelo médico ou membro de enfermagem seriam vistos. Vinte e três doentes, 12 homens e 11 mulheres, foram avaliados, de entre um total de 54 doentes (33 do sexo masculino e 21 do sexo feminino), com leucemia ou linfoma. O Quadro 2 descreve as características da população no segundo período.

Três doentes do sexo masculino foram internados duas vezes no primeiro período mas só um deles teve patologia

QUADRO 1 — Descrição dos doentes observados no primeiro período de seis meses

Sexo	N.º doentes	Idade média ± S* (extremos)
Masculino	25	35.1 ± 18.7 (12-75)
Feminino	19	50.1 ± 15.2 (19-76)
Total	44	42.6 ± 17.1 (12-76)

*S = desvio padrão

QUADRO 2 — Características dos doentes referidos/observados no segundo período de seis meses

Sexo	N.º doentes	Idade média ± S* (extremos)
Masculino	12	36.4 ± 13.1 (19-61)
Feminino	11	39.9 ± 16.1 (17-66)
Total	23	38.2 ± 14.3 (17-66)

*S = desvio padrão

psiquiátrica num dos internamentos, tendo sido considerados casos singulares. No mesmo período, um doente do sexo feminino teve dois internamentos, mas nunca apresentou sintomatologia psiquiátrica e foi também considerado como um único caso. No segundo período houve 5 homens e 1 mulher que tinham já sido previamente avaliados; consideraram-se casos novos dado terem sido observados em períodos diferentes.

A avaliação do estado psicológico dos doentes durante os dois períodos foi sempre efectuada pelo mesmo psiquiatra, através de uma entrevista semi-estruturada, procurando cobrir diferentes itens — pessoais, familiares, profissionais e/ou escolares, com especial ênfase nos problemas relacionados com a doença, hospitalizações e terapêuticas (particularmente quanto aos efeitos secundários) e nas repercussões destes factores sobre o doente. A insónia, se isolada, não foi considerada um sintoma de distúrbio psiquiátrico, pois náuseas, vômitos, febre, outros problemas físicos ou mesmo efeitos directos de agentes quimioterapêuticos podem afectar adversamente o sono⁷. Foi também efectuado o exame psiquiátrico aos doentes.

Os diagnósticos foram efectuados de acordo com a classificação da American Psychiatric Association DSM-III-R⁸. Os doentes foram vistos com uma frequência semanal, enquanto hospitalizados. Os que necessitaram de tratamento receberam psicoterapia de apoio, tendo sido prescritos psicofármacos, quando necessário, na sua maioria anti-

-depressivos e benzodiazepinas e, ocasionalmente, neurolépticos. Nenhum dos doentes recusou a avaliação ou o apoio psiquiátricos.

RESULTADOS

Nos primeiros seis meses, em que 44 doentes foram avaliados, a 7 doentes do sexo masculino foi diagnosticado um distúrbio psiquiátrico, tendo 6 um distúrbio da adaptação (5 com humor deprimido e 1 com um quadro misto de depressão e ansiedade) e 1 doente, numa síndrome mental orgânica. No mesmo período, 7 doentes do sexo feminino receberam o diagnóstico de distúrbio da adaptação (5 com humor deprimido e 2 com um quadro misto). Estes achados representam uma prevalência de patologia psiquiátrica de 28% na amostra masculina, 36.8% na feminina e 31.8% se considerarmos o total dos doentes avaliados. Excluindo o caso único de síndrome mental orgânica e se considerarmos apenas os distúrbios da adaptação, as percentagens são de 24% nos homens e de 29.5% no total. O Quadro 3 ilustra estes resultados.

No segundo período, em que só se observaram doentes referidos, entre 12 homens, 9 tinham um distúrbio psiquiátrico, 8 com distúrbios da adaptação (4 com um quadro misto de ansiedade e depressão, 3 com ansiedade e 1 com humor deprimido) e 1 com síndrome mental orgânica. A 9 das 11 mulheres referidas, foi-lhes dado um diagnóstico psiquiátrico, 8 com perturbações da adaptação (7 com quadros mistos e 1 com um quadro de ansiedade), e uma com um distúrbio depressivo não especificado. Assim, no segundo período, a percentagem dos doentes com alterações psiquiátricas, se o total dos doentes internados com leucemia, doença de Hodgkin ou linfoma não-Hodgkin neste período for considerado (54 doentes, 33 homens e 21 mulheres), é de 27.2% nos homens, 42.8% nas mulheres e 33.3% no total. Tomando em conta apenas os distúrbios da adaptação, encontram-se valores da ordem dos 24.2% para os homens, 38.1% na população feminina e 29.6% no total (Quadro 4).

DISCUSSÃO

Embora haja numerosos estudos de alterações psiquiátricas em oncologia geral, existe pouca informação acerca do modo como as neoplasias hematológicas se repercutem no estado psicológico do doente.

QUADRO 3 — Distúrbios psiquiátricos detectados nos primeiros seis meses

Sexo	Distúrbios da Adaptação	Síndrome Mental Orgânica	N.º total de Distúrbios Psiquiátricos	Prevalência* Distúrbios Psiquiátricos	Prevalência* Distúrbios da Adaptação
Masculino	6	1	7	28%	24%
Feminino	7	0	7	36.8%	36.8%
Total	13	1	14	31.8%	29.5%

* Prevalência calculada para o número total de doentes observados com o diagnóstico de leucemia, doença de Hodgkin e linfoma não-Hodgkin no primeiro período.

QUADRO 4 — Distúrbios psiquiátricos encontrados numa amostra dos doentes referidos/observados durante o segundo período de seis meses

Sexo	Distúrbios da Adaptação	Síndrome Mental Orgânica	Distúrbio depressivo não especificado	N.º total de Distúrbios Psiquiátricos	Prevalência* Distúrbios Psiquiátricos	Prevalência* Distúrbios da Adaptação
Masculino	8	1	0	9	27.2%	24.2%
Feminino	8	0	1	9	42.8%	38.1%
Total	16	1	1	18	33.3%	29.6%

* Prevalência calculada para o número total de doentes observados com o diagnóstico de leucemia, doença de Hodgkin e linfoma não-Hodgkin no segundo período.

Além do significado pessoal de ter cancro com uma morbidade psicológica subsequente, foram cinco os problemas psicológicos major observados, associados a doentes neoplásicos, acentuados no doente hematológico e já anteriormente descritos⁵—o medo da morte e do sofrimento; dependência da família e do staff; desfiguramento, conseqüente a mudanças na aparência corporal (alopecia, etc.); interrupção de uma vida normal, devido a hospitalizações longas e numerosas; incapacidade, a qual interfere com o alcance de objectivos pessoais na escola, carreira, etc.

Tudo isto pode conduzir a uma adesão menor e por vezes mesmo a uma recusa do tratamento.

Os factores de stress psicossocial identificáveis são extremos, se considerarmos o diagnóstico de cancro com os medos e a angústia que acarreta. No entanto, a terapêutica agressiva com todos os seus efeitos secundários e, em menor grau, a sintomatologia somática e a incapacidade resultantes da própria doença, parecem constituir os factores aos quais os doentes mais reagem.

O curso muitas vezes flutuante do quadro psiquiátrico, em que por vezes o doente melhora se houver um alívio da sintomatologia física ou se passar um fim-de-semana em casa, são exemplos que ilustram os problemas particulares deste tipo de neoplasias, com terapêuticas que muitas vezes implicam internamentos relativamente longos na fase de apresentação da doença ou em recaídas subsequentes.

Embora a amostra seja pequena, visto apenas se terem considerado doentes internados e com neoplasia hematológica, não existem trabalhos semelhantes numa população deste tipo e é o primeiro estudo sistematizado de detecção de patologia psiquiátrica em doentes internados, oncológicos, em Portugal.

Foi encontrada uma prevalência de 32% de distúrbios psiquiátricos (28% na amostra masculina e 37% na feminina). Tal como no estudo de Derogatis³, existe uma preponderância de distúrbios da adaptação (30%, i.e., 93% do total dos distúrbios psiquiátricos). Dentro das perturbações da adaptação, foram os quadros mistos de depressão e ansiedade os mais frequentes, seguidos dos de depressão e, por último, aqueles com ansiedade isolada.

As diferenças nos valores da prevalência de distúrbios psiquiátricos em relação a outros estudos, nomeadamente o de Derogatis³—44% no estudo americanos e 32% neste, deveram-se talvez, além das amostras serem diferentes (este estudo centra-se num tipo particular de neoplasias em doentes internados), aos métodos de avaliação psiquiátrica utilizados. Por outro lado, a evolução clínica dos doentes com as neoplasias hematológicas que constituem a amostra, não está geralmente associada a quadros algícos de grande intensidade e de difícil tratamento ou a cirurgias mutilantes.

Quanto à maior prevalência encontrada na população feminina, ela poder-se-ia atribuir à idade média mais elevada nas mulheres (embora no 2.º período seja semelhante à masculina). Outra possível explicação seria uma diferença cultural, na medida em que as mulheres tradicionalmente exprimem mais facilmente as suas emoções.

Embora a percentagem de síndromes mentais orgânicas encontrada tenha sido muito reduzida (2%), são situações que têm que estar sempre presentes ao efectuar o diagnóstico diferencial de alterações psiquiátricas nestes doentes. Podem levar a estas situações alterações metabólicas, infecções no S.N.C., fármacos (citostáticos, opiáceos, corticosteróides) usados no tratamento destas doenças ou o envolvimento do sistema nervoso central pela própria neoplasia. Também os doentes idosos podem estar mais vulneráveis à hospitalização prolongada, entre outros factores.

Apesar de no segundo período terem sido apenas avaliados doentes referidos, as prevalências são sobreponíveis às do primeiro período. O resultado é sugestivo mas não con-

cludente de existir da parte dos oncologistas e dos membros de enfermagem uma boa capacidade de detecção de alterações psicológicas nos pacientes.

Em 1984, um levantamento sobre as atitudes do médico, face ao doente com cancro, International Survey of Physicians Attitudes⁹, confirmou que apenas uma baixa percentagem (<40%) de clínicos em alguns países incluindo Portugal, revelavam o diagnóstico de cancro ao doente. Por outro lado, noutros países, a percentagem de clínicos a revelar o diagnóstico era alta (>80%). No entanto, a maioria em todos os países dizia o diagnóstico à família.

Escalas de avaliação recentes¹⁰, especificamente concebidas para doentes neoplásicos, referem-se abertamente à palavra cancro. Embora não se tenha perguntado ao doente se o diagnóstico lhe tinha sido revelado (apesar de, por vezes, o doente o ter espontaneamente referido), foi decidido não usar essas escalas no decurso deste trabalho, dado o *consenso* existente na prática médica em Portugal de omissão da palavra cancro e frequentemente do verdadeiro diagnóstico médico (e.g. leucemia, etc.). Actualmente, na maioria dos países, as tendências apontam para uma revelação do diagnóstico. A desdramatização da própria doença e as implicações na adesão e tolerância do doente ao tratamento, no planeamento do futuro e na comunicação entre o doente e o médico ou os familiares, são entre outros, aspectos positivos de uma atitude mais aberta. Ainda em relação às diferentes atitudes que vão desde a *prática do não dizer* até ao *dizer a verdade nua e crua* ao doente, mais importante do que críticas a estes dois extremos⁹, parece-nos ser a existência de uma comunicação e relação entre o médico e o doente, frequentemente pouco valorizada, independentemente da cultura ou país.

Outro aspecto importante que dificultou uma avaliação mais precisa e objectiva destes doentes é a escassez de questionários para detecção de morbidade psicológica, visto incluírem geralmente itens com sintomas físicos, os quais podem estar directamente relacionados com a neoplasia. Assim, foi apenas usada uma entrevista, efectuada sempre pelo mesmo psiquiatra e baseada em critérios clínicos que apesar de constituir um método fundamental para o diagnóstico (atribuído segundo a classificação DSM-III-R)⁸, poderia ter sido complementada com outros meios tais como escalas apropriadas para confirmação diagnóstica. No entanto, isto não se verificou pelas razões já apontadas.

Nos hospitais gerais, mesmo em unidades direccionadas para um único tipo de patologia, os médicos e os membros da enfermagem geralmente não têm a disponibilidade e o tempo necessários para a abordagem dos problemas psicológicos dos doentes. Para lá disso e além dos factores de stress comuns a outras áreas da medicina, existem aspectos específicos em oncologia. A natureza da doença e do tratamento, a necessidade de terapêutica paliativa, a ambiguidade de certas decisões e as próprias reacções do staff perante o cancro¹¹, tudo isto tem uma repercussão em quem lida directamente com estas patologias. Assim, a inclusão de um psiquiatra nas equipas que tratam doentes neoplásicos tornou-se fundamental e tem vindo a acontecer em muitos países da Europa e nos Estados Unidos da América.

Na UTI-DH no H.S.M., espera-se continuar a acção que se tem vindo a desenvolver neste sentido. O início do programa de transplantação de medula óssea levou ao aparecimento de um subgrupo homogêneo de doentes com patologia hematológica, na sua maioria neoplasias, sujeitos a morbidade psiquiátrica porventura mais grave devido ao carácter de maior *agressividade* terapêutica e ao isolamento forçado em quartos de ambiente estéril. Pretende-se a breve trecho desenvolver um programa de estudo prospectivo de alterações psicológicas nestes doentes com o objectivo de identificar factores de risco e comparar com os doentes não isolados. Iniciar-se-á ainda a aplicação e avaliação na UTI-

-DH de uma psicoterapia especialmente concebida para doentes oncológicos¹².

AGRADECIMENTOS

Ao corpo Médico e de Enfermagem da Unidade de Tratamento Intensivo de Doenças Hematológicas (UTI-DH) do Serviço de Medicina III do Hospital de Santa Maria.

Ao Dr. Fernando Leal da Costa pelas sugestões e ajuda na revisão do texto.

Aos Drs. António Barbosa e França de Sousa pela supervisão de alguns dos casos.

Ao Dr. Guilherme Ferreira pelo encorajamento e condições concedidas à primeira autora para a realização da actividade de Psiquiatria de Ligação.

Ao Prof. Dr. Dias Cordeiro pelo apoio dado à actividade de Psiquiatria de Ligação no Hospital de Santa Maria.

Finalmente, à generosa cooperação dos doentes da UTI-DH, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

1. MCKEGNEY F.P., BECKHARDT R.M.: Evaluative research in consultation-liaison psychiatry. *Review of the Literature. General Hospital Psychiatry* 1982; 4: 197-218.
2. STRAIN J.J., TAINTOR Z.: Consultation Liaison Psychiatry. In KAPLAN H.I., SADOCK B.J. (eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V*, vol. 2, Williams & Wilkins, Baltimore, 1989.
3. DEROGATIS L.R., MORROW G.R., FETTING J., PENMAN D., PIASETSKY S., SCHMALE A.M., HENRICHS M., CARNICKE C.L.M.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-757.
4. DAITER S., LARSON R.A., WEDDINGTON W.W., ULTMANN J.E.: Psychosocial symptomatology, personal growth, and development among young adult patients following the diagnosis of leukemia or lymphoma. *Journal of Clinical Oncology* 1988; 6: 613-617.
5. LESKO L.M.: Hematological malignancies. In HOLLAND J.C., ROWLAND J.H. (eds.): *Psycho-oncology: The psychological care of the patient with cancer*. New York, Oxford University Press, 1989.
6. LOVE R.R., LEVENTHAL H., EASTERLING D.V., NERENZ D.R.: Side effects and emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer* 1989; 63: 604-612.
7. SILBERFARB P.M., HAURI P.J., OXMAN T.E., LASH S.: Insomnia in cancer patients. *Soc Sci Med* 1985; 20: 849-850.
8. *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition - Revised)*. American Psychiatric Association 1987.
9. HOLLAND J.C., GEARY N., MARCHINI A., TROSS S.: An international survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer Investigation* 1987; 5: 151-154.
10. WATSON M., GREER S., YOUNG J., INAYAT Q., BURGESS C., ROBERTSON B.: Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine* 1988; 18: 203-209.
11. LEDERBERG M.: Psychological problems of staff and their management. In HOLLAND J.C., ROWLAND J.H. (eds.): *Psycho-oncology: the psychological care of the patient with cancer*. New York, Oxford University Press, 1989.
12. MOOREY S., GREER S.: *Psychological Therapy for Patients with cancer: A New Approach*. Oxford: Heinemann 1989.

Pedido de Separatas:
 Maria João Heitor dos Santos
 Hospital Miguel Bombarda
 Rua Dr. Almeida Amaral
 1199 Lisboa Codex