



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO –  
HCFMRP-USP

ARIANE CRISTINA ALVES

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PRESENÇA DE SINTOMAS DE  
ANSIEDADE E DEPRESSÃO E MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBELMAS  
EM MULHERES ACOMPANHADAS EM UM AMBULATORIAL DE  
ENDOCRINOLOGIA GINECOLÓGICA**

RIBEIRÃO PRETO  
2019

ARIANE CRISTINA ALVES

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PRESENÇA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS EM MULHERES ACOMPANHADAS EM UM AMBULATORIAL DE ENDOCRINOLOGIA GINECOLÓGICA**

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP, elaborada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP/ Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP).

Área: Psicologia e Promoção de Saúde  
Orientador (a): Elaine Cristina Minto  
Supervisor (a): Titular: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Alves, Ariane Cristina

Caracterização sociodemográfica, presença de sintomas de ansiedade e depressão e modos de enfrentamento de problemas em mulheres acompanhadas em um ambulatorial de endocrinologia ginecológica

**Nº pag.**

Monografia apresentada ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto como parte dos requisitos para a conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional.

Orientadora: Elaine Cristina Minto; Docente Responsável: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb.

1. Endocrinologia ginecológica.
2. Ansiedade e depressão.
3. Estratégias de enfrentamento

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer minha família e amigos pelo apoio e carinho durante o processo de construção deste trabalho. Gostaria também de agradecer as pacientes que aceitaram participar dessa pesquisa. Além de também, a orientadora Elaine Cristina Minto, por todas as orientações, o Prof. Ricardo Gorayeb pela oportunidade de realizar o aprimoramento e todo o Serviço de Psicologia.

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo investigar dados de prevalência de sintomas de ansiedade e depressão, bem como, caracterizar os modos de enfrentamento de problemas em mulheres acompanhadas em um ambulatório de endocrinologia ginecológica de um hospital escola de nível terciário. Partindo da hipótese que as doenças endócrinas ginecológicas podem levar ao desenvolvimento de ansiedade e depressão. O delineamento metodológico foi quantitativo-descritivo, realizado através da aplicação de entrevistas semiestruturadas, escalas de rastreamento de ansiedade e depressão hospitalar (HAD) e modos de enfrentamento de problemas (EMEP). Outros objetivos incluíram investigar e caracterizar perfil sociodemográfico; hábitos de vida; dados clínicos; outros sofrimentos psicológicos relacionados ao diagnóstico. Os resultados foram significativos para presença de sintomas de ansiedade e depressão nessa clientela, assim como, a presença deles de forma concomitante. Outros resultados apontaram prevalência de estratégias de enfrentamento focalizada no problema e que o grupo sem sintomas de ansiedade e depressão obtiveram médias maiores nessa estratégia.

**Palavras-chave:** Endocrinologia Ginecológica; Ansiedade e Depressão; Enfrentamento de problemas.

## **ABSTRACT**

The objective of this study was to investigate data on the prevalence of anxiety and depression symptoms in women in follow-up at a gynecological endocrinology clinic of a tertiary school hospital, as well as to characterize their means of coping with problems. Based on the hypothesis that gynecological endocrine diseases can lead to the development of anxiety and depression, the methodological design was quantitative-descriptive, performed through the application of semi-structured interviews, hospital anxiety and depression screening scales (HAD) and problem coping means scales (EMEP). Other objectives included investigating and characterizing sociodemographic profile; life habits; clinical data and other psychological sufferings related to the diagnosis. The results were significant for the presence of symptoms of anxiety and depression in this clientele, as well as the presence of them concomitantly. Other results pointed to the prevalence of coping strategies focused on the problem and that the group without symptoms of anxiety and depression obtained higher averages in this strategy.

**Key words:** Gynecological Endocrinology; Anxiety and Depression; Coping with problems.

## LISTA DE FIGURAS

Tabela 1 - Descrição do perfil sociodemográfico das participantes.....	23
Tabela 2 - Descrição dos hábitos de vida.....	24
Tabela 3 - Dados clínicos.....	25
Tabela 4 - Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos.....	26
Tabela 5 - Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão concomitantes.....	26
Tabela 6 - Frequência das estratégias de enfrentamento utilizadas.....	27
Tabela 7 – Diferença estatística quanto à correlação de ansiedade e depressão com os modos de enfrentamento de problemas.....	27

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>1.2 DOENÇAS ENDOCRINOLOGICAS EM MULHERES</b> .....	<b>9</b>
1.2.1 Síndrome do ovário policístico – (SOP).....	9
1.2.2 Insuficiência ovariana precoce – (IOP).....	12
1.2.4 Sangramento uterino anormal.....	14
1.2.5 Hiperprolactinemia.....	15
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
3.1 Objetivo Geral .....	17
3.2 Objetivos Específicos .....	17
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>18</b>
4.1 Participantes.....	18
4.2 Local .....	18
4.3 Instrumentos e materiais.....	18
4.4 Procedimentos.....	20
4.4.1 Coleta de dados.....	20
4.4.2 Análise de dados.....	20
4.5 Aspectos éticos.....	20
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>22</b>
5.1 Perfil sociodemográfico.....	22
5.2 Hábitos de vida.....	24
5.3 Dados clínicos.....	25
5.4 Prevalência de sintomas de ansiedade de ansiedade e depressão.....	26
5.5 Modos de enfrentamento de problemas.....	27
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>28</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>32</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>35</b>
<b>ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA</b> .....	<b>35</b>
<b>ANEXO B – ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR</b> .....	<b>37</b>
<b>ANEXO C – ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS</b> .....	<b>38</b>
<b>ANEXO D – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>40</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Conforme apontado na literatura, as doenças endocrinológicas afetam um grande número de mulheres, que quando acometidas podem passar, dependendo do diagnóstico, por um processo difícil e às vezes conflitante.

Frente a isso, este trabalho teve como objeto de estudo investigar a prevalência de sintomas sugestivos de ansiedade e depressão, bem como o modo de enfrentamento diante da enfermidade, em mulheres portadoras de doenças endócrinas ginecológicas que têm oportunidade de serem acompanhadas em um Ambulatório de Endocrinologia Ginecológica de um hospital escola de nível terciário.

Dessa maneira, faz-se necessário abordar no seguinte trabalho o que a literatura tem apontado sobre os principais diagnósticos encontrados nas mulheres que foram entrevistadas para tal pesquisa.

### 1.2 DOENÇAS ENDOCRINOLOGICAS EM MULHERES

#### 1.2.1 Síndrome do ovário policístico – (SOP)

A síndrome do ovário policístico – (SOP) é um distúrbio endócrino que foi descrito pela primeira vez em 1931 por Irving Stein e Michael Leventhal (PONTES; FILHO, 2016). É um distúrbio que intervém no processo de ovulação em decorrência do desequilíbrio hormonal, acarretando a formação de cistos. É normal o surgimento de cistos durante a ovulação, mas devem desaparecer a cada ciclo menstrual. Em mulheres com SOP, esses cistos continuam presentes e alteram a estrutura ovariana, levando o órgão ficar até três vezes mais largo do que o tamanho normal (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002 apud SILVA et al.). Aparentemente a SOP tem caráter multigênica, ou seja, vários genes predisponentes e protetores interatuam com fatores ambientais acarretando a síndrome (PONTES; FILHO, 2016). A fisiopatologia não é bem esclarecida, mas existem evidências de bases genéticas (SILVA et al., 2015). De acordo com Pontes & Filho (2016):

A sua fisiopatologia envolve o descontrole na esteroidogênese ovariana por um defeito intrínseco nas células da teca, redução da sensibilidade à insulina (atribuída a um defeito pós-receptor nas vias de sinalização da insulina), excesso de estresse oxidativo, além dos fatores genéticos e ambientais. A hiperplasia das células da teca secreta altas concentrações de androgênios na ausência de fatores tróficos, os quais também afetam as células da granulosa que sintetizam maiores concentrações de hormônio antimulleriano (p.5).

O diagnóstico da SOP acomete cerca de 6% a 16% das mulheres em idade reprodutiva (ROSA-E-SILVA, 2018). É uma desordem endócrina que pode acarretar complicações em longo prazo, como: síndrome metabólica, infertilidade, diabetes mellitus tipo 2, doenças

cardiovasculares, entre outras (SOUTO, CARVALHO BRAGA, MEDINA, 2008).

A SOP caracteriza-se, principalmente, por anovulação crônica e hiperandrogenismo (MOREIRA et al. 2010). Segundo Silva et al. (2015) é possível notar sinais dessa desordem endócrina já na adolescência. Além dos fatores hereditários que podem indicar o desenvolvimento dessa doença no futuro, é importante estar atento a sintomas como hirsutismo, acne, obesidade, alopecia androgenética (perda de cabelo), acantose nigricans (manchas escuras), infertilidade, e padrão de menstruação alterado. Vale dizer, que os sintomas se apresentam de maneira heterogênea, havendo grande diferença em relação à prevalência e intensidade, levando em conta diferentes grupos de mulheres portadoras da síndrome (MOREIRA et al. 2010). A infertilidade, por exemplo, tem uma prevalência de quase 70% das mulheres com SOP (MOREIRA et al., 2013)

O diagnóstico da SOP é essencialmente clínico, principalmente porque grande parte das portadoras da síndrome apresenta a irregularidade menstrual e o hiperandrogenismo clínico (ROSA-E-SILVA, 2018). De acordo com Pontes e Filho (2016) o consenso mais aceito atualmente para o diagnóstico de SOP é o:

...consenso de Rotterdam (2004), o qual foi confirmado pelo National Institute of Health (NIH) – USA (2012). Segundo o consenso, são necessários pelo menos dois de três critérios estabelecidos: 1 – Oligo e/ou anovulação; 2 – Hiperandrogenismo clínico e/ou bioquímico; 3 – Ovários policísticos; e exclusão de outras etiologias com manifestação clínica similar, tais como: hiperplasia adrenal congênita de início tardio, tumores secretores de androgênios, disfunção da tireóide, hiperprolactinemia, Síndrome de Cushing, insuficiência ovariana, amenorréia hipotalâmica, uso de androgênios exógenos (p.6).

O diagnóstico do critério oligo-amenorréia é bastante objetivo, pois leva em conta o histórico menstrual com ausência de menstruação por 90 dias ou mais, ou a presença de menos de 9 ciclos menstruais em um ano. Já a avaliação dos sintomas de hiperandrogenismo é mais subjetiva, dentre as manifestações que compõe esse critério, está: hirsutismo, pele oleosa, queda de cabelo, acne, virilização com clitoromegalia e alopecia hiperandrogênica. (ROSA-E-SILVA, 2018).

Ainda de acordo com Rosa-e-Silva (2018), em casos que os sintomas clínicos não forem suficientes, deve-se realizar uma avaliação das características morfológicas dos ovários, por meio da ultrassonografia pélvica bidimensional.

O tratamento da Síndrome do Ovário Policístico (SOP) permeia a mudança e estilo de vida e o tratamento medicamentoso. A mudança na alimentação e a prática de exercício físico são os primeiros recursos utilizados como forma de tratamento, principalmente em casos que também se apresenta a obesidade. Há estudos que indicam que a perda de peso melhora de

forma significativa os ciclos menstruais, aumenta à sensibilidade a insulina, reduz a concentração de testosterona e a estimulação androgênica da pele, e favorece a concepção (SOUTO, CARVALHO BRAGA, MEDINA, 2008).

O tratamento medicamentoso objetiva suprimir a exacerbada produção androgênica presente na SOP procurando corrigir suas consequências, além de também regularizar o ciclo menstrual e diminuir os riscos de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e diabetes mellitus tipo 2 a longo prazo (FERREIRA et al., 2008 apud PEREIRA; SILVA; CAVALCANTI, 2015).

Dentre os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento da SOP, a resistência a insulina parece desempenhar um papel importante, pois a hiperinsulinemia estimula a secreção androgênica. Dessa forma, medicamentos sensibilizadores de insulina têm sido utilizados no tratamento da SOP (ARIE et al., 2009 apud PEREIRA; SILVA; CAVALCANTI, 2015). De acordo com Duarte (2011 apud PEREIRA; SILVA; CAVALCANTI, 2015) a resistência a insulina pode acometer cerca de 54,2% a 70,6% das mulheres portadoras desta síndrome. A metformina tem sido o medicamento sensibilizador de insulina normalmente escolhido, uma vez que os estudos têm mostrado que o mesmo apresenta benefícios (MOREIRA, 2011 apud PEREIRA; SILVA; CAVALCANTI, 2015). A finalidade dele no tratamento da síndrome é regular o ciclo menstrual, induzir a ovulação e tratar o hirsutismo (MORALES; VERDESIA, 2007 apud PEREIRA; SILVA; CAVALCANTI, 2015).

Outra opção de tratamento desta desordem endócrina são os anticoncepcionais hormonais orais combinados (CHOC), pois dentre os seus benefícios estão: a redução do hiperandrogenismo e andrógenos adrenais, diminuição da acne e hirsutismo, elevação da produção hepática do SHBG (globulina de ligação a hormônios sexuais), supressão da secreção de LH (hormônio luteinizante), e regulaçãodo ciclo menstrual em mulheres que não desejam engravidar (MARCONDES; HAYASHIDA; BACHEGA, 2007; URBANETZ, 2009 apud PEREIRA; SILVA; CAVALCANTI, 2015).

Sabendo que alguns dos sintomas decorrentes da SOP envolvem ausência de menstruação (amenorréia), acne, obesidade, aparecimento de pelos em locais indesejados (hirsutismo) e infertilidade, pesquisas tem apontado que estes sintomas tendem a comprometer a qualidade de vida de mulheres portadoras da síndrome, acarretando mal estar e dificuldade no relacionamento familiar. A obesidade tem sido identificada como um dos principais sintomas que prejudica a qualidade de vida dessas mulheres, pois o peso tende a interferir diretamente na autoestima e nas relações interpessoais, sendo este um fator que pode

levar ao isolamento social. O estresse emocional está relacionado à presença de acne e hirsutismo, e já a infertilidade e a irregularidade menstrual relacionam-se a estresse psicológico e redução do bem-estar (MOREIRA et al., 2013).

Ainda de acordo com Moreira et al. (2013) em seu estudo foi possível identificar que em casos que há a presença da infertilidade, esse sintoma da SOP é visto por portadoras da síndrome como gerador de sofrimento, uma vez que elas tendem a se sentirem anormais e diferentes de outras mulheres férteis. Para as mulheres que pensam em ser gestantes em algum momento da vida, tendem a apresentar medo de que quando decidirem não consigam engravidar.

Sintoma de ansiedade costuma estar presente, frequentemente associado à necessidade da perda de peso e a dificuldade de engravidar. Além disso, as mulheres com essa desordem endocrinológica se sentem estigmatizadas, por muitas vezes não corresponderem ao que é esperado pela sociedade em relação ao padrão de beleza física. Devido os sintomas da SOP interferirem diretamente na aparência física, isso pode gerar diminuição da satisfação sexual e intervir na identidade feminina (MOREIRA et al., 2013).

De acordo com Bernard et al. (2007 apud MOREIRA et al., 2010) além de prejudicar a qualidade de vida, o diagnóstico da SOP está associado a sintomas de depressão, sendo até mais significativo em mulheres que apresentam a obesidade. Visto isto, segundo Moreira et al. (2010)

“...a mulher com SOP não necessita apenas de tratamento médico para as repercussões reprodutivas, estéticas e metabólicas, mas de atendimento com equipe multidisciplinar, pois a SOP não é apenas uma condição física, mas também um importante problema psicossocial que afeta vários aspectos da vida da mulher (p.241).”

Contudo, vale ressaltar que cada mulher reage de forma diferente aos sintomas. O impacto do diagnóstico vai depender da história pessoal, do modo de enfrentamento, da rede de apoio social presente, e do nível de informação e recursos de cada mulher. Algumas mulheres com SOP vão responder de forma adaptativa, sem grandes interferências psicológicas e sociais (MOREIRA et al., 2010).

### 1.2.2 Insuficiência ovariana precoce – (IOP)

A Insuficiência ovariana precoce (IOP) consiste na falência gonadal antes que pode se dar após os 40 anos de idade. Tende a acometer aproximadamente 1 em cada 250 mulheres por volta dos 35 anos e 1 em cada 100 aos 40 anos de idade. De 5% a 10% das mulheres portadoras de IOP pode vir a ter gravidez e parto sem presença de alterações, pois podem

produzir estrogênio e ovular, bem como ter a função ovariana de forma intermitente, sem amenorreia associada, com presença de menstruação, porém com anormalidade presente (ASSUMPÇÃO, 2014).

A insuficiência ovariana está ligada com a falta de estrogênio que é o hormônio sexual feminino e também o acréscimo constante do hormônio folículo estimulante (FSH) e luteinizante (LH), hormônios estes que são responsáveis pela estimulação da ovulação, os mesmos aumentam, pois a hipófise – glândula que se encontra na base do cérebro permanece estimulando um ovário que não responde ao comando do mesmo, ao contrário, eles abrandariam em número e somente regressariam aumentando no próximo ciclo, para nova ovulação. É possível neste caso que a mulher sinta calores fortes nesse período sentindo dificuldade para dormir e se relacionar, bem como atrofia genital, afinamento da pele da vagina, redução da lubrificação podendo gerar desconforto durante a relação sexual. (NASCIMENTO, 2012 apud SANTOS, 2016, p. 19).

A IOP pode ser dividida em primária e secundária. Sendo que, na primária acontecem alterações genéticas que envolvem o cromossomo X ou os autossomos (ASSUMPÇÃO, 2014). Já a secundária ocorreria devido a infecções (caxumba, infecção por shigella, malária e varicela), ooforectomiabilateral, quimioterapia e radioterapia (ASSUMPÇÃO, 2014).

Em relação aos sintomas, segundo Antunes et al. (2003 apud SANTOS, 2016) a carência de estrogênios causado pela IOP leva a repercussões em vários órgãos e de vários sistemas, dessa forma, se manifesta em dois picos temporais: sintomatologia precoce e tardia. A sintomatologia precoce consiste em perturbações vasomotoras, psicológicas e genito-urinárias.

O diagnóstico da IOP é realizado baseado na história clínica e na constatação de níveis séricos elevados de gonadotrofinas. Exames específicos subsequentes ao diagnóstico são solicitados para tentar elucidar sua etiologia (VILODRO, 2007 apud SANTOS, 2016). O acompanhamento após o diagnóstico é de extrema importância para rastrear patologias que podem estar associadas, fazendo-se necessário que sejam realizados exames complementares essenciais, sendo alguns deles: avaliação laboratorial, mamografia, exame preventivo do câncer do colo do útero, ultra-sonografia transvaginal, densitometria óssea. (BRASIL, 2008 apud SANTOS, 2016).

O tratamento da IOP consiste na terapia hormonal, onde a reposição hormonal procura agir como substituta ao que seria a função ovariana normal. A reposição de esteróides tende a beneficiar as mulheres com IOP, proporcionando alívio dos sintomas como fogachos, suores noturnos e secura vaginal. Para as mulheres que não desejam engravidar é indicado o uso de anticoncepcional oral combinado. Já no caso de mulheres que apresentam o útero intacto, a administração do estrogênio deverá ser feita em combinação com uma progestina para evitar a hiperplasia do endométrio (ASSUMPÇÃO, 2014). Ainda, como parte do tratamento a

atividade física e alimentação adequada são fundamentais e apresentam benefícios para essas mulheres (SANTOS, 2016).

O diagnóstico de IOP apresenta questões emocionais importantes, uma vez que as mulheres que o recebem se deparam com o fim da fertilidade, questões relacionadas à imagem corporal, sexualidade e saúde. Além de também, virem a experimentar sentimentos de perda de controle e impotência (NELSON; COVINGTON; REBAR, 2005 apud ALMEIDA et al., 2010).

Especialmente em mulheres que desejam ter filhos o diagnóstico tende a ser traumático diante da possibilidade de infertilidade, sendo este um fator gerador de sentimentos similares ao que se presencia em situações de luto (ALZUBAIDI et al., 2002 apud ALMEIDA et al., 2010). Ainda, de acordo com Almeida et al. (2010) mulheres com IOP apresentam disfunção sexual com maior prevalência do que as que não têm o diagnóstico.

Diante desses achados, vale ressaltar que o cuidado de mulheres com IOP deve envolver suporte emocional desde o diagnóstico (VILODRE, 2007 apud ALMEIDA, 2010).

### 1.2.3 Sangramento Uterino Anormal

Define-se o Sangramento Uterino Anormal (SUA) como um sangramento oriundo do corpo uterino, de forma anormal em relação à regularidade com que ocorre, bem como, anormalidade no volume, frequência ou duração, em mulheres não gestantes. No ano de 2011, especialistas da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) propôs uma classificação para as causas de SUA, sendo esse esquema denominado PALM-COEIN, onde cada uma das letras denomina as possíveis etiologias do SUA. Sendo assim, dentre as causas do sangramento uterino anormal estão às estruturais (lesões anatômicas do útero), como: pólipos, adenomiose, leiomioma e malignas. E as causas não estruturais (também classificadas como disfuncionais), como: coagulopatia, ovulatória, endometrial, iatrogênica, e as não classificadas (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA apud BENETTI-PINTO et al., 2017).

Sobre o diagnóstico deve se levar em conta a faixa etária da paciente, uma vez que as causas principais do SUA variam dependendo da faixa etária em que a mulher se encontra (BENETTI-PINTO et al., 2017). Além disso, é importante considerar antecedentes gineco-obstétricos, quando ocorreu o início do sintoma, tipo de distúrbio menstrual, se houve mudança de peso, uso de drogas, atividade física, estresse, método de anticoncepção, cirurgias prévias, sintomas de hipotireoidismo, coagulopatias e doenças crônicas (PESSINI, 2006). Bem como, deve ser feito o exame físico completar a fim de investigar sinais da síndrome dos

ovários policísticos, resistência insulínica, doenças da tireóide, petéquias, equimoses, lesões da vagina ou colo do útero, além de tamanho do útero. Outros exames complementares podem ser solicitados, sendo eles hemograma, dosagem de ferritina e ultrassonografia pélvica (BENETTI-PINTO et al., 2017).

O diagnóstico de SUA pode afetar negativamente a vida das mulheres que o recebe, pois influência sobre aspectos sociais, psicológicos, emocionais, sexuais, profissionais, além de também, pode vir a ter anemia, dor/dismenorreia, limitações para realizar atividades, e pode necessitar de procedimentos cirúrgicos. Todos esses fatores tendem a piorar significativamente a qualidade de vida dessas mulheres. (BENETTI-PINTO et al., 2017).

O tratamento da SUA varia de acordo com a etiologia, podendo ser farmacológico, com terapêuticas hormonais e não hormonais, além de também, pode vir a ser cirúrgico em alguns casos (BENETTI-PINTO et al., 2017).

#### 1.2.4 Hiperprolactinemia

A prolactina (PRL) é um hormônio responsável por estimular a lactação. Sabe-se que com a concepção, fisiologicamente, os níveis de prolactina aumentam e permanecem assim durante a gestação. Com a chegada do parto ocorrem às quedas dos níveis de estrógeno e progesterona e então, a lactação se inicia (BARACAT, 2015).

Quando ocorre a hiperprolactinemia não fisiológica, que é o aumento dos níveis de prolactina sem razões fisiológicas, pode ocorrer sintomas clínicos como: galactorréia, irregularidade do ciclo menstrual, polimenorréia, espaniomenorréia, amenorréia, podendo causar infertilidade. Dentre os fatores que podem causar hiperprolactinemia não fisiológica, estão: hipotireoidismo, insuficiência adrenal, síndrome do ovário policístico, tumores, insuficiência renal, insuficiência hepática, alguns medicamentos, entre outros (BARACAT, 2015).

A prevalência dessa doença é de 15 a 20% das mulheres com amenorréia, já com galactorreia e infertilidade está presente em um terço, e em até 75% daquelas com galactorréia e amenorreia. O prolactinoma é o tumor que produz prolactina, ele representa cerca de 40% de todos os tumores hipofisários. Sobre o diagnóstico, este deve ser feito a partir da dosagem de prolactina, TSH, FSH, ressonância magnética ou tomografia computadorizada e exame de campo visual. Fechado o diagnóstico é importante averiguar todas as possíveis causas.

Já o tratamento, consiste principalmente no uso de agonistas dopaminérgicos. Em alguns casos, quando não houve sucesso com a terapêutica clínica, pode haver a indicação de tratamento cirúrgico ou radioterápico (BARACAT, 2015).

Em relação aos aspectos psicológicos da hiperprolactinemia, pessoas que recebem esse diagnóstico, frequentemente apresentam problemas emocionais, pois variações de prolactina podem afetar o humor e o bem-estar. Bem como, traços da personalidade e fatores externos ambientais podem estimular a secreção de prolactina e ter papel na constituição da doença (SOBRINHO, 1998 apud NAHAS et al., 2006). Além disso, sintomas de ansiedade e depressão têm sido associados à hiperprolactinemia (NAHAS et al, 2006).

Diante do exposto, estes diagnósticos parecem ser os mais presentes no ambulatório de Endocrinologia Ginecológica. O diagnóstico de um deles remete impacto psicológico importante na vida dessas mulheres e por isso, torna-se fundamental conhecer essas possíveis implicações emocionais e psicológicas para poder intervir adequadamente, visando tanto a melhoria da qualidade de vida, quando melhores resultados no tratamento.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

O objetivo desta pesquisa foi identificar se há a presença de sintomas de ansiedade e depressão, bem como modos de enfrentamento de problemas, em mulheres portadoras de doenças endócrinas ginecológicas que são atendidas no Ambulatório de Endocrinologia ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP-USP

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Investigar e caracterizar:

- Perfil sociodemográfico
- Hábitos de vida
- Dados clínicos
- Identificar a prevalência dos sintomas ansiosos e depressivos
- Identificar modos de enfrentamento de problemas
- Outros sofrimentos psicológicos relacionados ao diagnóstico

## 4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi à Quantitativo-Descritiva que tem como finalidade delinear ou analisar características de fatos e avaliação de programas. Com base em métodos formais que se aproxima a projetos experimentais, tendo como característica a precisão do controle estatístico, com o intuito de oferecer dados a fim de verificar hipóteses. É realizada a partir de artifícios quantitativos, objetivando coletar de forma sistemática os dados, com a utilização de técnicas como entrevistas, questionários, formulários, entre outros (MARCONI; LAKATOS, 2008).

### 4.1 PARTICIPANTES

Participaram do estudo voluntariamente dentro do período proposto para a coleta de dados, vinte e seis mulheres entre 22 e 68 anos de idade, com diagnósticos endócrinos ginecológicos que estavam em acompanhamento no Ambulatório de Endocrinologia Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP-USP. Como critério de inclusão foi imprescindível que as mulheres fossem maiores de idade. Mulheres que possuíssem qualquer doença ou transtorno incapacitantes não foram incluídas no trabalho.

### 4.2 LOCAL

Este trabalho foi realizado no Ambulatório de Endocrinologia Ginecológica de um hospital universitário no interior de São Paulo, público, de nível terciário. O ambulatório conta com uma equipe multidisciplinar, que inclui profissionais contratados, residentes e aprimorandos das áreas da psicologia, medicina, enfermagem, e nutrição. Os atendimentos são realizados semanalmente no período da manhã a mulheres que apresentam desordens endocrinológicas. As consultas são agendadas de acordo com as necessidades de cada paciente. O local foi escolhido por permitir facilidade de acesso aos participantes e por receber um número considerável de mulheres com desordens endócrinas ginecológicas.

### 4.3 INSTRUMENTOS E MATERIAIS

Para a coleta de dados, foi utilizado o protocolo de entrevista da Sistematização da Prática Psicológica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto HCFMRP-USP (ANEXO A). O mesmo contém perguntas semi-estruturadas, Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HAD (ANEXO B) e Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP (ANEXO C).

**Entrevista semi-estruturada** – A entrevista contém questões que possibilitam investigar dados sociodemográficos (idade, procedência, estado civil, escolaridade, situação empregatícia, renda familiar, religião, dinâmica familiar), hábitos de vida, dados clínicos, adesão ao tratamento, relacionamento com a equipe, aspectos cognitivos, histórico de saúde mental e percepção de suporte social.

**Escala de ansiedade e depressão hospitalar (HAD)** – De acordo com Zigmond e Snaith (1983 apud BOTEGA et al., 1995) a escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar foi desenvolvida inicialmente para ser aplicada em ambientes não psiquiátricos. Objetiva detectar graus leves de transtorno de humor. Possui 7 itens direcionados para a avaliação da ansiedade e sete para a depressão, totalizando assim, 14 perguntas. Cada item pode ter uma pontuação de 0 a 3, e a pontuação máxima para cada sub-escala é de 21 pontos (MARCOLINO et al., 2007). A escala pode ser aplicada rapidamente e é solicitado ao paciente que a responda de acordo com seus sentimentos na última semana (BOTEGA, 1995). Considera a presença de sintomas quando a pontuação for a partir de oito pontos para pacientes ambulatoriais e a partir de nove pontos para paciente de enfermarias, bem como, avalia como ausência de sintomas, quando a pontuação for abaixo desses escores. A escala não apresenta caráter diagnóstico, mas possibilita que seja identificada a presença de sintomas sugestivos de ansiedade e depressão.

**Escala de modos de enfrentamento de problemas - EMEP** – A EMEP é uma adaptação para o português da escala desenvolvida por Vitaliano e Cols. (1985), Gimenes e Queiroz (1997) foram os responsáveis pela tradução. Essa escala define enfrentamento como um conjunto de respostas específicas diante de situação estressoras (SEIDL; TRÓCOLLI e ZANNON, 2001). Conta com 45 itens que são subdivididos em quatro fatores: Fator 1- Enfrentamento focalizado no problema; Fator 2 - Enfrentamento focalizado na emoção; Fator 3 - Enfrentamento focalizado em busca de práticas religiosas/pensamento fantasiosos; e Fator 4 - Enfrentamento focalizado em busca de suporte social. As respostas são obtidas em uma escala tipo Likert de cinco pontos (1 - Eu nunca faço isso; 2 - Eu faço isso um pouco; 3 - Eu faço isso às vezes; 4 - Eu faço isso muito; 5 - Eu sempre faço isso).

Também foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D), que foi desenvolvido para o Protocolo de Sistematização da Prática Psicológica do HCFMRP-

USP. O mesmo foi assinado pelas mulheres que participaram da pesquisa antes das entrevistas serem realizadas, autorizando assim o uso de seus dados.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS

##### 4.4.1 Coleta de dados

Primeiramente foi feito um rastreamento das pacientes que preenchiam os requisitos da pesquisa e que estavam agendadas para consulta no ambulatório. Feito isso, foi necessário encontrar mulheres interessadas e disponíveis.

Algumas participantes foram contatadas no horário do ambulatório e foram convidadas para participar da entrevista, sendo a mesma aplicada após a consulta médica ou da nutrição. Já com as pacientes que não foi possível convidar para a entrevista no mesmo dia do seu retorno ao ambulatório, foi realizado contato telefônico e feito o convite para participarem da entrevista em outro momento, sendo algumas entrevistas realizadas em salas do Serviço de Psicologia do hospital. Antes de a entrevista ser realizada, os objetivos do trabalho foram apresentados as participantes para que elas tivessem um melhor entendimento de como o mesmo seria feito. No dia da entrevista foi apresentado o TCLE, que foi assinado pelas participantes, permitindo que os dados obtidos fossem utilizados no trabalho. Em média, as entrevistas tiveram a duração de aproximadamente uma hora.

##### 4.4.2 Análise de dados

Para a análise dos dados coletados foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics que possibilitou uma melhor compreensão da amostra, uma vez que a análise é mais fiel e exata, trazendo resultados descritivos por meio do método estatístico. Além disso, os resultados foram apresentados de acordo com a porcentagem.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Como o estudo envolveu a participação de pessoas, o protocolo utilizado na avaliação teve que ser submetido à aprovação do Comitê de Ética antes de ser desenvolvido, podendo ser realizado apenas após o Comitê julgar que o projeto estava de acordo com as exigências contidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Na realização do trabalho foram obedecidos todos os preceitos éticos para pesquisa com seres humanos, dessa forma foi

respeitado à autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade na realização do estudo.

## 5 RESULTADOS

Os resultados serão descritos separadamente, de forma a facilitar a análise e compreensão dos dados. Sendo divididos em subgrupos, como:

- a) Perfil sociodemográfico
- b) Hábitos de vida
- c) Dados clínicos
- c) Prevalência dos sintomas ansiosos e depressivos
- d) Modos de enfrentamento de problemas

### 5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

A amostra é composta por vinte e seis entrevistas estruturadas, realizadas com pacientes em acompanhamento no Ambulatório de Endocrinologia Ginecológica.

A seguir na Tabela 1 será exposto o perfil sociodemográfico, levando em conta aspectos como: sexo, idade, escolaridade, estado civil, situação empregatícia, renda familiar e religião.

Tabela 1 - Descrição do perfil sociodemográfico das participantes (n: 26)

<b>Variável</b>		<b>Frequência</b>	<b>Estatística</b>
Sexo [n (%)]	Feminino	26 (100)	
Idade (anos)	Média (DP)	33,23	-
	<b>Mediana</b>	<b>33</b>	-
	Mínimo – máximo	22,0 - 68,0	-
Escolaridade [n (%)]	Ensino Fundamental	2 (7,69%)	$\chi^2=19,00$ gl=2, p<0,001
	<b>Ensino Médio</b>	<b>19 (73,08%)</b>	
	Superior/pós-graduação	5 (19,23%)	
Estado civil [n (%)]	Solteira	6 (23,08%)	$\chi^2=19,92$ , gl=2, p<0,001
	<b>Casada/amasiada</b>	<b>19 (73,08%)</b>	
	Divorciada	1 (3,85%)	
Situação empregatícia [n (%)]	<b>Trabalha</b>	<b>18 (69,23%)</b>	$\chi^2=17,15$ , gl=2, p<0,001
	Não trabalha	7 (26,92%)	
	Aposentada	1 (3,85%)	
Renda familiar [n (%)]	Entre 1 e 2 SM	7 (26,92%)	-
	Entre 2 e 3 SM	6 (23,08%)	-
	<b>Entre 3 e 5 SM</b>	<b>10 (38,46%)</b>	-
	5 ou mais SM	2 (7,69%)	-
	Abaixo de um SM	1 (3,85%)	-
Religião [n (%)]	Não tem religião	4 (15,38%)	$\chi^2=16,76$ , gl=3, p<0,001
	Católica	6 (23,08%)	
	<b>Protestante</b>	<b>15 (57,69%)</b>	
	Outras	1 (3,85%)	

A partir da tabela é possível observar que a média de idade em anos é de 33,23, apresentando uma mediana de 33 e o mínimo de idade observado na amostra foi de 22 anos e o máximo 68 anos.

Em relação ao estado civil, a maioria das participantes são casadas/amasiadas [n: 19 (73,08%)], seis são solteiras (23,08%) e uma divorciada (3,85%). No que diz respeito à situação empregatícia, nota-se que a maior parte das participantes da amostra estão empregadas [n:18 (69,23%), sete não trabalham (26,92%) e uma está aposentada (3,85%).

Sobre a renda familiar, tem um maior número de participantes que contam com uma renda entre três e cinco salários mínimos [n: 10 (38,46%)], sete entre um e dois salários mínimos (26,92%), seis entre dois e três salários mínimos (23,08%), duas contam com mais de cinco salários mínimos (7,69%) e uma apresenta renda familiar abaixo de um salário mínimo (3,85%).

A respeito da religião, há mais protestantes na amostra [n: 15 (57,69%)], quatro

participantes não tem nenhuma (15,38%), seis são católicas (23,08%) e uma segue outra religião (3,85%).

## 5.2 HÁBITOS DE VIDA

O protocolo de entrevista do qual esta amostra é resultado, possibilitou que fosse avaliado os hábitos de vida das participantes.

Na Tabela 2 será demonstrado os hábitos de vida das participantes, levando em conta aspectos como: uso e histórico de tabagismo, uso e histórico de etilismo, uso de substâncias psicoativas e prática de exercício físico.

Tabela 2 - Descrição dos hábitos de vida das participantes (n: 26)

Variável		Frequência	Estatística
Uso de tabaco [n (%)]	Sim	3 (11,54%)	$\chi^2=15,38$ , gl=1, p<0,001
	<b>Não</b>	<b>23 (88,46%)</b>	
Histórico de tabagismo [n (%)] <sup>1</sup>	Sim	4 (16,66%)	$\chi^2=10,66$ , gl=1, p<0,001
	<b>Não</b>	<b>20 (83,33%)</b>	
Uso de álcool	Sim	10 (38,46%)	$\chi^2=1,38$ , gl=1, p<0,239
	<b>Não</b>	<b>16 (61,54%)</b>	
Histórico de etilismo [n (%)] <sup>2</sup>	Sim	5 (20%)	$\chi^2=9,00$ , gl=1, p<0,003
	<b>Não</b>	<b>20 (80%)</b>	
Uso de subst. psicoativas [n (%)]	Sim	3 (11,54%)	$\chi^2=15,38$ , gl=1, p<0,001
	<b>Não</b>	<b>23 (88,46%)</b>	
Prática de exercício físico [n (%)]	Sim	9 (34,61%)	$\chi^2=2,46$ , gl=1, p <0,117
	<b>Não</b>	<b>17 (65,38%)</b>	

<sup>1</sup>O n nesse fator foi de 24 participantes.

<sup>2</sup>O n nesse fator foi de 25 participantes.

É possível observar que há mais participantes não fumantes [n: 23 (88,46%)] do que fumantes [n: 3 (11,54%)] na amostra. Observa-se que diante das 25 participantes que responderam esse fator, 20 (80%) não apresentam histórico de uso de tabaco.

Já em relação ao consumo atual de álcool, não houve uma diferença significativa entre os que fazem ou não o uso. Quanto ao histórico de consumo de álcool foi possível coletar dados sobre esse fator de 25 participantes e foi possível observar que a maioria não apresenta antecedentes de uso do álcool [n: 20 (80%)].



Ainda, a maior parte da amostra [n: 23 (88,46%)] também não faz uso de substâncias psicoativas.

Sobre a prática de atividade física, em termos de porcentagem, a maioria das participantes do estudo [n: 17 (65,38%)] não praticam exercício físico.

### 5.3 DADOS CLÍNICOS

Na tabela a seguir serão expostos os dados clínicos das participantes, levando em conta: tratamento psicológico e/ou psiquiátrico anterior, uso de medicação psiquiátrica atual, ideação suicida, rede de apoio presente e violência doméstica.

Tabela 3 - Dados clínicos (n: 26)

Variável		Frequência	Estatística
Tratamento psicológico/psiquiátrico anterior [n (%)] <sup>1</sup>	Psicológico	5 (20,83%)	$\chi^2=15,00$ , gl=3, p<0,002
	Psiquiátrico	2 (8,33%)	
	Ambos	3 (12,5%)	
	<b>Não</b>	<b>14 (58,33%)</b>	
Uso de medicação psiquiátrica atual [n (%)]	Sim	4 (15,38%)	$\chi^2=12,46$ , gl=1, p<0,001
	<b>Não</b>	<b>22 (84,61%)</b>	
Ideação suicida [n (%)]	<b>Não</b>	<b>15 (57,69%)</b>	$\chi^2=7,00$ , gl=2, p<0,030
	Passada	6 (23,08%)	
	Atual	5 (19,23%)	
Rede de apoio presente [n (%)]	<b>Sim</b>	<b>23 (88,46%)</b>	$\chi^2=15,38$ , gl=1, p<0,001
	Não	3 (11,54%)	
Violência doméstica [n (%)]	<b>Não</b>	<b>21 (80,77%)</b>	$\chi^2=9,84$ , gl=1, p<0,002
	Passado	5 (19,23%)	

<sup>1</sup>O n desse fator foi de 24 participantes.

No que diz respeito a tratamento psicológico e psiquiátrico, 24 participantes responderam e os resultados demonstram que cinco (20,83%) já fizeram acompanhamento psicológico, duas (8,33%) já passaram por atendimento psiquiátrico, três (12,5%) passaram pelas duas especialidades, enquanto que 14 (58,33%) não apresentam histórico de tratamento psicológico e psiquiátrico. Sobre uso de medicação psiquiátrica atual a maioria não faz uso [n: 22 (84,61%)].

Quanto à ideação suicida a maior parte da amostra [n: 15 (57,69%)] apresentou resposta negativa para esse item. Seis (23,08%) das participantes relataram presença de ideação suicida no passado, e cinco (19,23%) referiram ideação suicida atual.

Em relação à rede de suporte é possível observar que a maioria [n: 23 (88,46%)] apresentou resposta positiva nesse fator.

A respeito do item violência doméstica, nota-se que a maior parte [n: 21 (80,77%)] referiu não ter sofrido esse tipo de violência. Enquanto que cinco das participantes referiram ter sofrido violência doméstica no passado [n: 5 (19,23%)].

#### 5.4 PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVO

Nas tabelas a seguir serão demonstrados os resultados quanto à prevalência de sintomas de ansiedade e depressão, bem como, a presença deles de forma concomitante. Para construção de tais resultados foi aplicada a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar - HAD

Tabela 4 - Prevalência dos sintomas ansiosos e depressivos (n: 26)

Variável	Frequência	Estatística
Ansiedade [n (%)]	Ausente 5 (19,23%)	$\chi^2=9,84$ , gl=1, p<0,002
	<b>Presente 21 (80,77%)</b>	
Depressão [n (%)]	Ausente 9 (34,61%)	$\chi^2=2,46$ , gl=1, p<0,117
	<b>Presente 17 (65,38%)</b>	

A partir do exposto é possível observar que a maior parte das participantes [n: 21 (80,77%)] apresenta sintomas de ansiedade, bem como, a maioria [n: 17 (65,38%)] apresenta sintomas de depressão. Estatisticamente nota-se que a ansiedade é mais significativa nessa população.

Tabela 5 - Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão concomitantes

		Depressão [n (%)]		Total [n (%)]
		Ausente	Presente	
Ansiedade [n (%)]	Ausente	4 44,4%	1 5,9%	5 19,2%
	Presente	5 55,6%	16 94,1%	21 80,8%
Total [n (%)]		9 100,0%	17 100,0%	26 100,0%

A tabela 5 expõe os resultados em relação à presença de sintomas de ansiedade e depressão de forma concomitante. É possível observar que das 17 (100%) participantes que apresentam sintomas de depressão 16 (94,1%) também apresentam sintomas de ansiedade.

## 5.5 MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS

A seguir serão expostos os resultados caracterizando a prevalência dos modos de enfrentamento de problemas. Para a construção de tais resultados, foi aplicada nas 26 participantes do estudo a escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP. Os modos de enfrentamento de problemas são: Fator 1- Enfrentamento focalizado no problema; Fator 2 - Enfrentamento focalizado na emoção; Fator 3 - Enfrentamento focalizado em busca de práticas religiosas/pensamento fantasiosos; e Fator 4 - Enfrentamento focalizado na busca de suporte social.

A tabela a seguir demonstra qual o predomínio de cada estratégia de enfrentamento na amostra coletada.

Tabela 6 - Frequência das estratégias de enfrentamento utilizadas (n: 26)

Variável	Frequência
Fator 1 - <b>Focalizado no problema [n (%)]</b>	<b>14 (53,84%)</b>
Fator 2 - Focalizado na emoção [n (%)]	2 (7,69%)
Fator 3 - Focalizado na religiosidade [n (%)]	7 (26,92%)
Fator 4 - Focalizado no suporte social [n (%)]	3 (11,53%)

Nota-se que a maioria das participantes tem como predomínio a forma de enfrentamento focalizado no problema [14 (53,84%)], enquanto que duas (7,69%) focalizam na emoção, sete (26,92%) em práticas religiosas/pensamento fantasiosos, e três (11,53%) focalizam na busca de suporte social.

Na próxima tabela será exposta a presença de ansiedade e depressão em correlação com os modos de enfrentamento de problemas.

Tabela 7 – Diferença estatística quanto à correlação de ansiedade e depressão com os modos de enfrentamento de problemas

	Ansiedade	Depressão
Fator 1	,013*	,000*
Fator 2	,073	,089
Fator 3	,024*	,257
Fator 4	,080	,214

\* $p \leq 0,05$

As médias dos escores dos Fatores 1 e 3 são maiores no grupo sem ansiedade do que no grupo com ansiedade. Já em relação à depressão, o grupo que não apresentou sintomas depressivos tem média maior para Fator 1 do que o grupo que apresentou esses sintomas.

## 6 DISCUSSÃO

A partir do que foi apresentado nos resultados, compuseram a amostra 26 participantes, com uma média de idade de 33 anos. É possível observar que 73,08% delas concluíram ensino médio. De acordo com censo demográfico de 2010, 25% das mulheres acima de 25 anos na população geral tem o ensino médio completo. O que demonstra que a quantidade de mulheres que concluíram o ensino médio na amostra estudada é maior do que na população geral. (supõe – se serem pacientes com maior possibilidade autocuidado, pois podem ter maior capacidade de leitura, compreensão, pensamento crítico devido à escolaridade média). O mesmo foi observado em relação à situação empregatícia, na amostra 69,23% das participantes se apresentaram como empregadas e de acordo com censo de 2010, a taxa de atividade das mulheres com 16 anos ou mais de idade foi de 54,6% (IBGE, ESTATÍSTICA DE GÊNERO, 2014). Isso pode mostrar que a maioria dessas pacientes estão inseridas no mercado de trabalho e que isso pode representar tanto um aumento da sobrecarga e do estresse no dia a dia, quanto maior possibilidade de serem mais autônomas e independentes financeiramente.

A análise dos dados demonstrou um índice de ansiedade e depressão significativo na população estudada, 80,77% apresentam sintomas de ansiedade e 65,38% sintomas de depressão. Não foram encontrados estudos que abordassem a presença de ansiedade e depressão em mulheres com doenças endócrinas ginecológicas em geral. Porém, ao levar em conta o que já foi exposto na introdução sobre os diagnósticos mais presentes na entrevista é possível notar que os distúrbios hormonais podem acarretar sintomas tanto de ansiedade quanto de depressão.

Ainda, a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão de forma concomitante foi significativa. Das 17 participantes que apresentam sintomas de depressão, 16 (94,1%) também apresentam sintomas de ansiedade.

Será exposto a seguir o que a literatura aponta a respeito dos diagnósticos presentes nessa amostra. Na síndrome do ovário policístico (SOP), por exemplo, as implicações estéticas e psicossociais, e os sintomas mais comuns como o hirsutismo, menstruação irregular, possibilidade de infertilidade, além de também, os riscos em longo prazo de desenvolver diabetes e doenças cardiovasculares, podem impactar negativamente na qualidade de vida das portadoras. Dessa forma, a SOP é associada com sentimentos de frustração e ansiedade e os sintomas que podem estar associados a ela podem contribuir consideravelmente no desenvolvimento de distúrbios psíquicos. Sendo assim, além do tratamento dos sintomas físicos, a avaliação e o apoio psicológico é de grande importância

para a melhora da qualidade de vida dessas mulheres (SOUZA FERREIRA, 2008). Dessa forma, é importante apontar que apenas 20,83% da amostra têm histórico de tratamento psicológico, e sendo esta uma porcentagem relativamente baixa, nota-se a importância do psicólogo como integrante da equipe multiprofissional no cuidado dessas mulheres.

Assim como na SOP, na Insuficiência Ovariana Precoce (IOP) as mulheres podem vir a desenvolver ansiedade e depressão, além de também, quadro de instabilidade emocional, insônia e estresse, devido às várias mudanças que o diagnóstico acarreta (GROFF et al., 2005 apud LIMA, 2018). Na IOP os sintomas depressivos e ansiosos podem acontecer de forma concomitante, esse é um dado que foi observado na população estudada, pois das 26 mulheres entrevistadas, 17 participantes apresentam resultados para depressão e simultâneo a esse sintoma, 16 (94,1%) apresentam sintomas de ansiedade. Ainda, na IOP esse quadro pode estar associado com a preocupação em relação ao que os pares irão pensar, se haverá alterações sexuais e possibilidade de infertilidade (LIMA, 2018). Vale dizer também, que o diagnóstico de hiperprolactinemia também tem sido associado com sintomas de depressão e ansiedade (NAHAS et al., 2006).

Em relação às estratégias de enfrentamento, a estratégia que mais predominou entre as participantes foi a focalizada no problema. Essa estratégia de enfrentamento consiste em a pessoa se dedicar a manejar e modificar o problema que causa estresse, procurando controlar ou lidar com a ameaça. São estratégias de solução de problemas e planejamento (SEIDL; TRÓCOLLI e ZANNON, 2001).

Na amostra do trabalho em questão foi possível observar que a média de idade das participantes foi de 33 anos e a maioria tem nível médio completo, e a estratégia que predominou como mais utilizada pela população estudada foi a focalizada no problema. O que corrobora com o estudo realizado por Seidl, Trócolli e Zannon (2001), onde os resultados demonstraram que pessoas mais velhas e com maior nível de instrução alcançaram escores mais altos no uso de estratégias focalizadas no problema. E isso mostra que a idade das participantes e escolaridade média pode ter influência na predominância pelo uso dessa estratégia.

Ainda no estudo de Seidl, Trócolli e Zannon (2001) os resultados permitiram concluir que quanto menos anos de estudo, maior o enfrentamento com base nas práticas religiosas/pensamento fantasioso. Nota-se nesse atual estudo, que a maioria das participantes apresenta nível médio completo e a predominância da estratégia de enfrentamento focalizada nas práticas religiosas/pensamento fantasioso ocorreu em menos grau. O que pode indicar que o nível de escolaridade na amostra tem influência sobre o menor uso da estratégia de

enfrentamento focalizado na religiosidade/pensamentos fantasiosos.

Vale abordar também que, como descrito nos resultados, as médias dos escores no Fator 1 é maior no grupo sem ansiedade do que no grupo com ansiedade. Isso pode ser observado nos resultados do estudo realizado por Borcsik (2006) que aponta que indivíduos mais ansiosos, tendem a utilizar menos a estratégia de enfrentamento focalizada no problema. De acordo com DSM-5 (2014) sintomas de ansiedade incluem excessiva preocupação sobre vários domínios, irritabilidade, perda de sono, dificuldade de concentração, entre outros. Frente a isso, é possível que esses sintomas prejudiquem que os indivíduos obtenham escores altos na estratégia de enfrentamento focalizada no problema. Sendo assim, pode ser que as mulheres participantes dessa pesquisa, que apresentam sintomas de ansiedade, não consigam se dedicar a planejar soluções focalizadas na resolução dos problemas, sendo este um dado importante a se investigar, pois tem-se como hipótese que pode acarretar dificuldade de adesão ao tratamento.

Assim como na ansiedade, os resultados demonstraram que o grupo que não apresentou sintomas depressivos tem média maior para Fator 1 do que o grupo que apresentou esses sintomas. Semelhante a isso, o estudo de Trevisam (2016) apontou que sujeitos que apresentam menos sintomas de depressão, tendem utilizar mais a estratégia de enfrentamento focalizada no problema. Vale abordar que na depressão, pode ocorrer a presença de humor deprimido, irritável, e levar a alterações somáticas e cognitivas que pode dificultar o funcionamento do indivíduo (DSM-5, 2015). O que levanta a hipótese que esses sintomas presentes na população estudada dificultam que a participantes consigam alcançar escores mais altos na estratégia de enfrentamento com foco no problema.

A partir do discorrido, nota-se a importância de que novos trabalhos sejam realizados com mulheres que apresentam doenças endócrinas ginecológicas, pois como apontado, esses diagnóstico tem influência em aspectos psicológicos e seria importante investigar o quanto esses sintomas podem influenciar na adesão ao tratamento, bem como em outros aspectos na vida dessas mulheres.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta pesquisa proporcionou maior conhecimento das doenças Endócrinas Ginecológicas, suas características, consequências, e as diferentes formas de intervenção.

Diante do trabalho efetivado, foi possível concluir com base nos resultados da pesquisa, assim como a partir da literatura, que os diagnósticos endócrinos ginecológicos podem influenciar no desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão, bem como, na qualidade de vida das portadoras. Diante disso, nota-se a necessidade da intervenção de equipe multidisciplinar junto a essas mulheres, uma vez que, observa-se a importância de intervir em aspectos biopsicossociais.

Vale ressaltar também, que mesmo que na população estudada a estratégia de enfrentamento que mais predominou foi a focalizada no problema, nota-se a partir de todo o exposto que os sintomas de ansiedade e depressão podem estar associados e escores menores nessa forma de enfrentamento. Mostrando novamente a importância de intervenções que ajudem essas mulheres a lidarem com os problemas de forma mais adaptativa.

Para finalizar, faz-se necessário apontar que para a realização desse trabalho foram encontradas dificuldades para correlacionar os dados, pois se verificou que as doenças Endócrinas Ginecológicas é um assunto complexo e que ainda há poucos estudos disponíveis que abarquem os vários aspectos envolvidos. Dessa forma, observa-se a necessidade que novos estudos na área sejam realizados, uma vez que essas doenças podem afetar negativamente em vários aspectos da vida das portadoras.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. M. B. et al. Sexualidade e qualidade de vida de mulheres com falência ovariana prematura. 2010. Disponível em <<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/308775>> Acesso em 02 de Dez. de 2018

American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – 5)**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Transtorno do Espectro Autista - p.50-59.

ASSUMPÇÃO, C. R. L. Falência ovariana precoce. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 58, p. 2, 2014. Disponível em <[http://www.aem-sbem.com/media/uploads/07\\_ABEM582.pdf](http://www.aem-sbem.com/media/uploads/07_ABEM582.pdf)> Acesso em 02 de Dez. de 2018

BARACAT, E. C. Manual de Ginecologia Endócrina. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

BENETTI-PINTO, C. L. Sangramento uterino anormal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2017. (Série de Orientações e Recomendações FEBRASGO, n. 7, 2017).

BORCSIK, S. P. L. Avaliação da ansiedade e do enfrentamento de executivos em situação de desemprego. São Bernardo do Campo, 2006. Disponível em <<http://tede.metodista.br/jspui/bitstream/tede/1352/1/Sonia%20Pacheco%20de%20Lima%20Borcsik%20-%20UMESP%202006.pdf>> Acesso em 05 de Fev. 2019

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, p. 359-363, 1995. Disponível em <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101995000500004&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101995000500004&script=sci_arttext&tlng=es)> Acesso em 12 de Out. de 2018

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010. Censo Demográfico 2010. Trabalho e rendimento, resultados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, p. 1-369, 2010.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatística de Gênero: Uma Análise Dos resultados do Censo Demográfico 2010. Estudos e Pesquisas, informações demográficas e sociodemográficas, número 33. Rio de Janeiro, IBGE, 2014.

LIMA, C. M. et al. Avaliação psicológica e qualidade do sono em mulheres com insuficiência ovariana prematura: Psychological assessment and sleep quality in women with premature ovarian insufficiency. p. 105, 2018. Disponível em <[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/332807/1/Lima\\_CamilaMenezes\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/332807/1/Lima_CamilaMenezes_M.pdf)> Acesso em 30 Dez. 2019

MARCOLINO, J. A. M. et al. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Rev Bras Anestesiol**, v. 57, n. 1, p. 52-62, 2007.



MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. V. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. Edição 7, São Paulo: Atlas, 2008.

MOREIRA, S. et al. Síndrome de ovários policísticos: enfoque psicossocial. **Acta Med Port**, n. 23, p. 237-242, 2010. Disponível em <[https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/1/2929/1/2010Art\\_Sindrome%20de%20ovarios\\_TecniaMOM.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/1/2929/1/2010Art_Sindrome%20de%20ovarios_TecniaMOM.pdf)> Acesso em 12 de Out. de 2018

MOREIRA, S. da N. T. et al. Qualidade de vida e aspectos psicossociais da síndrome dos ovários policísticos: um estudo quali-quantitativo. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 35, n. 11, p. 503-510, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n11/v35n11a05.pdf>> Acesso em 10 de Out. 2018.

NAHAS, E. A. P. et al. Estados hiperprolactinêmicos: inter-relações com o psiquismo. **Rev. psiquiatr. clín. [online]**. 2006, vol.33, n.2, p.68-73. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000200006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000200006&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em 02 de Dez de 2018

PEREIRA, J. M.; SILVA, V. O.; CAVALCANTI, D. da S. P. Síndrome do ovário policístico: terapia medicamentosa com metformina e anticoncepcionais orais. **SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO**, v. 1, n. 1, p. 26-42, 2015. Disponível em <<http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/103/85>> Acesso em 12 de Out. de 2018.

PESSINI, S. A. Sangramento uterino anormal. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I; GIUCLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. São Paulo: Artmed, 2006. cap. 46, p. 452-459.

ROSA-E-SILVA, A. C. Conceito, epidemiologia e fisiopatologia aplicada à prática clínica. In: Síndrome dos ovários policísticos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 1. p.1-15. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, n.4, Comissão Nacional de Ginecologia Endócrina).

SANTOS, P. C. Fop – Falência Ovariana Precoce, Sintomas, Diagnóstico e Tratamento, 2016. Disponível em <<http://repositorio.faema.edu.br:8000/handle/123456789/421>> Acesso em 02 de Dez. de 2018

SEIDL, E., TRÓCCOLI, B. T., ZANNON, C. L. M. – Análise Fatorial de uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. (2001) – **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 17. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722001000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722001000300004)>. Acesso em: 12 de Out. de 2018

SOUTO, S. B; CARVALHO BRAGA, D; MEDINA J. L. Síndrome do ovário poliquístico – do diagnóstico ao tratamento. **Revista Portuguesa De Endocrinologia, Diabetes E Metabolismo**. p. 39-50, 2008. Disponível em <<https://docplayer.com.br/1042330-Sindrome-do-ovario-poliquistico-do-diagnostico-ao-tratamento.html>> Acesso em 03 de Dez. de 2018

SOUZA FERREIRA, J. A. et al. Síndrome dos ovários policísticos: uma visão atual. **Femina**, v. 36, n. 8, 2008. Disponível em

<http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Morfologia/complementar-ovogenese-sop.pdf>  
acesso em 29 Jan. 2019.

SILVA, A. C. L. et al. Síndrome dos ovários policísticos. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, 2015.  
Disponível em  
<<http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/428/u2016v13n30e428>> Acesso em  
13 de Out. de 2018.

SILVA, J. P. P. et al. Um Quebra-Cabeça Chamado Síndrome Dos Ovários Policísticos.  
**Conbracis**. Disponível em  
<[http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO\\_EV108\\_MD1\\_SA1\\_ID1625\\_21052018185415.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV108_MD1_SA1_ID1625_21052018185415.pdf)> Acesso em 10 de Out. de 2018

TREVIZAN, F. B. et al. Depressão, ansiedade, qualidade de vida e estratégias de  
enfrentamento após transplante cardíaco. São José do Rio Preto, 2016. Disponível em  
<[http://bdtd.famerp.br/bitstream/tede/462/2/FULVIOBERGAMOTREVIZAN\\_dissert.pdf](http://bdtd.famerp.br/bitstream/tede/462/2/FULVIOBERGAMOTREVIZAN_dissert.pdf)>  
Acesso em 05 de Fev. 2019

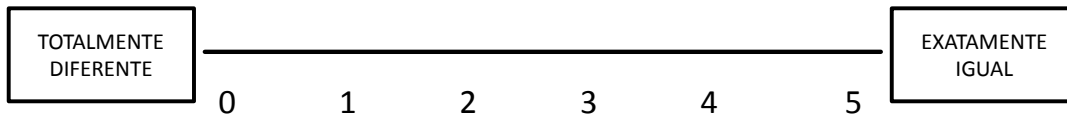
## ANEXOS

## ANEXO A

## ROTEIRO DA ENTREVISTA

Grupo:	Psicóloga (o) responsável:
<b>CARACTERIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS E INDICADORES DE SUA EFICÁCIA NO HCFMRP-USP</b>	
<b>Roteiro de entrevista</b>	
Caso atendido por: ( ) solicitação da equipe ( ) busca ativa do psicólogo ( ) solicitação do paciente ( ) P.I.	
Nos casos de solicitação da equipe, especificar demanda referida pela equipe: _____	
Demanda do paciente: _____	
<b>Data do Primeiro Atendimento:</b> ___/___/___	
<b>Nome do paciente:</b> _____ <b>Registro:</b> _____	
<b>Dados sociodemográficos</b>	
Idade: _____ Procedência: _____	
Estado civil: ( ) Solteira ( ) Casada/Amasiada ( ) Viúva ( ) Divorciada	
Escolaridade:	
( ) Analfabeto ( ) Médio Incompleto ( ) Superior Completo	
( ) Fundamental Incompleto ( ) Médio Completo ( ) Pós graduação	
( ) Fundamental Completo ( ) Superior Incompleto Anos de Estudo: _____	
Ocupação: _____ Encontra-se empregado? ( ) Sim ( ) Não ( ) Afastamento ( ) Aposentado	
Renda familiar (valor bruto): _____ Quantas pessoas dependem dessa renda? _____	
Religião: _____ Praticante: ( ) Sim ( ) Não	
Dinâmica Familiar (estrutura, número de filhos, destacar pessoas que moram juntas): _____	
_____	
<b>Hábitos de Vida</b>	
Fumante Atual ( ) Sim ( ) Não Padrão de consumo: _____ Histórico de Fumante ( ) Sim ( ) Não Abstinente há: _____	
Uso de Álcool Atual ( ) Sim ( ) Não Padrão de consumo: _____	
Histórico de uso de Álcool 1 ( ) Sim ( ) Não Abstinente há: _____	
Uso de substância psicoativa: ( ) Sim ( ) Não Qual, quantidade e frequência: _____	
Prática de exercícios físicos: ( ) Sim ( ) Não Freq.: _____ Restrição médica? ( ) Sim ( ) Não	
<b>Dados clínicos (prontuário médico) e Adesão ao tratamento</b>	
Diagnóstico Clínico (quando não houver, responder “em investigação”): _____	
Comorbidades: _____	
Motivo da Internação (para enfermarias): _____	
Paciente possui compreensão adequada sobre seu quadro clínico? ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente	
Paciente compreende todas as etapas do seu tratamento? ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não se aplica	
Expectativas de recuperação/cura? a) ( ) Positivas ( ) Negativas ( ) Ambivalentes	
b) ( ) Idealizadas ( ) Realistas	

Numere de 0 a 5 o quanto o paciente refere **aderir aos seguintes aspectos do seu tratamento no momento atual** (sendo 0 se o que ele faz é totalmente diferente do que é recomendado pela equipe e 5 se o que ele faz é exatamente o que a equipe orienta).

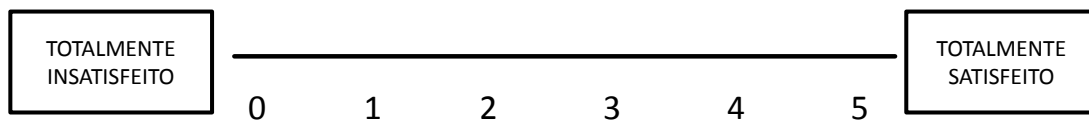


- a) Tomar as medicações \_\_\_\_\_  
 b) Comparecer às consultas médicas e de outros profissionais \_\_\_\_\_  
 c) Seguir recomendações relacionadas a hábitos de vida (p.ex., alimentação, atividade física) \_\_\_\_\_

Há queixa da equipe sobre a adesão do paciente? ( ) Sim ( ) Não

### Relacionamento com a equipe

Numere de 0 a 5 o quanto o paciente se sente **satisfeito em seu relacionamento com a equipe** (sendo 0 se ele se sente totalmente insatisfeito e 5 se ele se sente totalmente satisfeito).



- a) Relacionamento com a equipe médica \_\_\_\_\_  
 b) Relacionamento com a equipe de enfermagem \_\_\_\_\_  
 c) Comunicação com a equipe (compreende o que a equipe lhe fala? consegue esclarecer suas dúvidas?) \_\_\_\_\_

### Aspectos Cognitivos

Capacidade de compreensão e memorização das informações: ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

Orientação de tempo e espaço: ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

Pensamento e discurso coerentes: ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

### Histórico de saúde mental

Histórico de tratamento psiquiátrico ou psicológico: ( ) Psicológico ( ) Psiquiátrico

Uso atual de medicação psiquiátrica? ( ) Sim ( ) Não Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Qual (is)? \_\_\_\_\_

Medicação iniciada na internação? ( ) Sim ( ) Não

Ideação suicida? ( ) Não ( ) Sim, no passado ( ) Sim, atualmente

### Percepção de Suporte Social

Rede de apoio presente? ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

Rede de apoio adequada? ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

Pessoas consideradas como suporte? \_\_\_\_\_

Costuma pedir ajuda quando sente necessidade? ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

Sente-se satisfeito com o apoio recebido? ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

Há relato de violência doméstica? ( ) Não ( ) Sim, no passado ( ) Sim, atualmente

Se sim, qual tipo de violência? \_\_\_\_\_

### Desfecho da avaliação inicial

Haverá seguimento psicológico? ( ) Sim ( ) Não

Foi realizada alguma intervenção nesta avaliação? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? (utilize códigos do Crivo) \_\_\_\_\_

Encaminhamento para outro serviço: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

## ANEXO B

### Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar - HAD

*Este questionário nos ajudará 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 sentido 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 1) 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 2) 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 3) 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 4) 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 5) 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 6) Eu me sinto alegre:  
 3 ( ) Nunca  
 2 ( ) Poucas vezes  
 1 ( ) Muitas vezes  
 0 ( ) A maior parte do tempo
- A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:  
 0 ( ) Sim, quase sempre  
 1 ( ) Muitas vezes  
 2 ( ) Poucas vezes  
 3 ( ) Nunca
- D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:  
 3 ( ) Quase sempre  
 2 ( ) Muitas vezes  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Nunca
- A 9) 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 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:  
 3 ( ) Completamente  
 2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria  
 1 ( ) Talvez não tanto quanto antes  
 0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes
- A 11) 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 12) 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 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:  
 3 ( ) A quase todo momento  
 2 ( ) Várias vezes  
 1 ( ) De vez em quando  
 0 ( ) Não sinto isso
- D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:  
 0 ( ) Quase sempre  
 1 ( ) Várias vezes  
 2 ( ) Poucas vezes  
 3 ( ) Quase nunca

## ANEXO C

**ESCALA MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS – EMEP**

Inicialmente, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade neste atual momento e concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar um problema desta sua atual condição de saúde. Assinale a alternativa que melhor corresponde ao que você faz hoje para enfrentar seu problema de saúde de acordo com a frequência que ocorre:

**1** – Eu **NUNCA** faço isso.

**2** – Eu faço isso **UM POUCO**.

**3** – Eu faço isso **ÀS VEZES**.

**4** – Eu faço isso **MUITO**.

**5** – Eu **SEMPRE** faço isso.

		1 - NUNCA	2 - UM POUCO	3 - ÀS VEZES	4 - MUITO	5 - SEMPRE
1	Eu levo em conta o lado positivo das coisas					
2	Eu me culpo					
3	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação					
4	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo					
5	Procuo um culpado para a situação					
6	Espero que um milagre aconteça					
7	Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite					
8	Eu rezo, faço uma oração					
9	Converso com alguém sobre o que estou sentindo					
10	Eu insisto e luto pelo que quero					
11	Eu me recuso a acreditar no que está acontecendo					
12	Eu brigo comigo mesmo, eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer					
13	Desconto em outras pessoas					
14	Encontro diferentes soluções para o meu problema					
15	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista					
16	Eu tento evitar que meus sentimentos atrapalhem em outras coisas da minha vida					
17	Eu me concentro em coisas boas da minha vida					
18	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto					
19	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém					
20	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema					
21	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema					

		1 - NUNCA	2 - UM POUCO	3 - ÀS VEZES	4 - MUITO	5 - SEMPRE
22	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim					
23	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema					
24	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido					
25	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo					
26	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou					
27	Tento esquecer o problema todo					
28	Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente					
29	Eu culpo os outros					
30	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores					
31	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema					
32	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia					
33	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo					
34	Procuo me afastar das pessoas em geral.					
35	Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer					
36	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.					
37	Descubro quem mais é ou foi responsável					
38	Penso em coisas fantásticas ou irreais (como achar muito dinheiro ou fazer uma vingança perfeita) que me fazem sentir melhor					
39	Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela					
40	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui					
41	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo					
42	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e estou cumprindo					
43	Converso com alguém para obter informações sobre a situação					
44	Eu me apego à minha fé para superar esta situação					
45	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.					

Você tem feito alguma outra coisa para lidar e enfrentar sua enfermidade? O que?

## ANEXO D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Nome da Pesquisa:** SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA PSICOLÓGICA NO HCFMRP-USP

#### **Pesquisadores Responsáveis:**

Psicóloga Renata Tamie Nakao (CRP 06/96096)

Psicóloga Flávia A. F. Marucci (CRP 06/92107)

Prof. Dr. Ricardo Gorayeb (CRP 06/05558)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que procura descrever como são feitos os atendimentos psicológicos no HCFMRP-USP e avaliar se estes atendimentos auxiliam os pacientes a reduzir sintomas de ansiedade e depressão e a enfrentarem seus problemas de saúde de uma maneira mais adequada. Este estudo nos ajudará a aprimorar as intervenções psicológicas e torna-las mais efetivas para tratar os problemas emocionais dos pacientes do HCFMRP-USP.

#### É importante que você saiba que:

1. Participar desta pesquisa não é obrigatório, ou seja, você tem liberdade para se recusar a participar.
2. O presente estudo consistirá de uma entrevista para coleta de alguns dados, como sua idade, instrução, tipo de trabalho, etc. Esta entrevista durará uns 30 minutos.
3. Também serão aplicados testes psicológicos para avaliar se você tem sintomas de ansiedade e depressão, e para conhecer o modo como você enfrenta seu problema de saúde. O tempo utilizado para responder aos testes é de cerca de meia hora.
4. Você receberá o acompanhamento psicológico normalmente e, ao final deste acompanhamento (na última consulta que você tiver com o(a) psicólogo(a)), a entrevista e os testes serão aplicados novamente.
5. Participar desta pesquisa não lhe trará custos, pois todos os procedimentos serão realizados em dias que você já estiver no hospital para sua consulta médica ou com o(a) psicólogo(a).
6. Com o seu consentimento, alguns dados médicos serão colhidos de seu prontuário.
7. Todas as informações serão mantidas em sigilo e poderão ser utilizadas apenas para este estudo.
8. Não será possível identificá-lo (a), o que garante seu completo anonimato.
9. Você poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento e isto não prejudicará seu atendimento no HCFMRP-USP ou qualquer outro aspecto de seu relacionamento com a equipe do Hospital.



10. Participar da pesquisa oferece como risco um possível cansaço ou desconforto emocional decorrentes de algumas perguntas que avaliam aspectos da sua história de vida. Se isso ocorrer, o impacto emocional gerado pela participação na pesquisa será considerado como uma das demandas para o tratamento psicológico, que ocorrerá normalmente. Como benefício, você poderá conhecer alguns de seus aspectos psicológicos, como sintomas de ansiedade, depressão e modos de enfrentamento de problemas. Além disso, o conhecimento produzido por esta pesquisa poderá nos auxiliar a melhorar nossos atendimentos e beneficiar outros pacientes.
11. O pesquisador estará disponível para esclarecer dúvidas sobre a pesquisa a qualquer momento – antes, durante e após a sua participação.
12. Você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado e rubricado em todas as páginas por você e pelo pesquisador.
13. Ao final do estudo, você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa, se desejar.
14. Em caso de dúvidas sobre esta pesquisa, você pode entrar em contato com Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP: (16) 3602-2547, falar com Psicóloga Flávia Marucci ou Psicóloga Renata Nakao. Para dúvidas éticas, falar com Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP: (16) 3602-2228.

Nome do participante: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_