



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Programa Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DO *DISTRESS*:
CONTRIBUIÇÕES PARA ROTINA DE ATENDIMENTO EM SERVIÇO DE
ONCOLOGIA**

CRISTIANE SANT'ANNA DECAT

Brasília, novembro, 2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Programa Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DO *DISTRESS*:
CONTRIBUIÇÕES PARA ROTINA DE ATENDIMENTO EM SERVIÇO DE
ONCOLOGIA**

CRISTIANE SANT'ANNA DECAT

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. TEREZA CRISTINA CAVALCANTI FERREIRA DE ARAUJO

Brasília, novembro, 2008

FICHA CATALOGRÁFICA:

Decat, Cristiane Sant'Anna

Avaliação diagnóstica do *distress*: Contribuições para rotina de atendimento em serviço de oncologia.

Brasília/DF, 2008

136 p.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília - Programa Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

Orientador: Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Descritores: 1. Psicologia da Saúde; 2. Psico-Oncologia; 3. Estresse e Câncer; 4. Distress e Câncer; 5. Termômetro de Distress

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

Dissertação de Mestrado aprovada pela seguinte Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo - Presidente
Universidade de Brasília (UnB)

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Pereira Franco - Membro
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

Prof^o. Dr^o. Sebastião Benício da Costa Neto - Membro
Universidade Católica de Goiás (UCG)

Prof^a. Dr^a. Elizabeth Queiroz - Suplente
Universidade de Brasília (UnB)

DEDICO:

àqueles pacientes que retomaram suas vidas,
aos que continuam na luta contra o câncer e
aos que deixaram saudades.

Segundo o filósofo Tillich (1972), é preciso ter
coragem para viver a vida diante de tantas
incertezas e ameaças.

AGRADECIMENTOS

À minha **EQUIPE ACADÊMICA**, em especial à minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo que com seus questionamentos e instrução, conduziu-me pelo caminho da responsabilidade e da seriedade para alcançar essa conquista. Meu **MUITO OBRIGADA**, extensivo aos membros da Banca Examinadora, Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Pereira Franco, Prof^º. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto e Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth Queiroz. Não fosse a disponibilidade de cada um desses doutos professores o enriquecimento desse trabalho não seria o mesmo. Assim como, a receptividade, simpatia e atenção dispensada pelos professores Dr. Jacob Arie Laros, Dr^ª Angela Maria de Oliveira Almeida e Dr^ª Maria Teresa Leão Costa, em etapas de suma importância.

À **EQUIPE CETTRO**, em especial ao Dr. Marco Murilo Buso que confiou e apostou no meu potencial, incentivando-me para que aqui chegasse. Além do Dr. Alexandre Nonino, Dr^ª. Patrícia Schorn, Dr. João Nunes, Dr. Jorge Vaz, Dr^ª. Conceição Ribeiro, Karla Nascimento e Cláudia Boaventura que acolheram e foram solidários com meus projetos. E a todos os demais colegas que colaboraram para realização da pesquisa, apoiando e acompanhando o meu percurso no Mestrado.

Aos **PARTICIPANTES** que direta ou indiretamente enriqueceram o conteúdo desse trabalho, dividindo comigo o que há de mais precioso: suas histórias e seus sentimentos.

Ao amigo Alexandre Lima, que com seu irrestrito apoio e paciência vem balizando meu percurso profissional, desde as primeiras conquistas.

A meus **FAMILIARES**: desde meus avós, com cujo exemplo de vida, me ensinaram a valorizar a luta por uma conquista; minha mãe, responsável por grande parte desta construção profissional; meus irmãos cujos gestos em prol dos meus projetos, ficaram na memória e meu pai, pela companhia em algumas das etapas percorridas.

A você Paulo, cuja presença incansável e solidária e com o seu carinho “incontesti”, permitiu que todos os obstáculos fossem superados, que o que era ideal se estruturasse e tomasse forma, burilada nos debates enriquecedores com seus pais, Jean e Vera, cujas experiências fizeram com que os temas se transformassem em algo ainda melhor.

RESUMO

Distress corresponde ao estresse patológico vivenciado em diferentes condições de adoecimento e sofrimento. Em oncologia, é definido como uma experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica, social e/ou espiritual, que pode interferir na habilidade de lidar efetivamente com o diagnóstico e tratamento de câncer. Há várias décadas, diversos estudos apontam uma alta incidência de *distress* em pacientes oncológicos, embora ainda seja mal diagnosticado, acarretando prejuízos no plano terapêutico e preventivo, com repercussões no enfrentamento e na adesão ao tratamento. Sendo assim, desde 1997, a *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) propôs um protocolo denominado Manejo do *Distress*, com o intuito de oferecer um método de diagnóstico diferencial – Termômetro de *Distress* – que propicie uma atuação preventiva na redução ou eliminação de possíveis transtornos psicológicos e psiquiátricos. Tendo em vista tal proposta, o presente estudo teve como objetivo geral subsidiar ações de intervenção e prevenção junto a pacientes com câncer e contribuir para melhor fundamentar a adoção de medidas de avaliação de *distress* em unidades de tratamento oncológico. Participaram da investigação, 100 pacientes, entre 17 e 86 anos, sendo 39% homens e 61% mulheres, com diferentes diagnósticos de câncer. A coleta de dados foi feita em três etapas do tratamento. No início da quimioterapia, por meio de uma avaliação psicológica, de uma entrevista estruturada sobre estresse e da aplicação dos seguintes instrumentos: Termômetro de *Distress* (TD), Escala de Ansiedade e Depressão (HAD) e Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp (ISSL). Já nas etapas de meio e fim de tratamento, foram aplicados apenas o TD, a HAD e o ISSL. Os dados reunidos com a avaliação psicológica e a entrevista estruturada sobre estresse foram analisados com o auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 15.0) e do programa *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE). Os resultados obtidos com o TD, a HAD e o ISSL, foram analisados de acordo com critérios previstos pela literatura. A análise qualitativa e quantitativa possibilitou: 1) relacionar o conceito e a reação ao diagnóstico com a história de vida e o traço de personalidade; 2) constatar que a conceituação do termo estresse é mais próxima do senso comum do que da definição científica; 3) verificar que a maior parte dos participantes (82%) apresentou quadro significativo de *distress* no início da quimioterapia, o qual diminuiu progressivamente na metade (36,4%) e na última etapa do tratamento (18,2%); 4) validar o TD, cuja correlação com a HAD (instrumento já estabelecido para avaliação de *distress*) foi de 0,97 ($p < 0,01$), com sensibilidade de 82% e especificidade de 98%; 5) inferir que alguns resultados extraídos do ISSL são sugestivos de falsos positivos e que a escala temporal dificulta a avaliação de alguns sintomas, tendo em vista a tendência das pessoas em enfatizar acontecimentos mais recentes e marcantes. Enfim, a alta incidência de *distress* evidenciou a necessidade de manejo efetivo das conseqüências emocionais do diagnóstico e tratamento, bem como o interesse clínico de incluir o TD na rotina de atendimento em serviço de oncologia.

Palavras-Chave: psico-oncologia; estresse; *distress*; avaliação; termômetro de *distress*.

ABSTRACT

Distress represent the pathological stress experienced in different conditions off illness and suffering. In oncology, is a multifactorial unpleasant emotional experience of a psychological, social and/or spiritual nature that interfere with the ability to cope effectively with diagnosis and treatment of cancer. Some decades ago, several studies pointed to a high incidence of distress in oncological patients, although the distress has not been well diagnosticated causing damages to therapeutic and preventive plan with repercussions in the coping and in the adherence to treatment. In so being, since 1997, the National Comprehensive Cancer Network (NCCN) has proposed a protocol called Distress Management, having as its goal to offer a differential method of diagnosis – Distress Thermometer – that may provide a preventive actuation in the reduction or elimination of feasible psychiatric and psychologic disorders. Having in mind such a proposition the actual study had as its main go to subsidize actions of intervention and prevention in relation to patients with cancer and to contribute to justify the adoption of evaluation measure of distress in oncologic treatment units. A hundred patients, between 17 and 86 years, with 39% men and 61% women, with different diagnoses of cancer took part in the research. The data were obtainable in three stages of the treatment. In the beginning of the chemotherapy by means of psychological evaluation, of structured interview about stress and the usage of the following instruments: Distress Thermometer (DT), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and the Lipp Inventory of the Symptoms Stress (ISSL). In the middle and final stages of treatment only a DT, a HAD and the ISSL were used. The data gathered with the psychological evaluation and the structured interview about stress were analysed with the help of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 15.0) and of the software *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE). The results obtained with the DT, HAD and ISSL were analysed according to the criteria defined by the literature. The qualitative and the quantitative analyses made it possible: 1) to relate the concept and the reaction to the diagnosis with history of the life and personality trait; 2) to confirm that conception of the term stress is nearer to the common sense than to the scientific definiton; 3) to verify that a greater number of participants (82%) presented a significant distress in beginning of chemotherapy, and that distress was reduced progressively by the half (36,4%) and in last stage of treatment (18,2%); 4) to validate the DT of wich correlation with HAD (instrument already used for distress evaluation) was of 0,97 ($p < 0,01$) with sensibility of 82% and specificity of 98%; 5) to infer that some results extracted from ISSL are suggestive of false positive and that the time scale makes it difficult to evaluate some symptoms, having in mind that people have a tendency to emphasize more recent and important facts. Finally, the high incidence of distress showed the necessity of handling effectively emotional consequences of diagnosis and treatment, as well as the clinic interest to include the DT in routine attendance of oncologic services.

Key-words: psycho-oncology; stress; distress; evaluation; distress thermometer.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	v
AGRADECIMENTOS	vi
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
ÍNDICE DE QUADRO E FIGURAS	xi
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – ESTRESSE: PERSPECTIVA HISTÓRICO-CONCEITUAL E PESQUISAS NO CAMPO DA SAÚDE	20
1. Perspectiva Histórico-Conceitual	20
1.1. Estresse: evolução conceitual	21
1.2. Fisiologia do estresse	24
1.2.1. Estresse e enfermidades	25
1.3. Síndrome de adaptação geral	26
1.4. Estresse e emoção no adoecimento	29
1.5. <i>Coping</i> e estresse	30
1.6. Pesquisas sobre estresse no campo de saúde: tendências e desafios	32
CAPÍTULO II – <i>DISTRESS</i>: DEFINIÇÃO, AVALIAÇÃO E PANORAMA DAS PRINCIPAIS PESQUISAS	34
2. Impacto do Diagnóstico nas Fases do Adoecimento	34
2.1. <i>Distress</i> : definição e relevância em oncologia	38
2.2. Avaliação de <i>distress</i>	40
2.3. Instrumentos de avaliação	43
2.4. <i>Distress</i> como objeto de estudo	44
CAPÍTULO III – OBJETIVOS	47
3. Objetivo Geral	47
3.1. Objetivos específicos	47
CAPÍTULO IV – MÉTODO	48
4.1. Local	48
4.2. Caracterização da amostra	49
4.3. Critérios de inclusão	49
4.4. Critérios de exclusão	49
4.5. Instrumentos	50
4.6. Procedimentos de coleta de dados	51
4.7. Procedimentos de análise dos dados	52
4.7.1. Avaliação Psicológica e Entrevista Estruturada sobre Estresse	52
4.7.2. Avaliação dos resultados obtidos pelo Termômetro de <i>Distress</i> , Escala de Ansiedade e Depressão e Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp	52

CAPÍTULO V – RESULTADOS	55
5.1. Avaliação Psicológica	55
5.1.1. Análise de Avaliação Psicológica (ALCESTE)	65
5.2. Entrevista Estruturada sobre Estresse	66
5.2.1. Análise da Entrevista Estruturada sobre Estresse (ALCESTE)	75
5.3. Termômetro de <i>Distress</i> (TD)	76
5.4. Escala de Ansiedade e Depressão (HAD)	78
5.4.1. Validação do Termômetro de <i>Distress</i> : relação entre o Termômetro de <i>Distress</i> e a Escala de Ansiedade e Depressão	79
5.5. Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp (ISSL)	80
5.5.1. Relação entre o Termômetro de <i>Distress</i> , a Escala de Ansiedade e Depressão e o Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp	82
CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO	84
6.1. Avaliação Psicológica	84
6.2. Entrevista Estruturada sobre Estresse	88
6.3. Termômetro de <i>Distress</i> e Escala de Ansiedade e Depressão	90
6.4. Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp	91
6.5. Discussão global dos resultados	93
6.6. Implicações, dificuldades e limitações da pesquisa	94
CAPÍTULO VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	99
ANEXOS	
A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	115
B – Avaliação Psicológica	117
C – Entrevista Estruturada sobre Estresse	120
D – Termômetro de <i>Distress</i> (TD)	122
E – Escala de Ansiedade e Depressão (HAD)	124
F – Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp (ISSL)	127
G – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	129
H – Protocolo de Quimioterapia e Efeitos Colaterais	131

ÍNDICE DE QUADRO E FIGURAS

Quadro 1. Coeficiente de validação para o Termômetro de <i>Distress</i>	80
Figura 1. Termômetro de <i>Distress</i>	42
Figura 2. Frequência dos temas de artigos publicados sobre <i>distress</i>	46
Figura 3. Frequência das categorias de reação ao diagnóstico	56
Figura 4. Frequência das categorias de conceito de câncer	56
Figura 5. Frequência das categorias de percepção da quimioterapia	57
Figura 6. Frequência das categorias de acontecimentos marcantes antes do diagnóstico	57
Figura 7. Frequência das categorias de personalidade	59
Figura 8. Frequência das categorias de fatores que contribuíram para o câncer	59
Figura 9. Frequência das categorias de mudanças após o diagnóstico	60
Figura 10. Frequência de respostas referentes ao conhecimento sobre a patologia	61
Figura 11. Frequência das categorias referentes à história de vida	62
Figura 12. Frequência das categorias referentes ao histórico pessoal de saúde	62
Figura 13. Frequência das categorias referentes ao que é essencial na vida	63
Figura 14. Frequência das categorias referentes aos medos	63
Figura 15. Frequência das categorias referentes às aspirações	64
Figura 16. Frequência das categorias referentes à religião	64
Figura 17. Frequência de respostas referentes ao apoio sócio afetivo	65
Figura 18. Categorias temáticas da Avaliação Psicológica e disposição gráfica segundo classificação hierárquica descendente	65
Figura 19. Projeção da análise das categorias temáticas	66
Figura 20. Frequência das categorias que caracterizam um acontecimento estressante	67
Figura 21. Frequência das categorias referentes à identificação de acontecimento estressante	69
Figura 22. Frequência das categorias de modos de reagir/lidar com a situação estressante	70
Figura 23. Frequência das categorias referentes à existência de ajuda nas situações estressantes	71
Figura 24. Frequência das categorias de busca ativa nas situações estressantes	72
Figura 25. Frequência das categorias de recursos disponíveis para o enfrentamento de situação estressante	73
Figura 26. Frequência das categorias de situações estressantes enfrentadas pelos participantes	74
Figura 27. Categorias temáticas das entrevistas com os participantes e disposição gráfica segundo a classificação hierárquica descendente	75
Figura 28. Projeção da análise das categorias temáticas e interpretação dos quadrantes	75

Figura 29. Incidência de <i>distress</i> nos participantes durante as etapas do tratamento	77
Figura 30. Frequência dos problemas selecionados na Lista de Problemas	78
Figura 31. Incidência de <i>distress</i> apontadas pela Escala HAD	78
Figura 32. Incidência de sintomas de ansiedade e depressão nas etapas do tratamento	79
Figura 33. Comparação da incidência de <i>distress</i> indicada por TD e na HAD	80
Figura 34. Frequência de participantes na classificação de estágios de estresse, de acordo com o modelo quadrifásico do estresse - ISSL	82
Figura 35. Frequência de sintomas vivenciados pelos participantes nos períodos propostos pelo ISSL	82
Figura 36. Comparação dos indicadores obtidos por TD, HAD e ISSL	83

INTRODUÇÃO

A temática da Psico-Oncologia é de interesse desta pesquisadora desde a graduação, quando realizou estágios de formação profissional entre 2004 e 2006 no Hospital Universitário de Brasília (HUB), na Cirurgia Pediátrica, com as “crianças da oncologia”.

Desde 2005, teve a oportunidade de aprofundar tal experiência, trabalhando em um centro especializado em câncer do Distrito Federal (Centro de Câncer de Brasília - CETTRO), local em que o presente estudo foi conduzido. Nessa época, também se especializou em Psicologia da Saúde e Hospitalar, desenvolvendo a monografia intitulada *Níveis de Satisfação em Pacientes Submetidas à Reconstrução Mamária Imediata ou Tardia* e participando das atividades de aprimoramento promovidas pela Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG). Em 2006, obteve o certificado em Psico-Oncologia oferecido pela Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO).

Com o intuito de realizar estudos sobre questões relacionadas ao paciente com câncer e implantar rotina de diagnóstico e tratamento do *distress* (tal como é feito em muitos países), ingressou, em 2007, no Programa de Pós-Graduação Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB).

Ao longo desse percurso, foi possível constatar que apesar do aumento notável na sobrevida de pacientes oncológicos, capaz de elevar a classificação desta enfermidade a um patamar de doença crônica, ainda não diminuiu o estigma histórico do câncer como doença terminal.

Então, para além da história pessoal, é importante retomar na Introdução do presente trabalho a perspectiva histórica dessa doença em nossa sociedade. Portanto, cabe lembrar que um dos primeiros registros atribuídos a essa doença foi encontrado em antigos manuscritos e em ossos fossilizados de múmias no Antigo Egito, que revelaram formações sugestivas de tumores ósseos (osteosarcoma) e crânios com lesões semelhantes às encontradas em câncer de cabeça e pescoço (Gallucci, 1985).

A descrição mais antiga conhecida do câncer, embora esse termo ainda não fosse usado, é de aproximadamente 1600 a.C., no papiro egípcio Edwin Smith conservado no Museu Britânico, em Londres. Nele são apresentados oito casos de tumores ou úlceras de mama, tratados por meio de cauterizações, com instrumento denominado ‘*the fire*

drill' (broca de fogo). Nesses escritos, os Sacerdotes, detentores do conhecimento religioso e científico, afirmavam que para o câncer não havia tratamento (Gallucci, 1985).

Também é interessante fazer recordar que a origem desta palavra é creditada ao médico grego Hipócrates (460-370 a.C.), o pai da Medicina, que usou o termo 'karkinos' e 'karkinoma' para descrever lesões tumorais ulcerosas e não-ulcerosas. Essa palavra significa caranguejo e foi utilizada, provavelmente, porque o câncer "agarra-se de uma maneira obstinada a qualquer parte de que se apodera, como o caranguejo" (Bergerot & Bergerot, 2006, p. 27). Outra provável associação se dá pelo padrão de crescimento que mostra filas de células que penetram e se infiltram por estruturas adjacentes à semelhança do caranguejo (Kumar, Abbas & Fausto, 2005).

Durante a Renascença, cientistas na Itália desenvolveram uma boa compreensão acerca do corpo humano com Leonardo da Vinci (1452-1519), Albert Dürer (1471-1528) e Andreas Vesalius (1514-1564). Mas, os conceitos sobre o câncer continuavam os mesmos. A primeira autópsia, realizada por Harvey (1628), favoreceu o entendimento da circulação sanguínea através do coração e do corpo. Desde então, a causa do câncer não foi mais atribuída à bile negra (teoria humoral), abrindo caminho para o conhecimento da fisiopatologia e do tratamento (Kumar & cols., 2005).

Gasparo Aselli (1581-1626) identificou anormalidades linfáticas como possíveis causas do câncer. Wilhelm Fabricius Hildanus (1560-1634) removia linfonodos em cirurgias de câncer de mama. Para Claude Gendron (1663-1750), o câncer iniciava localmente no corpo como uma massa dura e de aumento progressivo e só poderia ser tratado cirurgicamente. Para Hermann Boerhaave (1668-1738), médico holandês, as inflamações poderiam resultar em câncer (Kumar & cols., 2005).

Henri François le Dran (1685-1770) defendeu a teoria de que o câncer progredia em etapas, começando como uma doença localizada, que se estendia através dos canais linfáticos para linfonodos regionais e então sistemicamente para as demais regiões. Para Giovanni Morgagni (1761), pai da anatomia patológica, as doenças são perturbações em estruturas específicas e os sintomas são gritos de sofrimentos dos órgãos (Arnal, 1997).

John Hunter (1728-1793) sugeriu que alguns diagnósticos de câncer poderiam ser curados através da remoção cirúrgica, caso o tumor não tivesse invadido o tecido vizinho e ainda estivesse móvel – solto (Harvey, 1974).

Durante o século XVIII, três importantes observações foram feitas no campo da epidemiologia: 1) Bernardino Ramazzini reportou, em 1713, a quase ausência de câncer de colo de útero e a presença elevada de câncer de mama em freiras. Relacionou esse fato à vida de celibato que elas levavam; 2) Percivall Pott descreveu em 1775 a presença de câncer ocupacional, como o de próstata em limpadores de chaminé, levando a outros estudos que identificaram substâncias cancerígenas, com o chumbo, encontradas em ambientes de trabalho; 3) John Hill foi o primeiro a reconhecer o perigo do tabaco: em 1761, poucas décadas após o tabaco se tornar popular em Londres, escreveu um livro intitulado “Cuidados contra a Exposição Abusiva ao Fumo” (Kardinal & Yarbrow, 1979).

De fato, a Oncologia científica nasceu no século XIX com a descoberta e utilização do microscópio, seguido da patologia celular (Rudolf Virchow, 1821-1902), do desenvolvimento da anestesia (William Morton, 1819-1868) e da anti-sepsia (Joseph Lister, 1827-1912) que possibilitou o avanço da cirurgia. Essas descobertas permitiram que correlações fossem feitas entre sintomas e evidências clínicas, permitindo que diagnósticos e condutas pudessem ser estabelecidos (Kardinal & Yarbrow, 1979).

Em 1896, Wilhelm Conrad Roentgen apresentou o ‘X-ray’ (Raios-X), radiação que em poucos meses formou um sistema de diagnóstico (Radiografia) e dentro de três anos, foi usada no tratamento do câncer. Inicialmente, a radiação era oferecida como tratamento paliativo. Na França, descobriu-se que doses diárias de radioterapia, por várias semanas, melhorava a resposta terapêutica. No início do século XX, observou-se que em excesso pode causar câncer (Abeloff, Armitage, Lichter & Niederhuber, 2000).

Dar o diagnóstico de câncer era considerado algo cruel e desumano. Muitas vezes, os médicos preferiam que o paciente não soubesse o nome da sua doença para não perder as esperanças. O medo era tão grande que a própria família optava por não revelar o diagnóstico a outras pessoas de seu convívio (Holland, 2002). Sontag (1984) mostrou que a palavra câncer era usada como metáfora para condições sociais de intensa humilhação.

As dores, deformações e secreções malcheirosas provocadas pelos tumores eram praticamente incontroláveis. A falta de conhecimento das causas e a visibilidade do câncer de mama e dos órgãos genitais levavam à comparação com os efeitos de doenças venéreas e à conclusão errônea da transmissão sexual, provocando vergonha e culpa. O medo, a

destruição física, a auto-imagem danificada, a perda da função sexual e tantos outros aspectos negativos levavam a uma desestruturação (Holland, 1990).

Em 1913, foi instituída a Sociedade Americana de Câncer, cujo objetivo primordial era educar a opinião pública. Programas educacionais foram desenvolvidos, com o intuito de incentivar as pessoas a procurar o médico sempre que observassem algum sintoma suspeito. Estes programas representaram a primeira tentativa de desmistificar o câncer, disseminando informações sobre sintomas, tratamentos e prevenção (American Cancer Society, 1980).

Durante a II Guerra Mundial, soldados foram expostos ao gás mostarda e, quando examinados, estavam com grave depressão da medula óssea. No decurso do estudo sobre os agentes deste gás, um composto chamado nitrogênio mostarda foi testado no tratamento para linfomas, servindo como modelo para o encontro de agentes eficazes na destruição de células cancerígenas (Patterson, 1987).

Pouco tempo depois, Sidney Farber, de Boston, demonstrou que o *aminopterin* (droga antecessora do metotrexato, comumente utilizada no tratamento de câncer hoje) associado ao ácido fólico, produzia a remissão da leucemia aguda em crianças. Começou então, a busca por novos medicamentos, adicionando a quimioterapia como terceira modalidade de tratamento (Patterson, 1987).

Somente em 1956, obteve-se a primeira cura para câncer metastático, quando o metotrexato foi usado para tratar um tumor raro chamado corocarcinoma. Em 1960, curas foram encontradas para alguns tipos de câncer tidos como fatais, melhorando o prognóstico de vários tumores (Abraham & Allegra, 2001).

Logo após a II Guerra Mundial, a Sociedade Americana de Câncer lançou um programa de apoio psicológico. Reuniões e grupos de auto-ajuda aos laringectomizados e colostomizados foram formados e em 1950 desenvolveu-se um programa em que mulheres mastecomizadas visitavam as recém operadas. Nessa época, começa a surgir a Psico-Oncologia – campo do conhecimento e da atuação em que se situa o trabalho aqui relatado (Holland, 2002).

- **Psico-Oncologia**

A título de contextualização da *pesquisa* efetuada, é importante ressaltar nesta perspectiva histórica que já em 1926, Elida Evans, discípula de Jung, realizou um estudo psicológico sobre o câncer, conhecido como *Psychological Study of Cancer* (Siegel, 2007).

Também é imprescindível mencionar as contribuições de Freud e de Jung para o desenvolvimento da Medicina Psicossomática, disciplina em que vários estudos pioneiros foram feitos em busca da relação existente entre problemas vivenciados por pacientes e o diagnóstico de câncer. Assim, Blumberg, West e Ellis (1954) identificaram uma possível relação entre fatores psicológicos e câncer. Reznikoff (1955) pesquisou as tendências de personalidade em pacientes com câncer de mama. Fisher e Cleveland (1956) descreveram a relação da imagem corporal com o local do câncer e Greene e Miller (1958) relacionaram fatores psicológicos à dinâmica familiar de crianças com leucemia (Holland & Goen-Piels, 2000).

Em 1960, Kübler-Ross, deu início à Tanatologia. Discorreu sobre pacientes terminais com câncer e estimulou médicos e enfermeiras a ouvir o que estes tinham a dizer. Para ela, há muitas razões para a equipe fugir e não encarar a morte, tendo em vista que, “hoje em dia, morrer é triste demais sob vários aspectos, sobretudo por ser solitário, mecânico e desumano” (Kübler-Ross, 2005, pp. 11 e 12).

No Brasil, merecem destaque os trabalhos de Wilma Torres que, em 1980, criou o programa pioneiro de Estudos e Pesquisa em Tanatologia, na Fundação Getúlio Vargas; os estudos de Maria Helena Pereira Franco, especialista na área e coordenadora do Laboratório dos Estudos Sobre Luto, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; além de Maria Júlia Kovács, do Laboratório de Estudos sobre a Morte, da Universidade de São Paulo (Kovács, 2002).

De modo geral, formaliza-se que o início da Psico-Oncologia data de meados de 1970, quando o impacto do diagnóstico, os sentimentos de medo e perda começaram a ser estudados e trabalhados. Gradualmente, percebeu-se que aspectos psicossociais estavam envolvidos na incidência, evolução e remissão do câncer. Equipes formadas por psiquiatras e psicólogos começaram a ser requisitadas por oncologistas, inicialmente com o objetivo de auxiliar o médico a informar o diagnóstico ao paciente e à família (Holland, 2002).

Em pouco tempo, a Psico-Oncologia tornou-se uma subespecialidade que alguns autores julgaram pertencer à Oncologia e outros à Psicologia. Dessa forma, surge uma

contribuição para: cuidados clínicos dos doentes e familiares; prevenção de transtornos psiquiátricos, problemas psicossociais, controle de sintomas (ansiedade, depressão, *delirium*, *distress*, dor e fadiga) e cuidados paliativos; pesquisas correlacionando mudança de comportamentos, estilo de vida e hábitos na redução do risco para desenvolver o câncer; estudos de comportamentos e atitudes que assegurem a detecção precoce (Holland, 2002; Veit & Carvalho, 2008).

Desde 1998, os profissionais especializados em Psico-Oncologia atuam efetivamente em todas as etapas do câncer, desde a prevenção do câncer, ao diagnóstico, tratamento (curativo, sobrevida, paliativo), à recidiva ou progressão de doença, à alta ou terminalidade (conforto e controle dos sintomas físicos e psicológicos) e suporte aos familiares no pós-óbito (Holland, 2002).

Considerando, portanto, a evolução da Psico-Oncologia, do ponto de vista da atuação profissional e da sistematização do conhecimento no cenário internacional e nacional, delimitou-se a seguinte problemática de estudo e investigação para a presente Dissertação:

- se adaptado e validado para o contexto brasileiro, o Termômetro de *Distress*, proposto pela NCCN, é eficaz na avaliação diagnóstica do *distress*? Quais as vantagens e limitações desse instrumento?
- ao longo do tratamento oncológico (início, meio e fim) como se alteram os quadros de *distress*, ansiedade, depressão e estresse entre os pacientes?
- medir adequadamente o *distress* contribui para subsidiar ações de intervenção e prevenção junto a pacientes com câncer?

Assim sendo, organizou-se a Dissertação em seis capítulos. No **primeiro**, propõe-se uma revisão histórica sobre o estresse, enfatizando-se os aspectos conceituais e fisiológicos básicos, bem como alguns dos principais estudos desenvolvidos na área da saúde.

O **segundo capítulo** introduz a temática *distress*. Para tanto, delimita-se o conceito especificamente no campo da Oncologia. Também são apresentadas formas de diagnóstico e intervenção do *distress*, destacando-se, respectivamente, o Termômetro de *Distress* (TD) e o Manejo do *Distress* proposto pela *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN). Ao final, oferece-se um panorama das pesquisas publicadas na revista *Psycho-Oncology* na última década.

Os objetivos da investigação são reportados no **terceiro capítulo**.

Os procedimentos metodológicos e éticos adotados estão expostos no **quarto capítulo**.

Os resultados qualitativos e quantitativos foram descritos no **quinto capítulo**.

O **sexto capítulo** abrange a discussão dos resultados específicos e globais, bem como reflexões sobre as implicações do trabalho, considerando-se a literatura especializada.

Nas **Considerações Finais**, resumem-se as principais conclusões e apontam-se algumas perspectivas para futuras pesquisas.

CAPÍTULO I

ESTRESSE: PERSPECTIVA HISTÓRICO-CONCEITUAL E PESQUISAS NO CAMPO DA SAÚDE

O presente capítulo tem como propósito apresentar uma perspectiva histórica e conceitual sobre o estresse, destacando-se aspectos fisiológicos básicos e a relação entre estresse, adoecimento e enfrentamento. Ao final do capítulo, serão discutidos as tendências e os desafios das futuras pesquisas sobre o tema.

1. Perspectiva Histórico-Conceitual

A necessidade do organismo em lidar com algo que ameaça sua homeostase ou equilíbrio interno constitui o que chamamos de estresse, termo este que vem sendo um conceito central na Medicina e na saúde desde a Antigüidade (Lipp, 2004). Hipócrates (460-377 a.C.) fez uma distinção clara entre os sintomas específicos do desconforto causado por uma doença e o desconforto geral, ou estresse, causado enquanto o corpo resiste a doenças (Straub, 2005).

No século XVII, o termo estresse era usado esporadicamente na literatura inglesa, com o significado de aflição e adversidade (Lazarus & Lazarus, 1994). É nesse momento que a palavra estresse aparece para caracterizar o fenômeno composto por tensão-angústia-desconforto. No século seguinte, houve uma mudança de enfoque e essa palavra passou a ser utilizada para expressar a ação de força, pressão ou influência muito forte sobre uma pessoa, causando nela uma deformação. No século XIX, surgiram especulações sobre uma possível relação entre eventos emocionalmente relevantes e doenças físicas e mentais, o que não recebeu atenção científica. No século XX, foi retomada essa ligação entre eventos estressantes e doenças (Lipp, 2003).

Em 1910, William Osler, médico inglês, igualou o termo *stress* (eventos estressantes) à ‘trabalho excessivo’ e o termo *strain* (reação do organismo ao estresse) à ‘preocupação’ e postulou que o excesso de trabalho e de preocupação pode levar a doenças (Lipp, 2003). Walter Cannon, fisiologista, em 1932, trabalhando na Escola de Medicina de Harvard, nos Estados Unidos, descreveu pela primeira vez a reação do corpo ao estresse, identificando esta reação como resposta de luta ou fuga (Greenberg, 2002). Para Cannon, o estresse estava relacionado a fatores ambientais e funcionava como uma forma de se adaptar e responder a ameaças externas. Já em 1911, Cannon chamava o estado de

equilíbrio funcional de homeostase. Mais tarde, Selye conceituou o estresse como o desequilíbrio desse estado vegetativo (conforme citado por Ogden, 1996).

Na década de 1920, Hans Selye, médico austríaco, observou sintomas semelhantes em pacientes com diagnósticos diferentes. Aos poucos, conjecturou que esses sintomas não tinham relação com a doença específica, e sim com a condição geral de estar enfermo. “Um homem sofre pela perda de sangue, numa doença infecciosa ou num câncer avançado, perde o apetite, os músculos enfraquecem e perde o interesse pelas atividades diárias, emagrece e a expressão facial retrata que está doente” (Selye, 1965, p. 19).

A esse fenômeno, Selye denominou de “Síndrome de estar apenas doente” ou “Síndrome de adaptação geral”, que com o tempo foi sendo simplificado pelo próprio Selye para “estresse”, tema de seus estudos por mais de 50 anos. Essa síndrome representa uma expressão das defesas do organismo em reação a uma demanda excessiva ou a um estímulo provocativo, e para Jean Ogden, enfatiza a passividade do indivíduo ao mundo externo (Lipp & Novaes, 2003; Ogden, 1996; Rice, 2000).

Ogden (1996) lembra que no início do século XX, o modelo psicológico descrevia o indivíduo como passivo, reagindo e respondendo aos eventos externos, sendo o ambiente o principal determinante do comportamento. Na metade desse século, o indivíduo passa a ser visto como um ser interativo, ou seja, mantém-se a importância do ambiente, mas ao invés de uma relação de passividade, assume-se a reciprocidade do indivíduo com o meio. Nas décadas finais do século XX, emerge uma nova concepção de sujeito, que não mais responde passivamente aos eventos externos e nem apenas interage com os mesmos. O indivíduo agora considerado como intra-ativo é auto-controlador, auto-regulador e auto-administrador, sendo o auto-controle, o determinante do comportamento.

1.1. Estresse: evolução conceitual

Primeiramente, cabe destacar que o termo estresse foi trazido da Engenharia e da Física e traduz um momento específico a partir do qual o limite de resistência física de um determinado material submetido a uma força ou energia específica foi ultrapassado e a manutenção de tal força acarreta em danos estruturais e possíveis rompimentos ao material. Um bom exemplo é o de uma ponte que pode romper caso o peso colocado sobre ela ultrapasse o ponto de estresse. Nosso organismo, assim como uma ponte, suporta uma

quantidade limitada de tensão/peso. O corpo e a mente enviam sinais graduais que indicam a proximidade com os limites internos (Lipp & Novaes, 2003).

É importante lembrar que Selye escolheu a palavra estresse para melhor denominar a Síndrome de Adaptação Geral, certamente não no sentido tríplice (alarme, resistência e exaustão), tal como foi considerado depois. Por ser um monossílabo anglo-saxão sem equivalente em outras línguas, Selye o usou sem traduzir. “Quando fazia conferências em francês falava *le stress*; em espanhol era *el stress*; em italiano *lo stress*; e assim por diante” (conforme citado por McEwen & Lasley, 2003, p. 29).

O termo foi adotado sem alteração em muitos idiomas, inclusive em francês, japonês e hindí. Não existe apenas um significado para o que seja o estresse, mas sim uma série de definições possíveis que descrevem bem esse termo, esteja ele relacionado a algo externo, como à descrição dos sentimentos produzidos pelo estresse, ou à junção dos acontecimentos externos ao desconforto de nossa própria reação, que subjuga e exaure nossa capacidade de enfrentamento (McEwen & Lasley, 2003).

Atualmente, o termo estresse tem sido usado para descrever tanto os estímulos que geram uma quebra na homeostase do organismo como a resposta comportamental criada por tal desequilíbrio. Certa dificuldade conceitual surge justamente porque a palavra é, ao mesmo tempo, usada para designar uma condição, causa ou estímulo desencadeante de uma reação do organismo e para descrever seu efeito, podendo ser definido em alguns momentos como um impulso, em outros como resposta, ou mesmo como um conjunto de fatores em interação (Lipp, 2003). Há também o significado proposto por Lazarus (conforme citado por Greenberg, 2002), que abrange: “estímulo, resposta, avaliação cognitiva da ameaça, estilos de enfrentamento, defesa psicológica e meio social” (p. 9).

Em decorrência dessa polivalência e das possíveis conotações em citar e empregar o termo estresse, McEwen e Lasley (2003) fizeram uma analogia entre o lidar com o estresse e a luta contra a mítica Hidra de Lerna, a qual tinha uma capacidade ilimitada de fazer crescer mais cabeças para substituir as que Hércules cortava. “Essa ambigüidade está embutida na própria palavra estresse e, desde o princípio, representou um obstáculo” (p. 17).

Verifica-se que muitas vezes a palavra estresse é empregada de forma errada, propiciando a existência de verdadeiros mitos em torno do que seja o estresse. “Esses mitos estão relacionados a credices inconscientes e ilógicas que são vistas por muitas

pessoas, independentemente do nível sócio-econômico-cultural, como grandes verdades, ou pelo menos, como verdades parciais” (Lipp & Novaes, 2003, p. 11).

Uma das características marcantes de nossa época é a generalização do estresse na maioria das sociedades e a aplicação dessa generalização em diversas áreas, como: direito, farmácia, antropologia, educação, sociologia e filosofia. Inúmeros significados se agregaram a esta palavra, tornando-a uma espécie de “jargão” que, por conter muitos sentidos, não expressa de forma clara e consistente o seu conteúdo, sendo visto com descrédito e sem importância. Hans Selye queixou-se dessa descaracterização: “Toda vez que alguém sente alguma coisa desagradável, na falta de uma palavra melhor diz que está sob estresse” (conforme citado por Goldberg, 1980, p. 50).

Em busca de uma definição mais precisa para conceituar o estresse, Selye alertou sobre aquilo que **não** é suficiente para caracterizá-lo (conforme citado por Rice, 2000):

- uma simples tensão nervosa: pois isso pode ocorrer em organismos sem sistema nervoso, que estão anestesiados ou em pacientes inconscientes;
- uma descarga de hormônios da medula adrenal: embora as catecolaminas sejam parte da reação de estresse, elas não são os únicos hormônios que são ativados. Além disso, elas não influenciam nas doenças inflamatórias generalizadas;
- eventos causados pela secreção do córtex adrenal (corticóide): os hormônios adrenocorticotróficos (ACTH) podem estimular a produção de corticóides sem que, para isso, produzam a resposta de estresse;
- sempre conseqüente a uma situação de perigo não específico: atividades normais como tênis ou um beijo apaixonado podem produzir uma resposta de estresse sem configurar perigo;
- situações em que o organismo aparenta estar estável: reações a barulhos altos, contração dos músculos podem causar divergências do estado de descanso sem evidenciar uma reação generalizada de estresse;
- situações que propiciem a reação de alarme: são estressores e funcionam como um estímulo, mas não constituem estresse;
- reações orgânicas semelhantes à reação de alarme: sintomas em órgãos alvos do estresse que podem não ser conseqüência do estresse;
- reação não específica: o modelo de resposta ao estresse é específico, apesar dos efeitos serem variados.

Além disso, Rice (2000) lembra que o estresse não é algo que pode ser evitado, ele faz parte do dia-a-dia e está presente em vários momentos. Aliás, Selye visualizou o estresse como um denominador comum em todas as reações de adaptação do corpo.

1.2. Fisiologia do estresse

O organismo, ao se deparar com o agente estressor interno ou externo, desenvolve um processo de desgaste que consiste no somatório de todas as reações sistêmicas não específicas que surgem quando o organismo está exposto por muito tempo ou intensamente ao estímulo agressivo (Straub, 2005).

Os mecanismos físicos envolvidos em uma situação de estresse são característicos e obedecem a uma ordem seqüencial de estímulos nervosos e reações bioquímicas. Tais eventos são comuns a qualquer organismo humano. Dentre os principais mecanismos, encontram-se aqueles determinados pelas reações dos sistemas nervoso (SN), endócrino e imunológico, as quais desencadeiam alterações fisiológicas nos mais diversos órgãos e sistemas do corpo (cardiovascular, imunológico, respiratório, digestório, etc.). Esse processo é decorrente dos estímulos administrados pelo SN, os quais são repassados ao sistema endócrino.

As respostas fisiológicas são desencadeadas por circuitos neurais interligados que incluem o eixo neuroendócrino hipotálamo-pituitária-adrenal. A interpretação dessas respostas, realizada pelo SN, é diretamente influenciada pelo sistema límbico (relativo às emoções), de forma que as memórias de experiências emocionais vividas são instantaneamente buscadas e comparadas à uma nova experiência (Straub, 2005).

A reação do corpo ao estresse é regulada, em primeira instância, pelo SN. O hipotálamo é o principal mediador das respostas aos estressores, visto que quase todas as regiões do cérebro se comunicam com ele. Isso explica as diferentes formas de reação dessa estrutura, tanto a ameaças pontuais e específicas quanto a memória de eventos estressores e até mesmo a estressores abstratos presentes na mente do indivíduo (Machado, 2002; Manuila, Manuila & Nicoulin, 1997).

O sistema endócrino sob estresse desencadeia respostas fisiológicas de luta e fuga (aumento da frequência respiratória e cardíaca, pressão arterial, etc.), por meio de uma reação que se inicia no hipotálamo e na hipófise. A porção cortical da glândula adrenal finaliza essa etapa, secretando os hormônios glicocorticóides, importantes no processo

inflamatório, promovendo a cura e mobilizando recursos energéticos do corpo (Straub, 2005).

O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e sua resposta neuroendócrina ao estresse, pertencentes ao sistema nervoso central, são extremamente relevantes na comunicação com o sistema imunológico. Tanto o sistema neuroendócrino quanto o neuroimunológico fornecem uma auto-regulação “fina”, necessária para a manutenção da vida do indivíduo. Distúrbios em quaisquer desses sistemas e suas múltiplas conexões podem acarretar mudanças na suscetibilidade para o desenvolvimento de doenças graves (Lipp, 2003).

1.2.1. Estresse e enfermidades

O sistema imunológico é o grande elo que explica as interações entre os fenômenos psicossociais e as patologias humanas, como as doenças auto-imunes, infecciosas e neoplásicas. Os trabalhos de Selye foram um marco nesta linha de investigação, muito embora ele não estivesse diretamente interessado em estudar os efeitos psicológicos das emoções, mas sim, genericamente, as respostas normais e patológicas (Mello Filho, 2002).

Um evento estressor é inicialmente percebido pelos sentidos (visão de alguma ameaça, audição, tato, gosto) por meio de receptores nervosos do sistema nervoso somático. Estes impulsos são transmitidos para regiões cerebrais secundárias, através da formação reticular (localizada no cerne do tronco encefálico), onde são processados e traduzidos de acordo com o grau de ameaça que representam (Straub, 2005).

A formação reticular envia as informações potencialmente estressoras para o tálamo (no cérebro), onde serão devidamente classificadas e transmitidas para o hipotálamo, para o sistema límbico e para regiões superiores do córtex cerebral. Cada uma dessas áreas responde prontamente à informação recebida, “devolvendo” um estímulo pertinente por uma segunda via da mesma formação reticular. Estas informações irão atuar em diversos órgãos (límbico), músculos (córtex) e glândulas (hipotálamo), determinando assim, uma reação ao agente estressor (Machado, 2002).

As informações enviadas por este sistema são entendidas como prioritárias, devendo ser cumpridas a qualquer custo. Para isso, a excitação do SN simpático e a ação de hormônios simpatomiméticos tornam-se fundamental, visto que elas determinam uma condição de aumento significativo do metabolismo basal, de modo que o organismo se encontre constantemente alerta para um embate (luta ou fuga). Nesse sentido, as atividades

anabólicas são temporariamente abandonadas, dando lugar a atividades catabólicas (Machado, 2002; Straub, 2005).

De acordo com Selye (Tache & Selye, 1985), as respostas, nervosa e hormonal, aos estressores estimulam as defesas do organismo. Ele acredita que a indução da demanda neuro-hormonal é cuidadosamente balanceada para aumentar a capacidade do organismo para encontrar desafios e se adaptar. Se há um excesso ou carência de reações defensivas, podem ocorrer doenças de adaptação, tais como: hipertensão arterial, cardiopatias, eclâmpsia, artrites reumáticas, reumatismo, doenças dermatológicas, doenças oculares, infecções, alergias, doenças mentais, disfunção sexual, doenças digestivas, doenças metabólicas, câncer e alterações no sistema imunológico.

No câncer, há um colapso da imunidade e da resistência do organismo. A instalação e o crescimento tumoral estão relacionados com a eficiência dos processos de imunidade. Assim, em um sistema imunológico "desequilibrado", a probabilidade do desenvolvimento da doença aumenta. O sistema imunológico permeia um complexo integrado entre vários sistemas compostos por uma infinidade de elementos e fatores (Machado, 2002).

A interação entre o estresse e a enfermidade foi abordada em diversos estudos, tais como: Simonton, Simonton e Creighton (1978) e Goodkin, Antoni e Blaney (1986) propuseram uma forte relação entre estresse e câncer; Matthews e Glass (1981) sugeriram um relacionamento similar entre estresse e doenças cardíacas; Leidy (1989) sugeriu que a manifestação de doenças crônicas é um reflexo das conseqüências orgânicas do estresse crônico. Posteriormente, Leidy associou o estresse ao desequilíbrio nutricional, à obesidade e ao diabetes. Carrieri-Kohlman, Lindsey e West (1993) descreveram as conseqüências patológicas associadas com a resposta do estresse. Chen e cols. (1995) encontraram evidências substanciais entre o estresse e o câncer de mama. Fauci e cols. (1998) descreveram algumas manifestações clínicas que estão associadas ao estresse, incluindo a depressão, a úlcera e a hipertensão.

1.3. Síndrome de adaptação geral

De acordo com Selye, estresse é um estado de tensão de um organismo submetido a qualquer tipo de agressão, como a ação da dor, frio, fome, estado tóxico ou infeccioso ou qualquer outro "agente estressor", incluindo, por extensão, as influências psicológicas. Tudo aquilo que ameace a vida provoca estresse e respostas adaptativas, das quais o

organismo participa como um todo. A este processo de reação, ele chamou de síndrome de adaptação geral, distinguindo três fases sucessivas: alarme, resistência e exaustão (Mello Filho, 2002).

A primeira fase (*alarme*) corresponde ao momento em que o indivíduo entra em contato com a fonte de estresse e perde o equilíbrio interno, à medida que se prepara para enfrentar a situação à qual necessita se adaptar. Os sintomas presentes nesta fase dizem respeito ao preparo do corpo e da mente para a preservação da própria vida. Essa fase possui dois estágios: a) choque, que corresponde às reações descritas por Cannon (resposta adrenérgica); b) contra-choque, onde ocorre um aumento da atividade do córtex supra-renal (Castiel, 2005; Greenberg, 2002).

A segunda fase (*resistência*) ocorre quando o organismo tenta se recuperar do desequilíbrio sofrido na primeira. Nesse momento, os sintomas iniciais desaparecem e dão lugar à sensação de desgaste e cansaço. Essa é uma fase de compensação na qual pode haver regressão dos fenômenos descritos, mas permanece a hiperatividade córtex supra-renal, resultante da estimulação hipofisária (Castiel, 2005; Greenberg, 2002).

Se a situação estressante persistir, e a resistência não for mais possível, o corpo entra na terceira fase (*exaustão*), exaurindo a reserva de energia adaptativa do organismo, podendo surgir doenças graves, deterioração física, ou até mesmo a morte. Um possível resultado dessa exaustão é a maior suscetibilidade ao que Selye denominou de doenças de adaptação, ou seja, aquelas resultantes do uso excessivo e inadequado destes mecanismos de defesa. Entre elas, encontram-se: reações alérgicas, hipertensão arterial, certas formas de artrites e lesões miocárdicas, úlcera péptica e resfriados comuns, além de doenças mais sérias causadas pela deficiência imunológica, como o câncer (Greenberg, 2002; Mello Filho, 2002; Straub, 2005).

Lipp (2003), no decorrer da padronização de um instrumento de avaliação do estresse intitulado ‘Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp’, identificou uma quarta fase, a qual nomeou quase-exaustão por se encontrar entre a fase de resistência e a de exaustão. Os dados mostraram que a fase de resistência, como proposta por Selye, era muito extensa, apresentando dois momentos distintos caracterizados não por sintomas diferenciados, mas, sim, pela quantidade de sintomas. Esta fase, denominada quase-exaustão,

“se caracteriza por um enfraquecimento da pessoa que não mais está conseguindo se adaptar ou resistir ao estressor. As doenças começam a surgir, mas não são tão graves como na fase de exaustão. Embora apresentando desgaste e outros sintomas, a pessoa ainda consegue trabalhar e atuar na sociedade, até certo ponto” (p. 19).

Em meados do século XIX, críticos questionaram a Síndrome de Adaptação Geral, proposta por Selye. Lazarus, Cohen e Launier (conforme citado por Ogden, 1996), enfatizaram a concepção da interatividade em que o indivíduo recebe informação ambiental, interpreta e responde de acordo. As repercussões psicológicas e as conseqüências do estresse no organismo ao interferir nos sistemas fisiológicos (pressão arterial, taxa cardíaca e hormônios) se tornam cada vez mais claras. O estresse passa, então, a ser conceituado como um produto da capacidade individual de auto-controle, podendo ser erradicado pelos mecanismos de defesa e recursos para enfrentamento. As doenças relacionadas ao estresse começam a ser vistas como conseqüência da falta de recursos e de auto-controle. Em resumo, a teoria do estresse, do final do século XX, descreve um indivíduo que é intra-ativo (Ogden, 1996).

Em 1971, Mason formulou novas críticas à teoria de Selye, tais como (conforme citado por Rice, 2000):

- o termo estresse possui vários significados ambíguos. Para o autor, Selye deveria escolher uma outra palavra ao invés de optar pelo termo estresse;
- estresse é uma abstração, não possui uma existência independente;
- estresse foi aplicado tanto para ser a causa como a conseqüência de um evento;
- estresse não pode ser ao mesmo tempo específico e não-específico;
- são poucos os consensos quanto à definição do termo estresse;
- as definições de estresse e da Síndrome de Adaptação Geral não levam em consideração a cognição, a percepção e a interpretação dos estímulos.

Algumas dessas considerações foram mencionadas por Selye em seu artigo “40 anos de pesquisa sobre o estresse: Principais problemas ainda existentes e concepções errôneas”. Ele argumenta que o estresse não é uma resposta específica do corpo. O estressor é o agente que produz o estresse e que a Síndrome de Adaptação Geral é o desenvolvimento cronológico da resposta ao estressor quando a sua ação é prolongada. Selye relatou que os termos específicos e não específicos poderiam ser aplicados a ambos,

agente e conseqüente. Por não específico, entende-se os efeitos gerais ou respostas características de qualquer estímulo ou conseqüente, que é a manifestação da reação de alarme com o ACTH (Rice, 2000).

Selye notou que a resposta do estresse era afetada por fatores condicionantes como: idade, predisposição genética, gênero e interferência do meio externo, e que esses fatores podem causar os mesmos estímulos em ocasiões diversas, em atos distintos e em diferentes indivíduos. Embora a percepção e a cognição não sejam identificadas no trabalho inicial de Selye, ele sugere quatro variações básicas para o estresse. Duas delas estão relacionadas à intensidade: acentuado (*hyperstress*) e brando (*hypostress*). Para as duas últimas, ele fez uma distinção entre o sistema saudável (*eustress*) e o sistema patológico (*distress*) (Cooper & Dewe, 2005; Selye, 1965).

O *eustress* corresponde ao estresse saudável, positivo, criativo, onde o excedente de energia transforma-se em prazer, vitalidade, alegria de viver e os obstáculos são encarados como desafios. Podem existir momentos de ansiedade discreta e criativa, sensação de vitalidade e prazer, vivência de confiança e resolução eficaz de situações de emergência. O coração que dispara e a respiração ofegante ao receber um resultado desejado em um laudo de exame, a explosão de alegria ao finalizar um tratamento desgastante, são exemplos de situações positivas que provocam estresse. Já a outra face do estresse, o *distress*, é patológica e está relacionada com a derrota, a angústia, a insegurança, a raiva, a não criatividade, a doença e até a morte. Predominam as emoções de ansiedade destrutiva, baixa capacidade de concentração, medo, desprazer e insegurança (Selye, 1965).

1.4. Estresse e emoção no adoecimento

Para Lazarus (2000), o estudo do estresse deve levar em consideração a influência da emoção. O significado pessoal atribuído ao adoecimento irá determinar e justificar a forma como cada pessoa encara as situações, sob as influências dos valores, crenças, metas, recursos e estilos de enfrentamento pessoal e da avaliação dos danos (desafio ou ameaça) que dizem respeito ao passado e que influenciam o futuro. É necessário que as crenças, estigmas e fantasias pessoais, relacionadas ao diagnóstico, sejam abordadas em busca de uma maior compreensão e prevenção de possíveis transtornos psiquiátricos, tendo em vista que os julgamentos influenciam as emoções e conseqüentemente o enfrentamento.

O ser humano, quando acometido de uma doença grave, tem o costume de se ‘auto-enganar’, em busca da preservação da sua auto-imagem e da minimização do próprio sofrimento e o das pessoas a sua volta. Nesse momento, ao invés do paciente sentir ansiedade e tristeza, atuando coerentemente com o seu estado geral, ele opta por enfatizar que está bem, que a doença é temporária e que “vai ficar melhor”. Esse comportamento defensivo pode ser perigoso, principalmente quando leva a pessoa a não procurar ou aceitar ajuda e a não fazer o que é necessário para salvar a própria vida (Lazarus, 2000).

No caso do câncer, o perigo iminente de morte ou de ser mutilado potencializa muitas ameaças específicas e desencadeia diversas reações emocionais, como: estupor, impotência, medo, raiva, revolta e agressividade. O modo como cada um irá enfrentar esse diagnóstico está relacionado com as experiências anteriores da própria vida, assumindo posturas diferentes diante do adoecimento e da vida, utilizando mecanismos de defesa de racionalização, negação, sublimação, repressão, projeção, isolamento, introjeção, isolamento, entre outros (Chiattonne, 2002; Moraes, 2002).

O fato desse diagnóstico não ter sido ‘pré-visto’ pelo indivíduo dá início à crise interna, que “quebra” a continuidade da vida, tornando o futuro incerto. O que adoce no estado de crise é o próprio viver, pois a história fica descontínua, dificultando a concepção da nova situação, em que o ser humano ainda não sabe como atuar (Chiattonne, 2002; Moraes, 2002).

A vigilância e alta ansiedade surgem à medida que o diagnóstico se aproxima. Outra ameaça é a incerteza sobre o que dizer aos outros, conhecidos, amigos e entes queridos acerca dessa nova situação. Inicialmente, a evasão e o silêncio se tornam estratégias freqüentes. O momento de contar a essas pessoas o que está acontecendo reflete a necessidade de se ganhar apoio social. Passada a fase de diagnóstico e tratamento, surge uma outra ameaça, a necessidade periódica de exames que verifiquem a existência de alguma célula cancerígena ou algum sinal de metástase, progressão ou recidiva. Caso estes sejam diagnosticados, uma nova fase de apreensão se inicia (Lazarus, 2000).

1.5. *Coping* e estresse

Selye observou que o estresse é o preço pago pelo organismo para sobreviver e para realizar o que ele considera necessário. Em seu último modelo de estresse, Selye,

introduziu a noção de *coping* (enfrentamento), definindo-o como uma forma de adaptação à situação de estresse. Tache e Selye (1985) resumiram os pontos essenciais desse modelo:

- todos os eventos da vida causam estresse;
- estresse não é necessariamente ruim, quando em excesso deve ser evitado sempre que possível;
- o estressor é o estímulo que precisa de adaptação e estresse é a resposta;
- os aspectos não específicos da reação do corpo podem não ser tão óbvios como os efeitos específicos. Algumas vezes, apenas a doença ou a disfunção fará com que o indivíduo verifique que está sob estresse;
- estresse deveria ser monitorado através de testes ou parâmetros;
- estresse não deveria ser equacionado apenas com a ACTH, corticóide, secreções e catecolaminas, que parecem manifestar os principais caminhos da adaptação não específica;
- remoção do estressor elimina o estresse.

Para Lazarus (2000), enfrentamento representa a forma como as pessoas respondem ao estresse. Essa forma corresponde a qualquer tentativa do indivíduo em preservar a homeostase como um todo, mesmo que o alívio seja temporário. O objetivo é moderar ou minimizar os efeitos do estresse sobre o bem-estar físico e emocional. É um processo dinâmico, e não uma única reação, tendo em vista que o estressor não pode ser eliminado e a sua recorrência não pode ser impedida. As estratégias de enfrentamento ajudam a pessoa a tolerar ou aceitar a situação.

De acordo com Prada (2006), as estratégias de enfrentamento consistem nos mecanismos de defesa e nos confrontos, os quais dependem e estão relacionados a estrutura de personalidade de cada um. Os primeiros são inconscientes e são ativados automaticamente ante as situações, os segundos estão relacionados aos elementos cognitivos e atitudes da consciência.

Lazarus classificou as estratégias de enfrentamento em (Gimenes 1998; Lazarus, 1984; Straub, 2005):

- Estratégia focada na emoção – estratégias usadas com o intuito de controlar/regular as emoções vinculadas ao estresse, que podem acontecer de três formas: fuga-evitação (afastamento físico ou psicológico do estressor), distanciamento

(afastamento psicológico do estressor) e reavaliação positiva (reinterpretação da situação para transformar algo negativo em positivo);

- Estratégia focada no problema – estratégias usadas para lidar diretamente com o estressor, seja reduzindo as demandas ou aumentando a capacidade de lidar com o estressor, que podem ser feitas de duas formas: enfrentamento pró-ativo, também chamado enfrentamento preventivo (ação antecipada para prevenir ou reduzir o impacto do estresse) e enfrentamento combativo (reação ou tentativa de escapar do estressor que não pode ser evitado).

Gimenes (1998), ao definir o processo de enfrentamento salientou o aspecto de novidade e os recursos psicossociais que são mobilizados na situação estressante da enfermidade, em oposição à maneira habitual de reagir de uma pessoa. Segundo essa autora, as estratégias de enfrentamento constituem o resultado desse processo contínuo de transação entre indivíduo e contexto, em busca do bem-estar.

As estratégias de enfrentamento são contextuais, o que implica inadequação da emissão de julgamentos de valor a respeito do uso desta ou daquela estratégia. Nenhuma estratégia de enfrentamento é superior a outra, o que importa é avaliar sua funcionalidade no contexto da pessoa e da sua doença. O enfrentamento é efetivo quando ameniza os sentimentos desconfortáveis, associados a ameaças ou perdas. Por outro lado, o enfrentamento disfuncional pode comprometer o equilíbrio psicossomático numa situação percebida como extremamente ameaçadora. Neste caso, as estratégias são pouco efetivas ou insuficientes para garantir o bem-estar emocional e a qualidade de vida da pessoa (Peçanha, 2008).

1.6. Pesquisas sobre estresse no campo de saúde: tendências e desafios

Segundo Marks, Murray, Evans e Willig (2000), alguns temas merecem atenção dos estudiosos dedicados à pesquisa sobre estresse: 1) análise do discurso do estresse entre as pessoas e os profissionais de saúde, com o objetivo de se estabelecer mais claramente a função do estresse na sociedade; 2) estudos focados nos efeitos psicológicos e fisiológicos dos diferentes tipos de estressores (enlutados, carga excessiva de trabalho, agressão psicológica); 3) pesquisas sobre o efeito do estresse no sistema gastrointestinal e respiratório, complementando os dados já existentes sobre os efeitos no sistema cardiovascular e imunológico; 4) avaliação da eficácia terapêutica das intervenções

psicológicas, incluindo a avaliação das técnicas destinadas a aliviar os efeitos psicológicos e traumáticos do estresse; 5) estudos prospectivos da relação doença-estresse, considerando a associação entre as características psicológicas e biológicas na evolução da doença; 6) compreensão da relação entre estresse, reação psicológica, comportamento saudável, suporte social e características das personalidades resistentes ao estresse.

Já Lyon e Rice (2000) sugerem que novas pesquisas: 1) identifiquem as variáveis relacionadas ao estresse que predizem a suscetibilidade ou vulnerabilidade para o adoecimento e que antecipem a resiliência e a experiência de bem-estar; 2) reconheçam os fatores que contribuem para a experiência de enfermidade e para o bem-estar; 3) compreendam quais os fatores que contribuem para a pessoa se tornar resistente ou vulnerável ao estresse; 4) avaliem como as estratégias de enfrentamento são aprendidas e a forma como as pessoas determinam quais são as estratégias mais efetivas.

No Brasil, Lipp e Malagris (2004) compilam alguns tópicos que precisam ser estudados e pesquisados, tais como: 1) envolvimento do estresse emocional em quadros hipertensivos; 2) o possível vínculo entre estresse e doenças, como câncer, retocolite, psoríase, diabetes e problemas odontológicos, tanto no desencadeamento como na recuperação; 3) o papel do estresse no desencadeamento de doenças mentais; 4) a identificação de grupos de risco; 5) o estresse pós-traumático e seus efeitos a longo prazo; 6) os efeitos do estresse na recuperação de cirurgias; 7) desenvolvimento de avaliação de métodos de tratamentos para o estresse.

Para Straub (2005), devem ser desenvolvidas investigações com o intuito de identificar as origens do Transtorno por Estresse Pós-Traumático e buscar estratégias eficazes de intervenção para tratamento e prevenção.

Stephan (2008), ao delinear temas e metas para projetos de pesquisa, ressaltou as dificuldades existentes para encontrar instrumentos traduzidos e validados, bem como a falta de condições para validação ou criação de instrumentos específicos à realidade da Psico-Oncologia. Para essa autora, o destaque deve ser dado não só para as futuras tendências, como para o desafio da divulgação de projetos já existentes e de modelos eficazes de intervenção.

CAPÍTULO II

DISTRESS: DEFINIÇÃO, AVALIAÇÃO E PANORAMA DAS PRINCIPAIS PESQUISAS

Neste capítulo o estresse será abordado a partir de uma das quatro variantes propostas por Selye – *distress* – salientando-se sua definição e modos de avaliação, em particular, o protocolo implementado pela *National Comprehensive Cancer Network* há mais de uma década.

Ademais, discute-se, primeiramente, o impacto desta cronicidade específica ao longo das fases de adoecimento e, ao final do capítulo, traça-se um panorama das principais pesquisas sobre *distress*, visando melhor fundamentar a investigação apresentada nos capítulos seguintes.

2. Impacto do Diagnóstico nas Fases do Adoecimento

No momento do diagnóstico e início do tratamento, grande parte dos pacientes vivencia o *distress*, considerando este um momento traumático e estressante. Essa notícia irrompe a vida deles e se prolonga, de modo geral, por um longo período de tratamento, sem garantias de cura (Zabora & cols., 1997). Edlund e Sneed (1989) alertam que, embora qualquer diagnóstico de doença grave gere um período de crise na vida dessas pessoas, há evidências de que o câncer cause um temor ainda mais intenso.

As respostas previsíveis nessa fase inicial de diagnóstico e início do tratamento incluem: medo, desespero, impotência, isolamento, negação, insegurança, descrença, raiva, amargura, hostilidade, entre outras. A adaptação psicológica ao câncer, para Breidart (1995), é influenciada por quatro fatores principais: características específicas da doença (localização do tumor, estadió, prognóstico, sintomas, dor); reações ao tratamento (náusea, vômito, alopecia); dinâmica do paciente (personalidade, mecanismos de enfrentamento, situação atual de vida); contexto sócio-cultural (hábitos, crenças, suporte social).

Citero, Andreoli, Martins e Lourenço (2000) relatam que nesse começo do tratamento quase 50% das pessoas desenvolvem algum transtorno psiquiátrico, principalmente o de adaptação associado a sintomas de depressão e ansiedade, nesta fase inicial. As respostas das outras 50% são consideradas normais e esperadas ao diagnóstico, tais como: sintomas de irritabilidade, perda do apetite, dificuldades para dormir e para se

concentrar nas atividades diárias, os quais geralmente desaparecem, entre sete a 10 dias após a notícia.

Coenson e Dimsdale (1994) consideram esperada a alta incidência de transtornos psiquiátricos em Oncologia, pois estes convivem com a angústia, a dor, o desfiguramento, a dependência, o isolamento, o luto, a separação, as perdas e a morte, além de terem de suportar os efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia, as freqüentes internações hospitalares (muitas vezes resultando em intervenções inesperadas), os altos gastos e as mudanças que atingem também suas famílias e sua posição social.

Estudos de Psico-Oncologia utilizam os estágios emocionais da doença terminal (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação) propostos por Kübler-Ross (2005) como referência para a compreensão do tipo de enfrentamento que a pessoa com câncer poderá vivenciar nas diferentes fases do adoecimento. No início da doença, é comum que se passe pelo estágio da negação, em que a pessoa não acredita no diagnóstico, julga-o errado, em alguns casos abandona o tratamento e passa a agir como se ela não existisse (Peçanha, 2008).

Após esse estágio, vem a fase da raiva, caracterizada pela revolta, ressentimento, inconformismo e/ou inveja. Frequentemente, toda a raiva do paciente é projetada nos familiares e na equipe de saúde. O terceiro estágio é o da barganha, no qual a pessoa tenta negociar a solução para o sofrimento gerado pela doença. Nessa fase, o paciente tenta algum tipo de acordo que adie o desfecho inevitável, com promessas feitas a Deus. O quarto estágio é o da depressão, a qual pode se apresentar sob duas formas: depressão reativa (resposta de tristeza ao contexto da doença e sofrimento) e depressão preparatória (ligada à situação de morte, às perdas impostas pela cronicidade da doença). Em consequência disso, a pessoa pode entrar no próximo estágio, que é o da aceitação, no qual se conforma com o caráter permanente de uma doença e o desfecho (morte) que está por vir e para o qual se preparou (Peçanha, 2008).

Após o choque inicial da notícia do diagnóstico e do tratamento, muitos pacientes se adaptam a essa notícia, tendo o seu nível de *distress* reduzido e a capacidade de enfrentamento ampliada. Existem ainda aqueles que, por não aceitarem a doença ou por vivenciarem conflitos pessoais ou sociais importantes, permanecem com um elevado *distress* e não conseguem minimizar o impacto das transformações impostas pela notícia do câncer. Esse grupo, por manter-se na dor, intensifica o que poderia ser superado, como

por exemplo os efeitos colaterais da medicação, tornando-o algo ameaçador. Essa vivência no corpo sinaliza a existência da doença e faz, muitas vezes, com que o paciente entre em contato e concretize a idéia do diagnóstico, que foi dado por meio do discurso médico (Zabora & cols., 1997; Zecchin, 2004).

Quando o câncer entra em remissão, alguns pacientes se tornam hipocondríacos e hipervigilantes da saúde, qualquer sintoma é associado à volta do câncer. O medo da recidiva e o sentimento de vulnerabilidade continuam presentes nessa fase. Os pensamentos se tornam obsessivos e o *distress* pode aumentar com o tempo (Loscalzo & Brintzenhofeszoc, 1998).

Quando surge a recidiva, o paciente sente-se desencorajado a continuar lutando, os medos relacionados ao estigma do câncer voltam a massacrar os pensamentos. Nesse momento ele apresenta um alto *distress*. Esta é considerada uma das piores fases, mais do que a própria notícia do diagnóstico e tratamento (Zabora & cols., 1997). Loscalzo e Brintzenhofeszoc (1998) reportam que os sentimentos vivenciados na recidiva são similares aos da fase de diagnóstico, mas com uma diferença significativa, a perda da esperança de cura e do controle sobre a situação.

Quando a doença está em estágio avançado, a percepção de que o tratamento não está mais fazendo efeito aumenta o *distress*, o desespero e a ansiedade. O paciente tenta encontrar algum tratamento alternativo, tendo em vista que o tratamento tradicional não tem mais o que oferecer. Muitas vezes, ele se questiona em que momento errou ou falhou, e se isola, evitando contatos sociais para não falar sobre o assunto (Fitch, Osoba, Iscoe & Szalai, 1995)

Já na fase terminal, o indivíduo enfrenta um intenso sofrimento, decorrente da evolução da doença. Nesse período, o *distress* está associado ao medo da dor e da morte (Zabora & cols., 1997). São manifestações comuns nessa fase: ansiedade, depressão, medo, sentimento de perda do controle, o medo de ser abandonado ou de ficar sozinho, dependência física e psicológica, regressão, comportamento auto-destrutivo e resoluções de conflitos familiares. A família precisa ser informada quanto às mudanças físicas e deve ser envolvida no cuidado do paciente. As questões espirituais precisam ser consideradas (Loscalzo & Brintzenhofeszoc, 1998).

É necessário identificar o quanto antes os fatores emocionais envolvidos em cada situação para que a intervenção possa ser efetiva e adequada. Frequentemente, a equipe de

saúde não toma conhecimento de que estes conflitos estão acontecendo, percebendo apenas quando o paciente já está severamente deprimido, ansioso, com ideação suicida ou com graves conflitos familiares (Zabora & cols., 2001).

A interação da equipe de saúde é essencial no tratamento do paciente com câncer, pois permite que haja um *feedback* das intervenções clínicas realizadas e dos resultados alcançados. Paralelamente, disponibiliza ao corpo clínico dados específicos sobre o paciente e o estado psicológico em que se encontra, em tempo real e concomitante ao tratamento. Essa interação facilita as intervenções médicas necessárias ao longo do tratamento e minimiza transtornos e estados psicológicos que deterioram a qualidade de vida e dificultam o enfrentamento da doença e seu tratamento (Santos & Sebastiani, 2003; Zabora & cols., 2001).

Para a Psicologia, esses transtornos representam estados psicológicos intermediários entre a patologia e uma reação normal ao estresse. Dentre eles podemos destacar: transtornos de ajustamento, ansiedade, angústia, quadro depressivo, *delirium*, transtorno de personalidade, entre outros. Muitas vezes, o próprio tratamento do câncer é causador desses transtornos. O transplante de medula óssea, por exemplo, por ser um processo agressivo em que há o risco de morte iminente pela quimioterapia altamente tóxica, seguida de um longo período de isolamento, propicia uma eclosão de sintomas de *distress*. Todos esses quadros sugerem a necessidade de uma interação entre a equipe para que a capacidade do paciente em lidar com o câncer e suas emoções seja ampliada, resultando positivamente no manejo e controle de sintomas (Carlson & Bultz, 2003; Coenson & Dimsdale, 1994).

A associação entre câncer, quadros depressivos e outros transtornos de humor é freqüente e pode estar relacionada a uma pior evolução clínica e à queda da qualidade de vida dos pacientes (Graner, Cezar, Teng, 2008). Além do *distress*, que será tratado no item seguinte, dentre os principais transtornos vivenciados pelos pacientes, sobressaem-se:

- Transtorno de ajustamento – encontrado em 21% dos pacientes, é definido como uma reação ao estresse e está geralmente associado à ansiedade e/ou à depressão. A sintomatologia é variada, levando à sobreposição diagnóstica de outros distúrbios psiquiátricos, dificultando o diagnóstico (Akizuki, Yamawaki, Akechi, Nakano & Uchitomi, 2005).

- Ansiedade – freqüentemente determinada pelos temores, pelas dúvidas, fantasias e apreensões frente à vivência da doença e tratamento, podendo vir acompanhada por sintomas somáticos. Pode estar presente em todas as etapas da evolução da doença (prevenção, diagnóstico, tratamentos, exames de controle, recidiva, espera de novos tratamentos e terminalidade), diferentemente de outros transtornos psiquiátricos que apenas incidem em uma ou outra etapa de evolução da doença, como a depressão e o *delirium* (Carvalho V. A., 2008; Chiattonne, 2002). Derogatis e cols. (1983) constatam que a prevalência é de 44% de transtornos de ansiedade relacionados ao eixo 1 do DSM-III (58% com transtorno de adaptação, 21% com sintomas de ansiedade, 2% com transtorno de ansiedade, 6% com transtorno de adaptação com humor ansioso e 13% com transtorno de adaptação com características emocionais mistas).
- Depressão – caracterizada pelas reações de desesperança, apatia, isolamento, prostração, falta de interesse e prazer nas atividades desenvolvidas, astenia e impotência frente ao diagnóstico, à evolução da doença e ao próprio tratamento; persiste por pelo menos duas semanas, interferindo no funcionamento normal do paciente. A média de prevalência nos estudos com população internada é de 25%. Alguns tipos de câncer estão mais associados à depressão, tais como: câncer orofaríngeo (22-57%), pancreático (33-50%), de mama (1,5-46%) e cabeça e pescoço (11-44%). Menor incidência ocorre em câncer de cólon (13-25%), ginecológico (12-23%) e em linfoma (8-19%) (Chiattonne, 2002; Massie, 2004, Werebe, 2000).

2.1. *Distress*: definição e relevância em Oncologia

Em decorrência dos mitos relacionados ao câncer, da popularidade e abrangência do termo estresse e do sentido atribuído aos transtornos psiquiátricos, alguns cientistas de Oncologia encontraram no termo *distress* uma boa forma de se referir ao estresse vivenciado pelo paciente que recebe esse diagnóstico. A *National Comprehensive Cancer Network* - NCCN (2007), inclusive, justifica a escolha dessa expressão por caracterizar bem determinados aspectos psicossociais do paciente durante o tratamento de câncer, por ser pouco estigmatizado e por ser mais aceita que outras.

O *distress* é definido como uma “experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica, social e/ou espiritual, que pode interferir na habilidade de lidar efetivamente com o câncer, os sintomas físicos e o tratamento” (National Comprehensive Cancer Network, 2007, p. DIS-2).

É considerado como uma resposta natural de uma pessoa que vivencia o câncer e seu tratamento, caracterizando-se, por exemplo, por uma variação constante de humor (ex.: tristeza pela perda da saúde, medo do futuro, preocupações). Mas, também, abrange evoluções mais graves que podem conduzir a um distúrbio psiquiátrico, como a depressão maior e o distúrbio de ansiedade generalizada (National Comprehensive Cancer Network, 2007).

As causas apontadas para a existência do *distress* são: a angústia gerada pelo diagnóstico de câncer, o sofrimento imposto pelo tratamento, a dor física e, por outro lado, as dúvidas sobre o futuro, a sobrevivência e a qualidade de vida. Verifica-se que a maior parte do *distress* está associada ao medo da morte e à tristeza pela perda da saúde e seus reflexos. Não existe um único fator predominante que seja responsável pelo desencadeamento ou agravamento deste sintoma, mas sim um conjunto de variáveis que influenciam nesse processo (National Comprehensive Cancer Network, 2007).

Alguns distúrbios metabólicos, nutricionais, endócrinos ou neurológicos, decorrentes da própria doença e do tratamento, produzem sintomas que podem ser confundidos com alterações emocionais que caracterizam o *distress*, como por exemplo, as substâncias que estão associadas à depressão – vincristina, vinblastina, procarbazina, L-asparaginase, anfotericina B, interferon, prednisona, dexametasona (Massie & Holland, 1990).

Para Bukberg, Penman e Holland (1984), dentre os sintomas somáticos do *distress*, destaca-se a insônia, a qual precisa ser mais investigada em trabalhos futuros. Akechi e cols. (2003) acrescentam que a dificuldade de concentração nas atividades diárias também deve ser examinada.

Diversas pesquisas apontam para uma alta incidência de *distress* na população mundial com câncer, presente ao longo de todas as etapas do adoecimento: período de diagnóstico, início e fim do tratamento, progressão da doença, recidiva e cuidados paliativos. Na América do Norte, a incidência é de 35 a 45% (Carlson & Bultz, 2003; Carlson & cols., 2004; Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker & Piantadosi, 2001),

sendo que, nos pacientes em cuidados paliativos, esse índice é superior a 58% (Potash e Breitbart, 2002). Na Jordânia, a incidência é de 70% (Khatib, Salhi & Awad, 2004).

Foi observado um resultado semelhante ao obtido na América do Norte em alguns países da Europa (Dolbeault & cols., 2003; Gil, Travado, Tomamichel & Grassi, 2003; Mehnert, 2004), no Oriente Médio (Isikhan & cols., 2001; Montazeri, Sajadian, Fateh, Haji-Mahmoodi & Ebrahimi, 2004; Sadeh-Tassa, Yagil & Stadler, 2004), na América do Sul (Santos, 2004) e na Ásia (Fielding, Lam & Ho, 2004; Shimizu, Akechi, Okamura, Akizuki & Uchitomi, 2004).

Tais evidências reforçam a necessidade de promover uma atuação profissional preventiva em Oncologia (Zabora & cols., 2001). O manejo efetivo das conseqüências psicológicas do enfrentamento do câncer deve se tornar prioridade para os serviços de saúde (Carlson & Speca, 2007). Nesse contexto, periódicos especializados, como *Psycho-Oncology* e o *Journal of Clinical Oncology*, consideram o *distress* como o sexto sinal vital no cuidado do câncer, seguido de temperatura, respiração, pressão arterial, batimento cardíaco e dor (Bultz & Carlson, 2006). Opinião similar é compartilhada pela *Lancet* editorial, ao recomendar que o *distress* seja tratado como um elemento crítico no cuidado do câncer, devendo ser mensurado em intervalos apropriados, como é feito com os outros sinais vitais (Halteren, Bongaerts & Wagener, 2004).

2.2. Avaliação de *distress*

A alta incidência de *distress* nos pacientes oncológicos trouxe inquietação para as instituições de tratamento de câncer, que começaram a propor estratégias de orientação, avaliação e intervenção. Embora a intervenção psicológica seja efetiva, observou-se a necessidade da estruturação de um programa que identifique os pacientes com risco elevado de desenvolver um transtorno psiquiátrico decorrente do diagnóstico de câncer, em busca de uma atuação preventiva, rápida e efetiva (Zabora & cols., 2001).

A *Canadian Association of Psychosocial Oncology* (Associação Canadense de Psico-Oncologia) publicou, em 1999, um livro que estrutura programas psicossociais em oncologia, padroniza as práticas clínicas, profissionais e organizacionais e também ressalta a necessidade de se avaliar sistematicamente pacientes e familiares, utilizando-se ferramentas simples e pré-estabelecidas. Desde então, as recomendações veiculadas foram adotadas por diversas instituições canadenses, tais como: *Canadian Cancer Society*,

Canadian Council on Health Services Accreditations e Canadian Association of Provincial Cancer Agencies (Carlson & Bultz, 2003; Carlson & cols., 2004; Holland, 1999).

Em 1997, a NCCN e a *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) propuseram um método para diagnosticar e tratar o *distress* (disponível em: <http://www.nccn.org/physician-gls/index.html>) denominado '*Distress Management*' (Manejo do *Distress*). Esse protocolo foi elaborado por profissionais de diversas áreas relacionadas ao cuidado em câncer e, de forma objetiva, estabeleceu uma definição clara para o termo e determinou as causas e os sintomas, sugerindo formas de avaliação e de intervenção (Carlson & Bultz, 2003; Carlson & cols., 2004).

As informações descritas nesse protocolo foram organizadas em um formato semelhante ao dos outros guias de práticas clínicas para tratamento de tumores (abordando sintomas de dor, náusea e vômito, por exemplo), com o intuito de torná-las acessíveis, compreensíveis e familiares para os oncologistas e demais profissionais da área (American Psychosocial Oncology Society, 2006).

O objetivo deste instrumento é o de oferecer um método de diagnóstico diferencial em busca de uma atuação preventiva na redução ou eliminação de possíveis transtornos psiquiátricos, facilitando a rotina clínica do cuidado em câncer. Tendo em vista que apenas 5% dos pacientes solicitam ajuda, alegando a falta de espaço para falar, questionar e discutir sobre o seu tratamento e para manifestar questões emocionais (American Psychosocial Oncology Society, 2006). De acordo com a NCCN (2007), algumas normas para o manejo efetivo do *distress* devem ser seguidas para que se alcance um bom resultado, tais como:

- o *distress* deve ser reconhecido, monitorado, documentado e imediatamente tratado em todas as etapas da doença;
- todos os pacientes devem ser avaliados quanto ao *distress* em sua visita inicial, em intervalos apropriados e nas indicações clínicas, especialmente nas mudanças de estadio da doença (remissão, recidiva e progressão);
- a avaliação deve identificar o nível e a natureza do *distress*;
- os aspectos psicológicos do câncer devem ser disponibilizados para a equipe de saúde;
- pacientes, familiares e equipe de treinamento devem ser informados que o manejo do *distress* é parte integrante do tratamento;

- o manejo do *distress* deve ser incluído nas pesquisas de qualidade da instituição a fim de verificar as melhoras observadas.

O seguimento desse protocolo favorece ao paciente um espaço onde ele possa expressar seus sentimentos, os quais serão avaliados e trabalhados. A ferramenta de avaliação, denominada *Distress Thermometer* (Termômetro de *Distress* - TD), proposta por esse protocolo, é simples e de fácil análise. Tem o objetivo de identificar o nível de *distress* e suas possíveis causas no período referente à semana anterior, incluindo o dia em que essa avaliação está acontecendo. Na mesma página, como ilustra a Figura 1, estão apresentados dois instrumentos, um que analisa o nível de *distress* (TD) e um outro que identifica suas possíveis causas – Lista de Problemas (National Comprehensive Cancer Network, 2007).

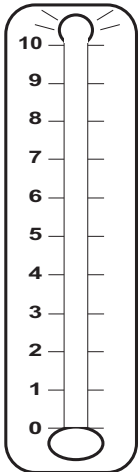
NCCN [®] Practice Guidelines in Oncology – v.1.2007		Distress Management		Guidelines Index
				Distress Management TOC
				MS. References
SCREENING TOOLS FOR MEASURING DISTRESS				
<p>Instructions: First please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.</p>				
<p>Extreme distress</p>  <p>No distress</p>		<p>Second, please indicate if any of the following has been a problem for you in the past week including today. Be sure to check YES or NO for each.</p>		
		<p>YES NO Practical Problems</p>		<p>YES NO Physical Problems</p>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Housing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insurance/financial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transportation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Work/school		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Appearance <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bathing/dressing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Breathing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Changes in urination <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eating <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Feeling Swollen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fevers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Getting around <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indigestion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Memory/concentration <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mouth sores <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nose dry/congested <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Skin dry/itchy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sleep <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tingling in hands/feet
		<p>Family Problems</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dealing with children <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dealing with partner		
		<p>Emotional Problems</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fears <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervousness <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sadness <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Worry <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Loss of interest in usual activities		
		<p>Spiritual/religious concerns</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<p>Other Problems: _____</p> <p>_____</p>		

Figura 1. Termômetro de *Distress* (National Comprehensive Cancer Network, 2007, p. DIS - A).

A elaboração do TD corresponde a alguns pontos considerados importantes na literatura para a confecção de uma escala eficiente: a escala não deve conter sintomas somáticos, para que não ocorra sobreposição com os sintomas da doença oncológica; deve

ser breve, para que não deixe o paciente exausto ou angustiado, considerando o estado de exaustão que já é proporcionado pela doença; não deve ser estigmatizante, a fim de não trazer dificuldades para o uso do profissional e não ser recusada pelo paciente; deve ser de simples pontuação e manuseio, para propiciar aplicabilidade aos profissionais não especializados em saúde mental (Akizuki & cols., 2005).

2.3. Instrumentos de avaliação

Na literatura especializada são mencionados vários instrumentos, que são utilizados, para avaliar o *distress* em pacientes com câncer. Carlson e Bultz (2003) citam alguns destes:

- *Beck Depression Inventory* (BDI): composto por 21 itens, é usado freqüentemente para avaliar sintomas de depressão, somáticos e cognitivos. A média de tempo para ser respondido é de 13,5 minutos (Beck, Ward & Mendelson, 1961).
- *Brief Symptom Inventory* (BSI): consta de 53 itens e dura cerca de sete minutos para ser preenchida. Avalia possíveis transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade e somatização), estimando os sintomas e a intensidade. Específico para a área de saúde, pode ser aplicado por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Sua versão abreviada (BSI-18) tem uma boa correlação com a anterior, facilitando a avaliação (Derogatis, 2001; Derogatis & Melisaratos, 1983).
- *General Hospital Questionnaire* (GHQ): leva cerca de cinco a 10 minutos para ser respondido. É solicitado que o paciente compare o seu estado atual com o seu funcionamento normal (Goldberg, 1978).
- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD): escala adaptada e validada no Brasil com o nome de Escala de Ansiedade e Depressão. Consta de 14 itens, os quais são respondidos em aproximadamente sete minutos. Essa escala avalia tanto a ansiedade e a depressão quanto o *distress*. Frequentemente, é usado para validar outras medidas de *distress* (Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr. & Pereira, 1995; Zigmond & Snaith, 1983).
- *Profile of Mood States* (POMS): teste composto por seis subescalas de humor, que avaliam: tensão, depressão, raiva, vigor, fadiga, depressão e confusão mental. Requer cerca de 15 minutos para ser respondido e é muito usado na Psico-Oncologia (McNair, Lorr & Droppleman, 1971).

- *Short Form General Health Survey* (SF-36): reúne 36 itens dispostos em oito subescalas. Pode ser respondido em aproximadamente 10 minutos. Foi desenvolvido para ser usado na área de saúde e avalia oito conceitos: 1) limitações em atividades físicas decorrentes de problemas de saúde; 2) limitações em atividades sociais por causa de problemas físicos ou emocionais; 3) limitações em atividades habituais devido a problemas de saúde; 4) dor; 5) saúde mental e bem-estar; 6) limitações em atividades habituais por causa de problemas emocionais; 7) vitalidade (energia e fadiga); 8) percepção geral de saúde. Normalmente, é mais usado para avaliar a qualidade de vida (Stewart, Hays & Ware, 1988).

Chama atenção igualmente que uma revisão cuidadosa da literatura desta autora, revela trabalhos de validação do TD que associam-no ao BSI-18 e/ou ao HAD em razão da proximidade e acurácia obtida entre os resultados. De fato, Akizuki e cols. (2005), ao comparar esses três instrumentos, observaram um resultado semelhante quanto à sensibilidade e especificidade dos dados obtidos nas pesquisas.

Dentre os países em que o TD já foi validado, encontram-se: Estados Unidos e Canadá (Jacobsen & cols., 2004), Japão (Akizuki & cols., 2003), Coréia do Sul (Shim, Shin, Jeon & Hahm, 2007), Irã (Montazeri, Vahdaninia, Ebrahimi & Jarvandi, 2006), Jordânia (Khatib, Salhi & Awad, 2004), Índia (Thekkumpurath, Narayanan & Kumar, 2006), Turquia (Özalp, Cankurtaran, Soygür, Geyik & Jacobsen, 2007), França (Dolbeault & cols., 2003), Hungria (Muszbek & cols., 2006), Sul da Europa – Itália, Portugal, Espanha e Suíça (Gil, Grassi, Travado, Tomamichel & Gonzalez, 2005) e América do Sul – Argentina e Uruguai (Ferro, Piriz, Di Pretoro & Cesarco, 2004).

No Brasil, não há evidência de que o protocolo proposto pela NCCN esteja inserido na rotina da Oncologia de algum centro ou hospital.

2.4. Distress como objeto de estudo

Um levantamento das pesquisas sobre *distress*, publicadas no periódico *Psycho-Oncology* nos últimos 10 anos (janeiro de 1997 a setembro de 2008), fornece um panorama dos principais temas abordados:

- *distress* em câncer, aspectos gerais (N = 10): Kristeller, Zumbun & Schilling, 1999; Salander, 2000; Hoffman, Zevon, D'Arrigo & Cecchini, 2004; Bultz & Carlson, 2006; Pandey, Thomas, Ramdas & NandaMohan, 2006; Özalp, CanKurtaran, Soyür,

- Geyik & Jacobsen, 2007; Merckaert & cols., 2008; Okuyama & cols., 2008; Gessler & cols., 2008; Shim, Shin, Jeon & Hahm, 2008;
- incidência de *distress* por tipos de câncer (N = 10): **vários diagnósticos** (Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, Piantadosi, 2001), **mama** (Decruyenaere, Evers-Kiebooms, Welkenhuysen, Denayer & Claes, 2000; Segrin, Badger, Dorros, Meek & Lopez, 2007; Henderson & cols., 2008), **pulmão** (Cooley, Short & Moriarty, 2003; Akechi & cols., 2006; Turner, Muers, Haward & Mulley, 2007), **próstata** (Breitbart, Cull & Greenberg, 1997), **cabeça e pescoço** (Pandey & cols., 2007) **cérebro** (Keir, Calhoun-Eagan, Swartz, Saleh & Friedman, 2008);
 - presença de *distress* ao longo do tratamento (N = 11): **recém diagnosticado** (Sellick & Edwardson, 2007), **etapa final do tratamento** (Stiegelis & cols., 2004; Ranson, Jacobsen & Booth-Jones, 2006; Lam, Chan, Wika & Fielding, 2007), **sobreviventes** (Somerfield, Stefanek, Smith & Padberg, 1999; Deimling, Kahana, Bowman & Schaefer, 2002; Deimling, Bowman, Sterns, Wagner & Kahana, 2006; Wiener & cols., 2006; Recklitis, Licht, Ford, Oeffinger & Diller, 2007; Rusiewicz & cols., 2008), **fim da vida** (McLean & Jones, 2007);
 - *distress* e enfrentamento (N = 5): Culver, Arena, Antoni & Carver, 2002; Baider, Goldzweig, Ever-Hadani & Peretz, 2006; Sheehan, Sherman, Lam & Boyages, 2007; Pieterse & cols., 2007; Gilbar & Zuzman, 2007;
 - *distress* e qualidade de vida (N = 6): Hagedoorn, Buunk, Kuijer, Wobbes & Sauderman, 2000; Trask & cols., 2001; Trask, Paterson, Fardig & Smith, 2003; Kuijer, Buunk, Jong, Ybema & Sanderman, 2004; Sarenmalm, Öhlén, Odén & Gaston-Johansson, 2008; Smith & cols., 2008;
 - programas e técnicas de diagnóstico e redução de *distress* (N = 6): **programas de orientação** (McQuellon & cols., 1998), **suporte psicológico** (Söllner, Maislinger, König, DeVries & Lukas, 2004; Greer, 2008), **métodos de avaliação** (Smith & cols., 2007; Mitchell, Kaar, Coggan & Herdman, 2008; Hegel & cols., 2008);
 - *distress* em adolescentes com câncer (N = 1): Harris & Zakowski, 2003;
 - *distress* em familiares (N = 5): **familiares** (Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskipara & Hietanen, 2007), **esposo(a)** (Gilbar, 1999; Hinnen, Hagedoorn, Sanderman & Ranchor, 2007), **pessoas saudáveis com risco genético** (Kim, DuHamel,

Valdimarsdottir & Boubjerg, 2005; Rini, Jandorf, Valdimarsdottir, Brown & Itzkowitz, 2008).

A seguir, a Figura 2 ilustra a distribuição destes temas, o que pode indicar as tendências mais atuais da agenda internacional de pesquisas sobre *distress*.

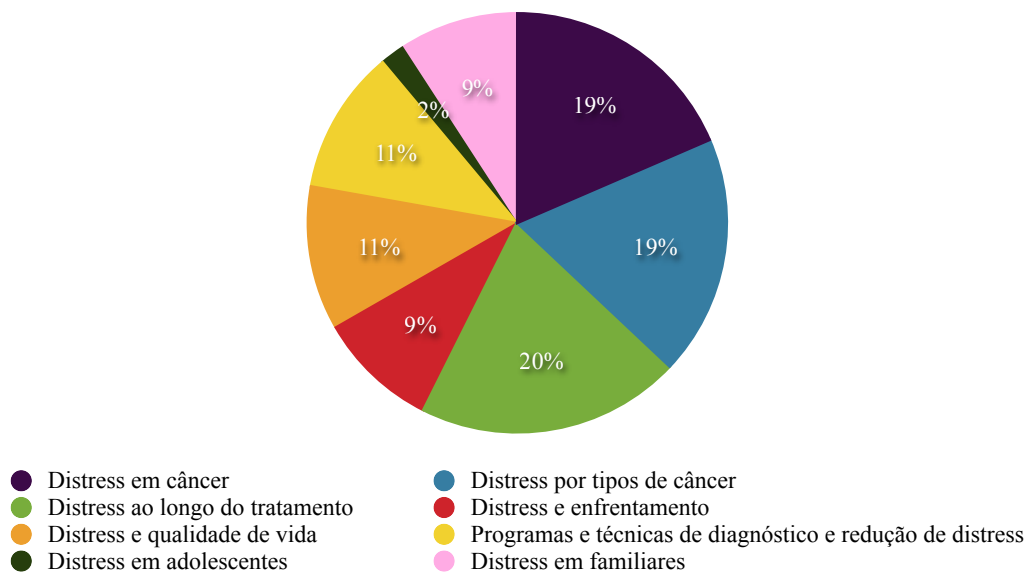


Figura 2. Frequência dos temas de artigos publicados sobre *distress*.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

Neste capítulo, serão apresentados os objetivos estipulados para a investigação realizada, a qual se norteou pela experiência profissional e acadêmica da psicóloga-pesquisadora.

3. Objetivo Geral

Subsidiar ações de intervenção e prevenção junto a pacientes com câncer, contribuindo para melhor fundamentar a adoção de medidas de avaliação de *distress* em unidades de tratamento oncológico.

3.1. Objetivos específicos

- Conhecer e compreender a percepção dos participantes sobre o conceito de câncer, reação ao diagnóstico e ao início do tratamento, aspectos da história de vida; bem como o conceito de estresse, formas habituais de reconhecimento e reação frente a situações estressoras;
- avaliar a eficácia clínica e propriedades psicométricas do Termômetro de *Distress* (TD) como medida de *distress*;
- validar o Termômetro de *Distress* (TD) como instrumento para avaliação diagnóstica de *distress* em paciente oncológicos;
- avaliar a incidência de *distress* ao longo das etapas (início, meio e fim) do tratamento quimioterápico;
- relacionar a ansiedade e depressão por meio da Escala de Ansiedade e Depressão (HAD), com o nível de *distress* entre os pacientes oncológicos avaliados pelo TD;
- identificar as fases do estresse de acordo com a classificação de estágios de estresse do modelo quadrifásico do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), relacionando-o com o nível de *distress*.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

Nesse capítulo, serão apresentados os aspectos metodológicos e éticos da pesquisa. Para tanto, serão descritos: o contexto da investigação, os critérios de seleção da amostra e os procedimentos de coleta e análise dos dados, bem como, os procedimentos de adaptação e validação do Termômetro de *Distress*.

4.1. Local

A pesquisa foi realizada em um centro privado, com ampla cobertura de convênios (plano de saúde), especializado em câncer do Distrito Federal, Centro de Câncer de Brasília (CETTRO), em atividade há 13 anos. Foi criado com o objetivo de prestar assistência de excelência técnica e humana ao paciente com câncer em todas as etapas, oferecendo um tratamento individualizado e diferenciado, visando uma abordagem interdisciplinar. A instituição conta com uma equipe multiprofissional, composta por: a) médicos clínicos: quatro oncologistas e cinco hematologistas; b) cirurgiões: quatro oncológicos, um de cabeça e pescoço, dois mastologista e dois plásticos; c) um geneticista; d) um psicólogo; e) um nutricionista; f) um dentista e estomatologista; g) um enfermeiros e três técnicos; h) um farmacêutico. Esta equipe de base conta com o suporte técnico de outras equipes e especialidades, como por exemplo a fisioterapia.

A pesquisadora é a psicóloga responsável pelo serviço de psico-oncologia do CETTRO e realiza atendimento: a) individualizado aos pacientes que iniciam o tratamento quimioterápico (Acolhimento); b) em nível ambulatorial aos pacientes que estão recebendo a medicação; c) aos pacientes internados nos hospitais conveniados ao CETTRO; d) clínico para aqueles pacientes interessados em fazer psicoterapia; e) visita domiciliar, quando solicitada pelo paciente; f) apoio aos pacientes na alta e aos familiares no pós-óbito. Além das atividades voltadas ao paciente e aos familiares, a psicóloga participa de reuniões científicas, onde também são discutidos os casos com a equipe.

Vale ressaltar que a condição de integrante da instituição contribui para o acesso rápido e fácil aos participantes da pesquisa, bem como às informações relacionadas à clientela. Pode-se dizer também que o fato de a pesquisadora fazer parte da instituição minimizou o efeito intrusivo sobre os participantes da pesquisa.

4.2. Caracterização da amostra

Para composição da amostra, tomou-se por base a estimativa mensal de pacientes (média = 10) que iniciam quimioterapia no CETTRO. No total, entre o período de julho de 2007 a abril de 2008, participaram da investigação 100 pacientes adultos, que foram acompanhados e avaliados pela psicóloga responsável do serviço, em três etapas: início (N = 100), meio (N = 88) e fim do tratamento (N = 77). A coleta de dados foi finalizada em setembro de 2008, quando todas as três etapas de avaliação foram concluídas.

Destes 100 participantes, 39% eram do sexo masculino e 61% do feminino, com idade entre 17 e 86 anos (M = 55 anos), sendo 64% casados, 16% solteiros, 11% viúvos e 9% divorciados. O grau de escolaridade variou entre nenhum (analfabeto) e pós-graduado: 7% analfabetos, 3% com ensino fundamental incompleto, 9% com fundamental completo, 4% médio incompleto, 8% médio completo, 19% superior incompleto, 18% superior completo e 32% pós-graduados.

Quanto às categorias diagnósticas gerais de câncer, foi verificada a seguinte distribuição: linfoma (22%), mama (21%), intestino (13%), colo de útero (8%), fígado (5%), leucemia (5%), ovário (4%), pâncreas (4%), pulmão (4%), mieloma (3%), estômago (2%), rim (2%), cabeça e pescoço (2%), desmóide (1%), melanoma (1%), próstata (1%), sarcoma (1%) e uretra (1%).

4.3. Critérios de inclusão

- Pacientes que iniciaram tratamento quimioterápico, no período de julho de 2007 a abril de 2008;
- pacientes que aceitaram participar do estudo, assinando ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

4.4. Critérios de exclusão

- Recusa em participar da pesquisa;
- pacientes que iniciaram tratamento em outro serviço;
- pacientes estrangeiros que não se expressaram fluentemente em português;
- pacientes que estavam em fase terminal;
- pacientes com déficit cognitivo.

4.5. Instrumentos

- Avaliação Psicológica (Anexo B): instrumento que faz parte da rotina de atendimento da psicóloga pesquisadora no CETTRO. Corresponde a uma entrevista estruturada, abordando questões acerca do diagnóstico (primeiros sintomas, conceito da doença e reação ao diagnóstico), tratamento (quimioterapia, cirurgia, radioterapia, percepção e duração), fatos marcantes da vida do paciente que antecederam ao diagnóstico, mudanças decorrentes do câncer e história de vida.
- Entrevista Estruturada sobre Estresse (Anexo C): composta por sete questões referentes ao entendimento do paciente sobre o estresse (conceito, identificação, reação, apoio social, recursos de enfrentamento e exemplos de situações estressantes).
- Termômetro de *Distress* - TD (Anexo D): proposto pela *National Comprehensive Cancer Network* (2007). Esta ferramenta de diagnóstico apresenta a figura de um termômetro que avalia o nível de *distress*, parte de 0 (zero) - sem *distress*, até 10 (dez) - *distress* extremo. Este instrumento também compreende uma Lista de Problemas com 35 itens, que busca identificar as possíveis causas do *distress*, mesmo que estas não estejam relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento de câncer. Ao paciente, solicita-se que responda aos itens, baseando-se em como se sentiu durante a **última semana**.
- Escala de Ansiedade e Depressão - HAD (Anexo E): traduzida e validada no Brasil por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr. e Pereira (1995) (versão 1.0 em português, 1995). Esta escala destina-se a detectar graus leves de transtorno afetivo em contexto não psiquiátrico. Propõe duas subescalas, com sete questões cada, do tipo múltipla escolha, para medir ansiedade e depressão. A pontuação global de cada escala varia de 0 a 21, sendo o escore indicativo de ansiedade igual ou maior a oito e de depressão igual ou superior a nove. Solicita-se ao paciente que responda aos itens baseando-se em como se sentiu durante a **última semana**. Quando destinada a avaliar *distress*, considera-se a HAD uma única escala, com pontuação entre 0 a 42, tendo como escore indicativo de *distress* o valor maior ou igual a 15 (Jacobsen & cols., 2005).
- Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp - ISSL (Anexo F) (versão 2.0, validado em 1994 e padronizado em 2000): reúne três quadros referentes às

fases do estresse. No primeiro quadro (fase de alerta), são listados 15 sintomas (12 físicos e três psicológicos), a serem assinalados aqueles experimentados nas **últimas 24 horas**. O segundo quadro (fase de resistência e quase-exaustão) compreende 10 sintomas físicos e cinco psicológicos, em que o respondente irá assinalar aqueles experimentados na **última semana**. No terceiro quadro (exaustão), com 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, o respondente irá assinalar aqueles sentidos no **último mês** (Lipp, 2000).

4.6. Procedimentos de coleta de dados

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UnB (Anexo G). Todos os participantes foram contatados pessoalmente pela pesquisadora (psicóloga do serviço) e informados sobre os objetivos e metodologia da investigação, organizada em três etapas (início, meio e fim do tratamento). Todos os pacientes convidados concordaram em participar, dando o seu consentimento por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No primeiro dia de quimioterapia o participante foi informado que uma pesquisa sobre o *distress* em pacientes com câncer estava sendo conduzida e que a pesquisadora desejava convidá-lo a participar. Após o aceite do convite, o paciente foi conduzido para um consultório, onde recebeu informações acerca da natureza da pesquisa e das três etapas de avaliação. A primeira etapa ocorreu nesse mesmo dia. Cada participante respondeu a Avaliação Psicológica, a Entrevista Estruturada sobre Estresse, o TD, a Escala HAD e o ISSL, nessa ordem.

Junto ao médico assistente, determinou-se o período correspondente ao meio e fim do tratamento para cada protocolo de quimioterapia. Na segunda etapa (meio da quimioterapia) e na terceira etapa (fim), o participante era novamente contatado e durante a sessão de quimioterapia respondia ao TD, HAD e ISSL.

As entrevistas e o acompanhamento dos participantes durante todo o tratamento foi realizado pela própria pesquisadora e psicóloga da instituição. Esse procedimento seguiu-se uma rotina já implantada no CETTRO, em que a psicóloga acompanha o paciente em todas as fases do adoecimento.

4.7. Procedimentos de análise dos dados

4.7.1. Avaliação Psicológica e Entrevista Estruturada sobre Estresse

Os dados da avaliação psicológica e da entrevista estruturada sobre estresse foram transcritos e analisados segundo o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (1977).

A análise dos dados sócio-demográficos, obtidos na Avaliação Psicológica, foi feita por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 15.0).

Com o objetivo de complementar e aprofundar a análise de conteúdo da Avaliação Psicológica e da Entrevista Estruturada sobre Estresse, foi realizado um segundo exame com o auxílio de um *software* de análise quantitativa do discurso conhecido como ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*). Este programa realiza a análise automática dos dados textuais e fornece uma classificação estatística de enunciados em função da distribuição de palavras em seu interior, a fim de detectar aquelas que lhes são mais comuns, permitindo descobrir a informação essencial do texto. Em linhas gerais, o ALCESTE considera cada uma das variáveis propostas como variáveis independentes e estabelece sua relação com uma determinada classe de palavras associadas entre si por proximidade e frequência (Ribeiro, 2000a e 2000b).

As entrevistas foram organizadas e formatadas num padrão especial de texto para serem submetidas ao ALCESTE. Cabe explicitar que a análise feita pelo *software* consiste em descobrir o sentido das classes de palavras e nomeá-las como uma categoria temática que apresente coerência com as palavras e unidades de contexto. Dessa maneira, as classes de palavras serão chamadas aqui de categorias e as unidades de contexto, exemplos de sua constituição (Ribeiro, 2000a e 2000b).

4.7.2. Avaliação dos resultados obtidos no Termômetro de *Distress*, na Escala de Ansiedade e Depressão e no Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp

O TD foi corrigido de acordo com as instruções definidas pelo protocolo *Distress Management* da NCCN (2007), segundo o qual, indica o escore igual ou acima de quatro, um nível significativo de *distress* e o escore abaixo de quatro, *distress* leve. Quanto à Lista de Problemas, foi contabilizada a quantidade de problemas informados pelo participante e identificados os mais prevalentes.

A tradução do *Distress Thermometer* para o idioma português – Termômetro de *Distress* (TD) – foi autorizada pelos seus autores Jimmie C. Holland e Andrew Roth, executada por uma doutora em Literatura Comparada e revisada por uma auxiliar de tradutor juramentado. Em seguida, também foi feita a tradução reversa. A avaliação semântica foi desenvolvida para verificar a clareza dos itens e a compreensão do instrumento foi testada em um estudo piloto com dez participantes. Não houve dificuldade de entendimento e a redação não precisou ser modificada. Vale esclarecer que foi necessário acrescentar a categoria ‘*não se aplica*’ à Lista de Problemas para aqueles casos em que ‘*sim*’ e ‘*não*’ não correspondem à realidade (ex.: filhos ou companheiro), sendo que na versão original, as únicas possibilidades de resposta a serem assinaladas são ‘*sim*’ e ‘*não*’.

Após os procedimentos de adaptação do instrumento, o TD foi validado de acordo com os critérios definidos em *American Psychosocial Oncology Society* (2006). Foi usado o cálculo da correlação de *Pearson* para medir a consistência e confiabilidade interna entre as escalas (HAD e TD).

A análise da curva (ROC) foi conduzida para identificar o escore ideal para presença ou ausência de *distress* no TD, ou seja, o ponto de maior sensibilidade e especificidade deste instrumento. A curva ROC estabelece um escore relevante, avaliando a sensibilidade e a especificidade do TD em comparação com um instrumento já estabelecido para avaliação de *distress*, como a HAD. A curva ROC é uma representação gráfica do encontro entre a sensibilidade (valor preditivo positivo) e a especificidade (valor preditivo negativo) para qualquer possibilidade de escore no TD. A área acima da curva (AUC) provê uma estimativa precisa no TD relativa ao valor de corte estabelecido na HAD.

A análise da escala HAD compreendeu a avaliação do *distress*, seguindo os critérios previstos por Jacobsen e cols. (2005) e na avaliação da ansiedade e depressão, de acordo com Botega e cols. (1995).

O manual do ISSL apresenta os seguintes passos para avaliação dos resultados: no primeiro quadro, se o escore bruto for maior ou igual a seis, o estresse medido corresponde à fase alerta. No segundo quadro, se o escore bruto for entre quatro e nove, identifica-se a fase de resistência e, caso o escore esteja entre 10 e 15, a fase de quase-exaustão. No

terceiro quadro, se o escore bruto for maior do que oito, a pessoa avaliada encontra-se em fase de exaustão.

De forma a complementar a discussão dos resultados do ISSL, foram descritos os protocolos de quimioterapia usados pelos participantes deste estudo e os efeitos colaterais correspondentes (Anexo H), no intuito de identificar possíveis sintomas que pudessem favorecer resultados falso positivo de estresse.

A análise quantitativa dos dados obtidos nestes instrumentos foi feita com o auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 15.0)*.

Comparou-se a incidência de *distress* obtida com os instrumentos Termômetro de *Distress*, Escala e Ansiedade e Depressão e Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, verificando a relação existente entre eles.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Inicialmente, este capítulo reporta as análises de conteúdo feitas a partir dos relatos obtidos com a Avaliação Psicológica e a Entrevista Estruturada sobre Estresse, desenvolvidas no primeiro dia de quimioterapia. Em seguida, apresentam-se os resultados obtidos com o Termômetro de *Distress*, a Escala de Ansiedade e Depressão e o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, coletados nas três etapas de tratamento, a saber: início, meio e fim da quimioterapia.

5.1. Avaliação Psicológica

A Avaliação Psicológica possibilitou uma aproximação do pesquisador com o participante (Pct.), com a sua história e com as percepções, medos e angústias relacionados ao diagnóstico de câncer e início do tratamento quimioterápico, enriquecendo os dados obtidos com os demais instrumentos.

Inicialmente, os participantes foram questionados sobre a história clínica, ambos (100%) relataram os sintomas que precederam ao diagnóstico, os exames e procedimentos submetidos para definição do diagnóstico, as primeiras conversas com o oncologista e início da relação médico-paciente.

Quanto à reação ao diagnóstico: 40% dos participantes ficaram assustados, preocupados e com medo; 24% entraram em desespero, em estado de choque; 16% assumiram uma postura pessimista, esperando o pior; 10% ficaram inconformados; 7% demonstraram indiferença e conformidade; 3% ficaram frustrados ao receberem a notícia de que o câncer voltou (ver Figura 3).

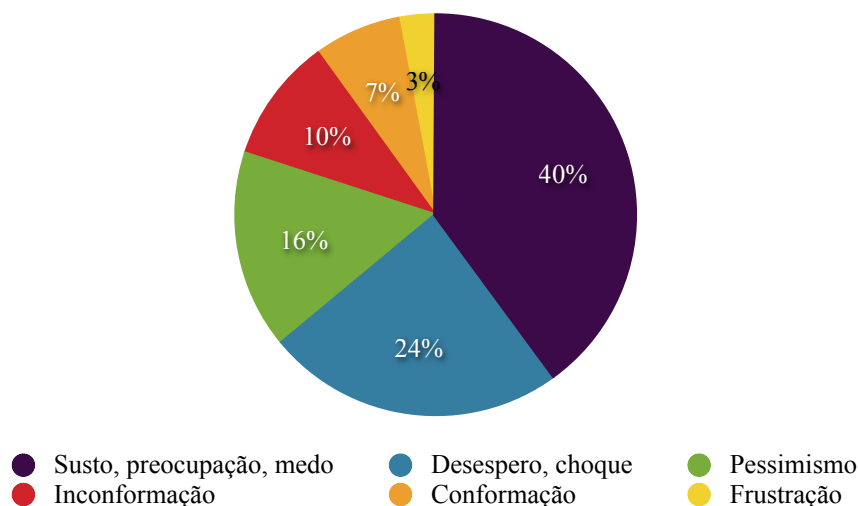


Figura 3. Frequência das categorias de reação ao diagnóstico.

A maior parte dos participantes (88%) conceituou o câncer como uma doença grave e fatal, para 9% como uma doença grave, mas tratável e para 3% como uma outra qualquer (ver Figura 4).

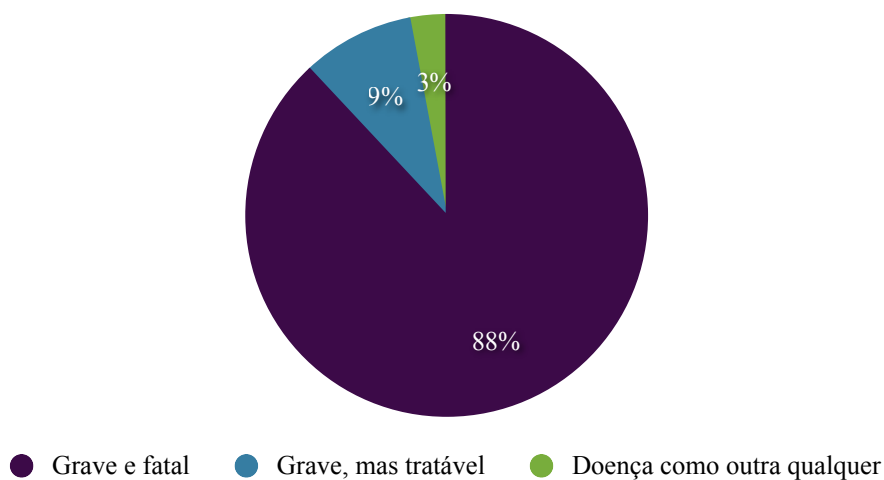


Figura 4. Frequência das categorias de conceito de câncer

Dentre as percepções iniciais da quimioterapia, relatadas pelos participantes, ilustradas na Figura 5, 65% relacionaram ao estigma do tratamento, ao medo dos efeitos colaterais; 12% desconheciam esse tratamento; 9% lembraram dos efeitos colaterais que tiveram no tratamento anterior ou referem os efeitos que pessoas próximas vivenciaram durante a quimioterapia; 8% apresentaram uma idéia errônea sobre o tratamento, 6% encararam esse tratamento como um outro qualquer.

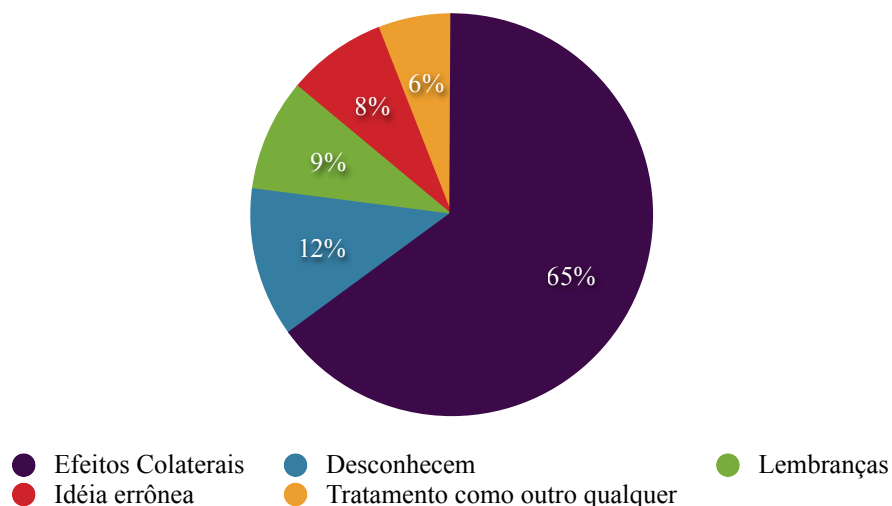


Figura 5. Frequência das categorias de percepção da quimioterapia.

Quando questionados sobre a existência de algum acontecimento, marcante anterior ao diagnóstico de câncer, 41% consideraram que a vida estava tranqüila e normal, ou estavam em uma fase boa da vida; 24% relataram perdas, separação ou morte de pessoas queridas; 19% mencionaram um intenso desgaste com filhos ou marido; 9% referiram vivência de fatores estressantes; 4% vivenciaram problemas no trabalho; 3% não quiseram mencionar (ver Figura 6).

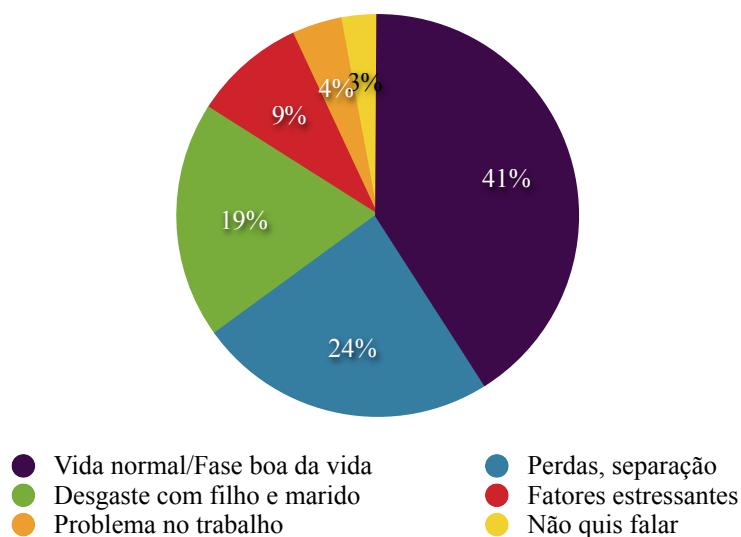


Figura 6. Frequência das categorias de acontecimentos marcantes antes do diagnóstico.

A Figura 7 apresenta o percentual de participantes categorizados em relação à Tendência à Personalidade Introvertida (82%) e Tendência à Personalidade Extrovertida

(18%). Cabe-se esclarecer que tais categorias foram elaboradas a partir da análise de conteúdo dos relatos referentes à forma como os participantes se percebem. Assim sendo:

- Tendência à Personalidade Introversa: representa aqueles indivíduos que externamente são calmos, retraídos e silenciosos, são secretos e intensos. Não expressam os sentimentos e pensam muito antes de falar (Grinberg, 2003; Silveira, 2007):

Pct. 31 – *“Sou tranquila externamente e muito ansiosa internamente. Guardo o que sinto e o que penso para não magoar as pessoas. Fico sempre muito calada diante das coisas”*.

Pct. 45 – *“Tranquilo externamente. Sofro muito internamente. Procuro não demonstrar a minha dor. Engulo tudo”*.

Pct. 100 – *“Sou tranquilo, tenho dificuldades quando me sinto impotente, sou muito fechado, não dou abertura para ninguém sobre o que se passa comigo”*.

- Tendência à Personalidade Extroversa: característica das pessoas que costumam fazer prevalecer seus pontos de vista, tornando-se muitas vezes autoritárias e explosivas. Transbordam calor humano, adaptam-se facilmente às circunstâncias e explicam minuciosamente um acontecimento (Grinberg, 2003; Silveira, 2007):

Pct. 13 – *“Vivo intensamente as situações, oscilo muito de humor, sou ansiosa agitada, somatizo muito as coisas. Falo o que sinto e o que penso”*.

Pct. 53 – *“Sou tranquila, realista, responsável, conformada. Converso sobre tudo o que sinto e o que penso. Gosto muito de trocar idéias”*.

Pct. 60 – *“Sou ansioso, preocupado, estressado, sofro por antecedência. Sou muito aberto e comunicativo. Converso muito com a minha esposa e com os meus amigos sobre os meus problemas. Sou perfeccionista, reclamo muito, sou caseiro, inseguro e medroso”*.

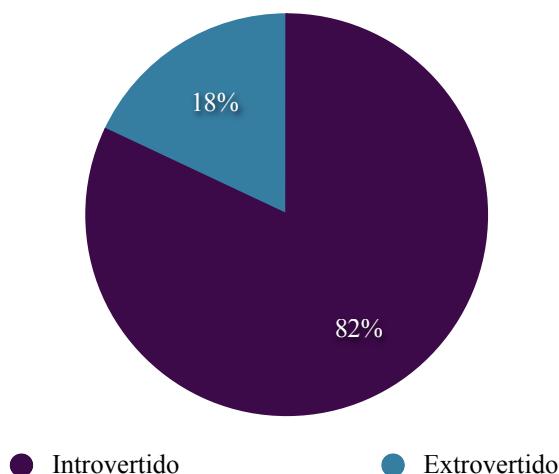


Figura 7. Frequência das categorias de personalidade.

Ao serem questionados sobre o que poderia ter contribuído para o desenvolvimento desse câncer: 41% desconheciam; 20% atribuíram a fatores emocionais; 11% a comportamentos e hábitos; 10% a genética; 6% a doença prévia (ex.: HIV, hepatite); 5% a demora no diagnóstico, ou seja, é “fruto de um descuido pessoal”; 4% consideraram o câncer como uma circunstância da vida; 2% atribuíram ao contato com substâncias nocivas em ambiente de trabalho; 1% a idade (ver Figura 8).

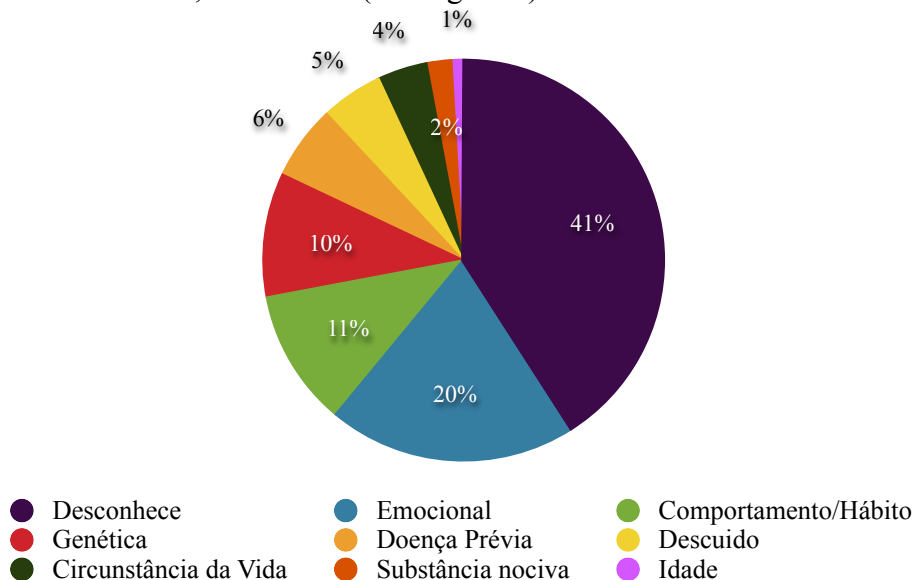


Figura 8. Frequência das categorias de fatores que contribuíram para o câncer.

Dentre as mudanças decorrentes do diagnóstico, observou-se que 68% dos participantes consideraram que grande parte das mudanças foram negativas, 29% que foram positivas e 3% ponderaram que não houve mudanças.

- Mudanças negativas (N = 68)

Pct. 7 – “*Estou mais limitado, perdendo a minha autonomia, não posso mais fazer a viagem que estava programando. Estou com raiva, essa doença é injusta. Por que mais um câncer?*”.

Pct. 49 – “*Estou mais parada, mais sensível, mais limitada, mais dependente, minha família está com muito medo e me superprotegendo, não gosto disso, isso me faz sentir ainda mais doente*”.

Pct. 96 – “*Estou com muitas dores, mais limitada, constante tristeza, dependente física e emocionalmente dos outros, perdi a minha autonomia*”.

- Mudanças positivas (N = 29)

Pct. 40 – “*Estou dando mais valor para as pequenas coisas, minha família está mais unida e estou com mais vontade de viver*”.

Pct. 94 – “*Estou melhorando mais a minha alimentação e me exercitando mais*”.

Pct. 98 – “*O meu ex-marido foi ao aniversário do nosso filho, foi muito bom, sinto que a mágoa e a angústia que eu sentia diminuíram. Sou outra pessoa, estou mais feliz e mais tranqüila*”.

- Não houve mudança (N = 3)

Pct. 84 – “*Tudo normal, tudo igual*”.

Pct. 74 – “*Nada, tudo tranqüilo, continuo passeando e encontrando os meus amigos. Continua tudo igual*”.

Pct. 95 – “*Nada, estou do mesmo jeito que eu era antes*”.

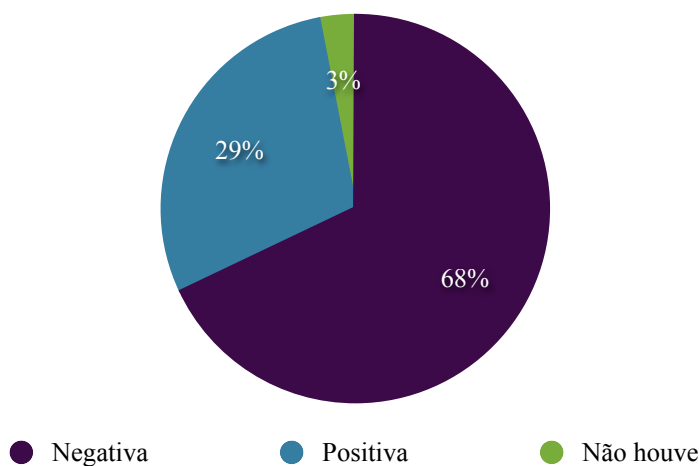


Figura 9. Frequência das categorias de mudanças após o diagnóstico.

Em relação ao conhecimento sobre a patologia, como mostra a Figura 10, 65% demonstraram ter um entendimento relativamente satisfatório, 31% um conhecimento satisfatório e 4% insatisfatório.

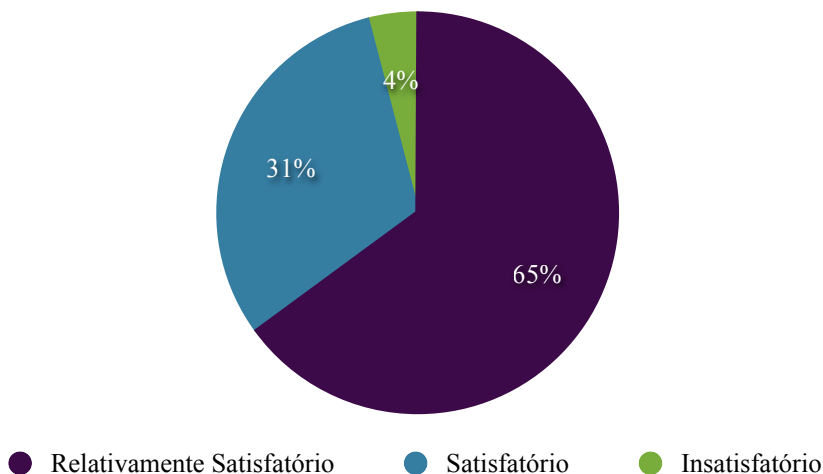


Figura 10. Frequência de respostas referentes ao conhecimento sobre a patologia.

As histórias de vida desses participantes foram classificadas de acordo com as três etapas do desenvolvimento humano destacadas nos relatos: infância, adolescência e vida adulta. Em cada etapa, identificaram-se quatro categorias: 1ª) difícil, com prevalência de acontecimentos ruins; 2ª) difícil, mas positiva e construtiva; 3ª) boa e tranqüila; 4ª) muito boa.

Na infância, 33% se encontraram na primeira categoria, 21% na segunda, 37% na terceira e 9% na quarta. Na adolescência, observou-se uma queda na primeira (30%), na segunda (18%) e na quarta (6%), aumentando o índice da terceira categoria (46%). Já na vida adulta, apenas a primeira (17%) e a quarta (2%) reduziram a frequência, enquanto a segunda e a terceira apresentaram aumento: 28% e 53% dos participantes, respectivamente, se enquadraram nessas categorias.

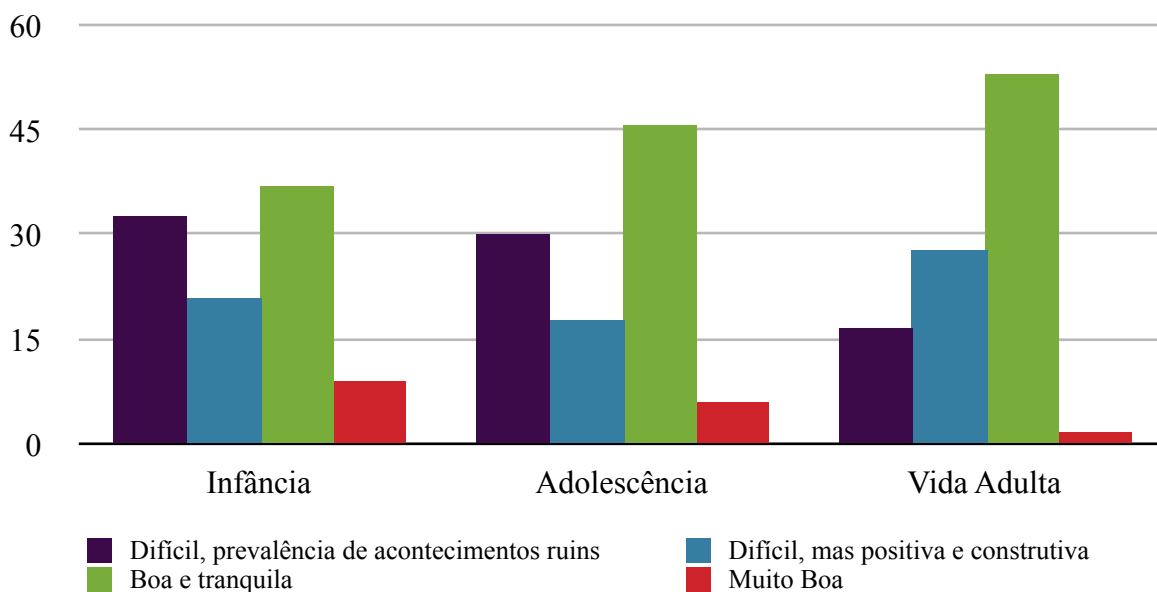


Figura 11. Frequência das categorias referentes à história de vida.

Quanto ao histórico sobre a saúde desses participantes ao longo do desenvolvimento, 87% relataram que a saúde sempre foi muito boa, 10% que ela começou a piorar a partir dos 50 anos e 3% que sempre tiveram problemas de saúde.

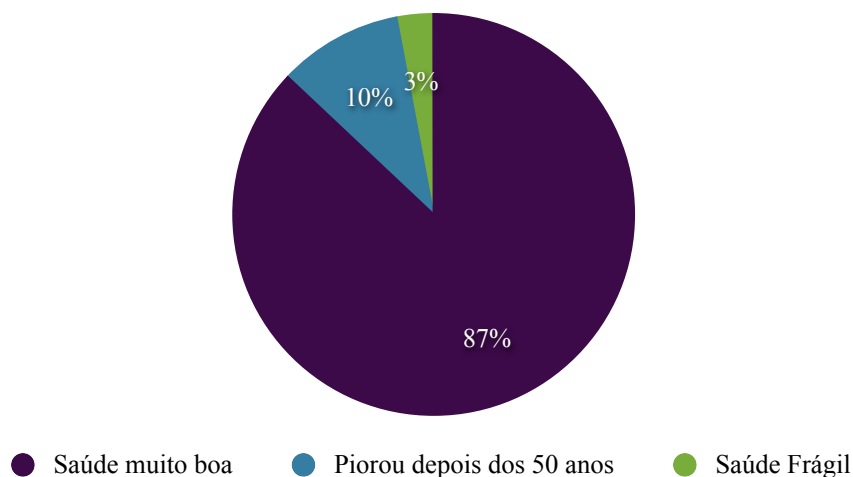


Figura 12. Frequência das categorias referentes ao histórico pessoal de saúde.

Nas quatro questões breves sobre o que é essencial na vida (a), medos (b), aspirações (c) e religião (d):

a) 79% apontaram a família, 17% a saúde e 4% a tranquilidade (ver Figura 13);

- b) 35% relataram que não têm medo de nada, 30% da própria morte, 13% do sofrimento e limitação impostos pelo câncer e pelo tratamento, 12% de violência/assalto, 6% da solidão e 4% de lugares fechados, bicho/inseto (ver Figura 14);
- c) 27% referiram que não têm mais aspirações e nem sonhos, 23% relacionaram essas aspirações ao âmbito profissional (realização, crescimento), 20% citaram conquistas materiais, 17% enfatizaram o desejo de viver mais e de obter a cura do câncer, 13% mencionaram aspirações para o âmbito familiar (ver Figura 15);
- d) 60% católicos, 17% protestantes, 9% espíritas, 8% relataram que não tem religião, mas crêem em Deus, 3% dos participantes se identificaram como ateus, 1% se declarou budista, 1% hindu e 1% mormon (ver Figura 16).

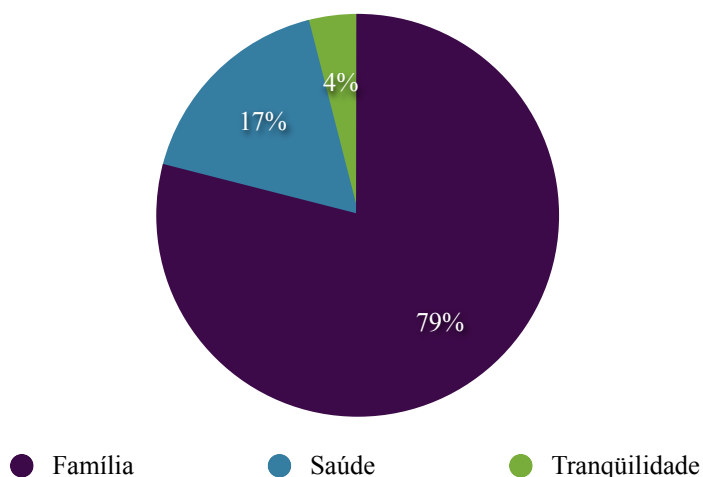


Figura 13. Frequência das categorias referentes ao que é essencial na vida.

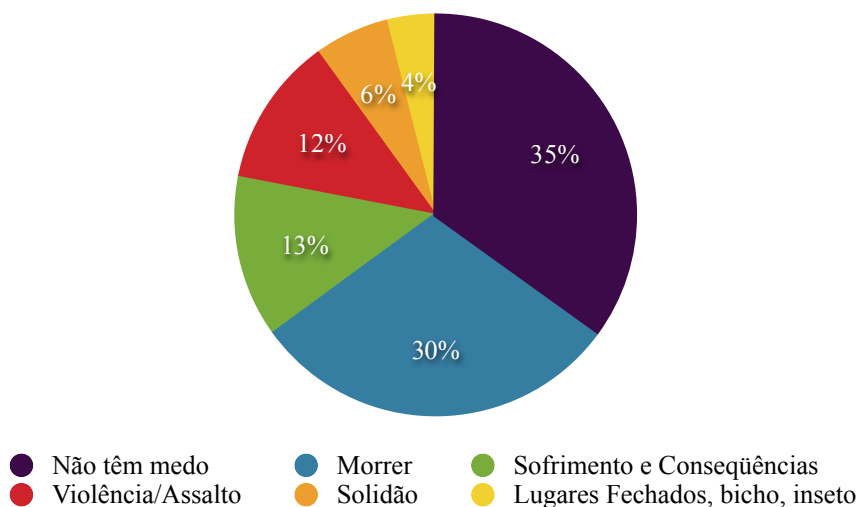


Figura 14. Frequência das categorias referentes aos medos.

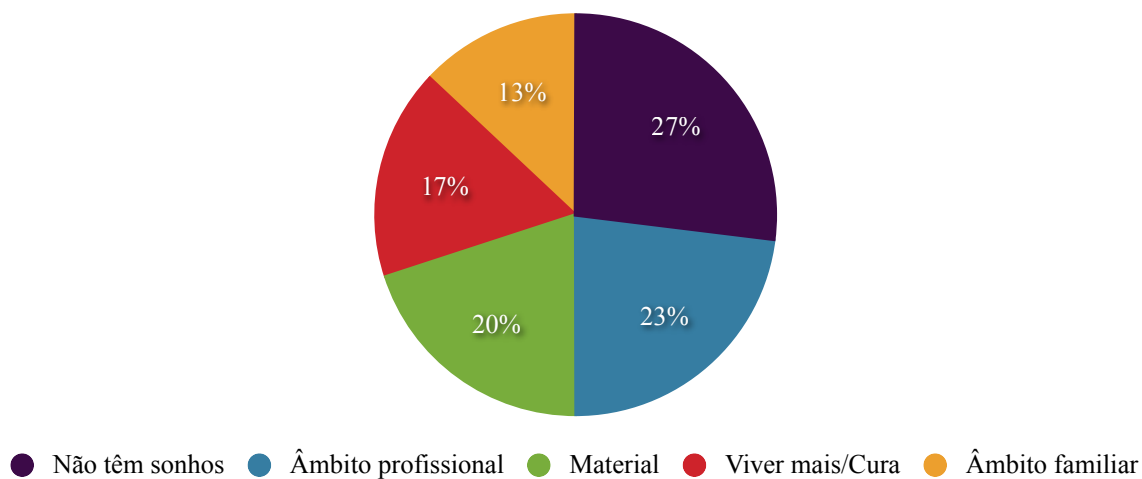


Figura 15. Frequência das categorias referentes às aspirações.

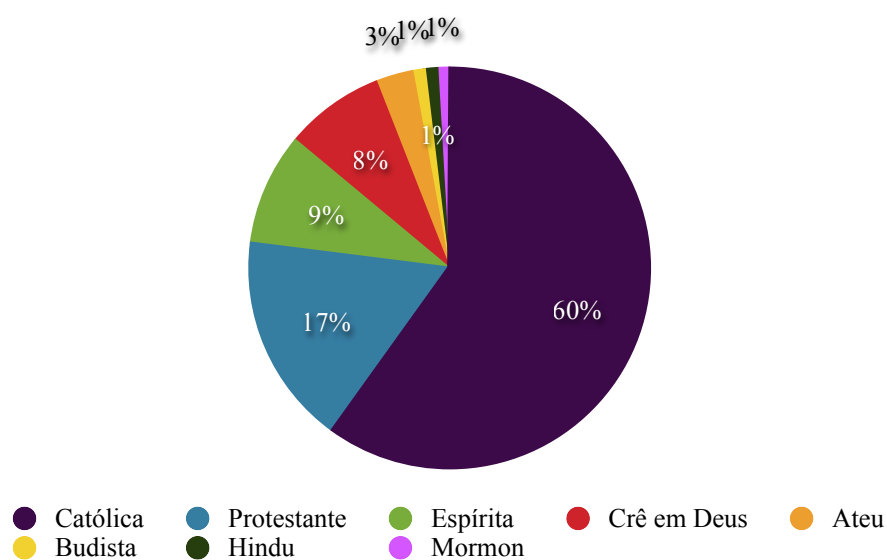


Figura 16. Frequência das categorias referentes à religião.

De modo geral, o apoio sócio-afetivo desses participantes foi considerado satisfatório (59%). Em 35% dos casos foi relativamente satisfatório e em 6% insatisfatório.

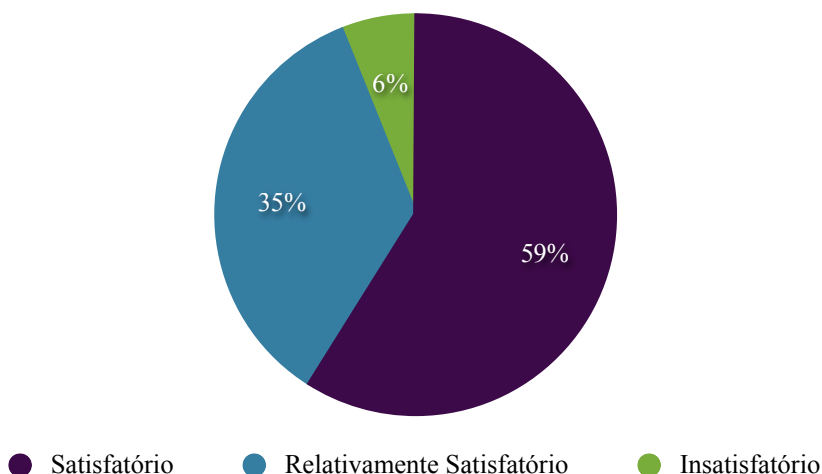


Figura 17. Frequência de respostas referentes ao apoio sócio afetivo.

5.1.1. Análise da Avaliação Psicológica (ALCESTE)

A análise feita pelo *software* ALCESTE identificou quatro categorias temáticas nessa entrevista:

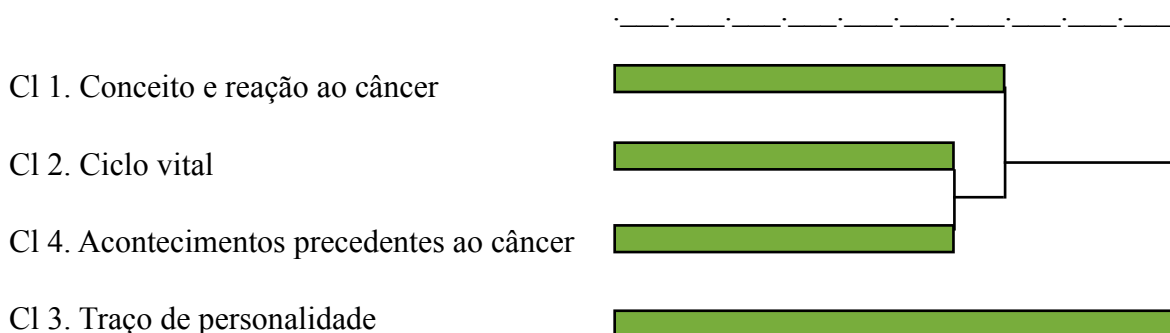


Figura 18. Categorias temáticas da Avaliação Psicológica e disposição gráfica segundo classificação hierárquica descendente.

A Figura 18 mostra duas categorias relacionadas entre si, *ciclo vital* (CI 2) e *acontecimentos precedentes ao câncer* (CI 4), que estão influenciando a CI 1 (*Conceito e reação ao câncer*). Também é possível constatar a partir da configuração obtida, que essas três categorias são influenciadas pela CI 3 (*Traços de Personalidade*). Na Figura 19, esta projeção se torna mais clara.

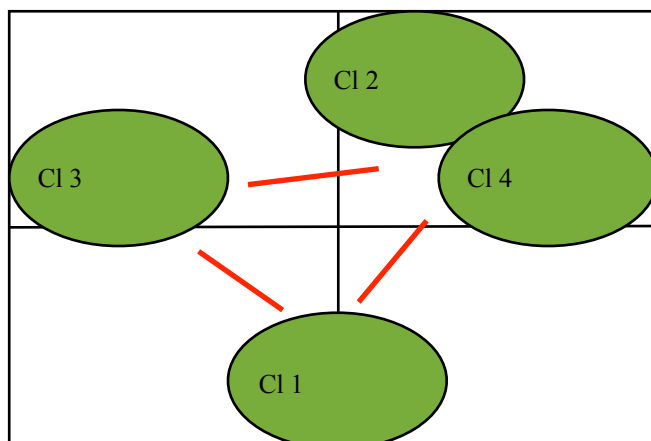


Figura 19. Projeção da análise das categorias temáticas.

O conteúdo da primeira categoria reflete os conceitos pessoais a respeito do câncer, a reação ao diagnóstico e as mudanças impostas pela doença, essa constatação corroborou com as informações obtidas na literatura. Houve uma prevalência de termos negativos, que representaram a identificação dessa categoria, tais como: fatal, choque, tristeza, medo, limitação, preocupação, desespero e sofrimento.

A segunda categoria diz respeito ao ciclo vital, aos laços afetivos, as palavras de identificação foram: boa, no interior, brincando, trabalhando, pobre, pai, irmão, irmã e relacionamento. A terceira categoria está associada à personalidade: ansiosa(o), introversão, sofrimento, tranqüila, impaciente, irritada, fechada, sentimento e “somatização”. A quarta categoria reflete os acontecimentos que precederam o diagnóstico: acidente, briga, casamento, difícil, conturbada, morreu, alcoólatra, filhos e trabalho.

5.2. Entrevista Estruturada sobre Estresse

O intuito dessa entrevista foi avaliar qual a percepção dos participantes sobre o estresse. Inicialmente, foi solicitado ao participante que inferisse quando um acontecimento é estressante. Para essa questão foram elaboradas cinco categorias, dentre elas:

1. Alterações na rotina diária (N = 33)

Pct. 12 – “Quando acontece algo que sai ou quebra a minha rotina”.

Pct. 30 – “Qualquer coisa que me tira da rotina, independente de ser um acontecimento bom ou ruim”.

2. Estresse como desgaste físico ou emocional representando obstáculo/desafio (N = 29)

Pct. 1 – *“Quando as circunstâncias nele envolvidas tornam-se complicadas a ponto de irem além da minha capacidade de resolver, envolvendo um desgaste físico e emocional”*.

Pct. 4 – *“Quando afeta a homeostase do meu organismo, me trazendo preocupações e problemas a serem resolvidos”*.

3. Sinônimo de preocupação (N = 17)

Pct 58 – *“Quando me traz preocupações, me aborrece e não consigo fazer do jeito que acho que deve ser”*.

Pct. 95 – *“Quando me preocupa, me tira o sono e me sobrecarrega”*.

4. Frustração, baixa resistência (N = 16)

Pct. 48 – *“Quando um acontecimento poderia ter sido diferente”*.

Pct. 64 – *“Quando espero o resultado de alguém que não acontece”*.

5. Ausência de estresse (N = 5)

Pct. 47 – *“Não sei o que é estresse, nunca tive estresse”*.

Pct. 84 – *“Não sei o que é estresse, minha vida sempre foi muito tranqüila, não me preocupo com nada”*.

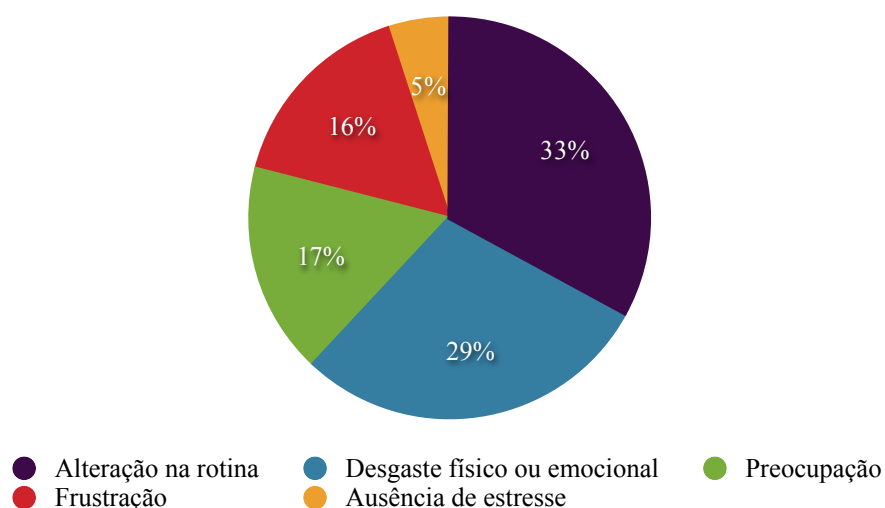


Figura 20. Frequência das categorias que caracterizam um acontecimento estressante.

Na segunda questão da entrevista, abordou-se de que maneira o participante reconhece que um acontecimento é estressante. Da análise dos relatos, extraíram-se cinco categorias, apresentadas na Figura 21:

1. Pensamentos recorrentes, negativos (N = 44)

Pct. 77 – *“Fico tensa: Ai meu Deus e agora? Eu não vou conseguir? - Entro em conflito”*.

Pct. 80 – *“Penso muito no assunto, fico martelando as coisas na minha cabeça e fico irritada”*.

2. Alteração de humor e/ou comportamento (N = 37)

Pct. 25 – *“Começo a ficar triste, irritada e chorosa”*.

Pct. 71 – *“Quando fico nervoso e explodo - um muro na parede sempre resolve”*.

3. Desgaste físico e/ou emocional (N = 8)

Pct. 1 – *“Quando se torna desgastante do ponto de vista físico e/ou emocional”*.

Pct. 71 – *“Quando fico muito brava, chorosa, tenho diarreia e a minha diabetes fica alterada”*.

4. Impotência/indiferença/conformação (N = 6)

Pct. 13 – *“Quando fico sob pressão e impossibilitada de resolver a situação”*.

Pct. 55 – *“Fico indiferente. Atualmente, estou sem força e sem disposição para enfrentar as coisas”*.

5. Ausência de estresse (N = 5)

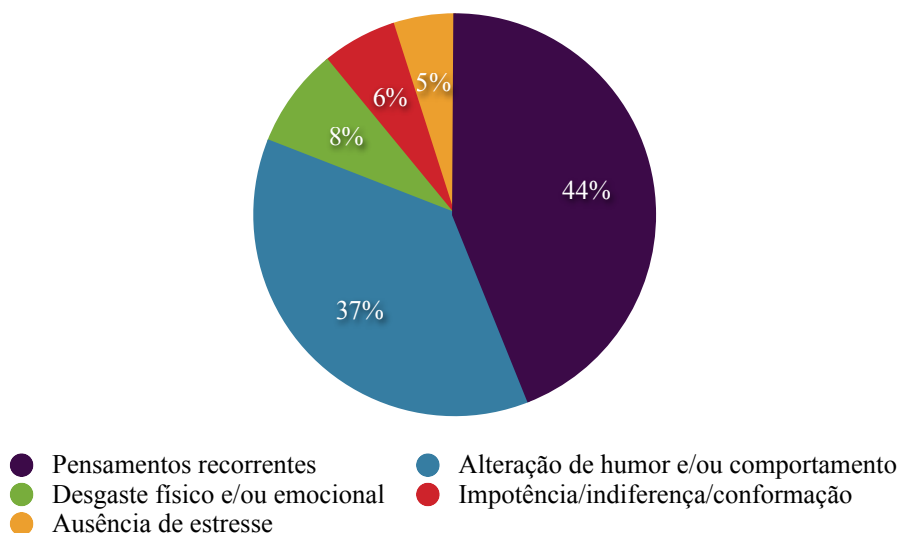


Figura 21. Frequência das categorias referentes à identificação de acontecimento estressante.

Na terceira questão da entrevista, foi identificado o modo como os participantes costumam reagir/lidar com a situação estressante. Foram, então, elaboradas quatro categorias (ver Figura 22):

1. Resolução/enfrentamento (N = 70)

Pct. 32 – “*Procuro resolver as coisas por vez, de acordo com as prioridades*”.

Pct. 77 – “*Antes eu ia no impulso, mas muitas vezes não conseguia resolver nada. Hoje tento ter um pouco mais de calma diante dessas situações para resolver da melhor forma possível*”.

2. Não resolução/fuga (N = 21)

Pct. 37 – “*Fico quieta no canto e com vontade de fugir de tudo*”.

Pct. 54 – “*Me isolo e penso que não existe*”.

3. Resolução/apoio espiritual (N = 4)

Pct. 22 – “*Me fecho e converso com Deus*”.

Pct. 95 – “*Oro /rezo muito para que Deus me ajude a resolver a situação ou ilumine quem for o responsável pela situação*”.

4. Ausência de estresse (N = 5)

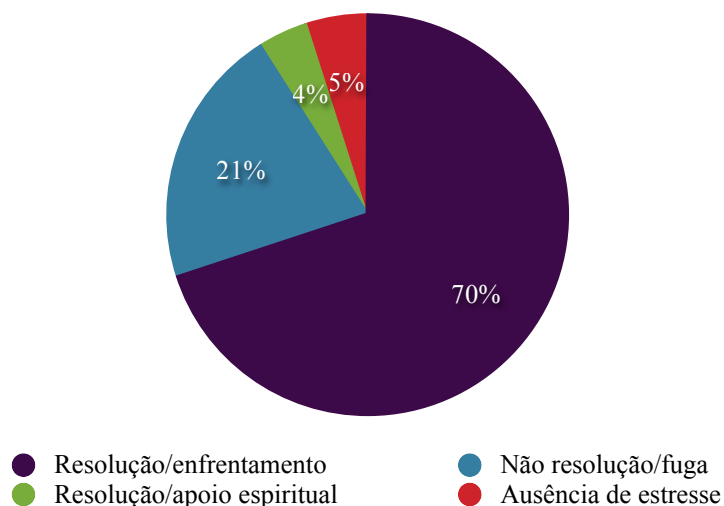


Figura 22. Frequência das categorias de modos de reagir/lidar com a situação estressante.

Nas duas questões a seguir, abordou-se o apoio sócio-afetivo dos participantes em situações estressantes, verificando primeiramente se eles encontravam ajuda para lidar com essas situações e, posteriormente, se buscavam ativamente essa ajuda. Foram elaboradas cinco categorias para cada um desses dois tópicos ilustrados nas Figuras 23 e 24.

- Encontrar ajuda para lidar com a situação estressante

1. Sim (familiar, amigos, espiritual) (N = 59)

Pct. 38 – “*Encontro, principalmente do meu sobrinho*”.

Pct. 73 – “*Quando o problema é em casa, conto com a minha mãe; quando é no trabalho, conto com os meus funcionários*”.

2. Sim, como última opção (N = 9)

Pct. 26 – “*Procuro resolver sozinho e quando não consigo peço ajuda para os meus filhos*”.

Pct. 34 – “*Gosto de resolver sozinha e se não consigo peço ajuda, reclamando, do meu marido e filhos*”.

3. Não (vontade própria) (N = 20)

Pct. 19 – “*Não procuro ajuda*”.

Pct. 82 – “*Gosto de resolver sozinho. Não gosto de incomodar ninguém*”.

4. Não (imposição) (N = 6)

Pct. 48 – “*Não encontro ajuda, lido com tudo sozinho, não tenho outra opção*”.

Pct. 96 – “*Não, não tenho a quem recorrer, sou muito só*”.

5. Ausência de estresse (N = 5)

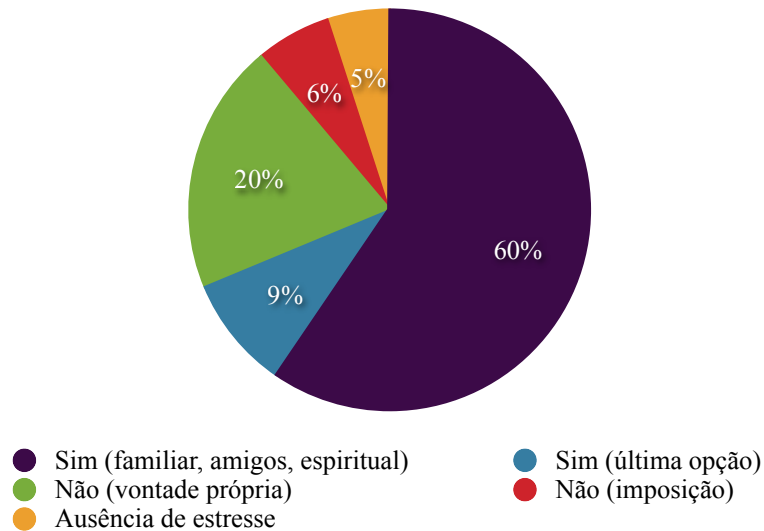


Figura 23. Frequência das categorias referentes à existência de ajuda nas situações estressantes.

- Busca ativa de ajuda para lidar com a situação estressante

1. Sim (N = 29)

Pct. 7 – “*Sim, das minhas amigas e família, através de conversas*”.

Pct. 85 – “*Se o problema existe penso que até para entender é necessário interagir com as partes*”.

2. Em últimos casos (N = 18)

Pct. 25 – “*Quando sinto que não estou bem e não estou dando conta da situação sozinha, procuro ajuda*”.

Pct. 93 – “*Não, só em situações extremas em que preciso de um direcionamento/ aconselhamento*”.

3. Espiritual (N = 5)

Pct. 3 – “*Sou eu e Deus*”.

Pct. 95 – “*Sim, em Jesus. Rezo muito*”.

4. Não (N = 43)

Pct. 44 – “*Não, na maioria das vezes deixo as coisas de lado, as chatices e as mágoas. Quero fazer tudo sozinha, não me permito ser ajudada*”.

Pct. 53 – “*Procuro resolver sozinha para não aumentar o problema. Procuru não transparecer a minha ansiedade e preocupação*”.

5. Ausência de estresse (N = 5)

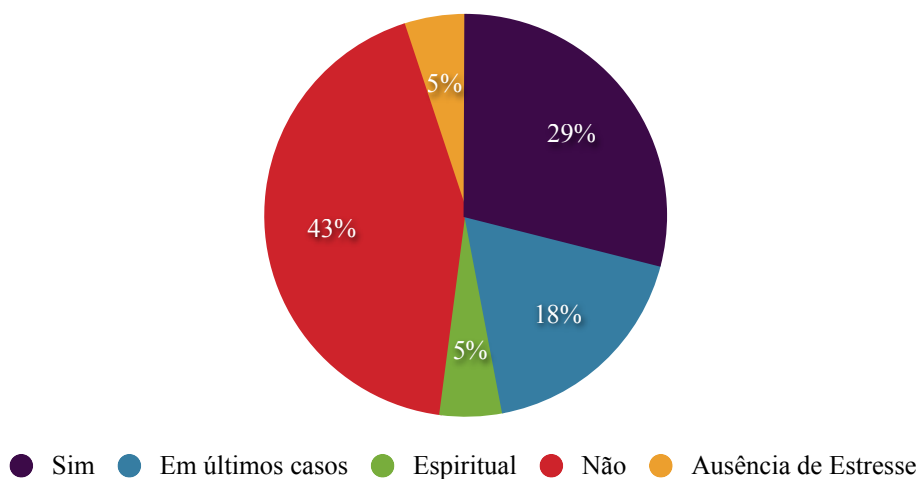


Figura 24. Frequência das categorias de busca ativa de ajuda nas situações estressantes.

A respeito dos recursos pessoais disponíveis para o enfrentamento da situação estressante, como mostra a Figura 25, 2% avaliaram estes como ótimos recursos, 51% como bons, 25% como regulares, 7% como ruins, 10% como fracos e 5% corresponderam aos participantes com ausência de estresse.

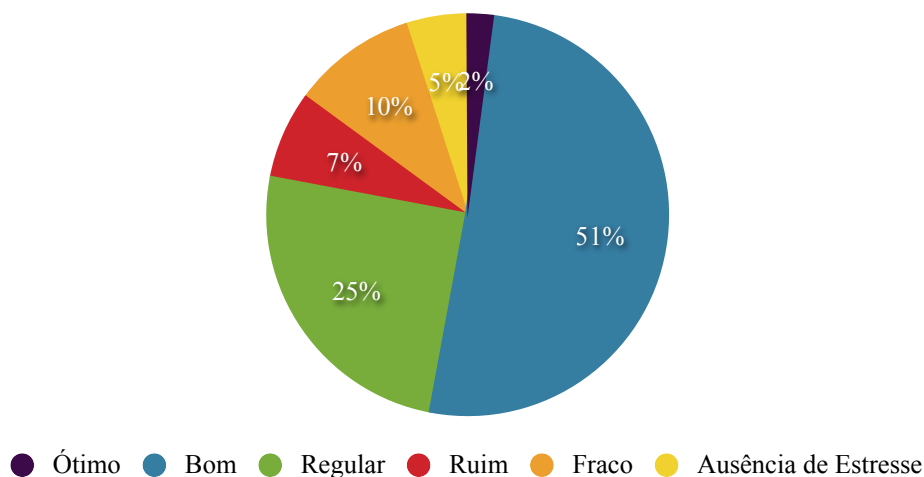


Figura 25. Frequência das categorias de recursos disponíveis para enfrentamento de situação estressante.

Na última questão abordada nessa entrevista, os participantes citaram algumas das situações estressantes por eles já vivenciadas. Essas situações foram agrupadas em sete categorias (ver Figura 26):

1. Situações familiares (perdas, desentendimentos, problemas) (N = 42)

Pct. 19 – *“No dia em que o meu filho se suicidou. Os momentos em que a minha filha fica mais agressiva”*.

Pct. 44 – *“Quando a minha mãe chama a atenção dos meus filhos, ou quando ela se mete na minha vida”*.

Pct. 95 – *“O meu filho é alcoólatra, ele bebe muito. Tenho medo que aconteça a mesma coisa que aconteceu com o meu outro filho que morreu por causa da bebida. Ele é mulherengo e se separou há pouco tempo, é tudo muito triste”*.

2. Situações profissionais (N = 17)

Pct. 57 – *“Analisar um número muito grande de processos em um espaço curto de tempo”*.

Pct. 87 – *“Quando vendi um produto para uma empresa com um preço errado. Isso implicou em uma série de conseqüências negativas para mim”*.

3. Família, profissão e problemas financeiros (N = 16)

Pct. 7 – *“Dificuldades, financeiras, problemas de saúde na minha família e problemas de relacionamento com o meu marido”*.

Pct. 80 – *“Relacionamento com o meu marido. Problemas financeiros: estou preocupada em não ter como pagar as minhas contas e o meu nome ficar sujo. Estou, há dois meses, sem conseguir pagá-las”*.

4. Câncer: exames, diagnóstico e tratamento (N = 10)

Pct. 67 – *“Os primeiros sintomas da doença e a demora do diagnóstico”*.

Pct. 74 – *“O diagnóstico, o susto da notícia e a incerteza da conduta e do tratamento”*.

5. Outros problemas de saúde, anteriores ao câncer (N = 6)

Pct. 29 – *“O meu problema de vista – fiquei muito tempo sem saber o que estava acontecendo, sem saber o diagnóstico. Quando descobri fiquei muito chateado”*.

Pct. 21 – *“A cirurgia que tive que fazer na minha coluna, por um problema genético. O pós-operatório foi muito complicado e estressante, sofri muito”*.

6. Burocracia do plano de saúde (N = 4)

Pct. 13 – *“Problemas com o convênio para liberar a quimioterapia”*.

Pct. 97 – *“A burocracia do convênio para liberar o tratamento”*.

7. Ausência de estresse (N = 5)

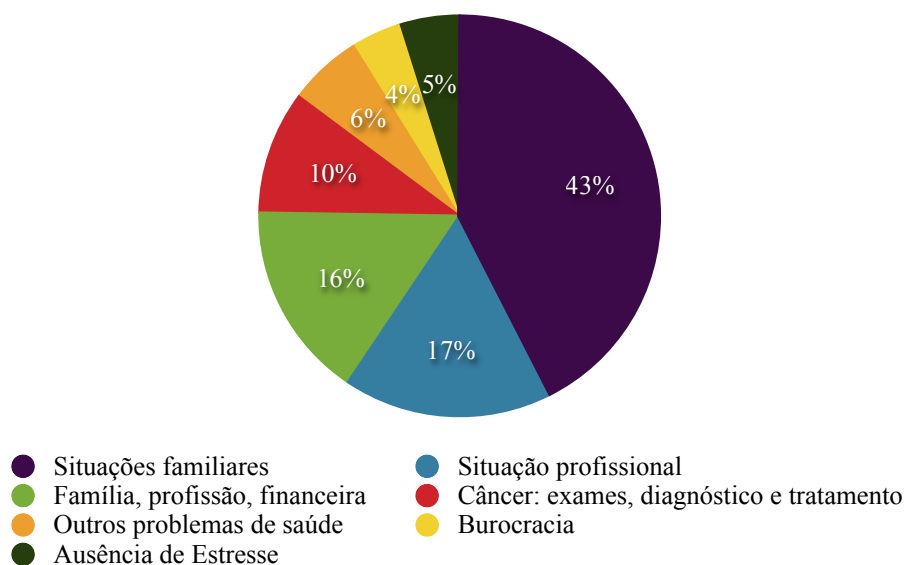


Figura 26. Frequência das categorias de situações estressantes enfrentadas pelos participantes.

5.2.1. Análise da Entrevista Estruturada sobre Estresse (ALCESTE)

A análise feita, dos resultados da entrevista sobre estresse, pelo *software* ALCESTE, identificou sete categorias, relacionadas ao conceito de estresse (estereotipado), enfrentamento, ausência de estresse, laços afetivos e apoio social.

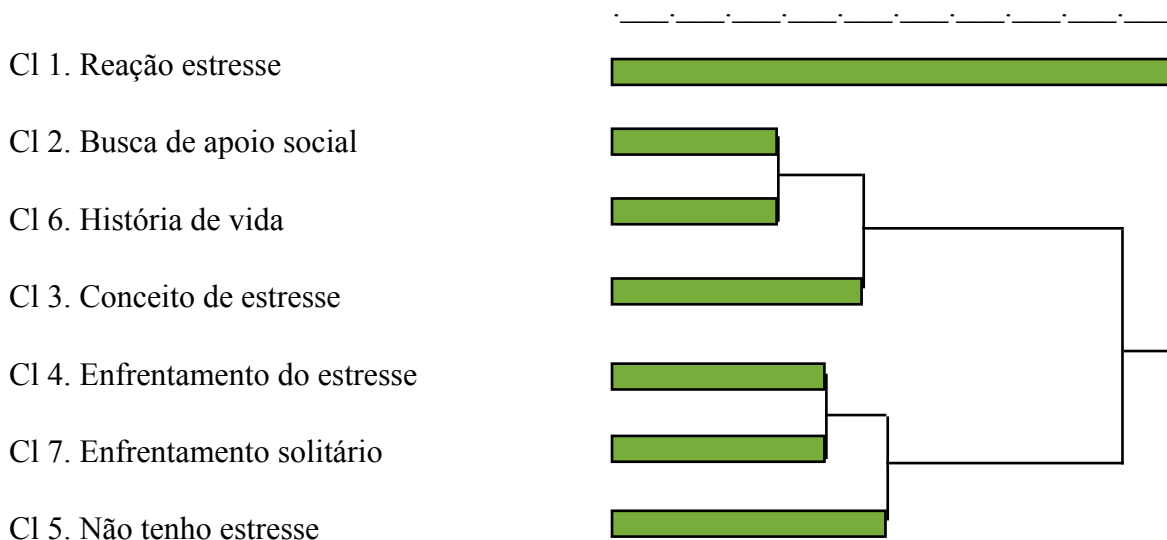


Figura 27. Categorias temáticas das entrevistas com os participantes e disposição gráfica segundo a classificação hierárquica descendente.

A Figura 27, reúne dois blocos: **1º Estresse Vivido** - CI 2 (*Busca de apoio social*) e CI 6 (*História de vida*) interligado ao CI 3 (*Conceito de estresse*); **2º Estresse como uma experiência individual, idealizada** - CI 4 (*Enfrentamento do estresse*) e CI 7 (*Enfrentamento solitário*) interligado ao CI 5 (*Ausência de estresse*). Esses dois blocos estão interligados pelo CI 1 (*Reação ao estresse*). A figura 28, apresenta a projeção da análise do funcionamento destas categorias temáticas.

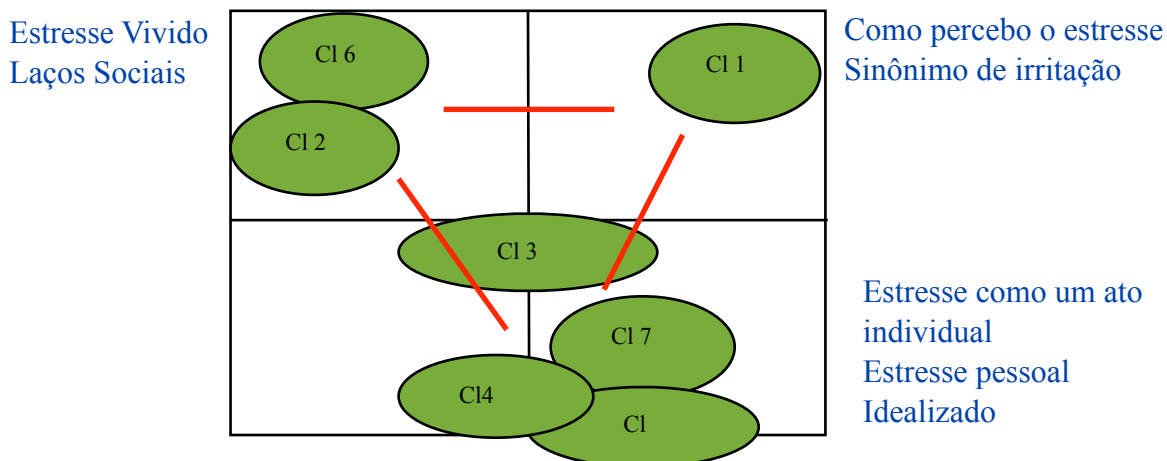


Figura 28. Projeção da análise das categorias temáticas e interpretação dos quadrantes.

O agrupamento de categorias do quadrante superior direito (Cl 2 e Cl 6), que representa a associação entre o estresse vivido de uma maneira real (*Histórias de vida*), com envolvimento dos *Laços sociais*, as palavras de identificação desse bloco foram: converso, amigos, relacionamento, tratamento, encontro, igreja, esposa e mudança.

O quadrante superior esquerdo, representa a *Reação ao estresse* (Cl 1), as identificações foram: irritado, angustiado(a), impaciente, ansioso, preocupada, nervosa, chateada, triste e quieta.

Nos quadrantes inferiores há o *Conceito de estresse* - Cl 3, mais ao centro (identificação: quebra da rotina, preocupação e ruim) e, abaixo, o conjunto *Enfrentamento* - Cl 4 (identificação: enfrento, situação, rápido, resolvo, maneira), *Enfrentamento solitário* - Cl 7 (identificação: resolver sozinho(a), situações, não procuro ajuda) e *Ausência de estresse* - Cl 5 (identificações: não tenho estresse).

5.3. Termômetro de *Distress* (TD)

O Termômetro de *Distress* foi aplicado no início, meio e fim do tratamento. No início (N = 100), 82% dos participantes apresentaram um quadro significativo de *distress* e apenas 18% não apresentaram. No meio do tratamento, 88 participantes responderam ao instrumento, dez foram a óbito e dois saíram da clínica para terminar o tratamento na cidade natal. Destes 88, 36,4% apresentaram *distress* e 63,6% não apresentaram. Ao final do tratamento, 77 participantes finalizaram o tratamento de quimioterapia, dentre aqueles 88 participantes que participaram da segunda etapa da pesquisa, 10 foram a óbito e um abandonou o tratamento e retornou para a sua cidade natal. Dos 77, 18,2% apresentaram um quadro de *distress* e 81,8%, não apresentaram esse quadro.

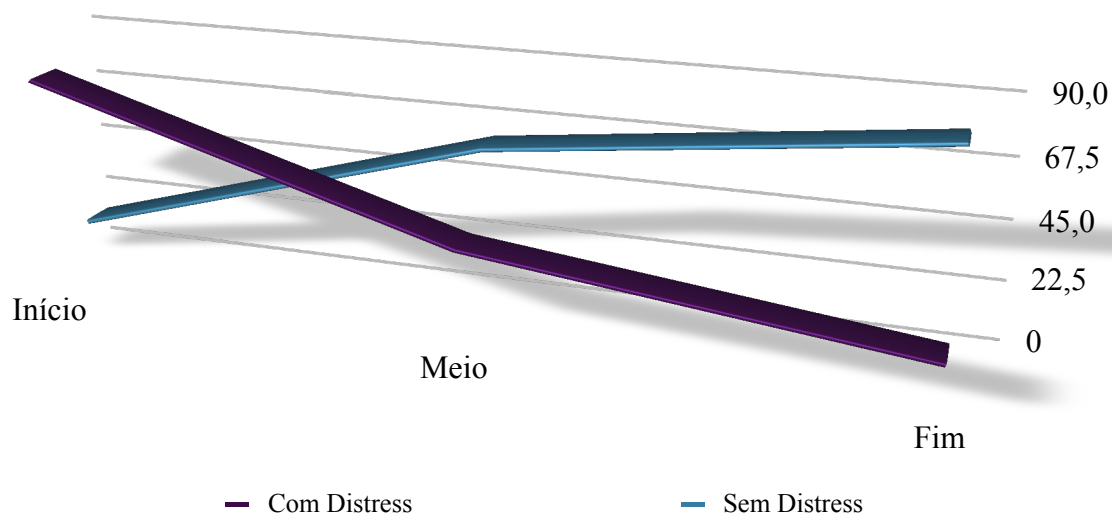


Figura 29. Incidência de *distress* nos participantes durante as etapas do tratamento.

Na Lista de Problemas (ver Figura 30), dos 35 listados, 30 (85,7%) foram assinalados no início, 27 (77%) no meio e 25 (71,4%) no fim do tratamento. Dentre os problemas assinalados, os mais citados foram:

- Problemas práticos (65% - 51,1% - 49,4%): seguro/financeiro, trabalho/escola.
- Problemas familiares (66% - 50% - 46,8%): filhos e companheiro.
- Problemas emocionais (98% - 85,2% - 89,6%): medo, tristeza, preocupação e perda do interesse nas atividades usuais.
- Problemas espirituais (12% - 4,5% - 0%).
- Problemas físicos (97% - 93,2% - 90,9%): memória/concentração, dormir, aparência, constipação, náusea, fadiga, dor e sexual.

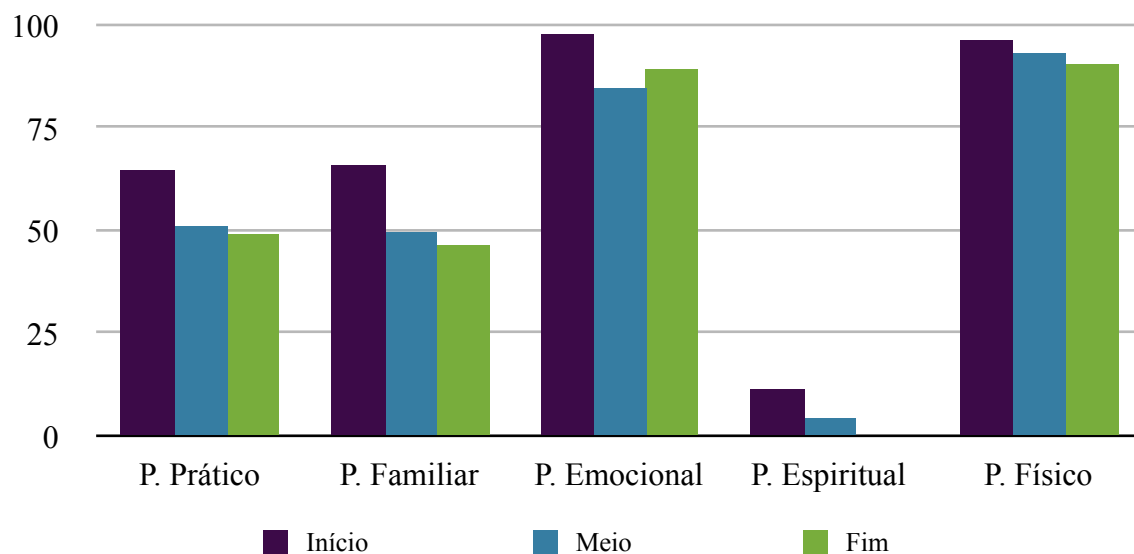


Figura 30. Frequência dos problemas selecionados na Lista de Problemas.

5.4. Escala de Ansiedade e Depressão (HAD)

A escala HAD, ao avaliar o *distress*, apontou que 76% dos participantes estavam com *distress* no início do tratamento e 24% sem *distress*. No meio, apenas 30,7%, apresentaram um quadro de *distress* e 69,3% não manifestaram. No fim do tratamento, 15,6% foram diagnosticados com *distress* e 84,4% sem *distress*.

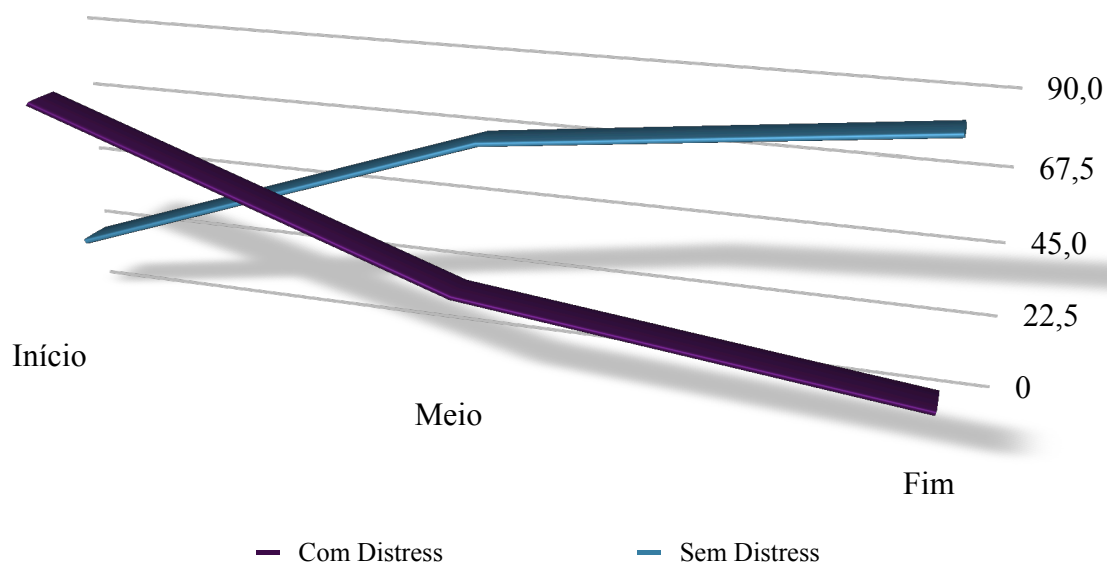


Figura 31. Incidência de *distress* apontada pela Escala HAD.

Ao avaliar a ansiedade e a depressão, este instrumento apontou que, no início do tratamento, 78% dos participantes apresentavam quadro de ansiedade e 55% de depressão. No meio, apenas 25% estavam com ansiedade e 25,3% com depressão. Ao final do tratamento, esse índice caiu para 14,3% e 14,3% respectivamente.

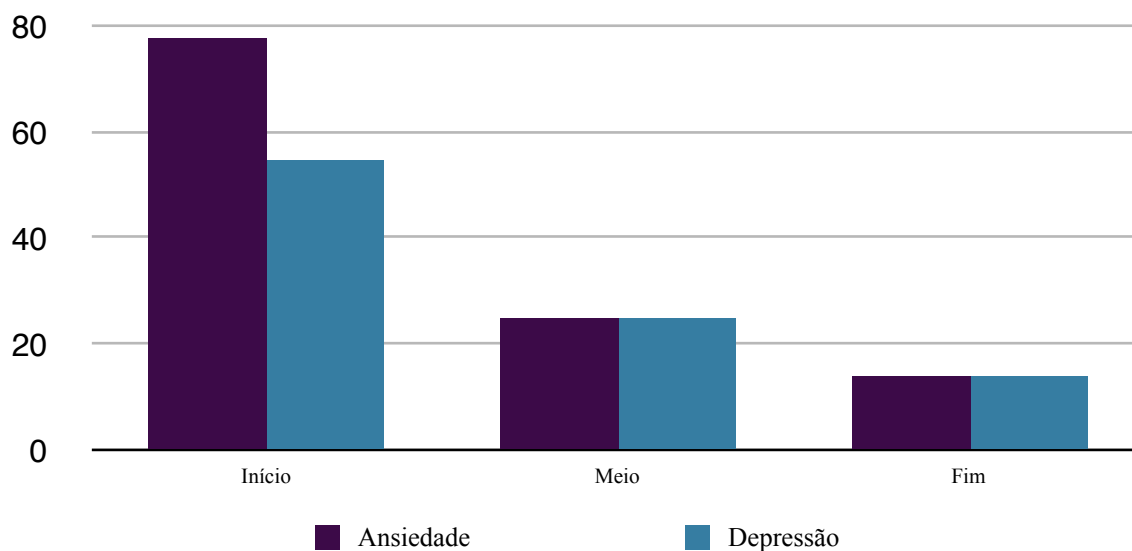


Figura 32. Incidência de sintomas de ansiedade e depressão nas etapas do tratamento.

5.4.1. Validação do Termômetro de *Distress*: relação entre o Termômetro de *Distress* e a Escala de Ansiedade e Depressão

Na Figura 33, é possível verificar a proximidade existente entre os resultados (nível de *distress*) obtido pelos dois instrumentos (TD e HAD). A correlação de *Pearson* obtida no início do tratamento foi de 0,92 ($p < 0,01$), no meio foi de 0,97 ($p < 0,01$) e no final foi 0,97 ($p < 0,01$).

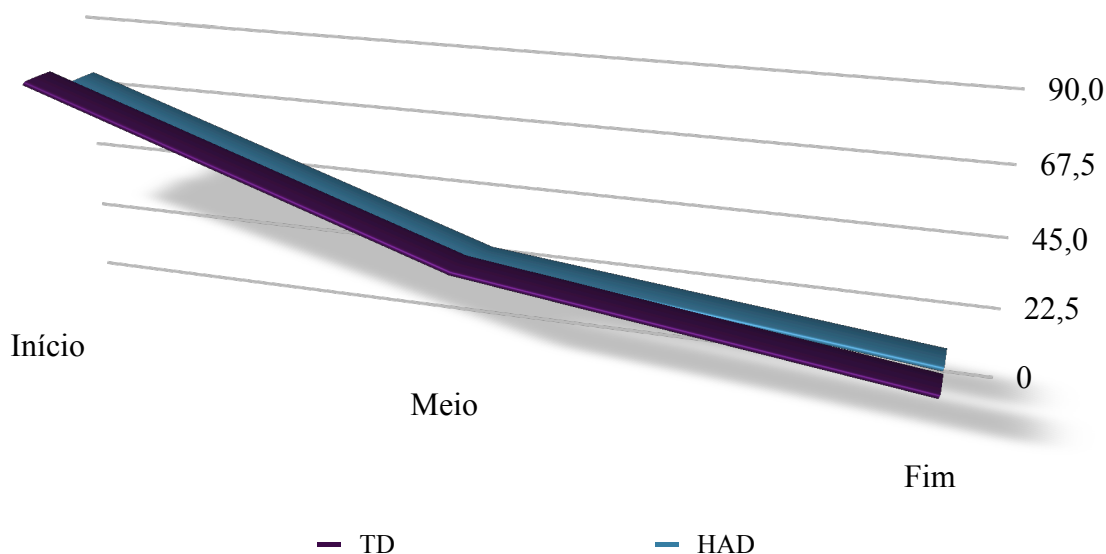


Figura 33. Comparação da incidência de *distress* indicada por TD e HAD.

O Quadro 1 apresenta os coeficientes de validação do Termômetro de *Distress*, considerando-se o escore quatro (4), no TD, como ponto de corte. O valor da AUC, para esse escore (4), foi de 0,82, com sensibilidade de 82% e especificidade de 98%. Caso este coeficiente seja reduzido para três (3), o valor da AUC diminui para 0,72, a sensibilidade aumenta (100%), mas a especificidade também diminui (90%). Caso este coeficiente seja cinco (5), a AUC será de 0,47, a sensibilidade decrescerá para 50% e a especificidade manterá em 98%.

Coefficiente de Validação	TD
Sensibilidade	82%
Especificidade	98%
Valor preditivo positivo	95,83%
Valor preditivo negativo	91,52%

Quadro 1. Coeficiente de validação para o Termômetro de *Distress*.

5.5. Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL)

No início do tratamento, o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (2000) apontou que 27% dos participantes estavam sem estresse, 1% estava na fase de

alerta, 35% na fase de resistência e 37% na de exaustão. Seguem-se as frequências de sintomas assinalados:

- período referente às últimas 24 horas: dos 15 sintomas descritos (12 - físicos e três - emocionais), 10 foram citados. A média foi de quatro sintomas assinalados por participante, sendo os sintomas físicos os mais assinalados;
- período referente à última semana: dos 15 sintomas listados (10 - físicos e cinco - emocionais), 13 foram selecionados, com média de cinco por participante e equilíbrio entre os sintomas físicos e emocionais indicados;
- período referente ao último mês: dos 23 sintomas listados (12 - físicos e 11 - emocionais), 15 foram citados, com média de sete sintomas por participante, na maioria sintomas emocionais.

No meio do tratamento, 47,7% estavam sem estresse, 31,8% na fase de resistência e 20,5% na de exaustão:

- últimas 24 horas: dos 15 sintomas, nove foram assinalados, com média de dois sintomas e maioria de sintomas físicos;
- última semana: dos 15 sintomas nove foram selecionados, com média de quatro sintomas por participante e equilíbrio entre os sintomas físicos e os emocionais;
- último mês: dos 23 sintomas descritos, 15 foram selecionados, com média de quatro por participante, na maioria sintomas emocionais.

Ao fim do tratamento, 51,9% não apresentaram estresse, 31,2% estavam na fase de resistência e 16,9% na de exaustão:

- últimas 24 horas: seis foram assinalados, com média de dois sintomas por participante, principalmente sintomas físicos;
- última semana: 12 sintomas foram selecionados, com média de 3,54 por participante e maioria de sintomas emocionais;
- último mês: 14 foram selecionados, com média de 4,76 por participante, na maioria sintomas emocionais.

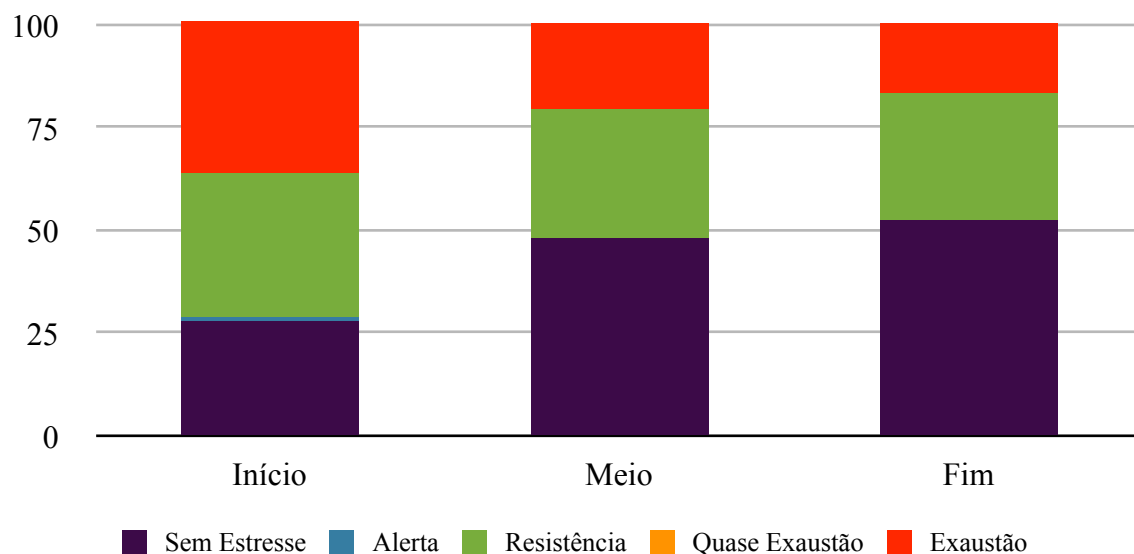


Figura 34. Frequência de participantes na classificação de estágios de estresse, de acordo com o modelo quadrifásico do estresse - ISSL.

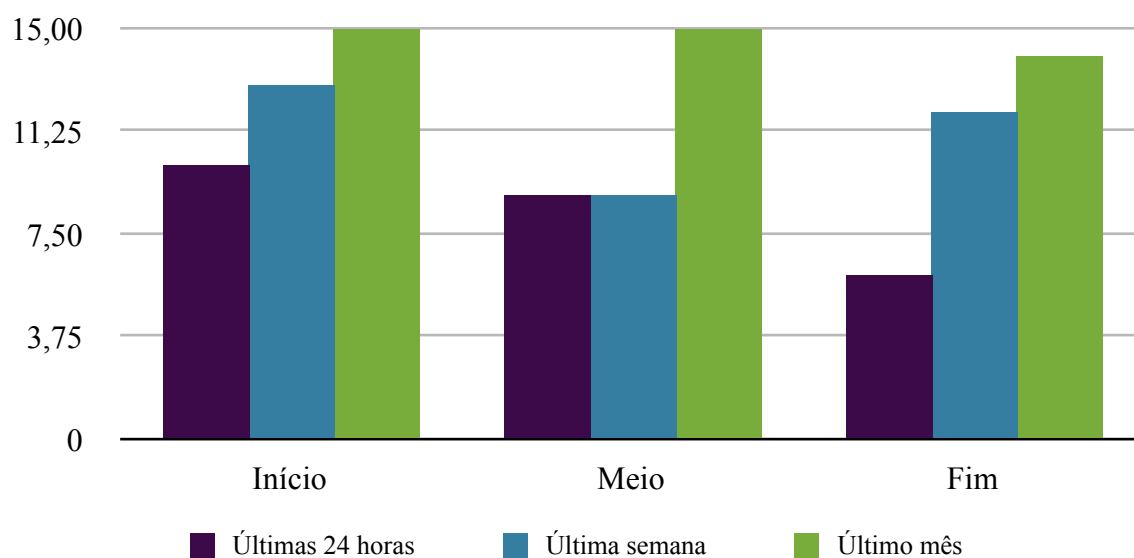


Figura 35. Frequência de sintomas vivenciados pelos participantes nos períodos propostos pelo ISSL.

5.5.1. Relação entre o Termômetro de *Distress*, a Escala de Ansiedade e Depressão e o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp

Ao classificar os resultados obtidos no ISSL em duas categorias: sem estresse e com estresse (alerta + resistência + exaustão) e comparar com os resultados do TD e do HAD, considerou-se, para isso, a mesma definição de estresse e *distress*, contrariando o

que a literatura abordada nessa dissertação apontou, verificou-se uma discrepância da frequência de *distress* entre o ISSL com o TD e a HAD.

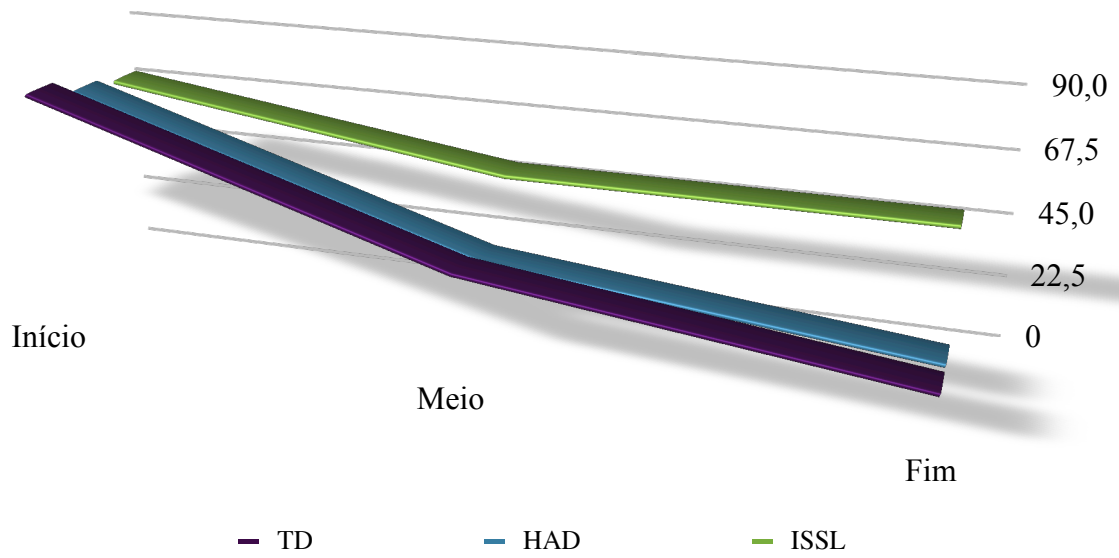


Figura 36. Comparação dos indicadores obtidos por TD, HAD e ISSL

CAPÍTULO VI

DISCUSSÃO

Os resultados específicos e globais da pesquisa serão discutidos, no presente capítulo, tomando-se como apoio a literatura especializada. Também serão comentadas as principais reflexões sobre os desafios deste trabalho, suas implicações e contribuições para rotina de atendimento no serviço de oncologia investigado.

6.1. Avaliação Psicológica

O fato do aumento da sobrevida transformar o câncer em doença crônica não amenizou o estigma imposto pela perspectiva histórica desta doença. Ainda hoje, é associado à morte, o que compromete o enfrentamento do paciente. No presente estudo, 88% dos participantes consideram o câncer, uma doença grave e fatal. Esta representação social favorece reações negativas ao diagnóstico, como as relatadas pelos participantes da pesquisa: susto, preocupação, medo, desespero, choque, pensamentos negativos (pessimismo), conformação (resignação) e frustração.

Após o diagnóstico, o paciente é informado sobre o tratamento, que possui um significado social ainda mais negativo. O medo dos efeitos colaterais é constante, as histórias sobre a quimioterapia são ruins. Estas são enfocadas de maneira abusiva pela mídia, corroborando para as crenças e fantasias, que dificultam ao paciente enfrentar o tratamento, podendo comprometer a adesão.

Muitas vezes, são os eventos adversos que concretizam o diagnóstico de câncer, para aqueles indivíduos que ainda não o tenham aceitado. O paciente começa a sentir algum dos efeitos colaterais do tratamento e logo os associa a uma imagem pessoal criada a respeito da evolução do câncer, favorecendo o surgimento de um quadro de transtorno de ajustamento, ansiedade e depressão.

Observa-se que 74% dos participantes da pesquisa relacionam a percepção do tratamento aos efeitos colaterais, sendo que 65% ouviram falar a respeito e 9% acompanharam os efeitos em pessoas próximas. O discurso desses participantes é semelhante:

“Penso de acordo com o imaginário popular. Tratamento pesado, puxado e assustador. Algo muito agressivo. A pessoa passa mal de imediato. Vomita sem

parar, sente dor, fica careca, não consegue comer, emagrece muito, fica debilitado e enfraquecido, preso em uma cama, definhando” (Pct. 25).

Conforme abordado na Introdução, desde a Antigüidade, o câncer tem sido associado a estados emocionais. Veit e Carvalho (2008) relatam que se observava que mulheres deprimidas tinham mais tendência ao câncer do que as mais amadas e bem-dispostas. Em certo momento da história das doenças, o câncer passou também a simbolizar as emoções que não podiam ser expressas, ficando reservada ao paciente de câncer a idéia da incapacidade de lidar adequadamente com as vicissitudes emocionais de sua vida, gerando mais um estigma (Sontag, 1984).

Muito já foi escrito sobre a possibilidade dos fatores estressantes da vida (ex.: perdas, decepção) influenciarem no desenvolvimento e curso do câncer. Dentre a realidade apresentada pelos participantes, 56% confirmaram a ocorrência de acontecimentos negativos antes do diagnóstico e 3% não quiseram falar a respeito, dando a entender que existiu um acontecimento no qual não se sentiram capazes emocionalmente de falar a respeito. Para 41% essa fase anterior ao câncer estava normal ou nessa época, os participantes estavam vivenciando um bom momento da vida.

Observa-se que o interesse pelo estudo dos traços de personalidade que predis põem ao câncer vão tão longe quanto a apreciação feita por Hipócrates e Galeno sobre esse assunto. Algumas pesquisas mostram que aquelas pessoas que são pessimistas, introvertidas, nervosas e que assumem posturas de tolerância e conformidade diante da vida, apresentam uma predisposição maior ao câncer. Em contraposição a essa afirmação, muitos críticos afirmam que não há coerência nesses dados (Prada, 2006; Watson & Greer, 1998).

Na presente investigação, a maior parte dos participantes (82%) apresentou tendência à personalidade introvertida, podendo-se inferir, de acordo com o conteúdo das respostas, que eles assumem uma postura externa de tolerância e conformidade diante da vida e postura interna de ansiedade e nervosismo contido: “Fiquei muito ansiosa depois do diagnóstico, estou muito nervosa, fechada, retraída e calada. Procuro me conformar com as situações. Não falo o que penso nem o que sinto. Sofro sozinha” (Pct. 10).

Ao atentar para as primeiras causas atribuídas ao câncer, pode-se conjecturar que algumas das respostas dadas estão próximas às primeiras teorias e descobertas que surgiram a esse respeito no século XVIII, apresentadas na Introdução: o desconhecimento

(41%) e o descuido (5%) são próximos daqueles vivenciados no passado, que trouxeram em 1913 a necessidade de programas educacionais a este respeito; os fatores emocionais (20%) corroboram com a teoria humoral - o excesso de bÍlis negra (melancolia), por exemplo, causaria o câncer; comportamentos ou hábitos (11%) estão representados pelos estudos de Bernardino Ramazzini em 1713 e John Hill, em 1761; as substâncias nocivas (2%) têm uma proximidade com as pesquisas iniciadas por Percivall Pott em 1775 (Kardinal & Yarbo, 1979).

O diagnóstico de câncer traz importantes altera es físicas e psicológicas, que podem ser encaradas como negativas (ex.: perda da saúde, da autonomia, da condi o física e social) e/ou positivas (ex.: união familiar, resolu o de problemas). Estas altera es constituem-se em um estressor ambiental, físico e psíquico, exigindo do paciente um esforço adaptativo a situa es complexas e mutáveis que surgem em cada etapa da doença (Peçanha, 2008).

Percebe-se uma prevalência de mudanças negativas decorrentes do diagnóstico em 68% dos casos. Ao que tudo indica, essa percep o tem rela o com a estimativa feita pelos participantes da própria saúde durante a vida, na avalia o psicológica, em que 87% consideraram a própria saúde como muito boa até então, ou seja, estas pessoas, possivelmente, não vivenciaram problemas graves de saúde, envolvendo a sensa o de vulnerabilidade e fragilidade (sensa o de perda de controle) como este, imposto pela notícia do diagnóstico e tratamento, num contexto em que o câncer   associado   morte, sofrimento, debilita o física e emocional.

O conhecimento sobre o diagnóstico foi relativamente satisfatório, em 65% dos casos e satisfatório em 31%, indicando uma positiva rela o entre o médico e o paciente. Essa comunica o favorece ao paciente sentir-se parte do processo e ativo em seu tratamento (Holland, 2002).

Ao compreender a história de vida desses participantes pode-se inferir que o aumento de responsabilidade interferiu nos critérios usados para avaliar cada fase, permitindo compreender o decréscimo da categoria *Muito boa*. A categoria *Boa e tranqüila* aparece como uma forma neutra de se avaliar cada período. Já o aumento da categoria *Difícil, mas positiva e construtiva* e o decréscimo da *Difícil, prevalência de acontecimentos ruins* pode estar refletindo um amadurecimento da condi o de enfrentamento, considera-se enfrentamento como um processo multidimensional de

mobilização do sujeito em termos emocionais, comportamentais e cognitivos visando à adaptação a uma situação de perigo ou de desafio (Peçanha, 2008).

No período referente ao início do tratamento, os participantes consideraram a família um elemento essencial em suas vidas (79%). Muitas vezes, o núcleo familiar se fortalece após o choque do diagnóstico. Essa união pode solucionar alguns conflitos e problemas familiares, favorecendo o comportamento de ganho secundário frente o adoecimento (Franco, 2008). Ao relacionar essas respostas com as da última questão da Entrevista Estruturada sobre Estresse (exemplos de situações estressantes enfrentadas pelos participantes), observa-se que, ao mesmo tempo em que a família é um elemento essencial, ela também é considerada fonte de intenso estresse para 59% dos participantes.

Os medos estavam relacionados ao processo do adoecimento (43%), ao medo da própria morte (30%) e do sofrimento e limitação impostos pelo próprio câncer (13%). Sabe-se que o medo é uma reação adaptativa normal diante de situações reais que representam ou são interpretadas como uma ameaça ou perigo para o indivíduo, como é o caso do diagnóstico de câncer (Vargas, 2006).

Weisman e Worden (1977) consideram os 100 primeiros dias após o diagnóstico um período de ‘crise existencial’. A incerteza quanto ao futuro e o contato com a própria finitude (ser humano = ser mortal), interrompe de forma brusca o curso de vida do paciente, seus sentimentos alternam entre a esperança da cura e medo da morte (Loscalzo & Brintzenhofeszoc, 1998). Ao que tudo indica, algumas das aspirações mencionadas na avaliação psicológica (44%), retrataram as características desse contato inicial com a doença, tendo em vista que 27% não conseguem mais sonhar e 17% desejam viver mais e obter a cura.

Alguns encontrarão em sua espiritualidade ajuda para enfrentar (enfrentamento religioso) o intenso sofrimento causado pelas alterações em estilo de vida, decorrentes do diagnóstico, tratamento e eventos adversos. Sentimentos de desesperança, medo da perda do controle e prejuízo da auto imagem podem ser amenizados pela fé (Liberato & Macieira, 2008).

Observa-se nessa pesquisa que poucos são os que referem não acreditar em Deus (3%). Grande parte encontra alguma orientação espiritual para seguir, o que de alguma forma auxilia-os a vivenciar essa fase difícil da vida. Como apontado pela Lista de Problemas do instrumento Termômetro de *Distress* no decorrer do tratamento, a

espiritualidade foi encarada como um problema para poucos participantes (12% no início do tratamento, 4% no meio e nenhum ao final da quimioterapia).

Não só a fé, mas também a rede de apoio sócio-afetivo é imprescindível para amenizar o choque do diagnóstico, lutar contra a doença, aceitar e se reorganizar diante de tudo o que se passou. Quando a estrutura dessa rede de apoio é funcional, a doença pode vir a fortalecer ainda mais os laços e o suporte é adequado. Porém, quando essa estrutura é desfuncional, as relações tendem ao enfraquecimento e à desestruturação (Franco, 2008).

Para 94% dos participantes, o apoio recebido é satisfatório (59%) enquanto para outros, relativamente satisfatório (35%). Durante o tratamento, observa-se que a família é fonte de grandes preocupações negativas (problemas) para 66% no início do tratamento, 56% no meio e 66% ao final desse processo.

Por meio do ALCESTE, obteve-se uma ilustração do quanto o conceito e a reação do paciente ao câncer estão relacionados. Essa relação sofre influência direta dos fatores traço de personalidade, história de vida e acontecimentos anteriores ao diagnóstico. Tal constatação reproduz a interação entre o emocional e o adoecimento. De acordo com Cooper e Dewe (2005), esta interação é tema de vários estudos feitos na tentativa de correlacionar as influências emocionais ao câncer, seja no seu desenvolvimento ou no seu agravamento.

Na presente pesquisa, observa-se que a Avaliação Psicológica abordou esses três temas separadamente (traço de personalidade, história de vida e presença de fatos marcantes que antecederam o diagnóstico). Ao contemplar as respostas dadas às questões desta avaliação, chama a atenção a presença de fatos marcantes antes do diagnóstico (perdas e separação, desgaste com o filho e com o marido, fatores estressantes, problema no trabalho e a categoria “não quis falar”), o traço de personalidade (tendência ao tipo introvertido) e a categoria “situações difíceis” com prevalência de acontecimentos ruins da questão referente à história de vida. No ALCESTE estes temas aparecem interligados, interferindo significativamente no conceito e reação ao câncer, ou seja, sugerindo uma importante interação no adoecimento.

6.2. Entrevista Estruturada sobre Estresse

Para Hinkle Jr. (1987), não há uma definição amplamente aceita para o estresse, que possa definir quando ocorre ou não, ou como se pode observá-lo e quantificá-lo. As

definições chegam a ser conflitantes. O discurso dos participantes acerca do conceito de estresse retrata essa generalização do termo identificada por pesquisadores da área. Neste estudo, o estresse é visto como uma quebra da rotina (33%), como um desgaste físico ou emocional (29%), como uma preocupação (17%) ou como frustração (16%).

Diante dessa realidade e das orientações de Akizuki e cols. (2005) para confecção de uma escala eficiente, não é possível empregar o termo estresse como sinônimo de *distress* na avaliação dos pacientes oncológicos. Os 5% dos participantes desta pesquisa que se enquadraram na categoria ‘ausência de estresse’ da entrevista estruturada, seja esta uma realidade ou até mesmo uma negação, atestam a dificuldade de fazer uso desse termo estigmatizante.

A forma de reconhecimento do estresse por grande parte dos participantes (44% - pensamentos recorrentes), tem relação com o sistema teórico formulado por Albert Ellis, na década de 1960, denominado Teoria Racional Emotiva (conforme citado por Alcino, 2000). Entre os princípios básicos desta teoria, tem-se a simbolização da cognição (pensamento) como determinante mais importante (não o único) da emoção humana e o de que estados disfuncionais (estresse, ansiedade e depressão) são resultados de processos de pensamentos disfuncionais, que Ellis denominou de “crenças irracionais”.

Quanto à forma de reagir/lidar com a situação estressante, as duas categorias mais significativas podem ser representadas por meio da classificação de estratégias de enfrentamento, formuladas por Lazarus (Gimenes, 2000; Lazarus, 1984; Straub, 2005):

- Estratégia focada no problema: 70% lidam diretamente com o estressor, na forma de enfrentamento pró-ativo e combativo, com o objetivo de mudar a situação que deu origem ao mal-estar, de solucionar o problema.
- Estratégia focada na emoção: 21% com o intuito de controlar/regular as emoções vinculadas ao estresse, enfrentam o estresse sob a forma de fuga-evitação, distanciamento e reavaliação positiva.

Sabe-se que o apoio social tem um importante papel na mediação do impacto que os acontecimentos negativos produzem nas pessoas, e que atua em relação ao nível de estresse através da modulação da percepção do indivíduo sobre o caráter ameaçador das situações e a possibilidade de controle das mesmas. É aspecto fundamental a percepção do indivíduo sobre a disponibilidade de apoio social (Bowling, 1997; Cohen & Wills, 1985). Tal apoio produz efeitos benéficos indiretamente ajudando as pessoas a enfrentar as

situações estressantes de forma eficaz (hipótese de proteção) ou diretamente, aumentando as respostas físicas do corpo a eventos difíceis (hipótese do efeito direto).

Este tema, foi abordado nas questões quatro (encontrar ajuda) e cinco (busca ativa de ajuda) dessa entrevista, sendo possível observar que 68% encontram ajuda para lidar com essas situações, principalmente de familiares, de amigos ou espiritual. Destes, apenas 29% procuram ativamente esta ajuda, sendo que 43% não procuram e 18% só em últimos casos. Estes participantes avaliam os recursos pessoais como de bom a ótimo (53%), regular (25%) e ruim a fraco (17%).

Os exemplos de situações estressantes apresentados na última questão centralizam 75% das situações em problemas familiares, profissionais e financeiros, e apenas 20% para a situação de adoecimento. Essa constatação contraria o que se esperava, pois se presumia que o câncer seria tema de grande parte dos relatos. Este resultado ratifica a importância do uso do termo *distress* para a finalidade a qual se destina estudar.

Na análise do ALCESTE, constata-se que a percepção dos participantes está mais próxima do senso comum do que da definição científica do termo estresse. Para esses participantes, o estresse está relacionado à irritação e à quebra da rotina. O estresse vivido pelo participante (relato de experiência) está mais próximo da realidade concreta dele do que o estresse enfrentado, em que o discurso indica que esse enfrentamento é idealizado. A partir desse resultado, pode-se questionar até que ponto a avaliação pessoal dos recursos disponíveis para o enfrentamento de situação estressante (sexta questão) é idealizada.

6.3. Termômetro de *Distress*, Escala de Ansiedade e Depressão

A exemplo de Akizuki e cols. (2005), a presente pesquisa constatou convergência entre o TD e a escala HAD, ratificando que o primeiro instrumento de apenas um item é comparável ao segundo instrumento, bem mais extenso e frequentemente utilizado em avaliações de *distress*. O escore indicativo de *distress* (4) apresentou uma ótima sensibilidade e especificidade de acordo com a curva ROC do SPSS, favorecendo a identificação do *distress* psicológico e de problemas potenciais. De acordo com os critérios de validação previstos pelos autores do instrumento *Distress Thermometer*, o TD foi traduzido e validado no presente estudo.

Os dados obtidos pelo TD confirmam a distinção entre pacientes classificados com ou sem nível de *distress* significativo, de modo semelhante a outros instrumentos de medida que exigem mais esforço para análise e mais tempo para preenchimento.

Essa ferramenta pode ser usada também para identificar o número de fatores que pode estar agravando o *distress*, possibilitando o planejamento de programas de intervenção voltados para as necessidades dos pacientes. Assim, se um paciente assinala diversos itens associados a problemas físicos, é possível avaliar se essas alterações têm relação com os efeitos colaterais da quimioterapia ou se estão vinculadas a uma intensa ansiedade.

A incidência de *distress* corresponde à encontrada na literatura. Pode-se inferir que a incidência de *distress* em uma amostra brasileira foi de 36,4% (TD) e 30,7% (HAD), média de 33,55%, resultado semelhante ao encontrado na América do Norte, Europa, Oriente Médio, América do Sul e Ásia.

Para identificar esta incidência, utilizou-se o período referente à metade do tratamento, tendo em vista que, no momento do diagnóstico e início da quimioterapia, é esperado que praticamente todos os pacientes vivenciem o *distress* (Zabora & cols., 1997). Na presente amostra, 82% (TD) e 76% (HAD), apresentaram quadro significativo de *distress* nessa fase inicial.

Ao que tudo indica, o resultado obtido ao final da quimioterapia aponta para um indicador de qualidade do serviço oferecido para os pacientes, tendo em vista que apenas 16,9% (18,2%-TD e 15,6%-HAD) foram diagnosticados com *distress* e 14,3% com ansiedade e depressão. O fato de não ter sido identificado uma piora pode indicar que os participantes foram bem conduzidos pela equipe.

A incidência de ansiedade (25%) e depressão (25,3%), apontados pela HAD, também se aproxima dos resultados encontrados nas pesquisas sobre este tema: 23% de sintomas de ansiedade e transtorno de ansiedade (Derogatis & cols., 1983); 25% de transtorno depressivo (Werebe, 2000).

6.4. Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp

Em geral, observa-se que a distribuição da amostra na fase de resistência, se manteve (35% - 31,8% - 31,2%). Já na fase de exaustão, a redução foi gradual (37% - 20,5% - 16,9%). Houve um aumento significativo do número de participantes sem estresse

(27% - 47,7% - 51,9%). A redução do número de participantes na fase de resistência e exaustão aponta para uma adaptação por parte destes ao diagnóstico e tratamento, de acordo com a descrição dessas duas fases.

Cannon (1939) refere que se o estresse continuar presente por tempo indeterminado, a fase de resistência e o organismo tenta uma adaptação, devido à sua tendência em procurar a homeostase interna. Se o estressor é contínuo e a pessoa não possui estratégias para lidar com ele, o organismo exaure sua reserva de energia adaptativa e a fase de exaustão manifesta-se.

Apesar da aparente proximidade dos resultados obtidos com os do TD e da HAD, a figura 36 retrata a discrepância existente entre os instrumentos. A análise da correlação de *Pearson* entre o TD, a HAD e o ISSL identificou valores $\leq 0,5$. Já a correlação obtida entre o TD e a HAD foi alta (0,97).

Quanto à sintomatologia apresentada pelo participante, nas **últimas 24 horas** houve uma predominância de sintomas físicos (somáticos); na **última semana**, de físicos e emocionais (prevalência de sintomas emocionais, no fim do tratamento); no **último mês**, os sintomas emocionais foram os mais apontados. A importância da distinção da sintomatologia está correlacionada com a reação ao estresse. Por exemplo, há pessoas que quando estressadas desenvolvem quadros de ansiedade ou depressão, enquanto outras que passam a ter gastrite ou outro sintoma físico. Determinar a vulnerabilidade do respondente ajuda a formular tratamento ou ações preventivas que levem em consideração a maior predisposição em apresentar sintomas de uma natureza ou outra (Lipp, 2000).

Ao analisar os sintomas descritos no ISSL com os efeitos colaterais do protocolo de quimioterapia (Beveridge & cols., 2002; Goldenzwaig, 2006; Merck, 2002; Pedroso & Oliveira, 2008), apresentados no Anexo H, verifica-se que:

- Nas **últimas 24 horas**, pelo menos seis dos 15 sintomas, podem ser conseqüentes dos efeitos colaterais da medicação e não do estresse, tais como: “nó no estômago”, diarréia passageira, insônia, taquicardia, hipertensão arterial súbita e passageira e mudança de apetite.
- No período referente a **última semana**, pelo menos 11 dos 15 sintomas, podem, também, ser efeitos colaterais: problemas com a memória, formigamento das extremidades, sensação de desgaste físico constante, mudança de apetite, aparecimento de problemas dermatológicos, hipertensão arterial, cansaço constante,

tontura/sensação de estar flutuando, sensibilidade emotiva excessiva, irritabilidade excessiva e diminuição da libido.

- No **último mês**, dos 23 sintomas, ao menos 13 podem não ser sintoma de estresse: diarreia freqüente, dificuldades sexuais, insônia, náusea, problemas dermatológicos prolongados, mudança extrema de apetite, excesso de gases, tontura freqüente, impossibilidade de trabalhar, apatia/depressão/raiva prolongada, cansaço excessivo, irritabilidade sem causa aparente, hipersensibilidade emotiva.

Esses dados são sugestivos de possíveis falsos positivos no ISSL. Além disso, verifica-se uma dificuldade em se avaliar os sintomas com essa escala temporal: **24h, última semana e último mês**. Existe uma tendência das pessoas a enfatizar acontecimentos mais recentes e mais marcantes nas avaliações com escalas temporais muito distantes, como é o caso do período referente ao **último mês**.

6.5. Discussão global dos resultados

Os resultados da avaliação psicológica demonstraram que o diagnóstico de câncer ainda representa uma doença fatal e que o tratamento está associado, de forma negativa, aos efeitos colaterais. Possivelmente, essa percepção dos participantes pode ter favorecido a alta incidência de *distress*, de ansiedade e depressão no início do tratamento como apontado pelos instrumentos TD e HAD.

Observou-se que, na segunda etapa da avaliação, aqueles participantes que não vivenciaram grandes intercorrências, seja no tratamento, seja no âmbito familiar/emocional, estavam mais tranquilos e com os sentimentos (medo, angústia, ansiedade) “sob controle”. Nos casos em que isso não foi possível, o nível de *distress* permanecia alto ou aumentava gradualmente de intensidade. Nesse momento, a angústia gerada pelo diagnóstico, o sofrimento imposto pelo tratamento (de ordem física, psíquica e emocional), as incertezas quanto ao futuro e, principalmente, a presença de efeitos colaterais da quimioterapia, eram intensificados e se tornavam ainda mais evidentes.

Portanto, pode-se inferir que o conceito inicial de câncer não muda, independentemente das chances de cura que o estadiamento do diagnóstico possa apontar. Esse conceito fica latente enquanto a situação do tratamento for favorável, se manifestando apenas quando surge um evento inesperado que confirma a imagem inicial que cada pessoa tem dessa doença.

6.6. Implicações, dificuldades e desafios da pesquisa

A avaliação diagnóstica de *distress* na rotina da psicóloga (pesquisadora) do CETTRO implicou em benefícios, a começar pela própria apreensão global de como o paciente está vivenciando essas etapas do tratamento. O instrumento se mostrou útil, atendendo às necessidades; prático, realista, viável e eficiente; preciso, produzindo informações adequadas e fundamentadas. Essa realidade tornou possível que intervenções fossem feitas e direcionadas para os possíveis focos do *distress*.

O diálogo com a equipe foi favorável e acessível: nos momentos em que os participantes apresentavam quadro significativo de *distress*, discutia-se a melhor forma de conduzir cada caso. Encaminhamentos foram feitos, sempre que necessários, para atendimento psiquiátrico e psicoterapia. Foi possível, identificar melhoras e reconsiderar determinadas condutas. A relevância do TD esteve associada ao favorecimento de intervenções capazes de mudar certos quadros, como por exemplo, o caso de uma participante que estava vivenciando um problema conjugal, incorrendo em prejuízo no tratamento. A avaliação diagnóstica do *distress* indicou tal situação, que foi discutida com a médica assistente, optando-se por chamar o esposo para uma conversa, identificou-se que a agressividade do marido relacionava-se a sua dificuldade em aceitar a doença.

Tendo em vista os resultados alcançados nessa pesquisa, a avaliação diagnóstica do *distress* foi incluída efetivamente na rotina do CETTRO. Todos os pacientes que iniciam o tratamento são avaliados em intervalos apropriados, pela psicóloga. As normas da NCCN para manejo efetivo do *distress* são seguidas, em prol da qualidade do atendimento e cuidado do paciente oncológico, tais como: a) identificação do nível e da natureza do *distress* e posterior discussão dos resultados com a equipe de saúde; b) inclusão do manejo do *distress* nas pesquisas de qualidade do serviço oferecido.

Atualmente, o *distress* está sendo reconhecido, monitorado, documentado e imediatamente tratado em todas as etapas da quimioterapia. O próximo passo será seguir essa orientação sempre que houver mudanças de estadio da doença (remissão, recidiva e progressão). Pretende-se, ainda, incluir essa avaliação diagnóstica nos pacientes pré-cirúrgicos, dando continuidade na avaliação até o pós-operatório tardio (seis meses).

Dentre os desafios e limitações encontrados durante a realização dessa pesquisa, alguns deles estão relacionados ao número de participante e tempo para realização das três etapas de avaliação (início, meio e fim do tratamento). As férias de fim de ano (dezembro e

janeiro) e de carnaval (fevereiro) reduziram o número de participantes que iniciaram o tratamento. Nesse período, a angústia da pesquisadora esteve associada à possibilidade de finalizar à tempo essas três etapas. A coleta de dados só foi finalizada (3ª etapa) em setembro de 2008.

Outras dificuldades e limitações se referem às mudanças de protocolo de quimioterapia no decorrer das avaliações, alterando a programação inicial. As mudanças de protocolo foram feitas para aqueles participantes que recidivaram, que apresentaram efeitos colaterais acentuados ou nos casos em que a resposta clínica foi inferior à esperada com o tratamento. Alguns participantes foram avaliados (etapa: meio do tratamento) antes dessa mudança de quimioterapia e outros após essa notícia. Não foi possível ter um controle sobre essa variável. Vale ressaltar que essa pesquisa foi feita em situações reais, concomitante às atividades diárias da psicóloga (pesquisadora).

Observa-se que os participantes que tiveram alterações no protocolo de quimioterapia finalizaram o tratamento três meses (ou mais) após o período estabelecido para a conclusão da 3ª etapa da avaliação. Nesse momento, a boa relação existente entre os membros da equipe foi fundamental para a revisão das etapas do tratamento de cada participante, favorecendo a redução da ansiedade da pesquisadora.

Um dos desafios foi realizar a análise de conteúdo da Avaliação Psicológica e da Entrevista Estruturada sobre Estresse com uma extensa amostra de 100 participantes durante os poucos semestres letivos previstos para a realização do curso de Mestrado. Um outro obstáculo enfrentado foi estudar e pesquisar para descobrir o caminho para se chegar aos valores da curva ROC, identificando a sensibilidade e especificidade do TD, na etapa de validação.

Também, é necessário salientar que a quantidade de resultados e o pouco tempo disponível impediram que fossem realizadas algumas análises de dados obtidos durante a investigação, como por exemplo, relacionar a presença de *distress*, ansiedade e depressão com os parâmetros idade, gênero, escolaridade e tipos de câncer. Contudo, pretende-se dar continuidade a esse trabalho de desdobramento das análises juntamente com os pesquisadores do Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano (LABSAUDES).

CAPÍTULO VII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A associação entre câncer, quadros de ansiedade e depressão é freqüente e está relacionada a uma pior evolução clínica e à queda da qualidade de vida das pessoas com câncer. Nesse sentido, o presente trabalho visou contribuir para a rotina de atendimento em Oncologia, subsidiando reflexões e propostas para o campo teórico, prático e metodológico.

O primeiro aspecto a ser considerado é a introdução do manejo do *distress* nesta rotina, contribuindo para identificação rápida e controle preciso de transtornos de humor, bem como para aferição da qualidade do serviço oferecido à esses pacientes.

A simplicidade e eficácia do Termômetro de *Distress*, que pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde, tornam possível a sua inclusão na rotina do serviço, o que favorece o diagnóstico precoce de transtornos psicossociais, sendo alguns destes bastante limitantes no enfrentamento da doença e na adesão ao tratamento. De acordo com os dados obtidos, o protocolo proposto pela NCCN é passível de aplicação.

Ao refletir sobre a utilização da avaliação diagnóstica do *distress* para outras doenças (ex.: cardíacas, diabetes, HIV/Aids), deve-se levar em consideração a importância de uma definição clara, com causas e sintomas pré-estabelecidos, com sugestões de formas de avaliação e intervenção próprias, afim de evitar a descaracterização consequente da abrangência em que o termo é aplicado, como aconteceu com o termo estresse.

A avaliação diagnóstica do *distress* revelou elementos úteis para a compreensão dos aspectos psicossociais presentes nas etapas do tratamento do câncer e identificação dos momentos adequados e necessários de intervenção psicológica. Ao que tudo indica, esse procedimento favorece a redução do nível de *distress* e dos quadros de ansiedade e depressão, tendo em vista os resultados obtidos ao longo das etapas do tratamento, em que a incidência desses transtornos diminuiu consideravelmente.

Assim, destaca-se a necessidade de pesquisas em prol do aprimoramento das informações aqui divulgadas. É imprescindível avaliar o *distress* nos diferentes tipos de diagnósticos de câncer e de prognósticos, levando em consideração o grau de comprometimento e gravidade.

Muitos sintomas relacionados à depressão, ansiedade e *distress*, são diagnosticados com imprecisão, confundindo-se com os demais sintomas desencadeados pela própria doença. Considerar os efeitos colaterais da quimioterapia em uma próxima pesquisa e o comportamento do doente em relação a esses sintomas é fundamental para a compreensão do sofrimento vivenciado pelo paciente no processo de adoecer: “São dores de perda – da saúde, do corpo saudável, de papéis sociais comprometidos – e dores físicas, muitas vezes presentes no paciente oncológico” (Carvalho, 2008, p. 9).

A relação entre as estratégias de enfrentamento e o *distress* pode ser relevante no entendimento da qualidade de vida, tendo em vista que a pessoa com câncer utiliza diferentes estratégias para enfrentar essa doença ao longo do tratamento, sendo algumas mais efetivas e funcionais do que outras. A compreensão dessa relação deve considerar as características individuais, o tipo de câncer e o contexto vivencial.

Encontra-se na literatura referências sobre a importância de incluir os familiares de pacientes com câncer na avaliação diagnóstica de *distress*. É interessante avaliar se o Termômetro de *Distress* é um instrumento adequado para esse tipo de medida, considerando a sensibilidade e a especificidade dos instrumentos, bem como a comparação com estudos que avaliaram essa proposta, tal como a pesquisa de Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskivara e Hietanen, em 2007.

Um estudo multicêntrico se faz necessário para estimar a incidência de *distress* no Brasil, atentando para as diferenças sócio-culturais do paciente com câncer, examinando os fatores institucionais (centros e hospitais especializados em oncologia) e incluindo aspectos funcionais (relação médico-paciente e equipe).

Outro tópico a ser abordado é a consolidação dos resultados deste estudo durante à etapa após o tratamento, otimizando-se os períodos de retorno ao serviço para re-estadiamento, para efetuar uma avaliação diagnóstica de *distress*, levando-se em consideração o medo da recidiva. Possivelmente, esta ação possibilitará que o paciente elabore e ressignifique sua atual realidade, assimilando a noção de cura pessoal e reintegrando-se ao meio social (família, escola, trabalho e amigos).

O caráter interdisciplinar do atendimento se torna imprescindível para a implementação e manutenção dessa rotina, tanto no aporte teórico quanto na prática. A visão integral do ser humano está diretamente relacionada com a postura integrada da equipe, que resulta da conciliação dos conceitos das diferentes áreas do saber na

compreensão da complexidade desses fenômenos, em prol dos pacientes com câncer. O cuidado deve prevalecer sobre o desejo de curar.

REFERÊNCIAS

- Abeloff, M. D., Armitage, J. O., Lichter, A. S. & Niederhuber, J. E. (2000). *Clinical oncology*. 2ª ed. Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Abraham, J. & Allegra, C. J. (2001). *Bethesda handbook of clinical oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Akechi, T., Nakano, T., Akizuki, N., Okamura, M., Sakuma, K., Nakanishi, T., Yoshikawa, E. & Uchitomi, Y. (2003). Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics*, 44, 244-248.
- Akechi, T., Okuyama, T., Akizuki, N., Azuma, H., Sagwa, H., Furukawa, T. A. & Uchitomi, Y. (2006). Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small cell lung cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(6), 463-473.
- Akizuki, N., Akechi, T., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Okamura, M., Nakano, T., Murakami, Y. & Uchitomi, Y. (2003). Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patient with cancer. *American Cancer Society*, 97(10), 2605-2613.
- Akizuki, N., Yamawaki, S., Akechi, T., Nakano, T. & Uchitomi, Y. (2005). Development of an impact thermometer for use in combination with the distress thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29, 91-99.
- Alcino, A. B. (2000). Criando o stress com o pensamento. Em M. Lipp (Org.), *O stress está dentro de você* (pp. 35-49). São Paulo: Contexto.
- American Cancer Society. (1980). *Fact book for the medical and related professional*. New York: American Cancer Society.
- American Psychosocial Oncology Society. (2006). *Quick reference for oncology clinicians: The psychiatric and psychological dimensions of cancer symptom management*. Charlottesville, VA: IPOS Press.
- Arnal, B. R. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Valencia: Promolibro.
- Baider, L., Goldzweig, G., Ever-Hadani, P. & Peretz, T. (2006). Psychological distress and coping in breast cancer patients and healthy women whose parents survived the holocaust. *Psycho-Oncology*, 15(7), 635-646.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edição 70.

- Beck, A. T., Ward, C. H. & Mendelson, M. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bergerot, C. & Bergerot, P. G. (2006). *Câncer: O poder da alimentação na prevenção e tratamento*. São Paulo: Cultrix.
- Beveridge, R., Reitan, J. F., Fause, C., Leather, H., McFarland, H. & Valley, A. (2002). *Guide to selected cancer chemotherapy regimens and associated adverse events*. Thousand, CA: Amgen Oncology.
- Blumberg, E. M., West, P. M. & Ellis, F. W. (1954). A possible relationship between psychological factors and human cancer. *Psychosomatic Medicine*, 16, 277-286.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr., C. & Pereira, W. A. B. (1995). Transtorno do humor de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 355-63.
- Bowling, A. (1997). Measuring social networks and social support. Em A. Bowling (Org.), *Measuring health: A review of quality of life measurements scales* (pp. 91-109). Baltimore: Open University Press.
- Breitbart, W. (1995). Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Support Care Cancer*, 7, 45-60.
- Breidart, W., Cull, A. & Greenberg, D. (1997). Clinical update: Warning sexual function - The most important disease - Specific distress for patients with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 6(1), 77.
- Bukberg, J., Penman, D. & Holland J. C. (1984). Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 46, 199-212.
- Bultz, B. D. & Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: The sixth vital sign- future direction in cancer care. *Psycho-Oncology*, 15(2), 93-95.
- Cannon, W. B. (1939). *The eisdom of the body*. New York: Norton.
- Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., MacRae, J. H., Martin, M., Pelletier, G., Robinson, J., Simpsons, J. S., Speca, M., Tillotson, L. & Bultz, B. D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 90, 2297-2304.
- Carlson, L. E. & Bultz, B. D. (2003). Cancer distress screening: Needs, models, and methods. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 403-409.

- Carlson, L. E. & Speca, M. (2007). Managing daily and long-term stress. Em M. Feurestein (Org.), *Handbook of cancer survivorship* (pp. 339-360). Bethesda, MD: Springer.
- Carrieri-Kohlman, V., Lindsey, A. & West, C. (1993). *Pathophysiological phenomena in nursing: Human responses to illness*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Carvalho, M. M. M. J. (2008). Prefácio. Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Orgs.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 9-10). São Paulo: Summus.
- Carvalho, V. A. (2008). Transtornos de ansiedade em pacientes com câncer. Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Orgs.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 257-270). São Paulo: Summus.
- Castiel, L. D. (2005). O estresse na pesquisa epidemiológica: O desgaste dos modelos de explicação coletiva do processo saúde-doença. *Revista Saúde Coletiva*, 15(Suppl), 103-120.
- Chen, C. C., David, A. S., Nunnerley, H., Michell, M., Dawson, J. L., Berry, H., Dobbs, J. & Fahy, T. (1995). Adverse life events and breast cancer: Case control study. *British Medical Journal*, 311, 1527-1530.
- Chiattonne, H. B. C. (2002). Uma vida para o câncer. Em V. A. Angerami-Camon (Org.), *O doente, a psicologia e o hospital* (pp. 71-108). São Paulo: Pioneira.
- Citero, V., Andreoli, S. B., Martins, L. A. N. & Lourenço, M. T. (2000). Interconsulta psiquiátrica e oncologia: Interface em revisão. *Psiquiatria na Prática Médica*, 33(1), 10-13.
- Coenson, C. & Dimsdale, J. E. (1994). Psychiatric liaison on a bone marrow transplantation unit. *General Hospital Psychiatry*, 16, 131-134.
- Cohen, S. & Wills, T. (1985). A stress, social support and, the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cooley, M. E., Short, T. H. & Moriarty, H. J. (2003). Symptom prevalence, distress, and change over time in adults receiving treatment for lung cancer. *Psycho-Oncology*, 12(7), 694-708.
- Cooper, C. & Dewe, P. (2005). *Stress: A brief history*. Oxford, UK: Blackwell Publishing.

- Culver, J. L., Arena, P. L., Antoni, M. H. & Carver, C. S. (2002). Coping and distress under treatment for early stage breast cancer: Comparing african americans, hispanics and non-hispanics whites. *Psycho-Oncology*, *11*(6), 495-504.
- Decruyenaere, M., Evers-Kiebooms, G., Welkenhuysen, M., Denayer, L. & Claes, E. (2000). Cognitive representations of breast cancer, emotional distress and preventive health behavior: A theoretical perspective. *Psycho-Oncology*, *9*(6), 528-536.
- Deimling, G. T., Bowman, K. F., Sterns, S., Wagner, L. J. & Kahana, B. (2006). Cancer - related health worries and psychological distress. *Psycho-Oncology*, *15*(4), 306-320.
- Deimling, G. T., Kahana, B., Bowan, K. F. & Schaefer, M. L. (2002). Cancer survivorship and psychological distress in later life. *Psycho-Oncology*, *11*(6), 479-494.
- Derogatis, L. R. (2001). *Brief symptom inventory 18: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychosomatic Medicine*, *13*, 595-605.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, D., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., Henrich, M. & Carnicke, C. L. M. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, *249*, 751-757.
- Dolbeault, S., Mignot, V., Gauvain-Piquard, A., Mandereau, L., Asselain, B. & Medioni, J. (2003). Evaluation of psychological distress and quality of life in french cancer patient: Validation of the french version of the memorial distress thermometer. *Psycho-Oncology*, *12*(4), S225.
- Edlund, B. & Sneed, N. (1989). Emotional responses to the diagnosis of cancer: Age-related comparisons. *Oncology Nursing Forum*, *16*, 691-697.
- Fauci, A., Braunwald, E., Isselbacher, K. J., Wilson, J., Martin, J., Kasper, D., Hauser, S. & Longo, D. (1998). *Harrison's principles of internal medicine*. New York: McGraw-Hill.
- Ferro, N. F., Piriz, I., Di Pretoro, M. & Cesarco, R. (2004). Screening of distress in oncology patients: A latin american sample. *Psycho-Oncology*, *13*(S1), S52-S53.
- Fielding, R., Lam, W. W. T. & Ho, E. (2004). Factors predicting psychological morbidity in chinese women following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, *13*(S2), S53.
- Fisher, S. & Cleveland, S. E. (1956). Relationship of body image to site of cancer. *Psychosomatic Medicine*, *18*, 304-309.

- Fitch, M. I., Osoba, D., Iscoe, N. J. & Szalai, J. P. (1995). Prediction of psychosocial distress in patients with cancer: Conceptual basis and reliability of a self-report questionnaire. *Anticancer Research*, 15(4), 1533-1542.
- Franco, M. H. P. (2008). A família em psico-oncologia. Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Orgs.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 358-361). São Paulo: Summus.
- Gallucci, B. B. (1985). Selected concepts of cancer as a disease: From the greeks to 1900. *Oncology Nursing Forum*, 12, 67-71.
- Gessler, S., Low, J., Daniells, E., Williams, R., Brough, U., Tookman, A. & Jones, L. (2008). Screening for distress in cancer patients: Is the distress thermometer a valid measure in the UK and does it measure change over time? A prospective validation study. *Psycho-Oncology*, 17(6), 538-547.
- Gil, F., Grassi, L., Travado, L., Tomamichel, M. & Gonzales, J. R. (2005). Use of distress and depression thermometers to measure psychosocial morbidity among southern european cancer patients. *Support Care Cancer*, 13, 600-606.
- Gil, F., Travado, L., Tomamichel, M. & Grassi, L. (2003). Visual analogue scales (VAS) and hospital anxiety depression (HAD) scale as tools for evaluating distress in cancer patients: A multi-centre southern European study. *Psycho-Oncology*, 12(suppl), S257.
- Gilbar, O. (1999). Gender as a predictor of burden and psychological distress of elderly husbands and wives of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8(4), 287-294.
- Gilbar, O. & Zusman, A. (2007). The correlation between coping strategies, doctor-patient/spouse relationships and psychological distress among women cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 16(11), 1010-1018.
- Gimenes, M. G. G. (1998). A pesquisa do enfrentamento na prática psico-oncológica. Em M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Psico-oncologia no Brasil: Resgatando o viver* (pp. 232-246). São Paulo: Summus.
- Gimenes, M. G. G. (Org.). (2000). *A mulher e o câncer*. São Paulo: Livro Pleno.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the general hospital questionnaire*. Winsdor, UK: NFER Publishing.
- Goldberg, P. A. (1980). *A saúde dos executivos: Como identificar sinais de perigo para a saúde e levar a melhor contra o estresse*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Goldenzwaig, N. R. S. C. (2006). *Administração de medicamentos na enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Goodking, K., Antoni, M. & Blaney, P. (1986). Stress and hopelessness in the promotion of cervical intraepithelial neoplasia to invasive squamous cell carcinoma of the cervix. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 67-76.
- Graner, K. M., Cezar, L. T. S. & Teng, C. T. (2008). Transtornos do humor em Psico-Oncologia. Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Orgs.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 243-256). São Paulo: Summus.
- Greenberg, J. S. (2002). *Administração do estresse*. (D. Batista, Trad.). São Paulo: Manole.
- Greene, W. A. & Miller, G. (1958). Psychological factors and reticuloendothelial disease. IV. Observations on a group of children and adolescents with leukemia: An interpretation of disease development in terms of the mother-child unit. *Psychosomatic Medicine*, 20, 124-144.
- Greer, S. (2008). CBT for emotional distress of people with cancer: Some personal observation. *Psycho-Oncology*, 17(2), 170-173.
- Grinberg, L. P. (2003). *Jung: O homem criativo*. São Paulo: FTD.
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P. & Hietanen, P. (2007). Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psycho-Oncology*, 16(12), 1100-1110.
- Hagedoorn, M., Buunk, B. P., Kuijer, R. G., Wobbles, T. & Sanderman, R. (2000). Couples dealing with cancer: Role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-Oncology*, 9(3), 232-242.
- Halteren, H. K., Bongaerts, G. P. & Wagener, D. J. (2004). Cancer and psychosocial distress: Frequent companions. *Lancet*, 364, 824-825.
- Harris, C. A. & Zakowski, S. G. (2003). Comparisons of distress in adolescents of cancer patients controls. *Psycho-Oncology*, 12(2), 173-182.
- Harvey, A. M. (1974). Early contributions to the surgery of cancer: William S. Halsted, Hugh, H. Young and John G. Clark. *Johns Hopkins Medical Journal*, 135, 399-417.
- Hegel, M. T, Collins, D., Kearing, S., Gillock, K. L., Moore, C. P. & Ahles, T. A. (2008). Sensitivity and specificity of the distress thermometer for depression in newly diagnosed breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 17(6), 556-560.

- Henderson, B. J., Tyndel, S., Brain, K., Clements, A., Bankhead, C., Austoker, J. & Watson, E. (2008). Factors associated with breast cancer - Specific distress in younger women participating in a family history mammography screening programme. *Psycho-Oncology*, *17*(1), 74-82.
- Hinkle Jr., L. E. (1987). Stress and disease the concept after 50 years. *Social Science and Medicine*, *25*, 561-566.
- Hinnen, C., Hagedoorn, M., Sanderman, R. & Ranchor, A. V. (2007). The role of distress, neuroticism and time since diagnosis in explaining support behaviors in partners of women with breast cancer: Results of a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*, *16*(10), 913-919.
- Hoffman, B. M., Zevon, M. A., D'Arrigo, T. B. & Cecchini, T. B. (2004). Screening for distress in cancer patients: The NCCN rapid-screening measure. *Psycho-Oncology*, *13* (11), 792-799.
- Holland, J. C. (1990). Historical overview. Em J. C. Holland & J. Rowland (Orgs.), *Handbook in Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 4-12). Oxford, New York: University Press.
- Holland, J. C. (1999). Update. NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology*, *13*(Suppl), 459-507.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *American Psychosomatic Society*, *64*, 206-211.
- Holland, J. C. & Gooen-Piels, J. (2000). Principles of psycho-oncology. Em J. C. Holland, E. Frei, R. C. Bast, D. W. Kufe, R. E. Pollock & R. R. Weichselbaum (Orgs.), *Cancer medicine* (pp. 943-958). Ontario, Canada: BC Decker.
- Isikhan, V., Guner, P., Komurcu, S., Ozet, A., Arpaci, F. & Ozturk, B. (2001). The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer. *Cancer Nursing*, *24*(6), 490-495.
- Jacobsen, P. B., Donovan, K. A., Trask, P. C., Fleishman, S. B., Zabora, J., Baker, F. & Holland, J. C. (2005). Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients: A multicenter evaluation of the distress thermometer. *American Cancer Society*, *103*(7), 1494-1502.
- Kardinal, C. & Yarbrow, J. (1979). A conceptual history of cancer. *Seminars in Oncology*, *6*, 396-408.

- Keir, S. T., Calhoun-Eagan, R. D., Swartz, J. J., Saleh, O. A. & Friedman, H. S. (2008). Screening for distress in patients with brain cancer using the NCCN's rapid screening measure. *Psycho-Oncology*, *17*(6), 621-625.
- Khatib, J., Salhi, R. & Awad., G. (2004). Distress in cancer in patients in King Hussein Cancer Center (KHCC): A study using the Arabic-modified version of the Distress Thermometer. *Psycho-Oncology*, *13*(suppl), S42.
- Kim, Y., DuHamel, K. N., Valdimarsdottir, H. B. & Boubjerg, D. H. (2005). Psychological distress among healthy women with family histories of breast cancer: Effects of recent life events. *Psycho-Oncology*, *14*(7), 555-563.
- Kovács, M. J. (2002). *Educação para a morte: Um desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. Tese de Livre-Docência não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Kristeller, J. L., Zumbrun, C. S. & Schilling, R. F. (1999). 'I would if I could': How oncologist and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*, *8*(5), 451-458.
- Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Kuijer, R. G., Buunk, B. P., Jong, G. M., Ybema, J. F. & Sanderman, R. (2004). Effects of a brief intervention program for patients with cancer and their partners on feeling of inequity, relationship quality and psychological distress. *Psycho-Oncology*, *13*(5), 321-334.
- Kumar, V., Abbas, A. & Fausto, N. (2005). *Bases patológicas das doenças - Robbins & Contran* (7ª ed. revisada). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Lam, W. W. T., Chan, M., Wika, H. & Fielding, R. (2007). Treatment decision difficulties and post-operative distress predict persistence of psychological morbidity in chinese women following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, *16*(10), 904-912.
- Lazarus, R. S. (2000). Evolution of a model of stress, coping and discrete emotions. Em V. H. Rice (Org.). *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory and practice* (pp. 195-220). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, *39*, 124-129.
- Lazarus, R. S. & Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason*. New York: Oxford University Press.

- Leidy, N. (1989). A physiological analysis of stress and chronic illness. *Journal of Advanced Nursing, 14*, 868-876.
- Liberato, R. P. & Macieira, R. C. (2008). Espiritualidade no enfrentamento do câncer. Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Orgs.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 414-431). São Paulo: Summus.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (Org.). (2003). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (Org.). (2004). *O stress no Brasil: Pesquisas avançadas*. Campinas, SP: Papyrus.
- Lipp, M. E. N. & Malagris, L. E. N. (2004). O stress no Brasil de hoje. Em M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: Pesquisas avançadas* (pp. 215-222). Campinas, SP: Papyrus.
- Lipp, M. E. N. & Novaes, L. E. (2003). *O stress*. São Paulo: Contexto.
- Loscalzo, M. & Brintzenhofeszoc, K. (1998). Brief crisis counseling. Em J. C. Holland (Org.), *Psycho-Oncology* (pp. 662-675). New York: Oxford.
- Lyon, B. L. & Rice, V. H. (2000). Stress, coping, health, and nursing. Em V. H. Rice (Org.), *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory and practice* (pp. 543-548). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Machado, A. (2002). *Neuroanatomia funcional*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Manuila, L., Manuila, A. & Nicoulin, M. (1997). *Dicionário médico Andrei*. São Paulo: Organização Andrei Editora.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B. & Willig, C. (2000). *Health Psychology: Theory, research and practice*. London: Sage Publications.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs, 32*, 57-71.
- Massie, M. J. & Holland, J. C. (1990). Depression and cancer patient. *Journal of Clinical Psychiatry, 51*, 7.
- Matthews, K. & Glass, D. (1981). Type A behavior, stressful life events, and coronary heart disease. Em B. Dohrenwend & B. Dohrenwend (Orgs.), *Stressful life events and their context* (pp.202-222). New York: Prodist.

- McEwen, B. S. & Lasley, E. N. (2003). *O fim do estresse como nós o conhecemos*. (L. Coimbra, Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- McGee, R. (1999). Does stress cause cancer? *British Medical Journal*, 319, 1015-1016.
- McLean, L. M. & Jones, J. M. (2007). A review of distress and its management in couples facing end-of-life cancer. *Psycho-Oncology*, 16(7), 603-616.
- McNair, D. M., Lorr, M. & Droppleman, L. F. (1971). *Edits manual for the profile of mood states*. San Diego, CA: Education and Industrial Testing Service.
- McQuellon, R. P., Wells, M., Hoffman, S., Craven, B., Russel, G., Cruz, J., Hurt, G., DeChatelet, P., Andrykowski, M. A. & Savage, P. (1998). Reducing distress in cancer patients with an orientation program. *Psycho-Oncology*, 7(3), 207-217.
- Mehnert, A. (2004). Prevalence of post-traumatic stress disorder, anxiety and depression in a representative sample of breast cancer patient. *Psycho-Oncology*, 13(S2), S62.
- Mello Filho, J. (2002). *Concepção psicossomática: Visão atual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Merck, S. A. (2002). Erbitux™ (Cetuximabe). *Monografia do produto. Carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço localmente avançado*. Rio de Janeiro: Merck S.A.
- Merckaert, I., Libert, Y., Delvaus, N., Marchal, S., Boniver, J., Etienne, A. M., Klastersky, J., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J. L. & Razoui, D. (2008). Factors influencing physicians' detection of cancer patients' and relatives' distress: Can a communication skills training program improve physicians' detection? *Psycho-Oncology*, 17(3), 260-269.
- Mitchell, A. J., Kaar, S., Coggan, C. & Herdman, J. (2008). Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders-preferences of cancer specialists and non-specialists. *Psycho-Oncology*, 17(3), 226-236.
- Montazeri, A., Sajadian, A., Fateh, A., Haji-Mahmoodi, M. & Ebrahimi, M. (2004). Factors predicting psychological distress in cancer patient. *Psycho-Oncology*, 13(S2), S62.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Ebrahimi, M. & Jarvandi, S. (2006). The hospital anxiety and depression scale (HADS): Translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(14), 1-5.

- Moraes, M. C. (2002). O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. Em M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Introdução a Psiconcologia* (pp. 57-63). Campinas, São Paulo: Livro Pleno.
- Muszbek, K., Szekely, A., Balogh, E. A., Molnár, M., Rohánszky, M., Ruzsa, A., Varga, K., Szöllösi, M. & Vadász, P. (2006). Validation of the hungarian translation of hospital anxiety and depression scale. *Psycho-oncology*, *15*, 761-766.
- National Comprehensive Cancer Network. (2007). *Distress management*. Clinical Practice Guidelines in Oncology.
- Ogden, J. (1996). Changing the subject of health psychology. Em J. Ogden. *Health psychology: A textbook* (pp. 257-265). Buckingham: Open University Press.
- Okuyama, T., Endo, C., Seto, T., Kato, T., Seki, N., Akechi, T., Furukawa, T. A., Eguchi, K. & Hosaka, T. (2008). Cancer patient's reluctance to disclose their emotional distress to their physicians: A study of japanese patients with lung cancer. *Psycho-Oncology*, *17* (5), 460-465.
- Özalp, E., Cankurtaran, E. S., Soygür, H., Geyik, P. Ö. & Jacobsen, P. B. (2007). Screening for psychological distress in turkish cancer patients. *Psycho-Oncology*, *16*(4), 304-311.
- Pandey, M., Devi, N., Thomas, B. C., Kumar, S. V., Krishnan, R. & Ramdas, K. (2007). Distress overlaps with anxiety and depression in patients with head and neck cancer. *Psycho-Oncology*, *16*(6), 582-586.
- Pandey, M., Thomas, B. C., Ramdas, K. & NandaMohan, V. (2006). Factors influencing distress in indian cancer patients. *Psycho-Oncology*, *15*(6), 547-550.
- Patterson, J. (1987). *The dread disease: Cancer and modern american culture*. Cambridge: Havard University Press.
- Peçanha, D. L. N. (2008). Câncer: Recursos de enfrentamento na trajetória da doença. Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Orgs.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 209-217). São Paulo: Summus.
- Pedroso, E. R. P. & Oliveira, R. G. (2008). *Blackbook: Clínica Médica*. Minas Gerais: Black Book.
- Pieterse, K., VanDooren, S., Seynaeve, C., Bartels, C. C. M., Rijnsburger, A. J., Koning, H. J., Klijjn, J. G. M., VanElderen, T., Tibben, A. & Duivenvoorden, H. J. (2007). Passive

- coping and psychological distress in women adhering to regular breast cancer surveillance. *Psycho-Oncology*, 16(9), 851-858.
- Potash, M. & Breitbart, W. (2002). Affective disorders in advanced cancer. *Hematology Oncology Clinics of North America*, 16, 671-700.
- Prada, A. A. (2006). La personalidad del pacient con cáncer y las modalidades de afrontamiento. Em A. A. Prada (Org.), *Manual de Psicooncología* (pp. 91-108). Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas.
- Ranson, S., Jacobsen, P. B. & Booth-Jones, M. (2006). Validation of the distress thermometer with bone marrow transplant patients. *Psycho-Oncology*, 15(7), 604-612.
- Recklitis, C. J., Licht, I., Ford, J., Oeffinger, K. & Diller, L. (2007). Screening adult survivors of childhood cancer with the distress thermometer: A comparison with the SCL-90-R. *Psycho-Oncology*, 16(11), 1010-1018.
- Reznikoff, M. (1955). Psychological factors in breast cancer: A preliminary study of some personality trends in patients with cancer of the breast. *Psychosomatic Medicine*, 17, 96-108.
- Ribeiro, A. S. M. (2000a). Alceste: Análise quantitativa de dados textuais. Manual não publicado. Laboratório de Psicologia Escolar, Universidade de Brasília, Brasília.
- Ribeiro, A. S. M. (2000b). Macho, adulto, branco, sempre no comando? Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Rice, V. H. (2000). Theories of stress and relationship to health. Em V. H. Rice (Org.), *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory and practice* (pp. 27-45). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rini, C., Jandorf, L., Valdimarsdottir, H., Brown, K. & Itzkowitz, S. H. (2008). Distress among inflammatory bowel disease patients at high risk for colorectal cancer: A preliminary investigation of the effects of family history of cancer, disease duration, and perceived social support. *Psycho-Oncology*, 17(4), 354-362.
- Rusiewicz, A., DuHamel, K. N., Burkhalter, J., Ostroff, J., Winkel, G., Scigliano, E., Papadopoulos, E., Moskowitz, C. & Redd, W. (2008). Psychological distress in long-term survivors of hematopoietic stem cell transplantation. *Psycho-Oncology*, 17(4), 329-337.
- Sadeh-Tassa, D., Yagil, Y. & Stadler, J. (2004). A comparison between first occurrence and recurrent of breast cancer: Anxiety, depression, PTSD. *Psycho-Oncology*, 13(S2), S66.

- Salander, P. (2000). Using beliefs and magical thinking to fight cancer distress - a case study. *Psycho-Oncology*, 9(1), 40-43.
- Santos, F. R. M. (2004). Symptoms of post-traumatic stress disorder in patients with malignant hematologic disease. *Psycho-Oncology*, 13(S2), S67.
- Santos, C. T. & Sebastiani, R. W. (2003). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. Em V. A. Angerami, H. B. C. Chiattonne, R. W. Sebastiani, M. L. H. Fongaro & C. T. Santos (Orgs.), *E a psicologia entrou no hospital* (pp.147-176). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Sarenmalm, E. K., Öhlén, J., Odén, A. & Gaston-Jhansson, F. (2008). Experience and predictors of symptoms, distress and health-related quality of life over time in postmenopausal women with recurrent breast cancer. *Psycho-Oncology*, 17(5), 497-505.
- Segrin, C., Badger, T., Dorros, S. M., Meek, P. & Lopez, M. A. (2007). Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer and their partners. *Psycho-Oncology*, 16(7), 634-643.
- Sellick, S. M. & Edwardson, A. D. (2007). Screening new cancer patients for psychological distress using the hospital anxiety and depression scale. *Psycho-Oncology*, 16(6), 534-542.
- Selye, H. (1965). *Stress: A tensão da vida*. (F. Branco, Trad.). São Paulo: Ibrasa.
- Sheehan, J., Sherman, K. A., Lam, T. & Boyages, J. (2007). Association information satisfaction, psychological distress and monitoring coping style with post-decision regret following breast reconstruction. *Psycho-Oncology*, 16(4), 342-351.
- Shim, E. J., Shin, Y. W., Jeon, H. J. & Hahm, B. J. (2007). Distress and its correlates in korean cancer patients: Pilot use of the distress thermometer and the problem list. *Psycho-Oncology*, Early View.
- Shimizu, J. S. A., Akechi, T., Okamura, M., Akizuki, N. & Uchitomi, Y. (2004). Feasibility and usefulness of the distress and impact thermometer as a brief screening tool to detect psychological distress in clinical oncology practice. *Psycho-Oncology*, 13(S2), S68-S69.
- Siegel, B. S. (2007). *Amor, Medicina e milagres: A cura surpreendente de doenças graves nas palavras de um médico-cirurgião*. Rio de Janeiro: Editora Best Seller.
- Silveira, N. (2007). *Jung: Vida e obra*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

- Simonton, C., Simonton, S. & Creighton, J. (1978). *Getting well again*. Los Angeles: Tarcher.
- Smith, A. B., Rush, R., Velikova, G., Wall, L., Wright, E. P., Stark, D., Selby, P. & Sharpe, M. (2007). The initial development of an item bank to assess and screen for psychological distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*, *16*(8), 724-732.
- Smith, A. W., Dougall, A. L., Posluszny, D. M., Somers, T. J., Rubinstein, W. S. & Baum, A. (2008). Psychological distress and quality of life associated with genetic testing for breast cancer risk. *Psycho-Oncology*, *17*(8), 763-773.
- Söllner, W., Maislinger, S., König, A., DeVries, A. & Lukas, P. (2004). Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation-liaison service. *Psycho-Oncology*, *13*(12), 893-897.
- Somerfield, M. R., Stefanek, M. E., Smith, T. J. & Padberg, J. J. (1999). A system model for adaptation to somatic distress among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *8*(4), 334-343.
- Sontag, S. (1984). *A doença como metáfora*. São Paulo: Editora Graal.
- Stephan, M. M. A. C. (2008). A Psico-Oncologia no Brasil: Notas sobre o passado e o presente; as aspirações e estratégias para o futuro. Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Orgs.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 619-633). São Paulo: Summus.
- Stewart, A. L., Hays, R. D. & Ware, J. E. (1988). The MOS short form general health survey. *Medical Care*, *7*, 724.
- Stiegelis, H. E., Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bennenbroek, F. T. C., Buunk, B. P., Vanden Bergh, A. C. M., Botke, G. & Ranchor, A. V. (2004). The impact of an informational self-management intervention on the association between control and illness uncertainty before and psychological distress after radiotherapy. *Psycho-Oncology*, *13*(4), 248-259.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Tache, J. & Selye, H. (1985). On stress and coping mechanisms. *Issues in Mental Health Nursing*, *7*, 3-24.
- Thekkumpurath, P., Narayanan, D. & Kumar, M. (2006). Validation of screening instruments to detect distress in cancer patients in Kerala, India: A report. *Psycho-Oncology*, *15*(S1), S428-S429.

- Tillich, P. (1972). *A coragem de ser*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Trask, P. C., Paterson, A. G., Fardig, J. & Smith, D. C. (2003). Course of distress and quality of life in testicular cancer patients before, during, and after chemotherapy: Results of a pilot study. *Psycho-Oncology*, *12*(8), 814-820.
- Trask, P. C., Paterson, A. G., Wang, C., Hayasaka, S., Milliron, K. J., Blumberg, L. R., Gonzales, R., Murray, S. & Merajver, S. D. (2001). Cancer - Specific worry interference in women attending a breast cancer and ovarian cancer risk evaluation program: Impact on emotional distress and health functioning. *Psycho-Oncology*, *10*(5), 349-360.
- Turner, N. J., Muers, M. F., Haward, R. A. & Mulley, G. P. (2007). Psychological distress and concerns of elderly patients treated with palliative radiotherapy for lung cancer. *Psycho-Oncology*, *16*(8), 707-713.
- Vargas, K. J. (2006). Miedo y cáncer. Em A. A. Prada (Org.), *Manual de Psicooncología* (pp. 175-206). Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas.
- Veit, M. T. & Carvalho, V. A. (2008). Psico-Oncologia: Definições e área de atuação. Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Orgs.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 15-19). São Paulo: Summus.
- Watson, M. & Greer, S. (1998). Personality and coping. Em J. C. Holland. (Org.). *Psycho-Oncology* (pp. 91-98). New York, NY: Oxford.
- Weisman, A. D. & Worden, J. W. (1977). The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *7*(1), 1-15.
- Werebe, D. M. (2000). Depressão no câncer. Em R. Fráguas Jr. & J. A. B. Figueiró (Orgs.), *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: Depressões secundárias* (pp. 159-164). São Paulo: Editora Atheneu.
- Wiener, L., Battles, H., Bernstein, D., Long, L., Derdak, J., Mackall, C. L. & Mansky, P. J. (2006). Persistent psychological distress in long-term survivors of pediatric sarcoma: The experience at a single institution. *Psycho-Oncology*, *15*(10), 898-910.
- Zabora, J. R., Blanchard, C. G., Smith, E. D., Roberts, C. S., Glajchen, M., Sharp, J. W., BrintzenhofeSzoc, K. M., Locher, J. W., Carr, E. W., Best-Castner, S., Smith, P. M., Dozier-Hall, D., Polinsky, M. L. & Hedlund, S. C. (1997). Prevalence of psychological

- distress among cancer patients across the disease continuum. *Journal of Psychosocial Oncology*, 15(2), 73-87.
- Zabora, J. R., BrintzenhofeSzoc, K. M., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology*, 10(1), 19-28.
- Zabora, J. R., BrintzenhofeSzoc, K. M., Jacobsen, P., Curbow, B., Piantadosi, S., Hooker, C., Owens, A. & Derogatis, L. (2001). A new psychosocial screening instrument for use with cancer patients. *Psychosomatics*, 42(3), 241-246.
- Zecchin, R. N. (2004). A perda do seio: Um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPES, EDUC.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra será arquivada pela pesquisadora responsável. Em caso de recusa ou desistência, não haverá prejuízo, pois seu atendimento está assegurado. Os dados obtidos são confidenciais. O sigilo sobre a identidade dos participantes também está garantido. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB pelo telefone 3307 3799.

Informações sobre a pesquisa:

Título do projeto: Manejo do Distress em Pacientes Oncológicos.

Pesquisador responsável: Cristiane Sant'Anna Decat

Telefone para contato: 3429 2910/92185256

O presente estudo tem por objetivo ampliar o conhecimento sobre estresse, avaliando o nível de distress em pacientes oncológicos. Esse monitoramento visa proporcionar um melhor tratamento e contribuir para uma maior qualidade de vida. Caso seja diagnosticada alguma alteração de humor, o participante será encaminhado para um serviço competente.

Para tanto, serão empregados alguns instrumentos de avaliação por escrito, cujo tempo de aplicação é breve. O Termômetro do Distress – que mede os níveis de estresse – e a Lista de Problemas – que relaciona o distress a determinadas situações e Avaliação Psicológica.

Eu _____ fui informado (a) sobre: os propósitos do estudo Manejo do Distress, seus procedimentos, possíveis desconfortos e riscos.

Ficou claro que minha participação é isenta de despesas. Também fui assegurado quanto à confidencialidade dos dados, ao acesso dos resultados e a obtenção de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar da pesquisa e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

_____ Data ____/____/____
Assinatura do participante.

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: ()

_____ Data ____/____/____
Assinatura da pesquisadora.

Versão 1.0 de 06 de março de 2007.

Cristiane Sant'Anna Decat / CETTRO – Centro de Câncer de Brasília.

ANEXO B
AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

____/____/____

Protocolo: ____/____

Psicólogo: _____

Identificação/Contextualização

Nome	Idade	Sexo
Est.Civil	Escolaridade	Profissão/Situação Laboral Atual
Cônjuge	Idade	Profissão
Naturalidade/	Est.	
Acompanhante	Médico	

Atendimento em: Rondas de estimulação () Acolhimento Pré-QT ()

Aspectos relevantes e História Clínica: (Primeiros sintomas, diagnóstico e prognóstico)

Diagnóstico Principal _____

Reação ao diagnóstico _____

Conceito sobre o câncer _____

Impressão sobre a QT _____

Fato/s marcante/s antes do aparecimento da doença _____

Como é o paciente? (seu relato) _____

O que pode ter contribuído para o adoecimento? _____

Quais mudanças o adoecimento tem provocado? _____

Conhecimentos sobre a patologia:

Satisfatório () Relativamente Satisfatório () Insatisfatório ()

Anamnese da História de vida:

Infância (composição familiar, relação com pais, irmãos, acontecimentos relevantes)

Adolescência (acontecimentos relevantes)

Vida adulta (casamento, relação com filhos, trabalho, amigos, lazer)

Histórico sobre a saúde ao longo do desenvolvimento

Dimensão Espiritual:

O que é Essencial/ O que te faz viver _____

Medo: _____

Sonhos: _____

Crenças/religião: _____

Apoio sócio-afetivo: Satisfatório () Relativamente satisfatório () Insatisfatório ()

ANEXO C
ENTREVISTA ESTRUTURADA SOBRE ESTRESSE

ENTREVISTA ESTRUTURADA SOBRE ESTRESSE

1. Quando um acontecimento é ESTRESSANTE?

2. Como você reconhece que esse acontecimento é ESTRESSANTE?

3. Como você costuma reagir/lidar com essa situação ESTRESSANTE?

4. Você encontra ajuda para lidar com essa situação ESTRESSANTE? De quem, de onde?

5. Você busca ativamente ajuda para lidar com essa situação ESTRESSANTE? De quem, de onde?

6. Como você avalia os recursos disponíveis para esse enfrentamento?

7. Quais situações ESTRESSANTES você já enfrentou em sua vida? Você pode me falar delas?

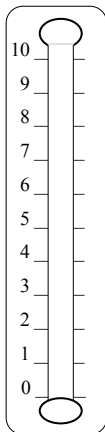
ANEXO D
TERMÔMETRO DE *DISTRESS* (TD)

Termômetro de Distress

Versão 1.0 em Português

Primeiramente, circule um número de 0 a 10 que melhor descreve a quantidade de distress que você tem experimentado na semana passada incluindo o dia de hoje.

Extremo Distress



Sem Distress

Indique a seguir, se algum desses itens tem sido um problema para você na última semana, incluindo o dia de hoje. Certifique-se de assinalar **Sim (S)**, **Não (N)** ou **Não se aplica (Na)** em cada item.

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----------------------------------------------|-----|-----|-----|--------------------------|
| S | N | Na | <u>Problemas Práticos</u> | S | N | Na | <u>Problemas Físicos</u> |
| () | () | () | Cuidar de criança | () | () | () | Aparência |
| () | () | () | Cuidar da casa | () | () | () | Tomar banho/se vestir |
| () | () | () | Plano de saúde/
financeiro | () | () | () | Respiração |
| () | () | () | Transporte | () | () | () | Mudanças ao urinar |
| () | () | () | Trabalho/escola | () | () | () | Constipação |
| | | | <u>Problemas Familiares</u> | () | () | () | Diarréia |
| () | () | () | Filhos | () | () | () | Alimentação |
| () | () | () | Companheiro(a) | () | () | () | Fadiga |
| | | | <u>Problemas Emocionais</u> | () | () | () | Sentindo-se inchado |
| () | () | () | Depressão | () | () | () | Febre |
| () | () | () | Medos | () | () | () | Dar uma volta/circular |
| () | () | () | Nervosismo | () | () | () | Indigestão |
| () | () | () | Tristeza | () | () | () | Memória/concentração |
| () | () | () | Preocupação | () | () | () | Mucosite/afta |
| () | () | () | Perda do interesse em
atividades usuais | () | () | () | Náusea |
| () | () | () | <u>Envolvimento
Espiritual/ Religioso</u> | () | () | () | Nariz seco/congestionado |
| | | | | () | () | () | Dores |
| | | | | () | () | () | Sexual |
| | | | | () | () | () | Pele seca/coceira |
| | | | | () | () | () | Dormir |
| | | | | () | () | () | Mãos/pés formigando |

Outros Problemas: _____

ANEXO E
ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD**Versão 1.0 em Português****Aprovado em 19.07.1995**

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

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

Marque apenas uma resposta para cada pergunta:

- A Eu me sinto tenso ou contraído:
3 A maior parte do tempo
2 Boa parte do tempo
1 De vez em quando
0 Nunca
- D Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:
0 Sim, do mesmo jeito que antes
1 Não tanto quanto antes
2 Só um pouco
3 Já não sinto mais prazer em nada
- A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:
3 Sim, e de um jeito muito forte
2 Sim, mas não tão forte
1 Um pouco, mas isso não me preocupa
0 Não sinto nada disso
- D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:
0 Do mesmo jeito que antes
1 Atualmente um pouco menos
2 Atualmente bem menos
3 Não consigo mais
- A Estou com a cabeça cheia de preocupações:
3 A maior parte do tempo
2 Boa parte do tempo
1 De vez em quando
0 Raramente
- D Eu me sinto alegre:
3 Nunca
2 Poucas vezes
1 Muitas vezes
0 A maior parte do tempo
- A Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:
0 Sim, quase sempre
1 Muitas vezes
2 Poucas vezes
3 Nunca

- D Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:
3 () Quase sempre
2 () Muitas vezes
1 () De vez em quando
0 () Nunca
- A Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
0 () Nunca
1 () De vez em quando
2 () Muitas vezes
3 () Quase sempre
- D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
3 () Completamente
2 () Não estou mais me cuidando como eu deveria
1 () Talvez não tanto quanto antes
0 () Me cuido do mesmo jeito que antes
- A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
3 () Sim, demais
2 () Bastante
1 () Um pouco
0 () Não me sinto assim
- D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:
0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Um pouco menos do que antes
2 () Bem menos do que antes
3 () Quase nunca
- A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
3 () A quase todo momento
2 () Várias vezes
1 () De vez em quando
0 () Não sinto isso
- D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:
0 () Quase sempre
1 () Várias vezes
2 () Poucas vezes
3 () Quase nunca

ANEXO F

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP – ISSL

Versão 1.0 em Português Aprovado em 2000

1. Marque os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas

- | | |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mãos e pés frios | <input type="checkbox"/> Taquicardia |
| <input type="checkbox"/> Boca Seca | <input type="checkbox"/> Hiperventilação |
| <input type="checkbox"/> Nó no estômago | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial súbita e passageira |
| <input type="checkbox"/> Aumento de sudorese | <input type="checkbox"/> Mudança de apetite |
| <input type="checkbox"/> Tensão muscular | <input type="checkbox"/> Aumento súbito de motivação |
| <input type="checkbox"/> Aperto da mandíbula/Ranger os dentes | <input type="checkbox"/> Entusiasmo súbito |
| <input type="checkbox"/> Diarréia passageira | <input type="checkbox"/> Vontade súbita de iniciar novos projetos |
| <input type="checkbox"/> Insônia | |

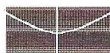
2. Marque os sintomas que tem experimentado na última semana

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas com a memória | <input type="checkbox"/> Cansaço constante |
| <input type="checkbox"/> Mal estar generalizado, sem causa específica | <input type="checkbox"/> Aparecimento de úlcera |
| <input type="checkbox"/> Formigamento das extremidades | <input type="checkbox"/> Tontura/sensação de estar flutuando |
| <input type="checkbox"/> Sensação de desgaste físico constante | <input type="checkbox"/> Sensibilidade emotiva |
| <input type="checkbox"/> Mudança de apetite | <input type="checkbox"/> Dúvida quanto a si próprio |
| <input type="checkbox"/> Aparecimento de problemas dermatológicos | <input type="checkbox"/> Pensar constantemente em um só assunto |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial | <input type="checkbox"/> Irritabilidade excessiva |
| | <input type="checkbox"/> Diminuição da libido |

3. Marque os sintomas que tem experimentado no último mês

- | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diarréia freqüente | <input type="checkbox"/> Impossibilidade de trabalhar |
| <input type="checkbox"/> Dificuldades sexuais | <input type="checkbox"/> Pesadelos |
| <input type="checkbox"/> Insônia | <input type="checkbox"/> Sensação de incompetência em todas as áreas |
| <input type="checkbox"/> Náusea | <input type="checkbox"/> Vontade de fugir de tudo |
| <input type="checkbox"/> Tiques | <input type="checkbox"/> Apatia, depressão ou raiva prolongada |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial continuada | <input type="checkbox"/> Cansaço excessivo |
| <input type="checkbox"/> Problemas dermatológicos prolongados | <input type="checkbox"/> Pensar/Falar constantemente em um só assunto |
| <input type="checkbox"/> Mudança extrema de apetite | <input type="checkbox"/> Irritabilidade sem causa aparente |
| <input type="checkbox"/> Excesso de gases | <input type="checkbox"/> Angústia, ansiedade diária |
| <input type="checkbox"/> Tontura freqüente | <input type="checkbox"/> Hipersensibilidade emotiva |
| <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Perda do senso de humor |
| <input type="checkbox"/> Enfarte | |

ANEXO G
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa –CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto: 056/2007

Título do Projeto: “Manejo do distress em pacientes oncológicos”.

Pesquisadora Responsável: Cristiane Sant’Anna Decat

Data de Entrada: 01/06/2007.

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 056/2007 com o título: “Manejo do distress em pacientes oncológicos”. Analisado na 5ª Reunião ordinária, realizada no dia 12 de junho de 2007.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 14 de agosto de 2007.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP/FS-UnB

Campus Universitário Darcy Ribeiro
Faculdade de Ciências da Saúde
Cep: 70.910-900

ANEXO H
PROTOCOLO DE QUIMIOTERAPIA E EFEITOS COLATERAIS

Protocolo	N (%)	Principais Efeitos Colaterais
Aldesleucina + Interferon alfa-2b	2 (2%)	SNC: mudança do estado mental, tontura, cefaléia, confusão, letargia, depressão, nervosismo, distúrbio visual e do sono SCV: hipotensão severa, taquicardia sinusal, arritmias, hipertensão, dor no peito, palpitação SGI: náusea, vômito, diarreia, estomatite, anorexia S. Hematológico: anemia, leucopenia, neutropenia Pele: prurido, eritema, pele seca, dermatite, alopecia Outros: calafrio, fadiga, dor, fraqueza, edema, perda de peso
ABVD: Adriamicina + Bleomicina + Vinblastina + Dacarbazina	4 (4%)	SNC: cefaléia, tontura, fraqueza, depressão mental SGI: náusea, vômito, diarreia, estomatite, esofagite, anorexia, constipação, dor abdominal, enterocolite hemorrágica S. Hematológico: leucocitose, leucopenia S. Respiratório: dispnéia, tosse produtiva Pele: alopecia, eritema, descamação das mãos, hiperpigmentação, acne, vesícula na pele Outros: urticária, edema, dor
AC-TX/TXT: Adriamicina + Ciclofosfamida + Paclitaxel/ Docetaxel	9 (9%)	SNC: parestesia, dor, astenia SGI: náusea, vômito, diarreia, estomatite, esofagite, mucosite, anorexia, constipação, enterocolite SCV: retenção de líquidos, taquicardia, hipotensão, arritmia S. Hematológico: infecção, depressão da medula óssea Pele: alopecia Outros: urticária, mialgia, artralgia
Carboplatina + Paclitaxel/ Docetaxel	10 (10%)	SNC: parestesia, dor, astenia, tontura, confusão, distúrbio visual SGI: náusea, vômito, esofagite, mucosite, anorexia, diarreia, estomatite, constipação, dor abdominal SCV: retenção de líquidos, taquicardia, hipotensão, arritmia S. Hematológico: infecção, depressão da medula óssea Pele: alopecia Outros: mialgia, artralgia, astenia, dor
CARGEM: Carboplatina + Gemcitabina	2 (2%)	SNC: tontura, confusão, distúrbio visual, sonolência, parestesia SGI: náusea, vômito, diarreia, constipação, dor abdominal, mucosite, estomatite S. Respiratório: dispnéia S. Hematológico: neutropenia, leucopenia, infecção Pele: alopecia Outros: astenia, dor
Cetuximabe	1 (1%)	SNC: cefaléia, tontura SGI: náusea, vômito, mucosite SCV: hipotensão S. Respiratório: dispnéia Pele: prurido, pele seca, erupção acneiforme, urticária, alterações nas unhas Outros: rouquidão

Protocolo	N (%)	Principais Efeitos Colaterais
Ciclofosfamida + Fludarabine	1 (1%)	SNC: neurotoxicidade, fraqueza, parestesia, cefaléia, depressão Visão, Audição: distúrbio visual e perda da audição SGI: diarreia, anorexia, náusea, vômito, estomatite, esofaringite, mucosite, enterocolite S. Respiratório: dispnéia, sinusite S. Hematológico: imunodepressão Pele: Prurido, alopecia Outros: dor, calafrio, artralgia
CDDP: Cisplatina	4 (4%)	SNC: perda do paladar, convulsão Audição: zumbido SGI: náusea, vômito, anorexia S. Hematológico: leucopenia, anemia Pele: urticária, alopecia Outros: edema facial, taquicardia
GC: Cisplatina + Gemcitabina	6 (6%)	SNC: perda do paladar, convulsão, sonolência, parestesia Audição: zumbido SGI: náusea, vômito, anorexia, diarreia, mucosite, estomatite S. Respiratório: dispnéia S. Hematológico: leucopenia, supressão da medula óssea, anemia, infecção Pele: urticária, alopecia Outros: edema facial, taquicardia, dor
Cisplatina + Irinotecan	3 (3%)	SNC: insônia, tontura, astenia, perda do paladar, convulsão Audição: zumbido SGI: náusea, vômito, diarreia, constipação, estomatite, flatulência, dispepsia, anorexia S. Respiratório: dispnéia, tosse, rinite S. Hematológico: neutropenia, leucopenia, anemia Pele: alopecia, sudorese, rubor, urticária Outros: fadiga, dor, câimbra, edema facial, taquicardia
Cisplatina + Paclitaxel/ Docetaxel	5 (5%)	SNC: parestesia, dor, astenia, perda do paladar, convulsão Audição: zumbido SGI: náusea, vômito, esofagite, mucosite, anorexia, diarreia, estomatite, constipação SCV: retenção de líquidos, taquicardia, hipotensão, arritmia S. Hematológico: infecção, depressão da medula óssea, leucopenia, anemia Pele: alopecia, urticária Outros: mialgia, artralgia, edema facial, taquicardia
Doxorrubicina + Dacarbazina	1 (1%)	SGI: náusea, vômito, diarreia, estomatite, esofagite Pele: alopecia, rubor facial Outros: urticária, calafrio, urticária
FCM: Fluoruracil + Ciclofosfamida + Metotrexato	1 (1%)	SNC: letargia, fraqueza, euforia, cefaléia, tontura SGI: diarreia, anorexia, náusea, vômito, cólica, gastrite, estomatite, faringite, esofaringite, gosto metálico, desconforto gastrointestinal, enterocolite, colite hemorrágica S. Hematológico: leucopenia, anemia, imunodepressão Pele: alopecia, dermatite, pele seca, fissuras, urticária, prurido Outros: congestão nasal

Protocolo	N (%)	Principais Efeitos Colaterais
FEC: Fluoruracil + Epirrubicina + Ciclofosfamida	2 (2%)	SNC: letargia, fraqueza, euforia SGI: diarreia, anorexia, náusea, vômito, cólica, gastrite, estomatite, faringite, esofaringite, distúrbio gastrointestinal, úlceras na cavidade oral, enterocolite, colite hemorrágica S. Hematológico: leucopenia, imunodepressão Pele: alopecia, dermatite, pele seca, fissuras, urticária
FOLFIRI: Fluoruracil + Irinotecan + Cetuximabe	3 (3%)	SNC: letargia, fraqueza, euforia, insônia, tontura, astenia, cefaléia SGI: diarreia, anorexia, náusea, vômito, cólica, gastrite, estomatite, faringite, esofaringite, constipação, flatulência, mucosite SCV: hipotensão S. Respiratório: dispnéia, tosse, rinite S. Hematológico: leucopenia, neutropenia, anemia Pele: alopecia, dermatite, pele seca, fissuras, sudorese, rubor, prurido, pele seca, erupção acneiforme, urticária, alterações nas unhas Outros: fadiga, dor, cãimbra, rouquidão
FOLFOX: Fluoruracil + Oxaliplatina	10 (10%)	SNC: letargia, fraqueza, euforia, fadiga, cefaléia, insônia, tonteira SGI: diarreia, anorexia, náusea, vômito, cólica, gastrite, estomatite, faringite, esofaringite, mucosite, refluxo, desidratação S. Hematológico: leucopenia, neutropenia, plaquetopenia Pele: alopecia, dermatite, pele seca, fissuras, edema Outros: soluço, rinite, artralgia, faringite
Gemcitabina	2 (2%)	SNC: sonolência, parestesia SGI: náusea, vômito, diarreia, mucosite, estomatite S. Respiratório: dispnéia S. Hematológico: supressão da medula óssea, infecção Outros: alopecia, dor
GEMOX: Gemcitabina + Oxaliplatina	5 (5%)	SNC: sonolência, parestesia, fadiga, cefaléia, tonteira, insônia SGI: náusea, vômito, diarreia, mucosite, estomatite, refluxo, desidratação S. Respiratório: dispnéia S. Hematológico: supressão da medula óssea, infecção Pele: alopecia, rubor Outros: dor, artralgia, rinite, faringite
HYPER-CVAD: Ciclofosfamida + Doxorrubicina + Vincristina + Dexametasona + Metotrexato + Citarabina	4 (4%)	SNC: cefaléia, tontura, parestesia, euforia, insônia, depressão, psicose SGI: náusea, vômito, diarreia, estomatite, esofagite, gosto metálico, desconforto gastrointestinal, cólica, constipação, pancreatite, distensão abdominal, anorexia, dor abdominal, enterocolite, colite hemorrágica Fígado: disfunção hepática, icterícia S. Hematológico: leucopenia, hiperglicemia, depressão da medula óssea S. Musculoesquelético: fraqueza muscular, perda de massa muscular Pele: alopecia, rubor facial, urticária, prurido, acne Outros: febre, calafrio, congestão nasal, perda de peso, retardo no processo de cicatrização, hematomas, sudorese, mialgia

Protocolo	N (%)	Principais Efeitos Colaterais
Melfalano + Carmustina	2 (2%)	SGI: náusea, vômito, úlcera oral, estomatite S. Hematológico: supressão da medula óssea Pele: urticária, alopecia
RCHOP: Rituximabe + Ciclofosfamida + Vincristina + Prednisona + Doxorubicina	13 (13%)	SNC: cefaléia, parestesia, insônia, psicose, astenia, tontura SCV: arritmia, hipertensão, hipotensão SGI: náusea, vômito, diarreia, estomatite, esofagite, cólica abdominal, constipação, pancreatite, distensão abdominal, aumento de apetite, anorexia, enterocolite, colite hemorrágica S. Musculoesquelético: fraqueza muscular, perda da massa muscular S. Hematológico: leucopenia, imunossupressão, anemia Pele: alopecia, rubor facial, pele frágil, estrias Outros: urticária, febre, calafrio, mialgia, artralgia
R-CMF: Rituximab + Mitoxantrona + Fludarabine + Ciclofosfamida	1 (1%)	SNC: neurotoxicidade, fraqueza, parestesia, cefaléia, depressão Visão, Audição: distúrbio visual e perda da audição SGI: diarreia, anorexia, náusea, vômito, estomatite, esofaringite, mucosite, dor abdominal, enterocolite, colite hemorreagica S. Hematológico: depressão da medula óssea S. Respiratório: dispnéia, sinusite Pele: Prurido, alopecia Outros: dor, calafrio, artralgia
TAC: Docetaxel + Adriamicina + Ciclofosfamida	1 (1%)	SNC: parestesia, dor, astenia SGI: náusea, vômito, diarreia, estomatite, esofagite, constipação, enterocolite, colite hemorrágica Pele: alopecia SCV: retenção de líquidos, taquicardia, hipotensão, arritmia S. Hematológico: infecção, depressão da medula óssea Pele: alopecia Outros: urticária
Docetaxel + Doxorubicina	1 (1%)	SNC: parestesia, dor, astenia SGI: náusea, vômito, diarreia, estomatite, esofagite, constipação SCV: retenção de líquidos, taquicardia, hipotensão, arritmia S. Hematológico: infecção, depressão da medula óssea Pele: alopecia, rubor facial Outros: mialgia, artralgia, urticária, febre, calafrio, urticária
Docetaxel + Gemcitabina	1 (1%)	SNC: parestesia, dor, astenia, sonolência SGI: náusea, vômito, diarreia, estomatite, constipação, mucosite SCV: retenção de líquidos, taquicardia, hipotensão, arritmia S. Respiratório: dispnéia S. Hematológico: infecção, depressão da medula óssea Pele: alopecia Outros: mialgia, artralgia, dor

Protocolo	N (%)	Principais Efeitos Colaterais
Docetaxel + Goserelina	1 (1%)	SNC: parestesia, dor, astenia, insônia, ansiedade, depressão, letargia, tontura SCV: hipertensão, arritmia, dor no peito SGI: náusea, vômito, diarreia, estomatite, constipação, anorexia SCV: retenção de líquidos, taquicardia, hipotensão, arritmia S. Hematológico: infecção, depressão da medula óssea Pele: alopecia, rubor Outros: mialgia, artralgia, sudorese
TCH: Docetaxel + Ciclofosfamida + Trastuzumabe	4 (4%)	SNC: parestesia, dor, astenia, cefaléia, fraqueza, tontura SGI: náusea, vômito, diarreia, estomatite, constipação, anorexia, enterocolite, colite hemorrágica, dor abdominal SCV: retenção de líquidos, taquicardia, hipotensão, arritmia S. Hematológico: infecção, depressão da medula óssea Pele: alopecia Outros: mialgia, artralgia, calafrios, dor óssea, artralgia, sinusite
XELOX: Capecitabina + Oxaliplatina	1 (1%)	SNC: fadiga, cefaléia, insônia, tonteira SGI: diarreia, náusea, vômito, estomatite, mucosite, refluxo, soluço, desidratação S. Hematológico: neutropenia, plaquetopenia, anemia Pele: edema, rubor Outros: síndrome mão-pé, artralgia, rinite, faringite

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)