

SUORTE SOCIAL, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS DOENTES COM SARCOMA

Célia Santos

Professora-
Coordenadora / ESEP
celia@esenf.pt

Lígia Lima

Professora-
Coordenadora / ESEP
ligia@esenf.pt

Celeste
Bastos-Almeida

Professora-Coordenadora / ESEP
cbastos@esenf.pt

M. Jorge Freitas
Almeida

Enfermeiro Especialista / IPO Porto
mjorgefreitas@sapo.pt

Emília
Magalhães

Clínica Pele, IPO Porto
ememilia412@gmail.com

Rui Rafael

Serviço Ortopedia, CHU
Coimbra
rmrags60@gmail.com

RESUMO: Os sarcomas são tumores malignos raros, com origem no tecido conjuntivo ou no tecido ósseo, cujo tratamento mais comum é cirúrgico, ao que se associa a quimioterapia e/ou a radioterapia. O presente estudo, inserido no contexto de outro mais alargado, teve como objetivos descrever a perceção de suporte social e de ajustamento emocional dos doentes com sarcomas, bem como os seus determinantes sociodemográficos e clínicos.

Desenvolveu-se um estudo descritivo e transversal em dois contextos hospitalares do nosso país, numa amostra de 30 pessoas com sarcomas (ósseos e das partes moles), com uma média de 38 anos de idade e 10 anos de escolaridade, na sua maioria casados e empregados. Em termos clínicos, uma parte significativa da amostra (n=16; 53%) já tinha iniciado tratamento para a doença, como as exéreses cirúrgicas de sarcomas, metástases ou plastias cutâneas, ao que se associavam outros tratamentos complementares. Foram administrados os seguintes instrumentos: um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica e as versões portuguesas da Escala de Apoio Social (EAS) e da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH).

Os resultados indicaram que a amostra tinha uma perceção positiva sobre o seu suporte social e apresentava valores indicativos de ansiedade “ligeira”, não apresentando sintomas de depressão, embora alguns participantes da amostra se encontrassem com níveis de ansiedade moderada a grave, indicativos da necessidade de intervenções urgentes de cariz psicossocial.

Foi ainda evidenciada uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis em análise e algumas variáveis sociodemográficas (como a idade, a escolaridade, o número de pessoas que coabitavam com os participantes da amostra e o seu número de filhos), mas não com as variáveis clínicas. Consideramos que estes resultados se devam essencialmente ao tamanho diminuto da amostra, pelo que sugerimos a continuidade do presente estudo no sentido de podermos confirmar estas e outras relações entre as variáveis.

Julgamos que este estudo se apresenta como um primeiro olhar sobre uma problemática que carece ser aprofundada, no sentido da identificação de grupos vulneráveis e que necessitam de um maior acompanhamento pelos técnicos de saúde, desde as fases iniciais da doença e do seu tratamento. Os enfermeiros devem conceber e implementar processos de monitorização desses grupos vulneráveis e implementar terapêuticas ajustadas às suas reais necessidades.

PALAVRAS-CHAVE: Sarcomas; ajustamento psicossocial; ansiedade e depressão; apoio social em saúde.

ABSTRACT: *Sarcomas are rare malignant tumors, originating from connective tissue or bone tissue. Most frequent treatments for of these tumors are surgical, with the association of chemotherapy and/or radiotherapy. The present study is part of a larger research project, and aims to describe social support*

and emotional adjustment of patients with sarcoma, as well as their socio-demographic and clinical determinants.

A descriptive and transversal study was undertaken in two hospitals, with a sample of 30 patients with sarcomas (soft tissue and bone), with an average of 38 years of age and 10 years of education, mostly married and employed. In clinical terms, a significant part of the sample (n = 16; 53 percent) had already started treatment for the disease, such as surgical exeresis of sarcomas, cutaneous metastases or other surgeries associated with complementary treatments. Instruments used: a demographic and clinical questionnaire, The Social Support Scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale.

The results indicated that patients had a positive perception about their social support and presented mild values of anxiety. The majority did not show clinical significant values of depression, although some participants evidenced moderate to severe anxiety levels.

Some associations were found between social support and emotional adjustment and socio-demographic variables, such as age, educational level, the number of people in the household and the number of children), but not associations were found with clinical variables.

This study is constitutes the initial phase of the evaluation of a problem that needs to be deepened, towards the identification of vulnerable groups that require a greater monitoring by health professionals, since the early stages of the disease and its treatment. Nurses must design and implement monitoring processes of these vulnerable groups and implement interventions adjusted to their real needs.

KEYWORDS: *Sarcomas; psychosocial adjustment; anxiety and depression; social support in health.*

I. Introdução

A doença oncológica constitui atualmente uma importante causa de morte em todo o mundo. De acordo com a *International Agency for Research on Cancer* (IARC), da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008 morreram 7,6 milhões de pessoas vítimas de cancro. Em Portugal o cancro representa 28% do total das causas de morte (OMS, 2014).

O sarcoma é um tipo raro de cancro sólido, que corresponde a 1% dos cancros em adultos e a 15% dos cancros na infância (*Sarcoma Foundation of America* [SFA]). O sarcoma tem a sua origem no tecido conjuntivo ou tecido ósseo, sendo habitualmente dividido em duas grandes categorias: sarcoma dos tecidos moles (que inclui o tecido adiposo, músculos, nervos, vasos sanguíneos e outros tecidos conjuntivos) e sarcoma ósseo (*National Comprehensive Cancer Network* [NCCN]). O tratamento mais comum é cirúrgico, podendo ser complementado com radioterapia ou quimioterapia (van Herk-Sukel et al., 2012).

O ajustamento psicossocial ao cancro tem sido objeto de múltiplos estudos, no entanto, é notório que estes se têm centrado essencialmente nas neoplasias mais frequentes, sendo que os estudos com patologias oncológicas mais raras são, comparativamente, mais escassos (Paredes, Simões, & Canavarro, 2012). Deste modo, a gestão

da doença, bem como as suas implicações psicossociais em cancros mais raros, não são suficientemente conhecidas, como acontece com os sarcomas ósseos e dos tecidos moles (*Ibidem*).

Este tipo de doença oncológica suscita normalmente um conjunto de sequelas, principalmente se se trata de um tumor que se localiza na coluna ou nos membros, o que poderá acarretar vários graus de restrição na mobilidade e eventualmente o risco de amputação do membro afetado, associado a desfiguramento físico, situações que compreensivelmente afetam a autoimagem do doente e o seu equilíbrio emocional (Paredes, Canavarro, & Simões, 2011). É também importante considerar todas as sequelas impostas pelas terapêuticas comumente instituídas e que, a longo prazo, afetam também negativamente a funcionalidade e a qualidade de vida dos doentes com sarcomas (Tang, Pan, Castle, & Choong, 2012). Podemos nomear problemas de fertilidade, o aumento de fraturas ósseas, situações de dor crónica e défices neurológicos e físicos que comprometem a autonomia futura e obrigam o doente a uma situação de grande dependência dos seus cuidadores.

Grande parte dos estudos realizados sobre o ajustamento emocional de pessoas com doenças oncológicas

revelam que a maioria dos doentes apresenta reações transitórias e adaptativas à doença, não demonstrando níveis de perturbação psiquiátrica clinicamente significativos, como era comum supor em estudos prévios aos anos 90 e que se revelaram metodologicamente pouco precisos (Paredes et al., 2011). Apesar dos sarcomas serem doenças que ameaçam frequentemente a qualidade de vida do doente, como foi já referido anteriormente, num estudo comparativo em que se estudou a presença de sintomas de ansiedade e de depressão em doentes com este tipo de tumores e doentes com outro tipo de tumores mais comuns, não foram encontradas diferenças entre os dois grupos, verificando-se que apenas uma pequena percentagem de doentes apresentava níveis clinicamente relevantes de perturbação (Ostacoli et al., 2014). Este resultado é semelhante aos encontrados por Paredes, Canavarro e Simões (2011), que verificaram que uma minoria significativa de doentes com sarcoma apresentava manifestações de ansiedade e de depressão de ordem clínica, sendo mais frequentes, na fase de diagnóstico, os sintomas do tipo ansioso, e na fase de tratamento, os sintomas do tipo depressivo (Paredes, Canavarro, & Simões, 2011).

O suporte social é uma variável que tem vindo a ser muito associada à adaptação psicológica em situações de doença, partindo do pressuposto de que se trata de um fator “amortecedor” do *distress* psicológico (Özpolat, Ayaz, Konag, & Özkan, 2014). Os estudos identificam, por exemplo, o efeito positivo do suporte social na gestão da doença e na adesão terapêutica. Por exemplo, no estudo de Özpolat, Ayaz, Konag e Özkan (2014) os doentes, com vários tipos de cancro, que percecionam maior suporte social experimentam menor perturbação psicológica e mostram-se mais recetivos aos cuidados de saúde. Também em doentes com sarcoma dos tecidos moles verifica-se um aumento da taxa de sobrevivência naqueles que percecionam um maior suporte social (Alamanda, Song, & Holt, 2014).

Embora não exista consenso na literatura quanto à tipologia do suporte social, é comum a sua subdivisão em suporte emocional, suporte instrumental e suporte informativo (Singer & Lord, 1984, cit. in Ribeiro, 1999). O suporte emocional associa-se à partilha de emoções e gestão equilibrada dessas emoções, o suporte instrumental associa-se à ajuda na realização de determinadas tarefas e o suporte informativo associa-se à disponibilização de

informação e aconselhamento. Embora esta taxonomia se revele útil, até para fins de investigação, é também reconhecido que os vários tipos de suporte social se encontram também relacionados, dado que aliada à utilidade prática do suporte instrumental quase sempre está a perceção de que se é cuidado ou estimado.

Em investigação prévia, o suporte instrumental revelou ser positivo na adaptação psicológica de mulheres com cancro da mama, no entanto, e contrariamente às expectativas dos autores, o suporte emocional não demonstrou benefícios ao nível do ajustamento psicológico (Boinon et al., 2014). Já no estudo de Alamanda, Song e Holt (2014), um melhor suporte social, desde o financeiro ao emocional, parecia conferir vantagens em termos de sobrevivência nos doentes com sarcoma, uma vez que facilitava uma ajuda integral na obtenção de cuidados de saúde ajustados às necessidades dos doentes. O papel positivo de diferentes tipos de suporte social no ajustamento de doentes com sarcoma foi também demonstrado no estudo de Paredes e colaboradores (Paredes, Pereira, Simões, & Canavarro, 2012), embora a relação entre os diferentes tipos de suporte social, a qualidade de vida, bem como a presença de sintomas de ansiedade e de depressão dependesse da fase da doença. Mas de uma forma geral, os doentes que relatavam um melhor suporte social a nível emocional, informativo e material eram os que apresentavam melhor qualidade de vida percebida e menos sintomas do tipo depressivo (Paredes et al., 2012).

Assim, a influência de variáveis clínicas no ajustamento e qualidade de vida de doentes com sarcoma tem sido também alvo de investigação, nomeadamente o tipo de sarcomas (partes moles ou ósseos), gravidade ou grau de malignidade, fase da doença e tempo desde o diagnóstico. Quanto ao tipo de sarcoma, o ósseo parece associar-se a pior funcionamento físico e mais fadiga, comparativamente com o cancro dos tecidos moles (Granda-Cameron, Hanlon, Lynch, & Houldin, 2011).

Relativamente à influência da fase da doença, no estudo de Paredes e colaboradores (2011), a fase da doença determinava o tipo e o nível de sintomas de perturbação psicológica. Mais concretamente, relativamente à presença de níveis clínicos de ansiedade – estes parecem aumentar de 25% para 29,6% da fase de diagnóstico para a fase de *follow-up*, enquanto em relação aos sintomas do tipo depressivo verifica-se uma diminuição acentuada, ou

seja, de 22,6% na fase de tratamento para 8,3% na fase de *follow-up* (Paredes et al., 2011).

Fatores demográficos como a idade, o género, a raça, o estatuto profissional, o nível educacional e o estado civil são também frequentemente analisados enquanto preditores da adaptação do doente.

Num estudo de Granda-Cameron e colaboradores (2011) sobre a qualidade de vida de doentes com sarcoma a iniciar tratamento de quimioterapia, os doentes mais idosos relatavam menor qualidade de vida funcional comparativamente aos mais jovens, e as doentes do sexo feminino reportavam maiores níveis de dor e menor qualidade de vida do que os doentes do sexo masculino.

O estado civil é uma variável mencionada em diversos estudos, sendo o solteiro em geral associado a maiores dificuldades de adaptação à doença (Schelegel, Manning, Molix, Talley, & Bettencourt, 2012; Alamanda, Song, & Holt, 2014).

Finalidade/Objetivos

O presente estudo insere-se num projeto mais alargado que tem como finalidade caracterizar os processos de autogestão dos doentes com sarcoma (ósseo e/ou dos tecidos moles). Este estudo em particular pretende descrever a perceção de suporte social e o ajustamento emocional dos doentes com sarcoma, bem como os seus determinantes sociodemográficos e clínicos.

Foram objetivos específicos do estudo:

1. Descrever a perceção de apoio social dos doentes com sarcoma;
2. Avaliar a presença de sintomas de ansiedade e de depressão nos doentes com sarcoma;
3. Descrever a relação entre a ansiedade, a depressão e a perceção de apoio social;
4. Descrever a relação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis clínicas dos doentes com sarcoma, e a perceção de suporte social, a ansiedade e a depressão.

II. Material e métodos

Tipo de estudo

Desenvolvemos um estudo observacional, descritivo, correlacional e transversal, com 30 doentes com diagnóstico de sarcoma (ósseo e/ou dos tecidos moles) a serem seguidos numa instituição de saúde da zona centro (n=11;

37% da amostra) e numa instituição da zona norte (n=19; 63% da amostra) de Portugal.

Instrumentos

Para dar resposta aos objetivos a que nos propusemos, elaboramos um instrumento de recolha de dados, que se constituiu como um questionário de autorresposta, podendo, no entanto, o respondente ser apoiado no seu preenchimento. Tal instrumento era composto por três partes, que se descrevem em seguida:

a. Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica – composto por questões de resposta curta, em geral fechadas. Apresentava ainda uma questão aberta na qual o doente devia identificar as pessoas que lhe prestavam mais apoio nesta fase da sua vida e descrever algo mais que considerasse significativo face à sua situação.

b. A Escala de Apoio Social (EAS) de Matos e Ferreira (1999) que permite estudar os aspetos quantitativos e funcionais do apoio social. Engloba um conjunto de 16 questões numa escala de resposta de tipo Likert, com a atribuição de uma pontuação de 1 a 5, em que pontuações mais elevadas correspondem a níveis superiores de apoio social. Os itens agrupam-se em três subescalas ou dimensões que são mais frequentemente associados a este constructo teórico: o Apoio Informativo, que se refere ao aconselhamento e à informação que facilitam os esforços de resolução de problemas; o Apoio Emocional; e o Apoio Instrumental na resolução de problemas em concreto. Este instrumento tem sido aplicado em diferentes contextos de doença crónica, nomeadamente na diabetes (Amorim & Coelho, 2008) e na doença oncológica (cit. in Guadalupe, 2008) com valores de fidelidade aceitáveis.

c. Versão portuguesa da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH) de Pais-Ribeiro e colaboradores (2007). É um instrumento de autorresposta que permite identificar os componentes emocionais associados à doença física, sendo composto por duas subescalas cotadas separadamente: uma que avalia a ansiedade, constituída por 7 itens; outra que avalia a depressão, também com 7 itens (Zigmond & Snaith, 1983, cit. in Amorim & Coelho, 2008). Cada item está formulado para uma escala de resposta de tipo Likert com 4 pontos (0-3), pelo que os valores possíveis para cada uma das subescalas variam entre 0 e 21. Os pontos de *cut-off* escolhidos foram baseados no estudo para a validação da versão portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2006), em que resultados compreendidos

entre 0 e 7 devem ser interpretados como “normal”, entre 8 e 10 “ligeira”, entre 11 e 14 “moderada” e entre 15 e 21 “grave”, quer para a ansiedade, quer para a depressão. Relativamente ao resultado global da EADH, valores iguais ou superiores a 15 são considerados como sugestivos de níveis patológicos. Este instrumento tem sido aplicado em diferentes contextos de doença, nomeadamente a doença oncológica, apresentando bons valores de validade e fidelidade (Torres, 2012). Foi demonstrado ser uma medida eficaz da avaliação da perturbação emocional, embora se reconheça a sua fragilidade para diferenciar, de forma consistente, os constructos de ansiedade e de depressão (Cosco, Doyle, Ward, & McGee, 2012).

Após a sua elaboração, o instrumento de recolha de dados foi sujeito a um pré-teste numa subamostra de 10 participantes, no sentido de percebermos a sua adequação à população em estudo, não se tendo verificado a necessidade de proceder a qualquer alteração.

A fim de avaliarmos a fidelidade dos instrumentos de medida utilizados no presente estudo, calculámos os valores da consistência interna das diferentes subescalas e da escala global, cujos resultados apresentamos na tabela 1.

Podemos concluir que os valores de alfa de Cronbach são considerados aceitáveis (Ribeiro, 2010), com exceção da subescala Apoio Emocional da EAS. Por aumentar a consistência interna dessa subescala de 0,43 para 0,55, e para efeitos do presente estudo, foi eliminado o item 11 (“Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta

dos meus filhos (ou de outros familiares que dependam de mim) quando quero sair por algum tempo ou divertir-me”). De notar que esta tendência foi já verificada em outros estudos realizados com doentes de foro oncológico e descritos por Guadalupe (2008).

Procedimentos

A recolha de dados foi realizada em duas instituições de saúde da zona norte e centro de Portugal, por enfermeiros das referidas instituições, colaboradores no presente estudo, previamente preparados para o efeito. Todos os procedimentos do estudo foram realizados de acordo com a melhor prática clínica de cada centro.

Participantes

Foi usada uma amostra de conveniência de pessoas com diagnóstico de sarcoma, em tratamento nas unidades de cuidados indicadas e que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: idade > 18 anos; com o diagnóstico médico de sarcoma primário dos tecidos moles e/ou ósseo.

Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 30 pessoas, das quais 17 eram homens (57%) e 13 mulheres (43%). Trata-se de um grupo composto essencialmente por jovens adultos, com uma média de idades de 38 anos (DP=16,3), estendendo-se, no entanto, entre um mínimo de 16 e um máximo de 69 anos de idade. Apresentavam uma média de 10 anos de escolaridade (DP=5,2; amp. 3-21) e eram, na sua maioria, casados ou a viver em união de facto (n=16; 53,3%). Residiam, na sua maioria, nos distritos do Porto (n=11; 36,7%), Aveiro (n=4; 13,3%); Vila Real, Braga e Coimbra (n=3; 10%). Tinham em média um filho para cada dois doentes (amp. 0-3) e viviam em média com duas pessoas (amp. 0-6).

Em termos profissionais, metade da amostra encontrava-se empregada (n=16; 55,3%), mas na sua maioria com baixa clínica (n=13; 43,3%), tendo em conta o estádio da sua doença e tratamento. Com exceção de seis participantes da amostra (20%) que eram estudantes e duas domésticas (6,7%), os restantes distribuíam-se pelos diferentes grupos profissionais, de acordo com a Classificação Nacional de Profissões (CNP), sendo os de maior frequência pertencentes ao grupo dos operários, artífices e trabalhadores similares (n=6; 20%), e os restantes ao grupo de pessoal administrativo e similares, e pessoal de serviços e vendedores (n=5; 16,7% cada).

Tabela 1: Fidelidade das subescalas e escala global da EAS e EADH.

Escala/Domínio	Número itens	Alfa de Cronbach	
		Escala original	Presente estudo
EAS^a			
Apoio Informativo	6	0,74	0,65
Apoio Emocional	5	0,72	0,42*
Apoio Instrumental	5	0,63	0,72
EAS Global	16	-	0,78
EADH^b			
Ansiedade	7	0,76	0,82
Depressão	7	0,81	0,65
EADH Global	14	-	0,84

a Matos & Ferreira (1999); b Pais-Ribeiro et al. (2006) *após retirado item 11 passou a 0,55

Em termos clínicos, 17 elementos da amostra (57%) apresentavam tumores das partes moles e 13 (43%) apresentavam tumores ósseos. Tinham realizado o diagnóstico em média há três meses (DP=2,8; amp. <1 mês - 12 meses). No momento da recolha de dados, uma parte significativa da amostra (n=16; 53,3%) já tinha realizado alguns tratamentos para a sua doença, tais como cirurgia (n=6; 20%), quimioterapia (n=2; 6,7%), radioterapia (n=1; 3,3%), ou conjuntos organizados desses tratamentos (n=7; 23,3%). No entanto, 46,7% (n=14) ainda não tinha iniciado qualquer tratamento.

No momento em que foram recolhidos os dados, cinco doentes encontravam-se em período peri-operatório (16,7%), 24 doentes (80%) encontravam-se a realizar quimioterapia e um doente (3,3%) encontrava-se a realizar radioterapia. As tipologias cirúrgicas realizadas foram díspares, desde as exéreses de lesões/sarcomas a exéreses de metástases e as plastias cutâneas.

Considerações éticas

Para a implementação deste estudo foram cumpridos todos os pressupostos éticos inerentes à investigação em saúde. Antes da implementação do estudo foi pedida a autorização ao conselho de administração e respetivas comissões de ética em saúde das instituições hospitalares envolvidas, bem como aos autores dos instrumentos utilizados. Paralelamente foi pedido o consentimento informado e esclarecido para a participação na investigação a todos os potenciais participantes. Para o efeito, foi elaborado um documento com informação sobre o estudo, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, que versava os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto provocado pela investigação. Além disso, foi conferido tempo para decidir, foram esclarecidas todas as dúvidas e foi afirmado o direito de recusar a qualquer momento a participação no estudo, sem que isso tivesse qualquer prejuízo na assistência que lhe estava a ser prestada na instituição.

Análise dos dados

Os dados, após recolhidos, foram introduzidos numa base de dados do programa SPSS (*Statistics Package for the Social Sciences*), versão 21, e analisados com recurso à estatística descritiva e inferencial.

Na análise exploratória da distribuição dos dados percebemos que algumas variáveis apresentavam distribuição normal. No entanto, e tendo em conta o tamanho da amostra, optámos por utilizar a estatística não paramétrica.

Para a leitura dos resultados da EAS, e apenas para efeito do presente estudo, foi calculado um *score*, que denominamos de *score* médio (SM), no sentido de facilitar a leitura e análise dos resultados. Este valor foi calculado, dividindo o valor da média pelo número de itens de cada subescala/escala global.

Para a análise dos resultados da aplicação da EADH foram calculados os valores das médias de cada subescala, conforme indicação dos autores. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos, em termos estatísticos.

III. Resultados

No sentido de darmos resposta aos objetivos 1 e 2 propostos para o presente estudo, realizámos a análise descritiva dos resultados da aplicação da EAS e da EADH, cujos resultados se apresentam na tabela 2.

A análise dessa tabela permite concluir que os doentes que compõem a amostra apresentaram uma perceção positiva sobre o suporte social em geral e também nas suas diferentes componentes, com um *score* médio superior ao ponto médio da escala e suas subescalas. Apresentam também ansiedade “ligeira” e não apresentam sintomas de depressão. O valor da EADH global é de 13, não podendo assim ser considerado indicador de nível patológico.

Tabela 2: Análise descritiva das subescalas/escala global da EAS e EADH.

	Subescalas/ Domínios	n	Min.	Max.	SM / M	DP
EAS	Apoio Informativo	21	3	5	4,18*	0,49
	Apoio Emocional	21	3	5	4,13*	0,71
	Apoio Instrumental	22	2	5	4,01*	0,83
	EAS Global	20	3	5	4,16*	0,50
EADH	Ansiedade	30	3	20	8,13**	3,72
	Depressão	30	0	9	4,77**	2,85
	EADH Global	30	5	28	12,90**	5,90

*SM – *Score* Médio; **M – Média; Amplitude dos resultados EAS: 1-5; EADH: 0-3

No entanto, e de acordo com a tabela 3, podemos observar que seis doentes que compõem a amostra (20%) demonstravam ansiedade moderada e oito doentes (26,7%) apresentavam ansiedade ligeira. Podemos ainda perceber que sete doentes (23,3%) se encontravam com sintomas de depressão ligeira.

Tabela 3: Distribuição das pontuações da EADH de acordo com os pontos de corte.

Nível de ansiedade/ depressão	Ansiedade		Depressão	
	n	%	n	%
Normal	15	50,0	23	76,7
Ligeira	8	26,7	7	23,3
Moderada	6	20,0	-	-
Grave	1	3,3	-	-

No sentido de compreendermos a relação existente entre a ansiedade, a depressão e a percepção de apoio social na amostra em estudo (objetivo 3) realizámos a correlação *R de Spearman* entre as subescalas e escala global da EAS e as subescalas da EADH, obtendo os resultados apresentados na tabela 4.

A análise realizada permitiu-nos concluir que o apoio social global se correlaciona de forma positiva e forte com todas as suas componentes, nomeadamente o Apoio Informativo ($R_s=0,59; p<0,01$), o Apoio Emocional ($R_s=0,82; p<0,01$) e o Apoio instrumental ($R_s=0,88; p<0,01$). Por seu lado, o Apoio Emocional correlaciona-se positiva e moderadamente com o Apoio Informativo ($R_s=0,51, p<0,05$) e com o Apoio Instrumental ($R_s=0,58; p<0,01$). Ao relacionarmos a EAS com a EADH, concluímos que apenas a subescala de Ansiedade se relaciona de forma negativa e moderada com o Apoio Instrumental ($R_s=-0,47; p<0,05$).

Também, e de acordo com o expectável, as duas subescalas da EADH correlacionam-se de forma positiva e moderada ($R_s=0,61; p<0,01$) e fortemente com a EADH.

Finalmente, e no sentido de descrevermos a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a percepção de suporte social, a ansiedade e a depressão (objetivo 4), realizámos um conjunto de análises estatísticas, cujos resultados mais significativos são apresentados em seguida:

- Os resultados indicam que, quanto maior é a idade do doente, menor a sua percepção de Suporte Emocional ($R_s=-0,49; p<0,05$). Em contrapartida, os participantes com mais idade apresentam maiores sintomas de ansiedade ($R_s=0,40; p<0,05$), de depressão ($R_s=0,49; p<0,01$) e na EADH Global ($R_s=0,45; p<0,05$);
- Os participantes no estudo com níveis mais elevados de escolaridade apresentaram uma melhor percepção de Suporte Emocional ($R_s=0,49; p<0,05$);
- Os participantes com filhos apresentaram uma menor percepção de Apoio Instrumental ($R_s=-0,47; p<0,05$);
- O número de pessoas que coabitavam com os doentes apresentou uma correlação negativa com a depressão ($R_s=-0,45; p<0,05$);
- Não foram evidentes diferenças estatisticamente significativas para as variáveis em análise, tendo por base o sexo, o estado civil, o tipo de emprego e a situação no emprego (ativo ou com baixa) dos doentes que participaram no estudo;
- Não foi evidente qualquer relação estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas: tipo de tumor (ósseo ou partes moles); tempo após diagnóstico; tratamento já realizado ou em realização; e a percepção de suporte social, os sintomas de ansiedade e de depressão.
- Quando questionados sobre as pessoas que consideravam poder contar nesta fase das suas vidas (suporte social informal), a maioria reportou um leque alargado de pessoas que incluíam familiares (mais e menos próximos), amigos, colegas de trabalho e vizinhos.
- Como resposta à questão aberta que foi colocada “Existe algum aspeto que ache importante referir?”

Tabela 4: Correlação R de Spearman entre as subescalas/escala global da EAS e as subescalas da EADH.

	<i>R de Spearman</i>	EAS				EADH	
		Apoio Informativo	Apoio Emocional	Apoio Instrumental	EAS Global	Ansiedade	Depressão
EAS	Apoio Informativo	-	0,51*	ns	0,59**	ns	ns
	Apoio Emocional	-	-	0,58**	0,82**	ns	ns
	Apoio Instrumental	-	-	-	0,88**	-0,47*	ns
EADH	Ansiedade	ns	ns	ns	ns	-	0,61**
	EADH Global	ns	ns	-0,47*	ns	0,88**	0,89**

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; ns: correlação não significativa

apenas três participantes responderam: “*Neste momento, a residir em casa dos pais*”; “*Os amigos também são um grande apoio*” e “*Senti-me acolhido e confortável*”.

IV. Discussão

Este estudo teve como objetivo estudar a percepção do apoio social e o ajustamento emocional (operacionalizado através de sintomas de ansiedade e de depressão) nos doentes com sarcoma.

Os resultados obtidos parecem indicar que as pessoas com sarcoma percebem um suporte social globalmente positivo. Os doentes referem ter acesso à informação e aconselhamentos ajustados às suas necessidades e que facilitam os seus esforços no sentido da resolução dos problemas (apoio informativo). Mencionam também que recebem o apoio emocional necessário, no sentido da partilha de emoções e na utilização de estratégias para lidar com essas emoções e o apoio instrumental no suporte à resolução de problemas concretos do dia-a-dia.

Os resultados parecem ainda indicar que a percepção de um bom suporte informativo, formal ou informal, se relaciona com a sensação de maior apoio emocional e com uma melhoria da percepção de apoio instrumental. Ou seja, o facto de se fornecer informação útil e conselhos ajustados sobre a doença permite tornar a tomada de decisão mais informada e dá à pessoa uma sensação de que é apoiada em termos emocionais. Por outro lado, a pessoa que sente que tem com quem partilhar os seus problemas, nomeadamente os seus medos e angústias, percebe também que terá a ajuda física (instrumental) necessária em caso de se sentir cansada, sobrecarregada ou com problemas financeiros. De facto, como normalmente é referido na literatura (Ribeiro, 1999; Matos & Ferreira, 2000) também neste grupo percebemos que o suporte social é uma variável global e que é determinada pela interinfluência das suas diferentes dimensões.

Relativamente à avaliação de perturbação emocional, os doentes apresentam ansiedade de nível ligeiro a moderado, o que vai ao encontro de outros estudos (Paredes et al., 2011; Paredes et al., 2012) e um número elevado de pessoas (sete em 30 doentes) apresenta sintomatologia depressiva. Os resultados indicam ainda que a ansiedade se correlaciona significativamente com a depressão, e que os valores globais obtidos na EADH (13) se aproximam do limiar considerado crítico em termos patológicos (15), o que poderá constituir um sinal de alerta para a necessidade

de intervenção em saúde. No estudo de Paredes e colaboradores (2012) os doentes que apresentavam níveis elevados de perturbação emocional na fase inicial da doença eram também aqueles que apresentavam maiores dificuldades de ajustamento emocional durante os tratamentos, razão pela qual os autores apontam a necessidade de identificar os doentes mais vulneráveis com o objetivo de iniciar intervenção psicossocial o mais precocemente possível.

Os resultados indicaram ainda que, na amostra em estudo, a ansiedade se relacionava de forma negativa e moderada com o apoio instrumental, parecendo sugerir que as pessoas mais ansiosas percebiam uma menor satisfação com o acompanhamento e suporte que detinham para fazer face a problemas em concreto associados à sua doença e tratamento. Não encontramos estudos que suportassem ou refutassem estes resultados.

O presente estudo sugere ainda que deve ser dada uma atenção particular às pessoas portadoras de sarcoma, com mais idade, pois os sintomas de ansiedade e de depressão parecem ser mais elevados à medida que aumenta a idade. Resultado idêntico é referido no estudo de Granda-Cameron, Hanlon, Lyinche e Houldin (2011), em que os participantes mais velhos apresentavam, na sua generalidade, um aumento de sintomas de perturbação física e psicológica ao longo dos ciclos de tratamento do sarcoma por quimioterapia, enquanto os resultados dos participantes mais novos se mantinham mais estáveis. Estes resultados podem relacionar-se com a existência de comorbilidades associadas à doença oncológica, resultado que vai ao encontro de outros estudos desenvolvidos com a mesma tipologia de doentes (Torres, 2012). Os doentes com sarcoma têm duas vezes mais probabilidade de apresentarem outras doenças concomitantes no momento do diagnóstico, do que os doentes sem cancro. Entre essas doenças, podemos referir as doenças cardiovasculares (em 33% dos doentes), as do foro respiratório (10%) e a diabetes, anemia e depressão (6-7%) (van Herk-Sukel et al., 2012).

É também de salientar que, no presente estudo, as pessoas mais idosas e com menor nível de escolaridade percebiam um menor suporte do tipo emocional.

Um resultado menos esperado neste estudo foi o facto das pessoas com filhos perceberem um menor suporte emocional, o que pode dever-se a uma discrepância entre as expectativas (de elevado apoio emocional) e as realizações. Em contrapartida, o facto do doente oncológico coabitar

com mais pessoas associa-se a uma menor manifestação de sintomas depressivos, o que vai ao encontro dos resultados obtidos em outros estudos (Schelegel, Manning, Molix, Talley & Bettencourt, 2012).

Não encontramos resultados estatisticamente significativos na relação entre as variáveis em estudo (suporte social e sintomas de ansiedade e de depressão) e o sexo e ao estado civil dos participantes, resultado também encontrado por Torres (2012) em doentes oncológicos. No entanto, outros estudos apontam diferenças estatisticamente significativas na relação entre estas variáveis.

As mulheres com sarcoma submetidas a quimioterapia relatam maiores níveis de dor e diminuição da qualidade de vida ao longo dos ciclos de tratamento, quando comparadas com os homens (Granda-Cameron, Hanlon, Lynch & Houldin, 2011).

Quanto ao estado civil, há referência ao estado de solteiro como um preditor independente da morte secundária ao sarcoma (Alamanda, Song & Holt, 2014). Também em doentes com cancro da mama, o facto de viver só associa-se a um maior nível de sintomas depressivos (Schelegel, Manning, Molix, Talley, & Bettencourt, 2012). O apoio de um/a companheiro/a permite aos doentes um suporte fundamental, tanto a nível financeiro e instrumental, como a nível emocional, o que tem sido comprovado em inúmeros estudos, realizados em doentes com doenças crónicas (Holm et al., 2013), como o cancro (Lai et al., 1999; Nelles, Joseph & Konety, 2009) e como os sarcomas (Alamanda, Song & Holt, 2014).

No nosso estudo e em concordância com o trabalho de Torres (2012), as características clínicas ou de tratamento da doença oncológica da amostra em estudo não demonstraram relação significativa com as outras variáveis em análise, o que pode dever-se ao número pouco representativo de doentes em cada modalidade de tratamento. Outros estudos referem precisamente o contrário. Por exemplo, no estudo de Granda-Cameron, Hanlon, Lynch e Houldin (2011) com doentes diagnosticados com sarcoma a fazer quimioterapia, os resultados apontam para um aumento de perturbações psicológicas (diminuição do bem-estar, ansiedade e depressão) e perturbações físicas (fadiga, sonolência, diminuição do apetite, dor, náuseas, dificuldade respiratória) ao longo dos ciclos de tratamento, bem como uma diminuição da qualidade de vida. Os autores apontam ainda diferenças significativas entre os doentes com sarco-

mas ósseos e sarcoma dos tecidos moles, com os primeiros a apresentarem pior qualidade de vida.

Os doentes com sarcoma que integraram a presente amostra indicaram um conjunto alargado de pessoas que consideravam ser, no momento, o seu suporte em termos emocionais e com elas poderem contar incondicionalmente neste processo de doença e de tratamento. Essas pessoas incluíam a família (conjugues, filhos, pais, irmãos e cunhados), os amigos e colegas de trabalho e, em alguns casos, os vizinhos.

Apesar de ter sido pouco utilizada pelos respondentes a questão de resposta aberta, percebemos que para um dos participantes no estudo, um fator que valorizou foi o facto de ter de sair do seu habitat normal e regressar a casa dos pais. Um outro doente valorizou o apoio do grupo de amigos, talvez por ser menos expectável ou por ser, para si, extremamente gratificante. Finalmente, outro doente deu ênfase ao acolhimento da instituição de saúde (e dos seus profissionais) nesta etapa tão relevante da sua vida.

Relativamente ao suporte proporcionado pelos profissionais de saúde, referido pelo último doente, não o exploramos ainda neste estudo, no entanto, no estudo mais alargado que lhe vai dar continuidade esta será uma variável a estudar. Múltiplas investigações identificam o papel fundamental da equipa de saúde, nomeadamente o enfermeiro, no acompanhamento dos doentes com cancro (Payne, Lundberg, Brennan & Holland, 1997; Spears, 2008; Granda-Cameron, Hanlon, Lynch, Houldin, 2011; Boiron et al., 2014; Özpölat, Ayaz, Konag & Özkan, 2014). Também e os sobreviventes de cancro reconhecem a importância do envolvimento dos enfermeiros no planeamento do tratamento, apoio educacional e suporte emocional, e ainda na construção de um plano de cuidados para aqueles que sobrevivem à doença (Marbach & Griffie, 2011).

V. Conclusão

Este estudo evidencia a necessidade de se realizar um diagnóstico correto e atempado das perturbações emocionais nos doentes com sarcoma a iniciarem tratamento multidisciplinar. Os profissionais de saúde devem participar em programas de treino psicoeducacionais no sentido de melhorar a sua capacidade comunicacional, melhorando o suporte informativo e emocional, bem como o reconhecimento de pessoas mais vulneráveis com a orientação para profissionais especializados.

É neste mesmo sentido que Paredes, Simões e Canavarro (2011) apontam a necessidade de identificar precocemente os doentes que apresentam maior risco de um fraco ajustamento emocional à doença e ao tratamento, nomeadamente através da monitorização da ansiedade e da depressão nas diferentes fases da doença, incluindo o período pós-tratamento. Os mesmos autores consideram que as intervenções psicossociais, quer para os doentes com cancro, na sua generalidade, quer para os doentes com sarcoma em particular, são potenciais promotores do ajustamento psicossocial e da qualidade de vida.

Limitações do estudo: Os resultados devem serem lidos considerando algumas limitações, nomeadamente o tamanho da amostra que é relativamente pequeno, dado o número reduzido de doentes com este tipo de cancro. Por outro lado, o tipo de tratamento e fases de progressão da doença são díspares, o que não facilita a comparação entre grupos de acordo com algumas variáveis clínicas, por exemplo comparar os doentes que recebem tratamento quimioterápico, com aqueles que apenas recebem tratamento cirúrgico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alamanda, V. K., Song, Y., & Holt, G. E. (2014). Effect of marital status on treatment and survival of extremity soft tissue sarcoma. *Ann Oncol*, 25(3), 725-729. doi: 10.1093/annonc/mtd583
- Boinon, D., Sultan, S., Charles, C., Stulz, A., Guillemeau, C., Delalogue, S., & Dauchy, S. (2014). Changes in psychological adjustment over the course of treatment for breast cancer: the predictive role of social sharing and social support. *Psychooncology*, 23(3), 291-298. doi: 10.1002/pon.3420
- Cosco, T. D., Doyle, F., Ward, M., & McGee, H. (2012). Latent structure of the Hospital Anxiety And Depression Scale: a 10-year systematic review. *J Psychosom Res*, 72(3), 180-184. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.06.008
- Granda-Cameron, C., Hanlon, A. L., Lynch, M. P., & Houldin, A. (2011). Experience of newly diagnosed patients with sarcoma receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*, 38(2), 160-169. doi: 10.1188/11.onf.160-169
- Guadalupe, S. (2008). A Saúde Mental e o apoio Social na família do doente oncológico. Tese de doutoramento em Saúde Mental apresentada ao ICBAS. Não publicada. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rc=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fdepositario-aberto.up.pt%2Fbitstream%2F10216%2F16133%2F2%2FTese%2520Snia%2520Guadalupe.pdf&ei=093wU_mAHafV0QXp44HwAQ&usq=AFQjCNG_9ICrZNHAMgxPVyNnbeqDelxmKg&bvm=bv.73231344,d.ZGU
- Holm, K. E., Plaufcan, M. R., Ford, D. W., Sandhaus, R. A., Strand, M., Strange, C., & Wamboldt, F. S. (2014). The impact of age on outcomes in chronic obstructive pulmonary disease differs by relationship status. *J Behav Med*, 37(4), 654-663. doi: 10.1007/s10865-013-9516-7
- Lai, H., Lai, S., Krongrad, A., Trapido, E., Page, J. B., & McCoy, C. B. (1999). The effect of marital status on survival in late-stage cancer patients: an analysis based on surveillance, epidemiology, and end results (SEER) data, in the United States. *Int J Behav Med*, 6(2), 150-176. doi: 10.1207/s15327558ijbm0602_4
- Marbach, T. J., & Griffie, J. (2011). Patient preferences concerning treatment plans, survivorship care plans, education, and support services. *Oncol Nurs Forum*, 38(3), 335-342. doi: 10.1188/11.onf.335-342
- Matos, A.P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento duma escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243-253.

- National Comprehensive Cancer Network [NCCN] - www.nccn.org/
- Nelles, J. L., Joseph, S. A., & Konety, B. R. (2009). The impact of marriage on bladder cancer mortality. *Urol Oncol*, 27(3), 263-267. doi: 10.1016/j.urolonc.2008.04.016
- OMS, 2014 - http://www.who.int/nmh/countries/prt_en.pdf.
- Ostacoli, L., Saini, A., Zuffranieri, M., Boglioni, A., Carletto, S., De Marco, I., Lombardi, I., Picci, R.L., Berruti, .. Comandone, A. (2014). Quality of Life, Anxiety and Depression in Soft Tissue Sarcomas as Compared to More Common Tumours: An Observational Study. *Applied Research Quality of Life*, 9, 123-131.
- Özpolat, A. G., Ayaz, T., Konag, Ö., Özkan, A. (2014). Attachment style and perceived social support as predictors of biopsychosocial adjustment to cancer. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 44, 24-30. doi:10.3906/sag-1210-28.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med*, 12(2), 225-235; quiz 235-227. doi: 10.1080/13548500500524088
- Paredes, T., Canavarro, M. C., & Simoes, M. R. (2011). Anxiety and depression in sarcoma patients: emotional adjustment and its determinants in the different phases of disease. *Eur J Oncol Nurs*, 15(1), 73-79. doi: 10.1016/j.ejon.2010.06.004
- Paredes, T., Pereira, M., Simoes, M. R., & Canavarro, M. C. (2012). A longitudinal study on emotional adjustment of sarcoma patients: the determinant role of demographic, clinical and coping variables. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 21(1), 41-51. doi: 10.1111/j.1365-2354.2011.01269.x
- Payne, D. K., Lundberg, J. C., Brennan, M. F., & Holland, J. C. (1997). A psychosocial intervention for patients with soft tissue sarcoma. *Psychooncology*, 6(1), 65-71. doi: 10.1002/(sici)1099-1611(199703)6:1<65::aid-pon236>3.0.co;2-2
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). [Em linha]. *Análise Psicológica*, 3(3), 547-558. Disponível em [www: <URL: http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>](http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf).
- Ribeiro, J. L. P. (2010). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. 3ª ed. Porto: Livpsi.
- Sarcoma Foundation of America [SFA] - www.curesarcoma.org/
- Schlegel, R. J., Manning, M. A., Molix, L. A., Talley, A. E., & Bettencourt, B. A. (2012). Predictors of depressive symptoms among breast cancer patients during the first year post diagnosis. *Psychol Health*, 27(3), 277-293. doi: 10.1080/08870446.2011.559232
- Spears, J. (2008). Emotional support given by ward-based nurses to sarcoma patients. *Eur J Oncol Nurs*, 12(4), 334-341. doi: 10.1016/j.ejon.2008.03.001
- Tang, Melissa H., Pan, Donald J. W., Castle, David J., & Choong, Peter F. M. (2012). A Systematic Review of the Recent Quality of Life Studies in Adult Extremity Sarcoma Survivors. *Sarcoma*, 2012, 15. doi: 10.1155/2012/171342
- van Herk-Sukel, M. P., Shantakumar, S., Overbeek, L. I., van Boven, H., Penning-van Beest, F. J., & Herings, R. M. (2012). Occurrence of Comorbidities before and after Soft Tissue Sarcoma Diagnosis. *Sarcoma*, 2012, 402109. doi: 10.1155/2012/402109