

**RELAÇÃO ENTRE AS ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO E A NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO
SOBRE O CÂNCER E A PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE
ANSIEDADE E DEPRESSÃO NOS PACIENTES EM
TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE,
ADJUVANTE OU CURATIVA**

VIVIAN PERLA GUARDABASSIO GIMENES

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

Área de Concentração: Oncologia

**Orientadora: Prof. Dra. Maria do Rosário Dias de
Oliveira Latorre**

**São Paulo
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Gimenes, Vivian Perla Guardabassio

Relação entre as estratégias de enfrentamento e a necessidade de informação sobre o câncer e a prevalência de ansiedade e depressão nos pacientes em tratamento com quimioterapia neoadjuvante, adjuvante ou curativa / Vivian Perla Guardabassio

Gimenes – São Paulo, 2008.

87p.

Dissertação (Mestrado) - Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências-Área de concentração: Oncologia.

Orientadora: Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre.

Descritores: 1. NEOPLASIAS. 2. ANSIEDADE. 3. DEPRESSÃO. ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA. 5. COMUNICAÇÃO. 6. QUIMIOTERAPIA.

DEDICATÓRIA

“Ao meu esposo **Daniel** e a minha filha **Maria Fernanda**, os amores da minha vida.”

“Ao Tio Amauri, sempre vivo em meu coração...” *in memoriam*

“A minha mãe, sempre presente na minha vida...” *in memoriam*

“A todos os pacientes com câncer que me ensinaram
a reconhecer os verdadeiros valores da vida.”

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A minha orientadora **Prof^a. Dra. Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre**, pelos ensinamentos, pelo constante amparo, pela competência, pelo carinho materno e pelas “broncas” que foram preciosas para o meu crescimento. É uma honra tê-la como orientadora.

Aos meus pais **Maria Aparecida** (*in memorian*) e **Wilson**, pelo amor e ensinamentos de vida.

A minha querida irmã **Viviane**, companheira e guerreira, sempre presente nesta trajetória.

A minha tia **Fátima**, pelo incentivo e amor dedicado durante todo este processo.

À **Denise**, minha mãe de coração, grande ícone da psicologia, minha fonte de inspiração. Qualquer palavra não seria capaz de descrever a sua grande importância na minha vida.

À minha filha **Maria Fernanda**, contínua fonte de inspiração, nasceu e me acompanhou em todo este processo de aprendizado.

Ao meu amado esposo **Daniel**, alicerce, força, segurança e amparo, presença ativa na minha vida, vibrando e compartilhando nos bons e maus momentos desta trajetória sempre com muito amor, carinho, paciência e orgulho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus grandes companheiros e amigos **Fernanda, Aline, Stela e Alexandre** sempre unidos neste processo de aprendizado.

À **Dra. Maria Teresa da Cruz Lourenço**, pelo carinho, acolhimento, incentivo e, principalmente por abrir as portas ao universo da psico-oncologia em minha vida.

À **Dra. Célia Lidia da Costa** e à amiga **Maria Carolina** pelo apoio.

À **Flávia Araújo** pela constante presença e apoio durante toda essa trajetória

Ao grupo “**Ciranda Viva**”, em especial à **Dra. Maria Lúcia Ferreira**, pelo apoio nos momentos finais deste trabalho.

A toda equipe da central de quimioterapia, em especial à **Ariane Parolin**, pelo apoio e carinho durante toda a coleta de dados.

À Pós-graduação, em especial o **Dr. Luiz Fernando Lima Reis** e, as secretárias **Ana Maria, Luciana e Cintia**, pelo constante suporte e disponibilidade de ajudar as nossas necessidades.

À equipe da biblioteca **Suely, Rose, Francyne, Érica e Priscilla** pelo carinho, paciência, disponibilidade e eficiência nas orientações e apoio constante.

Ao **Prof. Dr. Ricardo Renzo Brentani**, cuja trajetória científica é uma fonte de inspiração para todos os filhos desta casa.

RESUMO

Gimenes VPG. **Relação entre as estratégias de enfrentamento e a necessidade de informação sobre o câncer e a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes em tratamento com quimioterapia neoadjuvante, adjuvante ou curativa.** São Paulo; 2008. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Introdução: A ansiedade e a depressão são reações psicológicas muito presentes nos pacientes com câncer. Em estudos internacionais já foram identificados diversos fatores associados, a saber, as características clínicas, demográficas, suporte social, estratégias de enfrentamento e as necessidades e o grau de informação sobre a doença e o tratamento. No entanto, até onde sabemos, um estudo desta natureza não foi realizado em pacientes brasileiros com câncer. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes que estão realizando quimioterapia e verificar a associação entre a presença de ansiedade e depressão e a necessidade de informação e as estratégias de enfrentamento em relação à doença. **Método:** O estudo foi realizado com 194 pacientes com câncer em tratamento na Central de Quimioterapia do Hospital A. C. Camargo – São Paulo no período de maio a outubro de 2007. Foi aplicado um questionário de dados clínicos e demográficos, a Escala Visual Numérica de dor, (VNS) o Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) para avaliar o grau de ansiedade e depressão, o Inventário de Estratégia de Enfrentamento (WCQ) e para avaliar as necessidades de Informação foi aplicado o Information Styles Questionnaire (ISQ). **Resultados:** A idade variou entre 18 e 76 anos (média de 49,6 anos), sendo 128 mulheres (66,0%) e 68 homens (34,0%). O estado civil predominante foi casado 139 (71,8%). O nível superior completo foi encontrado em 42,7% da amostra seguido do ensino médio completo em 39 pacientes (20,3%). Destaca-se que apenas uma minoria tinha o ensino fundamental

incompleto (7 pacientes = 3,6 %). A maioria dos pacientes trabalhava (57,8%) e declarou ser católica (63,9%). Após ajuste dos dados sócio-demográficos e dados clínicos, foi realizada análise múltipla e a prevalência de ansiedade foi de 26.8% e de depressão foi de 13.9%. As variáveis associadas à presença de ansiedade foram o enfrentamento de confronto (OR=3,7; p=0,001), a aceitação de responsabilidade (OR=3,6; p<0,001) e a fuga/esquiva utilizada grande parte das vezes ou sempre (OR= 4,1; p=0,004) ou utilizada algumas vezes (OR= 2,7; p= 0,055). Também permaneceram significativas a não utilização do enfrentamento de autocontrole (OR=0,5; p=0,053) e de afastamento (OR=0,5; p=0,059). Quanto à necessidade de informação, 79% dos pacientes gostariam de saber toda a informação possível, mesmo que fosse uma má notícia. A necessidade de informação relacionada às chances de cura esteve associada à ansiedade (OR=3,02, p= 0,054). Em relação à depressão, as variáveis associadas foram à ausência do enfrentamento de autocontrole (OR= 2,9; p= 0,024), à ausência de reavaliação positiva (OR= 8,1; p=0,006) e a fuga e esquiva utilizadas algumas vezes (OR= 3,9; p=0,040). **Conclusões:** Constatou-se um padrão heterogêneo nas frequências dos vários estilos de enfrentamento em relação ao câncer e à quimioterapia, ressaltando uma alta frequência da não utilização da estratégia confronto, o afastamento e a aceitação de responsabilidade. A presença de ansiedade foi associada aos pacientes que utilizaram as estratégias de enfrentamento de confronto, aceitação de responsabilidade, fuga/esquiva. Com relação à necessidade de informação, foi observado um maior risco da presença de ansiedade nos pacientes que não consideravam necessário saber as informações sobre as suas chances de cura. A depressão foi associada ao uso da fuga e esquiva, à não utilização da estratégia de autocontrole e à reavaliação positiva para os pacientes que não a utilizaram ou a utilizaram algumas vezes. Nenhuma variável relacionada à necessidade de informação foi associada com a presença de depressão no presente estudo.

SUMMARY

Gimenes VPG. **[Relationship among coping strategies and information needs about cancer and the prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients undergoing neo-adjuvant, adjuvant or curative chemotherapy]**. São Paulo; 2008. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Introduction: Anxiety and depression are common psychological reactions in cancer patients. International studies have already identified several associated factors, such as clinical and demographic characteristics, social support, coping strategies and information needs concerning the disease and its treatment. However, to our knowledge, this kind of study has not been done with Brazilian cancer patients. **Objectives:** assess the prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients undergoing chemotherapy and verify the association among presence of anxiety and depression, information needs and coping strategies regarding the disease. **Methods:** the study was carried out with 194 cancer patients undergoing chemotherapy at Hospital A. C. Camargo – Sao Paulo, Brazil, between May and October 2007. Demographic and clinical data were collected and the following tools were applied: Visual Numeric Scale (VNS), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Ways Coping Questionnaire (WCQ) and the Information Styles Questionnaire (ISQ) **Results:** Age ranged from 18 to 76 years (average 49.6 years), 128 of the subjects were female (66,0%) and 68 male (34,0%). Most subjects (139 subjects = 71.8%) were married. University degree was the educational level of 42.7% of the sample, followed by high school education for 39 subjects (20.3%). It is remarkable that only a small number (7 subjects = 3.6%) had not finished elementary education. Most patients were employed (57.8%) and catholic (63.9%). After adjusting for socio-demographic and clinical data, multiple analysis was carried out and the prevalence was 26.8% for anxiety and 13.9%

for depression. Variables associated with the presence of anxiety were confrontive coping (OR=3,7;p=0,001), accepting responsibility (OR=3,6; p<0,001) and escape/avoidance, used most of the time or always (OR= 4,1; p=0,004) or used a few times (OR= 2,7; p= 0,055). The following coping strategies were also significant: absence of self-control (OR=0,5; p=0,053) and distancing (OR=0,5; p=0,059). Regarding information needs, 79% of patients would like to receive as much information as possible, even if the news was bad. Information needs concerning the possibility of cure was related to anxiety (OR=3,02, p= 0,054). Regarding depression, the following independent variables were identified: absence of self-control (OR= 2,9; p= 0,024), absence of positive reappraisal (OR= 8,1; p=0,006) and escape/avoidance used a few times (OR= 3,9; p=0,040). **Conclusions:** A heterogeneous pattern was found in the frequency of the various coping styles towards cancer and chemotherapy, with a remarkable absence of confrontative coping, distancing and accepting of responsibility. The presence of anxiety was associated with those patients who used confrontive coping, accepting responsibility, escape/avoidance. Concerning information needs, a higher risk for the presence of anxiety was observed in patients who did not think it was necessary to know about their chances of cure. Depression was related to the use of escape/avoidance and absence of self-control and positive reappraisal for patients who did not use these strategies or used them a few times. None of the variables regarding information needs was related to the presence of depression in this study.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Enfrentamento como um mediador de emoção.....	15
Figura 2	Numero e porcentagem de pacientes com câncer, segundo a presença e intensidade de dor.....	44
Figura 3	Porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo, segundo o uso das estratégias de enfrentamento baseada no problema. Maio a outubro de 2007.....	45
Figura 4	Porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo, segundo o uso das estratégias de enfrentamento baseada na emoção. Maio a outubro de 2007.....	46
Figura 5	Porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo, segundo o uso das estratégias de enfrentamento baseada no problema e emoção. Maio a outubro de 2007....	46
Figura 6	Numero e porcentagem de pacientes com câncer, segundo a presença e intensidade de sintomas de ansiedade.....	49
Figura 7	Numero e porcentagem de pacientes com câncer, segundo a presença e intensidade de sintomas de depressão.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número e porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo segundo características demográficas. Maio a Outubro de 2007.....	39
Tabela 2	Número e porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo segundo o antecedente de etilismo e tabagismo. Maio a Outubro de 2007.....	39
Tabela 3	Número e porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo no período de Maio a Outubro de 2007. Segundo o diagnóstico da neoplasia.....	40
Tabela 4	Número e porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo segundo o estadiamento clínico e o tratamento realizado. Maio a outubro de 2007.....	41
Tabela 5	Número e porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo, segundo as toxicidades 2 a 4 apresentadas. Maio a Outubro de 2007.	42
Tabela 6	Número e porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo, segundo características de apoio social. Maio a outubro de 2007.....	43
Tabela 7	Número e porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo, segundo as atitudes em relação às informações sobre a doença. Maio a outubro de 2007.....	47

Tabela 8	Número e porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo, segundo às necessidades de informações sobre a doença. Maio a outubro de 2007.....	48
Tabela 9	Resultados da análise univariada e múltipla e regressão logística para a presença de sintomas de ansiedade e estratégias de enfrentamento.....	52
Tabela 10	Resultados da análise univariada e múltipla e regressão logística para a presença de sintomas ansiedade e as necessidades de informação.....	54
Tabela 11	Resultados da análise univariada e múltipla e regressão logística para a presença de sintomas de depressão e estratégias de enfrentamento.....	56
Tabela 12	Resultados da análise univariada e múltipla e regressão logística para a presença de sintomas depressão e as necessidades de informação.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Pontuação do escore do HADS.....	29
Quadro 2	Descrição dos fatores que compõem as estratégias de enfrentamento.....	32
Quadro 3	Formulas para o calculo do escore do Inventario de Estratégias de enfrentamento.....	33

LISTA DE SIGLAS

FOSP	Fundação Oncocentro de São Paulo
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
INCA	Instituto Nacional de Câncer
ISQ	Information Styles Questionnaire
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
VNS	Visual Numeric Scale
WCQ	Ways of Coping Questionnaire
NCIC-CTG	National Cancer Institute of Canada Clinical Trial Group

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	O tratamento do câncer	2
1.2	Ansiedade e depressão em pacientes com câncer	4
1.3	Estratégias de enfrentamento do paciente com câncer	11
1.4	Informações sobre o câncer	18
1.5	Justificativa	23
2	OBJETIVOS	25
3	PACIENTES E MÉTODOS	26
3.1	Desenho do estudo	26
3.2	Casuística	26
3.3	Metodologia	27
3.3.1	Questionário sócio demográfico e clínico	27
3.3.2	HADS (Hospital Anxiety and Depression)	28
3.3.3	Inventario de Estratégia e Enfrentamento	30
3.3.4	Questionário de Informação dos Pacientes	33
3.4	Estudo Piloto	35
3.5	Variáveis do estudo	35
3.6	Análise estatística	35
3.7	Programas de computador utilizados	36
3.8	Considerações éticas	36
4	RESULTADOS	38
4.1	Caracterização da amostra	38
4.2	Descrição das estratégias de enfrentamento	44
4.3	Descrição das necessidades de informação	47
4.4	Descrição das prevalências de sintomas de ansiedade e depressão	49

4.5	Fatores associados à presença de sintomas de ansiedade	50
4.6	Fatores associados à presença de sintomas de depressão	55
5	DISCUSSÃO	58
6	CONCLUSÕES	73
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	75

ANEXOS

Anexo 1	Termo de consentimento livre e esclarecido
Anexo 2	Dados demográficos e estilo de vida
Anexo 3	Escala visual de dor
Anexo 4	Escala de ansiedade e depressão - HADS
Anexo 5	Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> (enfrentamento)
Anexo 6	Questionário de Informação do Paciente
Anexo 7	Consentimento pós-informado

1 INTRODUÇÃO

O câncer é considerado fruto de uma desordem genética inicial, podendo ser de origem hereditária ou adquirida através da exposição a agentes externos, tais como agentes químicos, radiação ionizante e vírus oncogênicos. Em termos patológicos, o câncer é uma entidade caracterizada por uma proliferação descontrolada de células elementares do hospedeiro, com potencial de invadir tecidos vizinhos e de disseminação metastática para outros órgãos (LYMAN 1992).

De acordo com o *Globocan-Global cancer statistics* (2002), aproximadamente, 10,9 milhões de novos casos foram estimados e 6,7 milhões de mortes foram atribuídas ao câncer no ano de 2002, em todo o mundo.

Os dados epidemiológicos disponíveis atualmente permitem configurar o câncer como um problema de saúde pública no Brasil. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer-INCA, o câncer é considerado a segunda causa de morte por doença no Brasil, sendo responsável por quase 11% do total de óbitos em 1994, ou pouco mais de 95.000, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório (Ministério da Saúde 2000). No Brasil, as estimativas para o ano de 2008 apontam que ocorrerão 231.860 casos novos de cânceres para homens e 234.870 novos casos para mulheres. No ano de 2008, os tipos mais incidentes, à exceção de pele não melanoma, serão os de próstata e pulmão para o sexo masculino e mama e colo do útero para o sexo feminino, acompanhando a mesma magnitude observada no mundo (Ministério da Saúde

2007). Em São Paulo, dados do RCBP no período entre 1997 e 1999, os tipos de cânceres mais freqüentes para os homens, exceto pele não melanoma, foram: próstata, pulmão e gástrico e, entre as mulheres, mama, colo uterino e cólon (MIRRA et al. 2003).

1.1 O TRATAMENTO DO CÂNCER

O tratamento do câncer envolve uma abordagem interdisciplinar, englobando a oncologia clínica, radioterapia, cirurgia, psiquiatria, psicologia, nutrição, fisioterapia, enfermagem, farmácia e serviço social. Dentre as estratégias terapêuticas utilizadas nos pacientes com câncer, a quimioterapia é uma das mais utilizadas, podendo ser neoadjuvante, adjuvante e terapêutica paliativa ou curativa (GIMENES 2003).

A quimioterapia neoadjuvante é utilizada quando há intenção de reduzir o volume do tumor primário e, desta forma, tornar factível a cirurgia em tumores muito avançados (SMITH et al. 2002). A quimioterapia adjuvante é utilizada após a ressecção completa do tumor primário, o qual não apresenta qualquer evidência da presença de metástases à distância. De acordo com as características anátomo-patológicas do tumor primário, o oncologista clínico estima o risco de uma recorrência do câncer que foi ressecado. Caso este risco venha a ser significativo, é necessária utilização de um tratamento adjuvante (BONADONNA et al. 1995; TEPPER et al. 1997).

Quando a quimioterapia é o tratamento exclusivo, aplica-se a denominação terapêutica, pois a cirurgia ou a radioterapia não são as melhores

opções de tratamento. Nesta circunstância, se há possibilidades de cura, pode ser denominada curativa, caso contrário, denomina-se paliativa (LONGO et al. 1986).

Dependendo do tipo de quimioterapia, há a ocorrência de variados efeitos colaterais que, muitas vezes, estão associados à gravidade da doença, à idade e às condições físicas do paciente.

A quimioterapia pode apresentar numerosas conseqüências para a saúde mental dos pacientes, podendo desencadear desordens psiquiátricas, transtornos de adaptação e problemas de adesão ao tratamento. Durante o curso da quimioterapia, parte dos pacientes torna-se mais sensível ao tratamento, apresentando altos níveis de ansiedade, depressão e náusea antecipatória (CASSILETH et al. 1986; RAZAVI et al. 1993; AYRES et al. 1994; FAWZY et al. 1995; WATSON et al. 1998; PASCOE et al. 2000; REDD et al. 2001; DE JONG et al. 2005; TSUTSUMI et al. 2006). Este fato pode estar, ou não, associado à queda da qualidade de vida e aumento nos sintomas físicos do paciente com câncer (NAKADA et al. 1996; ICONOMOU et al. 2004). Outro dado relevante foi observado no estudo de AYRES et al. (1994), em que os principais fatores associados à adesão à quimioterapia foram a ansiedade e o espírito de luta. Os fatores associados à baixa adesão foram a hostilidade e o sentimento de culpa. Na meta-análise realizada por DIMATTEO et al. (2000), foi observado que os pacientes depressivos com câncer tem uma tendência de não aderir ao tratamento três vezes maior do que os pacientes não depressivos. Os principais fatores associados a não adesão ao tratamento

foram relacionados aos próprios sintomas da depressão como a desesperança e a baixa auto-estima.

1.2 ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM CÂNCER

A ansiedade é um sinal que serve como aviso para um perigo iminente e possibilita a tomada de medidas para enfrentar uma ameaça. Sendo assim, a intensidade da ansiedade está relacionada à interpretação pessoal que o indivíduo faz da situação de ameaça, ou seja, o significado atribuído ao evento ameaçador. A sensação de ansiedade se caracteriza por um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, freqüentemente acompanhado por sintomas autônomos, como cefaléia, palpitações, aperto no peito e leve desconforto abdominal. O quadro clínico pode variar de pessoa para pessoa (STARK e HOUSE 2000; STARK et al. 2002).

Em relação aos pacientes com câncer, a ansiedade pode se tornar presente durante todo o processo da doença, variando em sua intensidade de acordo a situação vivida. Porém, pode se tornar mal adaptativa quando sua resposta for desproporcional à ameaça. Tal quadro mal adaptativo geralmente está associado aos pacientes que apresentam um traço de personalidade ansioso ou uma estrutura de egóica mais frágil (STARK e HOUSE 2000; STARK et al. 2002; TSUTSUMI et al. 2006). Geralmente, os níveis de ansiedade são mais altos após o início dos sintomas, durante a investigação diagnóstica do tumor primário como também no diagnóstico de metástases. Além disso, a situação pré-cirurgia, pré-quimioterapia, pré-radioterapia e no

final do tratamento, também são momentos associados ao aumento dos níveis de ansiedade em muitos pacientes com câncer. É importante ressaltar que os pacientes ansiosos podem vivenciar mais sintomas relacionados ao câncer do que os não ansiosos (STARK e HOUSE 2000). Os tipos mais freqüentes de ansiedade entre os pacientes com câncer são os transtornos da adaptação com humor ansioso, transtornos de ansiedade pré-existentes e ansiedade relacionada em consequência do tratamento médico (SIVESIND e BAILE 2001).

O transtorno da adaptação com humor ansioso, de acordo com o DSM-IV, se refere ao desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor (ou múltiplos estressores) ocorrendo três meses após o início do estressor ou estressores (JORGE 2003). Tal quadro é considerado agudo dentro de uma duração inferior a seis meses e crônico quando superior a este período. Este tipo de transtorno é considerado um dos mais freqüentes entre os pacientes com câncer e estão relacionados principalmente ao medo da doença, tratamento, recidiva e morte. Neste caso, os episódios de ansiedade vão variar de acordo com as situações transitórias de estresse que o paciente com câncer vivência durante o tratamento e a evolução da doença (STARK e HOUSE 2000; MASSIE 2004). Neste contexto, na maioria das vezes, a intervenção psicológica pode ser o suficiente para diminuir os sintomas de ansiedade, os quais estão freqüentemente associados à adaptação e elaboração do evento estressor. Nos pacientes com transtornos de ansiedade pré-existente, ou seja, quando há um histórico de transtorno de ansiedade, o quadro de ansiedade pode se intensificar no diagnóstico e no

tratamento do câncer ou nos casos em que o quadro de transtorno de adaptação tende a se tornar crônico, o uso de psicofármacos é essencial para auxiliar na administração dos sintomas de ansiedade. Além destes, os fatores médicos associados a alguns sintomas de ansiedade são as anormalidades metabólicas, os efeitos colaterais de algumas medicações, como os opióides, benzodiazepínicos e corticóides. O estado de abstinência e a presença de dor intensa também podem interferir nos sintomas de ansiedade (STARK e HOUSE 2000; SIVESIND e BAILE 2001). Diante de tantas variáveis envolvidas nos sintomas de ansiedade do paciente com câncer, o seu diagnóstico deve ser cuidadoso e criterioso (STARK e HOUSE 2000).

A depressão é caracterizada por uma alteração psíquica associada a uma modificação do estado de humor polarizado para a tristeza/melancolia (MORENO e MORENO 1995). Os sinais e sintomas do quadro clínico podem ser classificados, de uma forma prática, em quatro categorias: afetiva, somática, cognitiva e comportamental. Os sintomas afetivos são caracterizados por tristeza, irritabilidade e desesperança. Os sintomas somáticos são a fadiga, falta de energia, falta de apetite e constipação. Os sintomas cognitivos são geralmente caracterizados por uma baixa concentração, problemas de memória e pensamento suicida. E por fim, os sintomas comportamentais são caracterizados por retardo psicomotor, distúrbio do sono, anedonia, falta de interesse nas atividades e choro constante. O paciente com depressão pode apresentar rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade diária. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição na capacidade de concentração, associadas,

em geral, à fadiga acentuada, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se, em geral, problemas de sono, apetite e choro constante. Há, quase sempre, uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e, freqüentemente, idéias de culpabilidade e/ou indignação, mesmo nas formas mais leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e, pode acompanhar-se de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo: perda do prazer, despertar matinal precoce, lentidão psicomotora, agitação, anorexia e perda da libido. É importante ressaltar que nos pacientes com câncer, muitos desses sintomas somáticos podem ser observados sem a presença da depressão. Por exemplo: a fadiga, a falta de energia e a falta de apetite são sintomas que podem estar relacionados ao tratamento do câncer. Desta forma, para se estabelecer um diagnóstico mais preciso de depressão nesta população em particular, devem-se levar em conta principalmente os sintomas de ordem afetiva, cognitiva e comportamental. (SIVESIND e BAILE 2001). O estudo de WEDDING et al. (2007) demonstrou que as mulheres e os pacientes com limitação funcional pontuaram um maior escore na escala de depressão; porém, a maior pontuação foi referente aos itens somáticos da escala. Os autores questionam se tais sintomas estavam relacionados à depressão ou à gravidade da doença.

É importante ressaltar que a depressão, além de diminuir a qualidade de vida do paciente com câncer, pode também reduzir a motivação e a adesão ao tratamento (AAPRO e CULL 1999).

Nos pacientes com câncer, assim como ocorre na ansiedade os transtornos de adaptação com humor depressivo são respostas esperadas e

freqüentes no diagnóstico e nas diversas fases do tratamento oncológico (AAPRO e CULL 1999 SIVESIND e BAILE 2001; MASSIE 2004). Quando há histórico prévio de depressão e/ou alcoolismo, o quadro pode se intensificar e prolongar, podendo se diferenciar de um quadro depressivo de adaptação para um quadro depressivo mais grave.

Outro fator que deve ser levado em consideração no quadro de depressão em pacientes com câncer são as manifestações da doença e tratamento. Numa revisão de literatura verificou-se que alguns tipos de cânceres podem apresentar maior prevalência de depressão, como o câncer de orofaringe (22 a 57%), pâncreas (33 a 50%), mama (1,5 a 46%) e pulmão (11 a 44%) (MASSIE 2004). A alta prevalência de depressão nos portadores do câncer de orofaringe parece estar associada a uma maior freqüência de tabagistas e etilistas entre estes pacientes (MASSIE 2004). Com relação aos pacientes com câncer de mama, a maior prevalência de depressão está associada à mastectomia, às mudanças na auto-imagem, a baixa auto-estima e, além disso, existem relatos da literatura que associam a depressão com um efeito adverso do tamoxifeno (MASSIE 2004). Em relação ao câncer de pulmão, a depressão parece estar associada ao tabagismo. Quanto ao câncer de pâncreas, é importante ressaltar que desde 1930 há relatos na literatura sobre a relação entre o câncer de pâncreas e a depressão. Um outro estudo de revisão demonstrou que muitas vezes os sintomas da depressão antecedem o diagnóstico de câncer de pâncreas. Desta forma, foi constatado que existe aumento da incidência de depressão diagnosticada aproximadamente 18 meses antes do diagnóstico de câncer de pâncreas. Neste sentido, os autores

sugerem a possibilidade de um mecanismo biológico presente nesta associação (CARNEY et al. 2003).

Alguns tipos de quimioterápicos que podem causar como efeito colateral a depressão são o alfa-interferon, interleucina 2, procarbazina, vimblastina, L-asparaginase e o hormonioterápico tamoxifeno (SIVESIND e BAILE 2001; MASSIE 2004).

Outros fatores de risco para depressão em pacientes com câncer incluem a doença avançada, baixa auto-estima, desesperança e dor (SIVESIND e BAILE 2001; NORDIN et al. 2001; MASSIE 2004). CHEN et al. (2000) ao realizarem uma comparação em uma amostra de 203 pacientes com câncer, com dor e sem dor, observaram uma maior prevalência de ansiedade e principalmente depressão nos pacientes que apresentavam dor.

As prevalências de ansiedade e depressão em pacientes com câncer variam entre os estudos. Num estudo de revisão de literatura, a prevalência de ansiedade variou entre 0,9 a 49% (STARK e HOUSE 2000; STARK et al. 2002), e de depressão 0 a 58% (MASSIE 2004).

No Brasil, foi realizado um estudo com pacientes com câncer internados em um centro oncológico o qual demonstrou uma prevalência de 28,6% de transtorno depressivo e 14% de transtorno de ansiedade (CITERO 1999). O estudo de YU (2005), realizado na sala de espera do departamento de radiologia do mesmo centro oncológico, demonstrou uma prevalência de 18,9% de ansiedade e 9,6% de depressão. Os fatores associados à depressão e/ou ansiedade foram: ser jovem, estar em acompanhamento psiquiátrico, nunca ter feito exame, ser do sexo feminino, estar desempregado, ter menor nível de

instrução e ter estadiamento III ou IV. Outro estudo realizado com mulheres recentemente diagnosticadas com câncer de mama demonstrou uma presença de 26,3% de sintomas depressivos (GONÇALVES et al. 2003).

Há uma série de estudos que analisaram os fatores associados à ocorrência destes transtornos psicológicos em pacientes com câncer, todos eles relacionados, às características sócio-demográficas, clínicas e pessoais tais como: ser do sexo feminino (STARK et al. 2002; MASSIE 2004; YU 2005), ou ser do sexo masculino somente para depressão (PANDEY et al. 2006), ausência de suporte social (SIVESIND e BAILE 2001; NORDIN et al. 2001; STARK et al. 2002; YU 2005; SANTOS et al. 2006; LUEBOONTHAVATCHAI 2007), idade jovem (OSBORNE et al. 2003; STARK et al. 2002; MONTGOMERY et al. 2003; TSUTSUMI et al. 2006), baixo nível educacional (OSBORNE et al. 2003; YU 2005), antecedente psiquiátrico pessoal (STARK et al. 2002; SIVESIND e BAILE 2001; SARENMALM et al. 2007), antecedente psiquiátrico familiar (SARENMALM et al. 2007), significado atribuído à doença e tratamento (STARK e HOUSE 2000; SIVESIND e BAILE 2001; OSBORNE 2003), sentimento de desesperança e ausência de espírito de luta (OSBORNE et al. 2003; MONTGOMERY et al. 2003), presença de dor (PIMENTEL et al. 1997; AAPRO e CULL 1999; STARK e HOUSE 2000; SIVESIND e BAILE 2001; MASSIE 2004; LUEBOONTHAVATCHAI 2007), estadiamento avançado (NORDIN et al. 2001; SIVESIND e BAILE 2001; YU 2005), toxicidade da quimioterapia (STARK e HOUSE 2000; SIVESIND e BAILE 2001; MASSIE 2004), limitação física (SIVESIND e BAILE 2001; MASSIE 2004), fadiga (LUEBOONTHAVATCHAI 2007) histórico de alcoolismo (STARK et al. 2002;

OSBORNE et al. 2003; NORDIN et al. 2001), crenças pessoais em relação à doença e ao tratamento quimioterápico (THUNÉ-BOYLE et al. 2006), pouca informação sobre a doença (STARK e HOUSE 2000) e a insatisfação com a informação recebida a respeito da doença (MONTGOMERY et al. 2003).

Por outro lado, um estudo realizado no Iran, com uma amostra de 142 pacientes com câncer gastrointestinal, não encontrou associação estatisticamente significativa com nenhum destes fatores, a não ser uma forte associação com a presença de ansiedade e depressão com o fato dos pacientes ter o conhecimento do diagnóstico de câncer (TAVOLI et al. 2007).

Além destes fatores, as estratégias de enfrentamento também têm sido consideradas como um fator que influencia a ocorrência de ansiedade e depressão em pacientes com câncer (SIVESIND e BAILE 2001; HASSANEIN et al. 2005; SARENMALM et al. 2007; JADOULLE et al. 2007).

1.3 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO PACIENTE COM CÂNCER

A palavra “enfrentamento” é uma tradução do termo *coping* da língua inglesa. O enfrentamento é visto como um conjunto de respostas instrumentais e/ou habilidades aprendidas, destinadas a resolver problemas e regular as emoções.

FOLKMAN e LAZARUS (1980) definiram *coping* como esforços cognitivos e comportamentais constantemente mutáveis, empreendidos para

lidar com demandas específicas internas e/ou externas avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa.

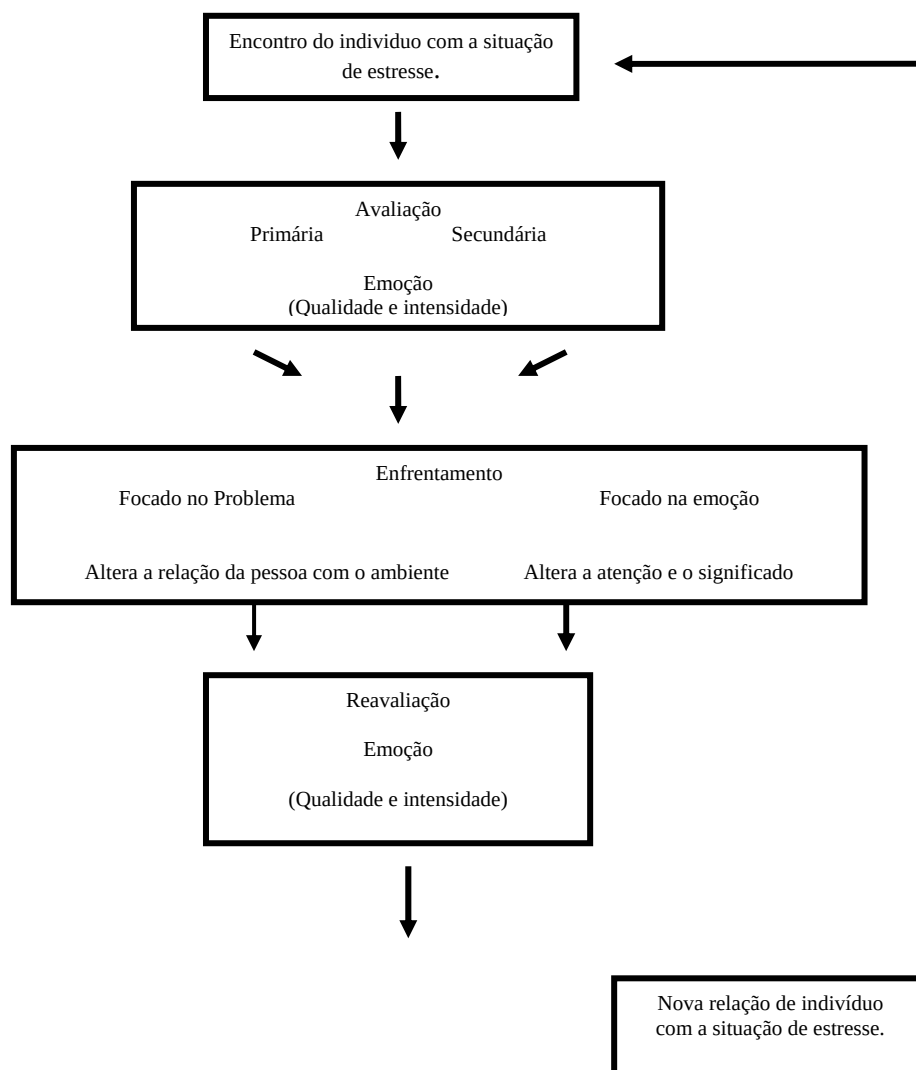
Para se avaliar as estratégias de enfrentamento existem muitas escalas de avaliação. SAVOIA em 1995 validou no Brasil o *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ) criado por FOLKMAN e LAZARUS (1980; 1985) (Anexo 4). O Inventário de Estratégias de Enfrentamento contém 66 questões desenvolvidas para dois tipos de enfrentamentos: 27 questões referentes ao enfrentamento centrado no problema e 41 questões do enfrentamento centrado na emoção (FOLKMAN e LAZARUS 1980). A administração do questionário centraliza-se no processo de enfrentamento de uma situação particular, neste caso, o câncer no contexto da quimioterapia.

De modo geral, a forma pela qual a pessoa utiliza as estratégias de enfrentamento dependerá, em parte, de recursos individuais, os quais incluem saúde, energia, crenças existenciais, habilidades de solução de problemas, suporte social, recursos materiais e psíquicos (FOLKMAN e LAZARUS 1984). Além disso, a avaliação primária do evento é um fator importante no processo de enfrentamento. Há três principais tipos de avaliação da situação de estresse que são perda e dano, ameaça e desafio. Perda e dano se referem ao dano ou prejuízo do que já ocorreu, a ameaça se refere ao dano e prejuízo daquilo que ainda não ocorreu, mas pode ocorrer e, por fim, o desafio que refere a oportunidade de ganho e aprendizado (FOLKMAN e LAZARUS 1980). Só após este processo de avaliação, tem-se a avaliação secundária e com ela a utilização da estratégia de enfrentamento. É importante ressaltar que LAZARUS e FOLKMAN (1984) colocam que a ambigüidade da situação de

estresse tem um papel importante na avaliação e no enfrentamento, pois poderá dificultar na avaliação da extensão do dano, isto porque diante de uma situação ambígua, há uma maior possibilidade de o indivíduo fazer inferências e projeções baseadas principalmente em sua personalidade, crenças e experiências em geral, a fim de criar uma compreensão do que está acontecendo. Ao passo que, quando uma situação não é ambígua, os fatores da situação são os principais determinantes da avaliação e do enfrentamento.

Dentre as diversas situações de estresse, FOLKMAN e LAZARUS (1984) colocam que os indivíduos utilizam o enfrentamento como um mecanismo primário para se adaptar à doença, o que neutraliza a situação de ameaça efetivamente. São propostos dois modelos de estratégias de enfrentamento: aquele focado no problema e o outro focado na emoção. O primeiro é um esforço para controlar a situação de origem ao estresse, modificando o comportamento e as condições ambientais. O segundo é um esforço em controlar as emoções relacionadas ao estresse evitando, assim, a situação estressante ou reconstruindo o contexto cognitivamente. Em geral, as formas de enfrentamento centradas na emoção são mais passíveis de ocorrer quando já houve uma avaliação de que nada pode ser feito para modificar a situação de ameaça. Formas de enfrentamento centradas no problema, por outro lado, são prováveis quando as condições avaliadas são vistas como fáceis de mudar. Os enfrentamentos centrados na emoção e no problema influenciam, mutuamente, em todas as situações estressantes (FOLKMAN e LAZARUS 1980). Geralmente o enfrentamento centrado na emoção é considerado mal adaptativo, enquanto o centrado no problema é considerado

mais adaptativo, porém o fato de ser adaptativo ou não vai depender da relação com o contexto que o indivíduo está inserido, Por exemplo, o enfrentamento resolução de problemas pode ser mal-adaptativo se o indivíduo persistir em tentar mudar uma situação que naquele momento não há o que fazer (FOLKMAN e LAZARUS 1988). Além do mais, segundo LAZARUS (1999a e b), o enfrentamento é um processo dinâmico da relação do indivíduo com o ambiente que pode mudar na medida em que a situação vai se desenrolando. Sendo assim, o momento do tratamento quimioterápico é um fator a ser considerado no processo de enfrentamento do câncer. Portanto, o tipo de enfrentamento que pode ser eficaz num determinado momento de uma situação e pode não ter a mesma eficácia em outro momento. Sendo assim, a eficácia de qualquer estratégia vai depender da sua adequação em relação às demandas da situação que vão se modificando ao longo do tempo. Todo esse processo de enfrentamento como o mediador das emoções e relação com o ambiente está ilustrado na Figura 1.



Fonte: Adaptação (FOLKMAN e LAZARUS 1988)

Figura 1 - Enfrentamento como um mediador da emoção

Este modelo tem sido usado como modelo conceitual para estudos em pacientes com diversas doenças, inclusive, o câncer. O estudo de KIM et al. (2002) observou, em uma amostra de pacientes coreanos com câncer, uma maior frequência da estratégia de enfrentamento do tipo focado na emoção.

Existem evidências que demonstram que diferentes estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes com câncer estão associadas a

diferentes níveis de ansiedade e depressão e sintomas de angústia, porém esta relação pode mudar ao longo do tempo (EPPING-JORDAM et al. 1999; DRAGESET e LINDSTROM 2003; HASSANEIN et al. 2005; SARENMALM et al. 2007; JADOULLE et al. 2007). Outras evidências sugerem que as estratégias de enfrentamento centradas no problema e a estratégia de espírito de luta são freqüentemente associadas a um melhor ajustamento psicológico. Por outro lado, o uso prolongado de estratégias de enfrentamento do tipo negação e repressão emocional podem estar associados à presença de ansiedade ou depressão (STANTON et al. 1993; ROESCH et al. 2005; JADOULLE et al. 2007). Porém, é importante ressaltar que o tipo de estratégia de enfrentamento pode variar conforme o tipo de estressor. O estudo DE FAYE et al. (2006) demonstrou, numa amostra de pacientes com câncer em cuidados paliativos, que o enfrentamento focado na emoção foi pouco utilizado frente aos estressores de ordem física e o enfrentamento focado no problema foi pouco utilizado em relação às questões existenciais.

Além disso, os pacientes com um maior nível educacional, casados, com melhor suporte social e com emprego estável apresentaram estratégias de enfrentamento mais adaptativas (DRAGESET e LINDSTROM 2005; KIM et al. 2002).

MONTGOMERY et al. (2003) analisaram 51 pacientes com leucemia e linfoma e verificaram uma associação significativa entre o escore do *Hospital Anxiety and Depression* (HADS) e do *Mental Adjustment to Câncer Scale* (MACS). Concluíram que os pacientes com maior risco de desenvolver depressão e ansiedade são aqueles com pior estilo de enfrentamento, ou seja,

o baixo nível de espírito de luta e o alto nível de desesperança. STANTON et al. (2000) demonstraram que o enfrentamento de pacientes com câncer de mama, através da expressão da emoção, foi associado a um melhor ajustamento psicológico e físico além de uma melhor qualidade de vida. REYNOLDS et al. (2000) associaram a expressão da emoção com um aumento na sobrevivência de pacientes com câncer de mama metastático. Por outro lado, PARLE et al. (1996) em um estudo prospectivo com 673 pacientes com câncer, demonstraram que nenhuma resposta de enfrentamento foi associada como fator protetor de desordem afetiva, porém, perceberam que um ciclo de enfrentamento mal adaptativo pode levar a um aumento da sensação de angústia e desesperança, desencadeando desordens afetivas.

O estudo de LAVERY et al. (1996) revelou que as pacientes com câncer de mama, bem ajustadas do ponto de vista psicológico, demonstraram menor nível de desesperança, maior preocupação com a doença e maior busca de informações médicas do que aquelas pacientes menos ajustadas psicologicamente.

MILLER et al. (1988) verificou que as diferenças individuais associadas às estratégias de enfrentamento estão associadas a diferentes níveis de interesse dos pacientes em relação às informações a respeito do câncer. Desta forma, a informação pode tornar-se mais um fator de risco ou de proteção na ocorrência de ansiedade e depressão de pacientes com câncer.

1.4 INFORMAÇÕES SOBRE O CÂNCER

Recentes estudos têm demonstrado que cada vez mais os pacientes com câncer querem informações, independente de serem boas ou ruins, a respeito do diagnóstico, do tratamento do câncer, do funcionamento da quimioterapia e os seus efeitos colaterais (MILLS e SULLIVAN 1999; PIMENTEL et al. 1999; MESTERS et al. 2001; JENKINS et al. 2001; ICONOMOU et al. 2002; COX et al. 2006). Além disso, os pacientes também desejam participar nas decisões do seu tratamento (PIMENTEL et al. 1999; BAKKER et al. 2001; JENKINS et al. 2001; COX et al. 2006). Foi demonstrado que os pacientes pouco informados participam menos da decisão médica e aderem menos ao tratamento (MOSSMAN et al. 1999). Um estudo realizado na Austrália constatou que a maioria dos pacientes preferia ter informações durante a consulta com o médico, seguido de um folheto informativo. A exceção ficou por conta dos pacientes com câncer de próstata com depressão que preferiam não receber informações a respeito da doença (SHARPLEY e CHRISTIE 2007).

Outros estudos ainda mostram que as mulheres e os pacientes com maior nível educacional dão maior valor à informação fornecida pelo médico e, além disso, que as mulheres expressam mais suas angústias e dúvidas com relação à doença e ao tratamento (PARKER et al. 2001; STREET et al. 2005). BAKKER et al. (2001) observaram que as informações fornecidas aos pacientes que estão recebendo quimioterapia ambulatorial são de fundamental importância para o auto-cuidado durante este tratamento. Porém, apesar da

tendência dos pacientes desejar cada vez maior quantidade de informações a respeito da doença e tratamento, o estudo de GABRIJEL et al. (2008) demonstrou que, no período do diagnóstico, a lembrança a respeito do tratamento é escassa. Dos pacientes estudados, apesar de terem sido informados pelos médicos, 10% saíram da consulta sem saber do diagnóstico, 17% não lembravam do tratamento a ser feito e 51% não lembravam dos objetivos do tratamento, tal fato pode estar associado a um mecanismo de defesa psicológica como a negação, estado de choque diante da notícia, pois a consulta é muitas vezes um momento de alto estresse psicológico.

Alguns métodos de comunicação destinados ao paciente com câncer, como folhetos informativos e recursos audiovisuais, associados à consulta médica, têm se demonstrado efetivos no manejo dos sintomas da quimioterapia, na melhora do bem estar psicológico (MCIPHERSON et al. 2001) e na qualidade de vida (MOSSMAN et al. 1999; DE LORENZO et al. 2004). Por outro lado, o estudo de ICONOMOU et al. (2006) não demonstrou benefício no bem estar psicológico e na qualidade de vida naqueles pacientes que receberam folhetos informativos durante o tratamento de quimioterapia.

Quanto às principais necessidades de informações dos pacientes com câncer, MILLS e SULLIVAN (1999) verificaram que os principais tópicos abordados são a extensão da doença, perspectiva de cura, mudanças na vida em função do tratamento, possibilidades de algum familiar desenvolver câncer, regimes de tratamento e efeitos colaterais. Referiram também, que os principais motivos para a busca de esclarecimento destes assuntos foram reduzir a ansiedade, melhorar a adesão e participação nas decisões do

tratamento. Um outro estudo realizado na Alemanha demonstrou que no início do tratamento as necessidades de informações foram maiores em relação ao diagnóstico, prognóstico e tratamento, porém elas variaram ao longo do tempo, com exceção, das informações referentes ao exame físico e exames laboratoriais. Constatou-se, também que havia uma variação a longo do tempo do desejo dos pacientes em se envolver nas decisões médicas (VOGEL et al. 2008).

Existem evidências na literatura que demonstram que os pacientes bem informados em relação ao câncer e o seu tratamento apresentam menores índices de ansiedade e depressão (POROCH 1995; MILLS e SULLIVAN 1999; MOSSMAN et al. 1999; MCPHERSON et al. 2001; MESTERS et al. 2001). Embora muitos estudos demonstrem a necessidade de informações entre os pacientes com câncer, ICONOMOU et al. (2002) verificaram que apenas 37% dos pacientes gregos com câncer têm consciência de seu diagnóstico; estes são mais jovens, com maior nível educacional. Além disso, ter consciência do diagnóstico não foi relacionado à melhora na qualidade de vida e ajustamento psicológico. Outro estudo grego também demonstrou resultados parecidos, em que 59% dos pacientes com câncer não sabem do seu diagnóstico, dos que sabem 41% são pacientes com maior nível educacional e são mais jovens. Outro fato importante é que, 13% dos que sabiam não perceberam nenhum benefício no nível psicológico pelo fato de terem conhecimento da doença (BROKALAKI et al. 2005). Outros estudos demonstraram que 87,3% dos pacientes são informados do diagnóstico de câncer nos Estados Unidos, 51,9% na Itália e apenas 29,5% no Japão (KLOCKE et al. 1997; MITSUYA 1997).

É importante ressaltar que a prática de informar o paciente em caso de doença grave como o câncer varia, dependendo do contexto cultural o qual o paciente está inserido. Por exemplo, na Arábia Saudita, onde a sociedade é estruturada em unidades familiares, em que o homem mais velho toma as decisões, o consentimento do tratamento do paciente é substituído pelo consentimento da família. No Irã, da mesma forma é prática comum contar o diagnóstico de câncer somente a alguns membros da família (YOUGE et al. 1997; GUAVAMZADEH e BAHAR 1997). Na China, esta prática se repete (LI e CHOU 1997). O estudo de SIMINOFF et al. (2006) demonstrou que há uma diferença na comunicação entre o médico e o paciente de acordo com a raça (branco\ negro), idade, renda pessoal e nível educacional.

O Brasil, um país de influência latina, tradicionalmente tem uma forte influência da família na relação médico-paciente a qual tenta intermediar a informação que é dada ao paciente com o intuito de protegê-lo de um dano psicológico (FARIA e SOUHAMI 1997). Por outro lado, foi realizado um estudo que demonstrou que 95% dos pacientes com câncer de um centro oncológico de São Paulo gostariam de receber informações sobre a doença, 89% as suas chances de cura e 94% os efeitos colaterais do tratamento (PINTO 2001).

Um estudo realizado na sala de espera da radiologia do mesmo centro oncológico de São Paulo, demonstrou que a maior fonte de ansiedade relatada pelos pacientes foi a preocupação com o resultado dos exames, seguida pela falta de conhecimento sobre o exame radiológico e a falta de comunicação com o radiologista (YU 2005).

Dentro deste contexto, SCHOFIELD et al. (2003) constataram preparar os pacientes para um possível diagnóstico de câncer, oferecer informações claras e dar o máximo de informações possíveis dentro do desejo do paciente são práticas que podem diminuir a ansiedade dos pacientes. As práticas relacionadas ao baixo nível de depressão incluem falar sempre a palavra câncer, discutir a severidade da doença e a sua expectativa de vida e encorajar ao paciente a participar nas decisões do tratamento. Porém, certo cuidado deve ser tomado na maneira de fornecer a informação. O estudo de HYODO et al. (1999) demonstrou que os escores de ansiedade e depressão aumentaram depois que os pacientes obtiveram maiores informações sobre o tratamento.

Outras evidências demonstram que somente os pacientes interessados ou que buscam informações irão se beneficiar com as mesmas (MILLER et al. 1988; MILLER 1995; PARKER et al. 2001; MCPHERSON et al. 2001; ICONOMOU et al. 2006; THORNE et al. 2007). Além disso, MOSSMAN et al. (1999) demonstraram que a necessidade de informação varia de acordo com a doença, sexo, idade, classe social e cultura. Ainda dentro deste contexto, MILLER et al. (1988), MILLER (1995) identificou dois tipos de pacientes com diferentes estratégias de enfrentamento utilizadas na busca de informações sobre o câncer e seu tratamento: *“Monitors”* e *“Blunters”*. Os pacientes *“Monitors”* são mais preocupados e angustiados com o câncer, apresentam efeitos colaterais mais intensos, buscam mais informações médicas sobre a sua doença e tratamento, porém estão sempre insatisfeitos com a quantidade de informação recebida. Por outro lado, adotam uma posição mais passiva nas decisões médicas e são mais aderentes às recomendações médicas. Além

disso, apresentam maior morbidade psicológica relacionada ao câncer e ao tratamento. Os pacientes “*Blunters*” são aqueles que evitam as informações e fogem do diálogo com o médico e, na maioria das vezes, estão satisfeitos com a quantidade de informação recebida. Estes pacientes apresentam uma menor morbidade psicológica relacionada ao câncer e seu tratamento. No estudo realizado em 1995, MILLER alerta que é importante dosar a informação fornecida ao paciente com câncer de acordo com seu estilo de enfrentamento. Outros estudos alertam que a quantidade e a qualidade de informações fornecidas aos pacientes com câncer devem ser avaliadas caso a caso. Além disso, o momento em que a informação é fornecida é também um fator a ser considerado (ICONOMOU et al. 2002; BROKALAKI et al. 2005).

Assim sendo, a necessidade de informação sobre o câncer e seu tratamento vai depender das características sócio-demográficas e clínicas, bem como do estilo de enfrentamento que o paciente tem em relação a este problema.

1.5 JUSTIFICATIVA

Pelo exposto verifica-se que os estudos realizados nos Estados Unidos, Inglaterra, Itália, Japão, França, Alemanha, Coréia e Grécia mostraram que existem alguns fatores que podem estar relacionados à presença de depressão e ansiedade em pacientes com câncer.

Os fatores que podem influenciar na presença de sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes brasileiros com câncer são pouco estudados. Além

disso, as condições sócio-econômicas e as características individuais podem ser diferentes das dos pacientes daqueles países.

Neste mesmo sentido, devido à diferença social e cultural dos pacientes brasileiros com câncer, torna-se importante um estudo que avalie o impacto que as estratégias de enfrentamento e a necessidade de informação têm sobre a presença de sintomas de ansiedade e depressão destes pacientes.

2 OBJETIVOS

- 1 Avaliar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão dos pacientes que estão realizando quimioterapia neoadjuvante, adjuvante ou curativa do serviço de Oncologia Clínica do Hospital AC Camargo;
- 2 Avaliar as estratégias de enfrentamento em relação à doença empregadas pelos pacientes que estão realizando quimioterapia neoadjuvante, adjuvante ou curativa do serviço de Oncologia Clínica do Hospital AC Camargo;
- 3 Verificar a necessidade de informação destes mesmos pacientes sobre a doença, o tratamento e o seu prognóstico;
- 4 Verificar a associação entre a presença de sintomas de ansiedade e a necessidade de informação e as estratégias de enfrentamento em relação à doença no contexto do tratamento quimioterápico, ajustada pelos dados sócio-demográficos e clínicos;
- 5 Verificar a associação entre a presença de sintomas de depressão e a necessidade de informação e as estratégias de enfrentamento em relação à doença no contexto do tratamento quimioterápico, ajustada pelos dados sócio-demográficos e clínicos.

3 PACIENTES E MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com avaliação prospectiva.

3.2 CASUÍSTICA

Foram analisados os pacientes com câncer, com idade de 18 anos ou mais, em tratamento com quimioterapia neoadjuvante, adjuvante e curativa do Hospital AC Camargo cujo tratamento tivesse ultrapassado mais que dois ciclos de quimioterapia e que passaram em tratamento no período de abril a outubro de 2007. Decidiu-se excluir os pacientes em primeira quimioterapia, pois este, por si só, pode ser considerado um fator de risco de ansiedade (KNOBF et al. 1998; MALONE 2007).

Foram excluídos os pacientes com antecedentes psiquiátricos de síndrome do pânico, psicose, depressão, transtorno bipolar, outros transtornos de ansiedade e histórico de alcoolismo, em acompanhamento médico com um psiquiatra. Também foram excluídos os pacientes com recorrência da doença e com tratamento prévio em outra instituição, com antecedente de outro tumor primário e os pacientes que estavam recebendo quimioterapia paliativa, hormonioterapia e imunoterapia. Foi realizado um estudo piloto, com trinta

pacientes, no período de março a abril de 2006. Verificou-se que a prevalência de ansiedade era de 26,7% e a de depressão de 20%. Assumindo-se $\alpha=5\%$, um poder de 90% e um erro nesta prevalência de $\pm 10\%$, estimou-se que seriam necessários 122 pacientes para se realizar este estudo (HULLEY et al. 1988). Após quatro meses de coleta, chegou-se a uma amostra de 194 pacientes.

3.3 METODOLOGIA

Os pacientes foram entrevistados na Central de Quimioterapia, durante a infusão da mesma. Os pacientes foram previamente selecionados através de uma análise de dados no prontuário, e aqueles que preencherem os critérios de inclusão foram convidados para participar do estudo. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1) e responderam aos cinco questionários. Todos os questionários foram aplicados pela autora desta dissertação, já que os pacientes estavam realizando a quimioterapia e muitas vezes uma de suas mãos estava ocupada. Os questionários foram aplicados na seguinte ordem:

3.3.1 Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

O primeiro questionário aplicado foi o referente aos dados demográficos (Anexo 2; parte 1). Alguns dados clínicos e os dados referentes à toxicidade da quimioterapia foram coletados pelo pesquisador ao questionar ao paciente qual foi a intensidade dos sintomas relacionados ao tratamento, estabelecendo uma

graduação de intensidade, que varia de 0 a 4, de acordo com o manual de eventos adversos do *National Cancer Institute of Canada Clinical Trial Group* (1994) (NCIC – CTG – *Expanded Common Toxicity Criteria* - CTC). (Anexo 2; parte 2)

A dor foi avaliada através da aplicação de uma escala visual numérica de dor (OLIVEIRA JÚNIOR 1994; HOLDGATE et al. 2003; RITTER et al. 2006). Trata-se de uma figura, semelhante a uma régua com uma escala de 0 a 10, em que 0 indica ausência de dor, 5 indica dor média e 10 indica dor intensa (Anexo 2 parte 3). Os dados referentes às características clínicas foram coletados no prontuário pela pesquisadora (Anexo 2; parte 4).

3.3.2 HADS (*Hospital Anxiety and Depression*)

Depois desta primeira fase de avaliação, foi aplicada a escala HADS (*Hospital Anxiety and Depression*) (Anexo 3) elaborada em 1982 na Inglaterra por SNAITH e ZIGMOND (1994) e validada no Brasil por BOTEAGA et al. em 1995. A HADS foi desenvolvida para detectar estados de ansiedade e depressão em pacientes fisicamente doentes. A HADS difere de outros instrumentos por não possuir itens somáticos, como perda de peso, pessimismo, insônia, fadiga, tontura entre outros. Esta é a razão da escolha deste instrumento para este estudo. Além do mais, a HADS é amplamente utilizada na literatura para avaliar os sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com câncer. Este instrumento tem sido utilizado tanto para o diagnóstico, como para medir a gravidade de transtornos ansioso-depressivos.

A HADS contém 14 questões, sendo 7 itens para ansiedade (HADS A) e 7 itens para depressão (HADS D). Os escores de ansiedade e depressão foram calculados a partir da soma das questões HADD1 a HADD7, para depressão e a soma das questões HADA1 a HADA7 para ansiedade, conforme as fórmulas a seguir:

$$\text{Escore de Ansiedade} = Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + Q7$$

$$\text{Escore de depressão} = Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + Q7$$

No Quadro 1 está a classificação dos estados de ansiedade e depressão segundo o critério sugerido pelos autores SNAITH e ZIGMOND (1994). O paciente com pontuação entre 0 e 7 é classificado como “normal” e pontuações entre 15 e 21 classificam os pacientes com ansiedade ou depressão “severa”.

Quadro 1 – Pontuação do escore do HADS.

Escore	Interpretação
0 – 7	Normal
8 – 10	Leve
11 – 14	Moderado
15 – 21	Severa

Fonte: SNAITH e ZIGMOND (1994).

A escolha do melhor ponto de corte dependerá da finalidade do estudo. Para estudos cujo objetivo é identificar a presença de sintomas de ansiedade e depressão e assim todos os possíveis casos de transtornos de humor, deve-se

escolher o limiar mais baixo (ponto de corte 8), o qual será utilizado neste estudo. Sendo assim, neste estudo foi feito um rastreamento diagnóstico para verificar a presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão. Já os estudos cujo objetivo é identificar os indivíduos portadores de transtorno de humor, para uma possível intervenção psiquiátrica deve-se utilizar o ponto de corte 11 (BOTEGA et al. 1995).

A validação feita para o Brasil por BOTEGA et al. (1995) demonstrou uma sensibilidade de 93,7% e especificidade de 72,6% para ansiedade e sensibilidade de 84,6% e especificidade de 90,3% para depressão, quando utilizado o ponto de corte oito.

3.3.3 Inventário de Estratégias e Enfrentamento

Em seguida foi aplicado o Inventário de Estratégias de Enfrentamento, desenvolvido por FOLKMAN e LAZARUS (1980, 1985) validado no Brasil por SAVOIA (1995). Este questionário visa avaliar a estratégia de enfrentamento utilizada pelo indivíduo diante de uma determinada situação adversa (Anexo 4). Cada questão está relacionada a um tipo de enfrentamento que são classificados em confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva (Quadro 2). Estes fatores são subdivididos em estratégia de enfrentamento centrado no problema e emoção (FOLKMAN e LAZARUS 1980).

O confronto e a resolução de problema estão primariamente relacionados ao enfrentamento focado no problema. O confronto é uma

estratégia em que o indivíduo confronta uma situação com atitudes mais diretivas, permeadas, em alguns momentos, com certa raiva em relação à situação e às pessoas envolvidas. A resolução de problemas é uma estratégia de enfrentamento relacionada a pensamentos e ações que buscam efetivamente resolver o problema causador do estresse.

As estratégias de enfrentamento focadas na emoção são a fuga e esquiva, o afastamento, a aceitação de responsabilidade, a reavaliação positiva e o autocontrole. A fuga e esquiva é uma estratégia relacionada a um comportamento de evitar um contato com a situação de estresse. O afastamento é uma forma de enfrentamento que o indivíduo mantém certo distanciamento emocional do evento estressor. A aceitação de responsabilidade é uma estratégia relacionada a pensamentos e emoções que envolvem a autopunição, culpa e auto-cobrança para a situação não se repetir. O autocontrole é um tipo de enfrentamento em que há uma tentativa de controlar as emoções e, desta forma, se proteger emocionalmente frente à situação de estresse emergente. A reavaliação positiva é uma estratégia capaz de mudar o significado de uma situação “negativa” para uma situação “positiva” podendo ser considerada uma das estratégias de enfrentamento mais efetiva para enfrentar uma situação de estresse. E, por fim, o suporte social está relacionado a ambas as estratégias, ou seja, está centrada tanto no problema como na emoção. A busca de suporte social é uma forma de enfrentamento relacionada à procura de um suporte e apoio emocional em relação ao evento estressor. Também inclui uma busca de resolução do problema através da orientação de profissionais especializados e a necessidade de ter informações

a respeito do problema para assim poder resolvê-lo (FOLKMAN e LAZARUS 1988).

Quadro 2 - Descrição dos fatores que compõem as estratégias de enfrentamento.

Fatores	Questões	Não utiliza ou pouco	Utiliza algumas vezes	Utiliza grande parte das vezes	Utiliza quase sempre
Confronto	47, 17,40, 34, 07, 28	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 18
Afastamento	41,13, 44, 21, 06, 16, 10	0 a 5	5 a 10	11 a 16	17 a 21
Auto-controle	15, 14, 43, 54, 35	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15
Suporte Social	42, 45, 08, 31 18, 22	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 18
Aceitação de responsabilidade	51, 09, 52, 29, 48, 25, 62	0 a 5	5 a 10	11 a 16	17 a 21
Fuga e esquiva	58, 59	0 a 1	2 a 3	4 a 5	6
Resolução de problemas	49, 26, 46, 01	0 a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 12
Reavaliação positiva	38, 56, 60, 30, 39, 20, 36, 63, 23	0 a 6	7 a 13	14 a 20	21 a 27

Fonte: SAVOIA (1995)

De acordo com a pontuação atingida em cada fator, será determinada a frequência com que os pacientes utilizam cada tipo de enfrentamento em determinada situação. No caso deste estudo, o momento a ser estudado no processo de enfrentamento foi a partir do segundo ciclo da quimioterapia. O escore de enfrentamento foi calculado através da soma dos escores das questões específicas de cada tipo de enfrentamento (Quadro 3).

Quadro 3 – Fórmulas para o cálculo do escore do Inventário de Estratégias de enfrentamento.

Fatores	Questões	Fórmulas
Confronto	47, 17, 40, 34, 07, 28	Escore Confronto = $Q47 + Q17 + Q40 + Q34 + Q7 + Q28$
Afastamento	41, 13, 44, 21, 06, 16, 10	Escore afastamento = $Q41 + Q13 + Q44 + Q21 + Q6 + Q16 + Q10$
Auto-controle	15, 14, 43, 54, 35	Escore de auto-controle = $Q15 + Q14 + Q43 + Q54 + Q35$
Suporte Social	42, 45, 08, 31, 18, 22	Escore de suporte social = $Q42 + Q45 + Q8 + Q31 + Q18 + Q22$
Aceitação de responsabilidade	51, 09, 52, 29, 48, 25, 62	Escore de aceitação de responsabilidade = $Q51 + Q9 + Q52 + Q29 + Q48 + Q25 + Q62$
Fuga e esquiva	58, 59	Escore de fuga e esquiva = $Q58 + Q59$
Resolução de problemas	49, 26, 46, 01	Escore de resolução de problemas = $Q49 + Q26 + Q46 + Q1$
Reavaliação positiva	38, 56, 60, 30, 39, 20, 36, 63, 23	Escore de reavaliação positiva = $Q38 + Q56 + Q60 + Q30 + Q39 + Q20 + Q36 + Q63 + Q23$

3.3.4 Questionário de estilo de Informação dos Pacientes

Por último foi aplicado o “Questionário de Informação dos Pacientes”, originado do *Information styles questionnaire (ISQ)* que foi originalmente desenvolvido na Pensilvânia (CASSILETH et al. 1986) com questões dirigidas ao conhecimento das necessidades, atitudes e preferências frente à informações a respeito do câncer, tratamento e prognóstico. Este questionário foi utilizado no Brasil em 2001 por PINTO numa versão que já havia sido modificada em trabalhos anteriores (MEREDITH et al. 1996) e que,

basicamente, busca saber qual o tipo de informação desejada e necessária segundo o ponto de vista dos pacientes com câncer. O instrumento é dividido em três seções A, B e C.

Na seção A pede-se que o paciente escolha dentre três alternativas, a qual descreva melhor a sua atitude, no que diz respeito à informação recebida. A primeira opção é de não se interessar pela informação, a segunda é de desejar a informação apenas quando são boas notícias e a terceira é de querer toda informação possível.

Na sessão B as questões são mais específicas e referem-se à atitude do paciente frente aos aspectos da doença e do tratamento. As questões são apresentadas em uma lista com sete tipos de informações específicas e, para cada uma, o paciente deverá escolher por uma das seguintes opções: a informação que acha necessária de qualquer maneira, a informação que não considera necessária e a que considera a informação necessária, mas não gostaria de ter.

Na seção C a questão é a respeito da preferência sobre a pessoa que o informou o diagnóstico e seguem-se seis alternativas sobre quem seria a pessoa indicada (Anexo 5).

O tempo da entrevista foi de, aproximadamente, 30 minutos, pois, muitas vezes a entrevistadora interrompia a aplicação do questionário para responder ao paciente algumas dúvidas referentes ao mesmo.

3.4 ESTUDO PILOTO

Foi realizado um pré-teste deste estudo com 30 pacientes, os quais responderam todos os questionários referidos acima. Este pré-teste foi importante não só para fazer o ajuste dos instrumentos e elaborar o cálculo definitivo do tamanho da amostra, como também verificar o tempo de aplicação dos instrumentos e se tal processo não seria muito cansativo para o paciente.

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

- Variáveis dependentes: a presença de sintomas de ansiedade e a presença de depressão;
- Variáveis independentes de interesse: necessidade de informação sobre a doença e a estratégia de enfrentamento da doença;
- Variáveis independentes de controle: características sócio-demográficas e clínicas.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, foi realizada análise estatística descritiva, através de frequências, médias, medianas, porcentagem, desvios padrões (dp) e os valores mínimos e máximos dos dados demográficos, clínicos, necessidade de informação e estratégias de enfrentamento. Para cada uma das escalas foi

calculado o coeficiente α de Cronbach visando à verificação de sua consistência interna.

Foram consideradas variáveis dependentes a presença de sintomas de ansiedade e depressão e, para cada uma delas, primeiramente feita a análise univariada, utilizando o teste de associação pelo qui-quadrado e modelos de regressão logística univariados. Esta análise forneceu o valor da *odds ratio* (OR) bruta. Depois foi feita a análise múltipla para cada variável independente de interesse (estratégias de enfrentamento e necessidade de informação), ajustando-as pelas características sócio-demográficas (sexo, idade e escolaridade) e clínicas (tipo de câncer e presença de dor). A medida de risco estimada na análise múltipla foi a *odds ratio* (OR) ajustada.

3.7 PROGRAMAS DE COMPUTADOR UTILIZADOS

O programa EpiInfo 6.04 foi utilizado na digitação do Banco de Dados e na consistência do mesmo. Foi feita a digitação dupla e, depois, a consistência pelo comando *validate*. O SPSS versão 12.0 para Windows foi utilizado na análise estatística.

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Do ponto de vista ético, este estudo é baseado em uma coleta prospectiva de dados de pacientes com câncer em tratamento no Hospital do Câncer AC Camargo. Foi respeitado o sigilo da fonte de informação,

identificando-se a ficha de cada paciente, inicialmente pelo número do prontuário e seu correspondente número de ordem, não sendo possível a identificação dos pacientes, conforme os princípios da Declaração de Helsinki. É importante ressaltar que em momento algum foi fornecida qualquer informação sobre a doença do paciente. Desta forma, o paciente participante do estudo não correu nenhum risco de entrar em contato com alguma informação que fosse prejudicial ao seu estado psicológico. O paciente participante pôde se beneficiar deste estudo caso o questionário de conhecimento o estimule a buscar mais informações com o seu médico assistente. Além disso, aqueles pacientes que apresentavam algum transtorno psicológico foram aconselhados a procurar o serviço de psiquiatria.

Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1) e este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital A.C. Camargo. Projeto n° 805/06 (Anexo 6).

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

No período de maio a outubro de 2007, foram entrevistados 194 pacientes com câncer em tratamento com quimioterapia neoadjuvante, adjuvante e terapêutica curativa. As características demográficas podem ser observadas na Tabela 1. A idade variou entre 18 e 76 anos (média de 49,6 anos e desvio padrão de 13,3 anos), sendo 128 mulheres (66,0%) e 68 homens (34,0%). O estado civil predominante foi casado 139 (71,8%). O nível superior completo foi encontrado em 42,7% da amostra seguido do ensino médio completo em 39 pacientes (20,3%). Destaca-se que apenas uma minoria tinha o ensino fundamental incompleto (7 pacientes = 3,6 %). A maioria dos pacientes trabalhava (57,8%) e declarou ser católica (63,9%).

Na Tabela 2, verificou-se que 178 pacientes (91,8%) não faziam uso de bebida alcoólica e 187 pacientes (96,4%) não fumava; boa parte (41,2 %) tinha antecedente de tabagismo.

Tabela 1 - Número e porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo segundo características demográficas. Maio a Outubro de 2007.

Variáveis	Categoria	nº	%
Sexo	Feminino	128	66,0
	Masculino	68	34,0
Estado civil	Casado	139	71,8
	Solteiro	33	17,0
	Divorciado	12	6,2
	Viúvo	9	4,5
	Outros	1	0,5
Escolaridade	Ens. Fund. incompl.	28	14,6
	Ens. Fund. compl.	26	13,5
	Ens. Med. Incompl.	7	3,6
	Ens. Med. compl.	39	20,3
	Ens. Sup. incompl.	10	5,2
	Ens. Sup. compl.	82	42,7
	Desconhecido	2	1,0
Trabalho	Não	40	20,6
	Sim	112	57,8
	Aposentado	42	21,6
Religião	Católico	124	63,9
	Evangélico	27	13,9
	Espírita	23	11,9
	Não tem	11	5,7
	Outros	9	4,6
Total		194	100,0

Tabela 2 – Número e porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo segundo o antecedente de etilismo e tabagismo. Maio a Outubro de 2007.

Variáveis	Categoria	nº	%
Bebida alcoólica	Não	178	91,8
	Sim	16	8,2
Tabagismo atual	Não	187	96,4
	Sim	7	3,6
Antecedente de tabagismo	Não	109	56,2
	Sim	80	41,2
	Desconhecido	5	2,6
Total		194	100,0

Houve maior prevalência de pacientes com câncer de mama (34,5%), seguida de câncer do trato gastrointestinal (21,7%) (Tabela 3). Na Tabela 4, observou-se que a maioria dos pacientes tinha estágio III (46,9%), seguido do estágio II (37,6%). O tratamento prévio oferecido para grande parte dos pacientes foi o tratamento cirúrgico (69,1%) e, conseqüentemente, a quimioterapia adjuvante foi a modalidade terapêutica mais utilizada (67,5%).

Tabela 3 – Número e porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo no período de Maio a Outubro de 2007. Segundo o diagnóstico da neoplasia.

Tipo de Câncer	Nº	%
Mama	67	34,5
Trato gastrointestinal alto e baixo	42	21,7
Linfomas	21	10,8
Pulmão	18	9,3
Ginecológico	14	7,2
Sarcomas de partes moles extremidade	11	5,7
Pâncreas	7	3,6
Urológico	6	3,0
Leucemias	3	1,6
Cabeça e Pescoço	3	1,6
Primário desconhecido	2	1,0
Total	194	100,0

Tabela 4 – Número e porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo segundo o estadiamento clínico e o tratamento realizado. Maio a outubro de 2007.

Variáveis	Categoria	nº	%
Estadiamento clínico	I	17	8,8
	II	73	37,6
	III	91	46,9
	IV	12	6,2
	Não aplicável	1	0,5
Tratamento prévio	Nenhum tratamento	40	20,6
	Cirurgia	134	69,1
	Radioterapia	8	4,1
	Quimioterapia	11	5,7
	Radio e quimioterapia	1	0,5
Finalidade	Neoadjuvante	27	13,9
	Adjuvante	131	67,5
	Terapêutica curativa	36	18,6
Total		194	100,0

As toxicidades grau 2 a 4 mais freqüentes foram alopecia (70,6%), alteração no paladar (69,9%), náusea (67,5%) e boca seca (51,5%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Número e porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo, segundo as toxicidades 2 a 4 apresentadas. Maio a Outubro de 2007.

Toxicidade	Nº	%*
Alopecia	137	70,6
Náusea	131	69,9
Alteração no paladar	122	67,5
Boca seca	100	51,5
Perda da fome	88	45,4
Mucosite	79	40,7
Alteração do olfato	79	40,7
Ondas de calor	65	39,4
Vômito	71	36,6
Rubor facial	70	36,1
Dores musculares	64	33,0
Alterações sensitivas	55	28,4
Dor nas articulações	50	25,8
Diarréia sem colostomia	49	25,3
Reação no local da aplic	38	19,6
Alterç. Motoras	35	18,0
Disfagia	29	14,9
Odinofagia	23	11,9
Diarréia com colostomia	9	4,6

* porcentagem calculada em relação aos 194 pacientes

Na Tabela 6, pode-se observar que a maioria dos pacientes não morava sozinha durante o período do tratamento e tinha, pelo menos, uma pessoa que o acompanhava no tratamento. Dos 194 pacientes, 45 (23,2%) referiram antecedente psiquiátrico familiar e 24 (12,4%) faziam uso de psicofármacos, destacando o fato de que estes medicamentos foram prescritos por clínicos e não por psiquiatras.

Tabela 6 – Número e porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo, segundo características de apoio social. Maio a outubro de 2007.

Variável	Categoria	Nº	%
Número de pessoas que residem com o Paciente	Ninguém	12	6,2
	Uma pessoa	52	26,8
	Duas pessoas	69	35,7
	Três ou mais	61	31,3
Apoio de amigos ou familiares durante o Tratamento	Não	15	7,7
	Sim	179	93,3
Total		194	100,0

Na Figura 2, observa-se que a maioria dos pacientes não apresentava dor (73,7%). Aqueles que apresentavam dor, a nota média foi de 5,82 e uma mediana de 5,00.

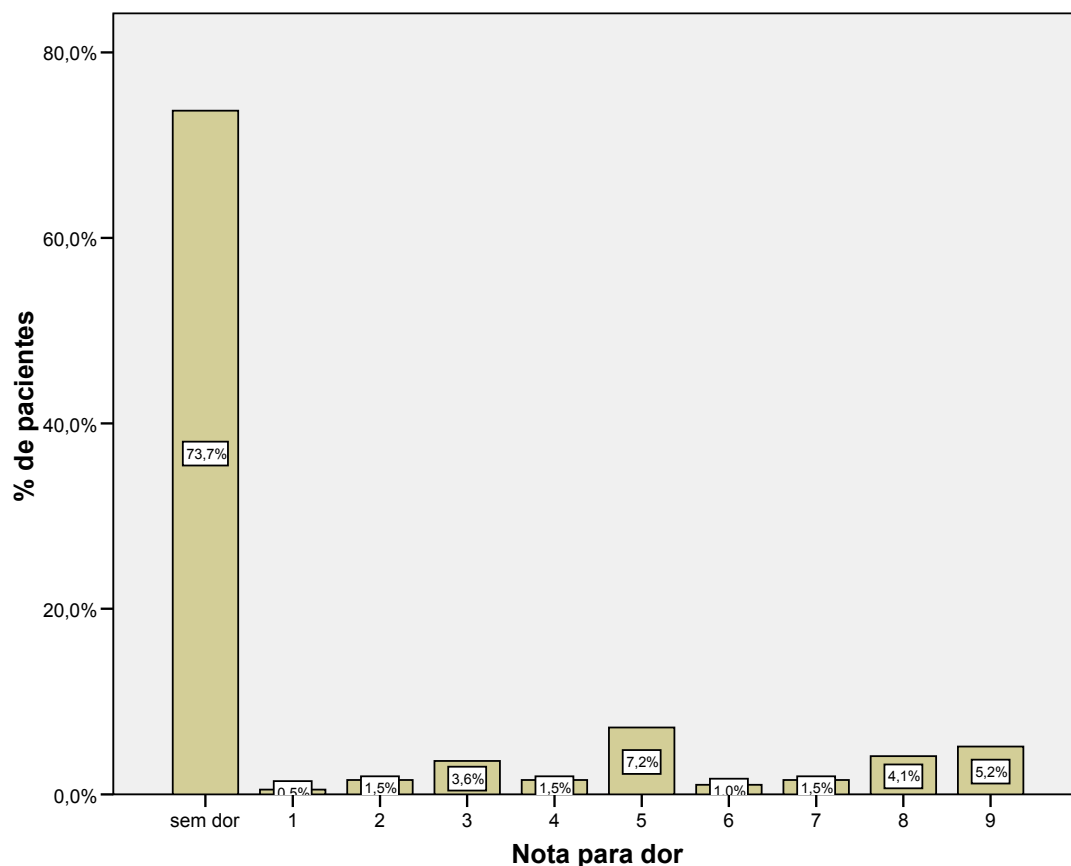


Figura 2 - Número e porcentagem de pacientes com câncer, segundo a presença e intensidade de dor.

4.2 DESCRIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Observa-se, na Figura 3 que apenas 0,5% dos pacientes utilizam a estratégia de enfrentamento do tipo confronto. A estratégia de resolução de problemas foi consideravelmente mais utilizada pelos pacientes, pois, dos 194 pacientes, 55,1% a utilizaram grande parte das vezes ou sempre. Desta forma, observa-se que os pacientes utilizaram pouco a estratégia de enfrentamento

confronto, a qual é focada no problema. Destaca-se que os coeficientes α de Cronbach foram baixos.

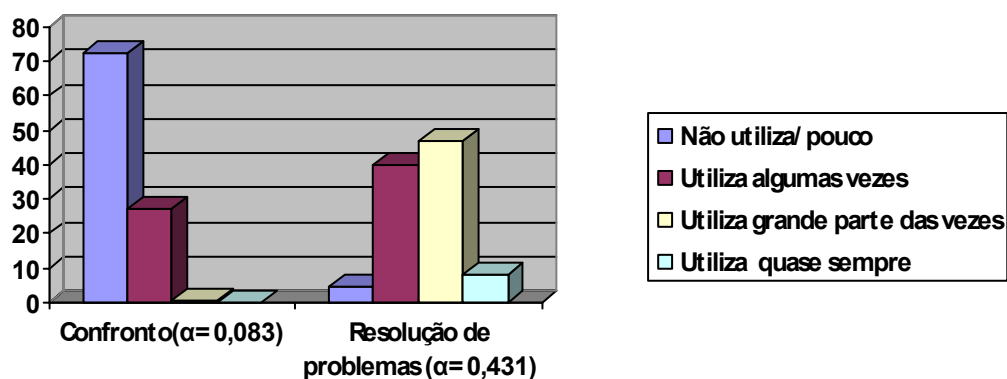


Figura 3 – Porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo, segundo o uso das estratégias de enfrentamento baseada no problema. Maio a outubro de 2007.

Na Figura 4 observa-se que no período da quimioterapia 40,2% dos pacientes utilizam grande parte das vezes ou sempre a estratégia de enfrentamento do tipo fuga e esquiva e apenas 7,2% dos pacientes utilizam a estratégia do tipo afastamento. O mesmo aconteceu com a estratégia de aceitação de responsabilidades que foi pouco utilizada entre estes pacientes (6,2%). Em relação à estratégia reavaliação positiva observa-se que 31,0% a utilizam grande parte das vezes ou sempre e 21,1% utilizam a estratégia de autocontrole.

A melhor consistência interna foi observada na estratégia de enfrentamento de reavaliação positiva ($\alpha=0,685$).

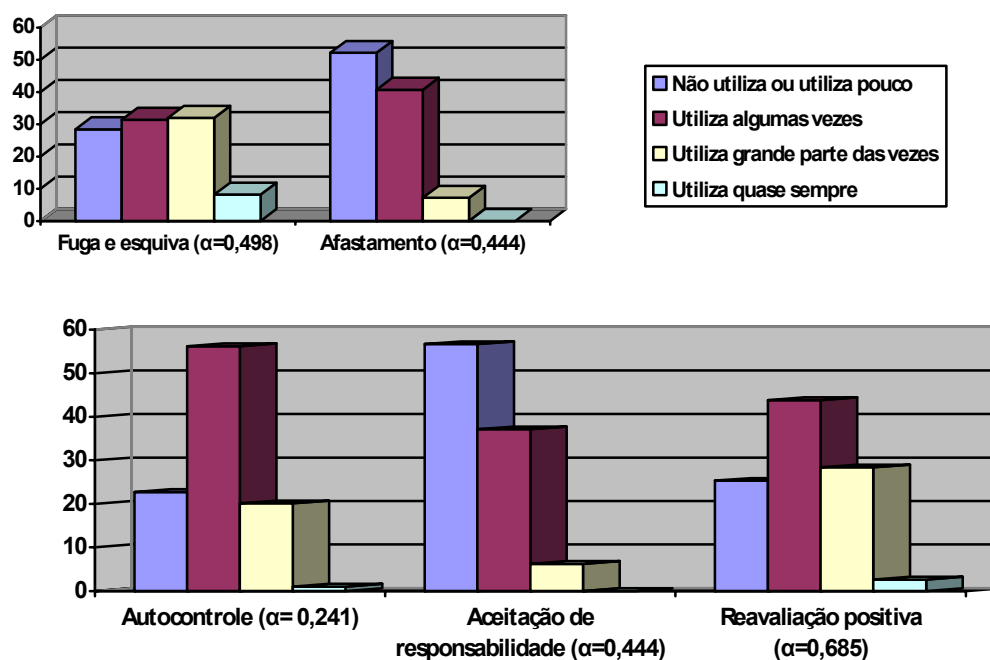


Figura 4 - Porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo, segundo o uso das estratégias de enfrentamento baseada na emoção. Maio a outubro de 2007.

Observa-se na Figura 5 que durante a quimioterapia, 31% dos pacientes utilizam a estratégia de enfrentamento de suporte social grande parte das vezes ou sempre.

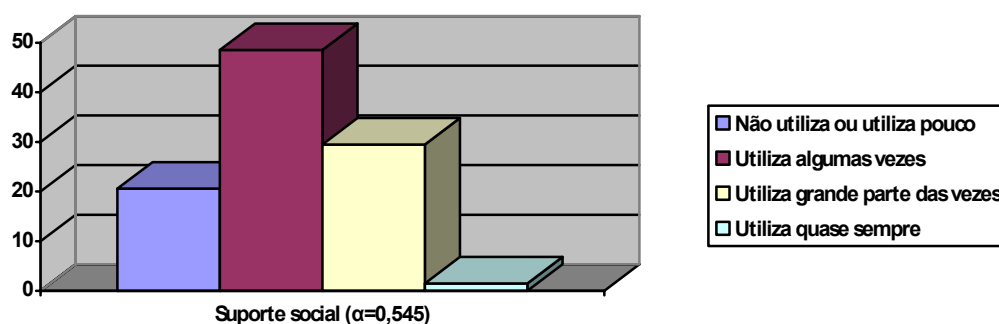


Figura 5 - Porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo, segundo o uso das estratégias de enfrentamento baseada no problema e emoção. Maio a outubro de 2007.

4.3 DESCRIÇÃO DAS NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO

Observa-se, na Tabela 7, que a maioria dos pacientes quer toda informação possível, mesmo que seja uma má notícia (79,4%). Porém, um número considerável (20,6%) de pacientes se mantém numa atitude mais passiva em relação às informações que recebem do médico a respeito da sua doença. Na Tabela 8, verifica-se que grande parte dos pacientes tem a necessidade de saber informações a respeito do diagnóstico, do tratamento e os seus efeitos colaterais e o prognóstico do câncer.

Tabela 7 - Número e porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo, segundo as atitudes em relação às informações sobre a doença. Maio a outubro de 2007.

Atitudes	nº	%
Não quer saber detalhes, deixa que o médico decida.	33	17,0
Quer informações adicionais apenas quando são boas notícias.	7	3,6
Quer toda informação possível, boa ou má.	154	79,4
Total		100,0

Tabela 8 - Número e porcentagem de pacientes com câncer do Hospital AC Camargo, segundo às necessidades de informações sobre a doença. Maio a outubro de 2007.

Necessidades de informação	Categoria	nº	(%)
Se é ou não câncer ?	É necessário saber esta informação de qualquer maneira	17	90,2
	Não é necessário ter esta informação.	5	2,6
	É uma informação necessária, mas não gostaria de ter	5	7,2
		14	
Qual o nome médico específico da doença?	É necessário saber esta informação de qualquer maneira	15	81,4
	Não é necessário ter esta informação.	8	12,9
	É uma informação necessária, mas não gostaria de ter	25	5,7
		11	
Quando você está em tratamento quer saber como está progredindo semana a semana	É necessário saber esta informação de qualquer maneira	17	90,7
	Não é necessário ter esta informação.	6	7,7
	É uma informação necessária, mas não gostaria de ter	15	1,5
		3	
Quais são suas chances de cura?	É necessário saber esta informação de qualquer maneira	17	92,3
	Não é necessário ter esta informação.	9	6,7
	É uma informação necessária, mas não gostaria de ter	13	1,0
		2	
Quais são todos os tratamentos possíveis	É necessário saber esta informação de qualquer maneira	18	93,8
	Não é necessário ter esta informação.	2	4,6
	É uma informação necessária, mas não gostaria de ter	9	1,5
		3	
Quais são os efeitos colaterais do tratamento?	É necessário saber esta informação de qualquer maneira	18	93,3
	Não é necessário ter esta informação.	1	3,6
	É uma informação necessária, mas não gostaria de ter	7	3,1
		6	
Como o tratamento funciona para tratar a doença?	É necessário saber esta informação de qualquer maneira	17	88,1
	Não é necessário ter esta informação.	1	11,3
	É uma informação necessária, mas não gostaria de ter	22	0,5
		1	
Total		194	100,0

4.4 DESCRIÇÃO DAS PREVALÊNCIAS DE SINTOMAS ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Dos 194 pacientes, 26,8% (IC_{95%} (p)=17,8%; 35,7%) apresentam sintomas de ansiedade sendo que, 16,0% em grau leve, 6,7% em grau moderado e, 4,1% grave (Figura 6). A média do escore de HAD para ansiedade foi de 5,17 (dp=3,93) com uma mediana de 4,0, variando de 0 a 16.

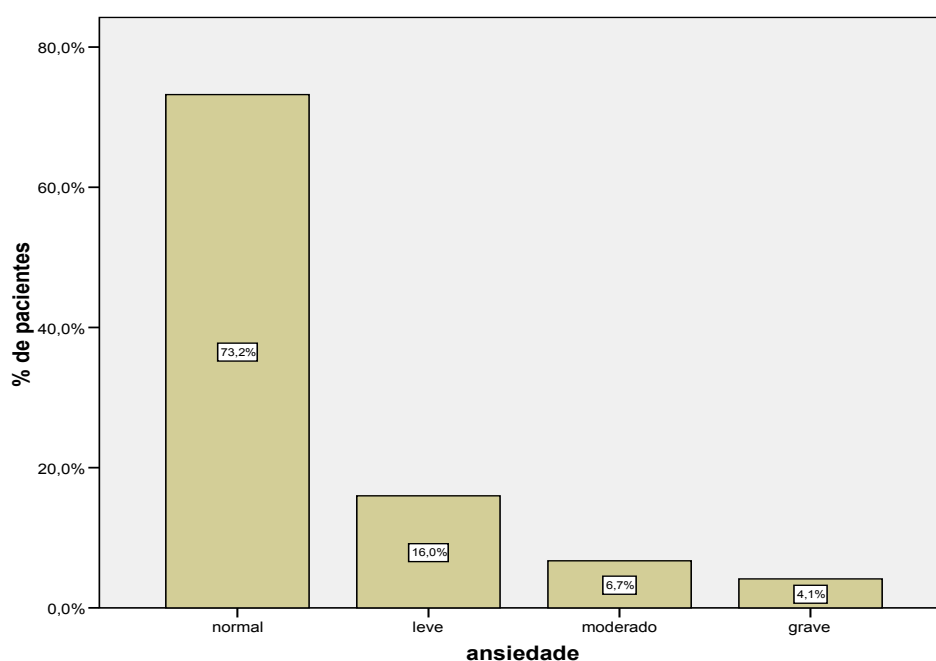


Figura 6 - Número e porcentagem de pacientes com câncer, segundo a presença e a intensidade de sintomas de ansiedade.

Dos 194 pacientes, 13,9% (IC_{95%}(p)=8,4%;19,4%) apresentam sintomas de depressão. Destes, 6,2% em grau leve, 6,2% em grau moderado e, 1,5% grave (Figura 7). A média do escore do HADS para depressão foi de 3,98

(dp=3,62) e a mediana foi de 3,0. Este escore variou de 0 a 18. A consistência interna das duas escalas foram muito boa, sendo o alpha de Cronbach de 0,83 para a escala de ansiedade e 0,80 para a escala de depressão.

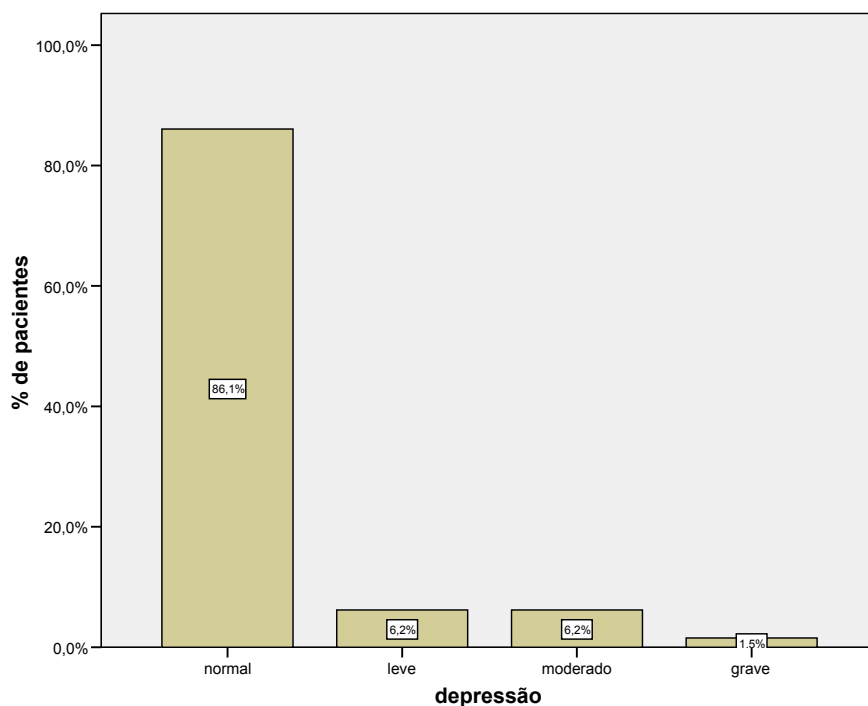


Figura 7 - Número e porcentagem de pacientes com câncer, segundo a presença e a intensidade de sintomas de depressão.

4.5 FATORES ASSOCIADOS À PRESENÇA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE

Na análise univariada (bruta) foram associados à presença de sintomas de ansiedade os pacientes que utilizaram as estratégias de enfrentamento confronto (OR=3,6; $p<0,001$), aceitação de responsabilidade (OR=3,1; $p<0,001$) e fuga e esquivas para os pacientes que utilizam grande parte das

vezes ou sempre (OR=3,1; $p=0,012$). Também houve associação entre a presença de sintomas de ansiedade para os pacientes que não utilizaram as estratégias de enfrentamento do tipo afastamento (OR=2,1; $p=0,025$) e autocontrole (OR=2,4; $p=0,016$). Na análise múltipla, permaneceram significativas as estratégias de enfrentamento confronto (OR=3,7; $p<0,001$), aceitação de responsabilidade (OR=3,6; $p<0,001$) e fuga e esquiva para os pacientes que utilizaram grande parte das vezes ou sempre (OR= 4,1; $p=0,004$) e, aqueles que utilizaram algumas vezes, houve um significado estatístico marginal (OR=2,7; $p= 0,055$). Também permaneceram significativas a não utilização das estratégias de enfrentamento de autocontrole (OR=2,0; $p=0,053$) e o afastamento (OR= 2,0; $p=0,059$) com um significado estatístico marginal. As variáveis de suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva não estão associados à presença de sintomas de ansiedade. Desta forma, observa-se que a presença de sintomas de ansiedade esteve relacionada à utilização da estratégia de enfrentamento confronto a qual é focada no problema e as estratégias focadas na emoção de aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva e o afastamento. Por outro lado, a não utilização do enfrentamento autocontrole e de ajustamento demonstrou ser um fator associado à presença de sintomas de ansiedade (Tabela 9).

Tabela 9 - Resultados da análise univariada e múltipla e regressão logística para a presença de sintomas de ansiedade e estratégias de enfrentamento.

Variável	Categoria	Presença de sintomas de ansiedade	Total	P (χ^2)	OR Bruta	OR Ajustada*
		N ^o (%)	N ^o (%)			
Confronto	Não utiliza	27 (19,3)	140 (100)	0,001	1,0	1,0
	Utiliza	25 (46,3)	54 (100)		3,6	3,7 (p= 0,001)
Afastamento	Não utiliza	34 (33,7)	101 (100)	0,025	2,1	2,0 (p=0,059)
	Utiliza	18 (19,4)	93 (100)		1,0	1,0
Auto controle	Não utiliza	18 (40,9)	44 (100)	0,016	2,4	2,0 (p=0,053)
	Utiliza grande parte das vezes ou sempre	34 (22,7)	150 (100)		1,0	1,0
Suporte social	Não utiliza	8 (20)	40 (100)	0,524	1,0	1,0
	Utiliza algumas vezes	26 (27,7)	94 (100)		1,5	1,4 (p=0,516)
	Utiliza grande parte das vezes ou sempre	18 (30)	60 (100)		1,7	1,7 (p=0,340)
Aceitação de responsabilidade	Não utiliza	19 (17,3)	110 (100)	0,001	1,0	1,0
	Utiliza	33 (39,3)	84 (100)		3,1	3,6 (p< 0,001)
Fuga e esquiva	Não utiliza + Utiliza pouco	8 (14,5)	55 (100)	0,036	1,0	1,0
	Utiliza algumas vezes	17 (27,9)	61 (100)		2,3	2,7 (p=0,055)
	Utiliza grande parte das vezes ou sempre	27 (34,6)	78 (100)		3,1	4,1 (p=0,004)
Resolução de problemas	Não utiliza, utiliza pouco ou algumas vezes	24 (27,6)	87 (100)	0,820	1,0	1,0
	Utiliza grande parte das vezes ou sempre	28 (26,2)	107 (100)		0,93	0,82 (p= 0,578)
Reavaliação positiva	Não utiliza	10 (20,4)	49 (100)	0,410	1,0	1,0
	Utiliza algumas vezes	23 (27,1)	85 (100)		1,5	1,6 (p=0,345)
	Utiliza grande parte das vezes ou sempre	19 (31,7)	60 (100)		1,8	2,3 (p=0,100)

*OR ajustada por sexo, idade, escolaridade, tipo de câncer e presença de dor.

Com relação às necessidades de informações, na análise univariada (bruta) foi associada à presença de sintomas de ansiedade apenas os pacientes que não consideraram necessário saber as informações sobre as suas chances de cura ($OR=3,5$; $p=0,022$). Na análise múltipla, esta variável permaneceu significativa ($OR=3,02$, $p=0,054$). Quanto às demais variáveis deste grupo, não foi observada nenhuma associação com a presença de sintomas de ansiedade.

Desta forma, observa-se que o paciente que não acha necessário saber sobre as suas chances de cura tem uma chance de 3,02 vezes a de ter sintomas de ansiedade do que aquele não acha necessário acesso a este tipo de informação (Tabela 10).

Tabela 10 - Resultados da análise univariada e múltipla e regressão logística para a presença de sintomas ansiedade e as necessidades de informação.

Necessidades de informação	Categorias	Presença de sintomas de ansiedade N ⁿ (%)	Total N ⁰ (%)	P (X ²)	OR Bruta	OR* Ajustada
Atitudes	Não quer saber detalhes, deixa que o médico decida	13 (39,4)	33(100)	0,073	1,0	1,0
	Quer informações adicionais qdo são boas notícias + quer toda inf. possível.	39(24,2)	161 (100)		0,5	0,5 (p=0,176)
Se é ou não câncer ?	É necessário saber esta informação	45 (25,7)	175(100)	0,298	1,0	1,0
	Não é necessário ter esta informação.	7 (36,8)	19 (100)		1,7	1,32 (p=0,603)
Qual o nome médico específico da doença?	É necessário saber esta informação	39 (24,7)	158(100)	0,162	1,0	1,0
	Não é necessário ter esta informação.	13 (36,1)	13(100)		1,7	1,65 (p=0,241)
Quando você está em tratamento, quer saber como está progredindo semana a semana ?	É necessário saber esta informação	49 (27,8)	176 (100)	0,308	1,0	1,0
	Não é necessário ter esta informação.	3 (16,7)	18 (100)		0,5	0,35 (p=0,139)
Quais são suas chances de cura?	É necessário saber esta informação	44 (24,6)	179(100)	0,016	1,0	1,0
	Não é necessário ter esta informação.	8 (53,3)	15 (100)		3,5	3,02 (p=0,054)
Quais são todos os tratamentos possíveis?	É necessário saber esta informação	49 (26,9)	182(100)	0,884	1,0	1,0
	Não é necessário ter esta informação.	3 (25,0)	12 (100)		0,9	0,57 (p=0,451)
Quais os efeitos colaterais do tratamento?	É necessário saber esta informação	47 (26,0)	181(100)	0,326	1,0	1,0
	Não é necessário ter esta informação.	5 (38,5)	13 (100)		1,8	1,04 (p=0,952)
Como o tratamento funciona para tratar a doença?	É necessário saber esta informação	45 (26,3)	171(100)	0,675	1,0	1,0
	Não é necessário ter esta informação.	7 (30,4)	23 (100)		1,2	1,03 (p=0,942)

* OR ajustada por sexo, idade, escolaridade, tipo de câncer, presença de dor

4.6 FATORES ASSOCIADOS À PRESENÇA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO

Na análise univariada (bruta) foram associados à presença de sintomas de depressão os pacientes que não utilizaram as estratégias de enfrentamento afastamento ($OR=2,4; p=0,040$), autocontrole ($OR=3,3; p=0,004$) e reavaliação positiva ($OR=4,9; p=0,022$ para quem não utiliza e $OR=3,7; p=0,046$ para quem utiliza algumas vezes). Na análise múltipla, permaneceram significativas a não utilização das estratégias de enfrentamento autocontrole ($OR=2,9; p=0,024$) e fuga e esquiva utilizada algumas vezes ($OR=3,9; p=0,040$) quando comparado com quem não a utiliza ou utiliza pouco e a reavaliação positiva para os pacientes que não a utilizaram ($OR=8,1; p=0,006$) ou utilizaram algumas vezes ($OR=4,5; p=0,033$). Quanto às demais variáveis deste grupo, não foi observada nenhuma associação com a presença de sintomas de depressão. Portanto, observa-se a presença de sintomas de depressão associadas à não utilização das estratégias de enfrentamento focadas na emoção, como a não utilização do autocontrole e da reavaliação positiva e pouco a fuga e esquiva (Tabela 11).

Na análise univariada (bruta) e multivariada nenhuma das variáveis relacionadas à necessidade de informação foram associadas à presença de sintomas de depressão (Tabela 12).

Tabela 11 - Resultados da análise univariada e múltipla e regressão logística para a presença de sintomas de depressão e estratégias de enfrentamento.

Variável	Categoria	Presença de sintomas de depressão	Total	P (χ^2)	OR Bruta	OR Ajustada
		N ^o (%)	N ^o (%)			
Confronto	Não utiliza	19(13,6)	140 (100)	0,823	1,0	1,0
	Utiliza	8 (14,8)	54(100)		1,1	
Afastamento	Não utiliza	19 (18,8)	101(100)	0,040	2,4	2,4 (p=0,067)
	Utiliza	8 (8,6)	93 (100)		1,0	
Autocontrole	Não utiliza	12(27,3)	44 (100)	0,004	3,3	2,9 (p=0,024)
	Utiliza grande parte das vezes ou sempre	15 (10,0)	150(100)		1,0	
Suporte social	Não utiliza	4 (10,0)	40 (100)	0,724	1,0	1,0
	Utiliza algumas vezes	14 (14,9)	94(100)		1,6	
	Utiliza grande parte das vezes ou sempre	9 (15,0)	60(100)		1,6	
Aceitação de responsabilidade	Não utiliza	15(13,6)	110 (100)	0,897	1,0	1,0
	Utiliza	12 (14,3)	84(100)		1,05	
Fuga e esquiva	Não utiliza + utiliza pouco	4 (7,3)	55 (100)	0,156	1,0	1,0
	Utiliza algumas vezes	12 (19,7)	61(100)		3,1	
	Utiliza grande parte das vezes ou sempre	11 (14,1)	11(100)		2,0	
Resolução de problemas	Não utiliza + pouco+ algumas vezes	15 (17,2)	87(100)	0,228	1,0	1,0
	Utiliza grande parte das vezes ou sempre	12 (11,2)	107 (100)		0,2	
Reavaliação positiva	Não utiliza	10(20,4)	49(100)	0,064	4,9	8,1 (p=0,006)
	Utiliza algumas vezes	14 (16,5)	85(100)		3,5	
	Utiliza grande parte das vezes ou sempre	3(5,0)	60(100)		1,0	

*OR ajustada por sexo, idade, escolaridade, tipo de câncer e presença de dor.

Tabela 12 - Resultados da análise univariada e múltipla e regressão logística para a presença de sintomas depressão e as necessidades de informação.

Necessidades de informação	Categorias	Presença de sintomas depressão N ^o (%)	Total N ^o (%)	P (χ^2)	OR Bruta	OR Ajustada
Atitudes	Não quer saber detalhes, deixa que o médico decida	8 (24,2)	33 (100)	0,060	1,0	1,0
	Quer informações adicionais apenas quando são boas notícias + toda informação possível.	19 (11,8)	161 (100)		2,4	0,5 (p=0,148)
Se é ou não câncer ?	É necessário saber esta informação de qualquer maneira	22 (12,6)	175 (100)	0,100	1,0	1,0
	Não é necessário ter esta informação.	5 (26,3)	19		2,4	2,0 (p=0,255)
Qual o nome médico específico da doença?	É necessário saber esta informação de qualquer maneira	19 (12,0)	158 (100)	0,111	1,0	1,0
	Não é necessário ter esta informação.	8 (22,2)	36		2,0	2,5 (p=0,088)
Quando vc está em tratamento, quer saber como esta progredindo semana a semana?	É necessário saber esta informação de qualquer maneira	26 (14,8)	176 (100)	0,282	1,0	1,0
	Não é necessário ter esta informação.	1 (5,6)	18 (100)		0,3	0,2 (0,126)
Quais são suas chances de cura?	É necessário saber esta informação de qualquer maneira	23 (12,8)	179 (100)	0,138	1,0	1,0
	Não é necessário ter esta informação.	4 (26,7)	15 (100)		2,5	2,4 (p=0,205)
Quais são todos os tratamentos possíveis	É necessário saber esta informação de qualquer maneira	26 (14,3)	182 (100)	0,138	1,0	1,0
	Não é necessário ter esta informação.	1 (8,3)	12 (100)		0,5	0,3 (p=0,287)
Quais são os efeitos colaterais do tratamento	É necessário saber esta informação de qualquer maneira	25 (13,8)	181 (100)	0,564	1,0	1,0
	Não é necessário ter esta informação.	2 (15,4)	13 (100)		1,1	0,8 (p=0,803)
Como o tratamento funciona para tratar a doença?	É necessário saber esta informação de qualquer maneira	23 (13,5)	171 (100)	0,608	1,0	1,0
	Não é necessário ter esta informação.	4 (17,4)	23 (100)		1,4	1,1 (p=0,835)

*OR ajustada por sexo, idade, escolaridade, tipo de câncer e presença de dor.

5 DISCUSSÃO

O câncer é uma doença que remete ao paciente uma sensação de ameaça em virtude da sua própria característica biológica de descontrole, invasão de estruturas vizinhas e a ocorrência de metástases. Isto expressa uma imagem de morte no inconsciente pessoal e coletivo, levando ao medo de diversas perdas que são do âmbito físico, social e material.

A trajetória do paciente com câncer é marcada por muitos eventos estressores, como o momento do diagnóstico, a cirurgia, o medo da mutilação, a quimioterapia, o seguimento clínico, o medo da recorrência e da morte. A intensidade do agente estressor, neste contexto do câncer e o seu tratamento, é modulada pelos recursos que cada indivíduo tem para enfrentar a situação. Assim sendo, o nível de estresse vai depender das características individuais de cada paciente tais como a personalidade, as crenças, os mitos individuais, as características sócio-demográficas e culturais. A busca ou não pela informação a respeito da doença também tem se mostrado um modulador de humor no processo de enfrentamento do câncer (MILLER et al. 1988; MILLER 1995).

No decorrer do tratamento do câncer, é comum observar nos pacientes o sentimento de vulnerabilidade, tristeza, medo, sensação de desamparo, baixa auto-estima, crise espiritual, podendo levar mais comumente aos transtornos de ansiedade e depressão.

Além disso, efeitos colaterais do tratamento, como na quimioterapia a ocorrência de alopecia, náusea, vômito, diarreia, redução da imunidade, entre outros, pode levar o paciente a diversas dúvidas, funcionando como um agente estressor e, conseqüentemente aumentar o risco da presença de ansiedade e depressão (TSUTSUMI et al. 2006; SURBONE 2007). Sendo assim, os mitos individuais e culturais associados ao tratamento oncológico podem interferir na compreensão das informações fornecidas pelo médico. Ou seja, por mais didática e objetiva, a informação pode ser interpretada erroneamente em razão da influência de antecedentes oncológicos familiares, aliado à imagem do câncer como uma doença terrível e mortal.

Do ponto de vista cultural, o modo como a verdade é dita para o paciente varia de país para país. Várias razões podem explicar estas variações, incluindo questões culturais, religiosas, implicações legais e diferenças sócio-econômicas. A verdade deve ser dita, não apenas por uma questão legal ou ética, mas por ser um direito do paciente. No entanto, a questão fundamental na relação médico-paciente não é apenas informar, mas, sim como executar esta tarefa, a qual envolve algumas particularidades (FARIA e SOUHAMI 1997). Alguns aspectos devem ser considerados como o modo de se oferecer a informação, o momento ideal, o nível de percepção do médico em detectar o quanto o paciente está preparado para ouvir a verdade e, o paciente, no que tange os recursos de personalidade e de enfrentamento. Além disso, os aspectos culturais também podem afetar os pacientes na percepção da doença e no grau de expressão da preocupação e do sofrimento relacionados sobre a mesma (SURBONE 2007).

Desde os anos 90, têm ocorrido mudanças nas atitudes e nas práticas de contar a verdade, mostrando uma maior direção da revelação do diagnóstico aos pacientes com câncer do mundo todo. Apesar desta tendência, tem sido prática comum não dizer ou dizer parcialmente em culturas centradas em valores da família e comunidade. A questão de revelar ou não as informações para o paciente com câncer é complexa e, as sutilezas envolvidas, sugerem que não há uma única maneira “correta” e uniforme de se tratar a verdade para todas as culturas e todos os indivíduos. Diante das diferenças culturais, os dados da literatura são controversos em relação às respostas emocionais relacionadas às necessidades, satisfação e grau de informação (POROCH 1995; MILLS e SULLIVAN 1999; MOSSMAN et al. 1999; HYODO et al. 1999; MCPHERSON et al. 2001; MESTERS et al. 2001; SCHOFIELD et al. 2003; BROKALAKI et al. 2005; ICONOMOU et al. 2006).

Nos Estados Unidos há uma tendência de se falar tudo abertamente com o paciente. Por outro lado, no Brasil, a comunicação do médico com o paciente com câncer é tradicionalmente intermediada e, muitas vezes, ofuscada pelos familiares. Há tentativas de se fazer “acordo” com o médico, em omitir as informações ao paciente sobre a doença e o prognóstico, a fim de se “proteger” o paciente de uma possível perturbação emocional que pode interferir na evolução da doença e no estado geral do mesmo (FARIA e SOUHAMI 1997). Em contrapartida, o estudo de PINTO (2001) demonstrou que a maioria dos pacientes quer receber as informações a respeito de sua doença e do tratamento, independentemente da sua classe social, estado civil, localização do tumor, suporte social e crença religiosa.

Infelizmente, observa-se escassez de estudos nesta área. Especificamente, permanece a questão de como se apresenta o estado psicológico do paciente brasileiro com câncer, em relação ao seu modo de enfrentamento e as suas necessidades de informação. Por este motivo, realizou-se este inquérito de corte transversal para avaliar a prevalência de ansiedade e depressão, associadas às necessidades de informação e o tipo de enfrentamento em pacientes com câncer, durante o tratamento com a quimioterapia.

Dos 194 pacientes com câncer entrevistados, a maioria pertencia ao sexo feminino (66,0%) e a idade variou de 18 a 76 anos. As neoplasias mais freqüentes foram os cânceres de mama (34,5%) e do trato gastrointestinal (21,7%). As altas prevalências do câncer de mama e de neoplasia gastrointestinal nesta amostra vem de acordo com os dados das estimativas do INCA e Fundação Oncocentro de São Paulo-FOSP que apontam o câncer de mama como a neoplasia mais incidente e os tumores gastrointestinais ocupando as primeiras colocações em ambos os sexos (MIRRA et al. 2003; Ministério da Saúde (2007). É importante ressaltar que grande parte dos pacientes entrevistados possuía ensino superior completo (42,7%), seguido do ensino médio completo (20,3%). Este fato pode ser um reflexo do perfil de pacientes que são atendidos no Hospital AC Camargo, pois a maioria deles através de seguros saúde.

A maioria dos pacientes participantes do estudo não apresentava dor, visto que este sintoma está mais associado aos pacientes com doença metastática o que não era uma característica desta amostra. Entretanto, 26,7%

dos paciente apresentavam dor associada como um efeito colateral da quimioterapia. A presença de dor esteve relacionada com a presença de depressão, porém, neste estudo esta variável entrou como apenas uma variável de ajuste. Isso porque, em diversos estudos, a dor tem se demonstrado uma variável importante na presença de ansiedade e depressão em pacientes com câncer.

Foi verificado neste estudo que a maioria dos pacientes vivia um conflito dinâmico e antagônico, em que muitos não confrontavam ou confrontavam algumas vezes a situação (99,5%) e ao mesmo tempo, poucos (4,6%) não utilizavam a estratégia de resolução de problemas. Por outro lado, as estratégias de enfrentamento focadas na emoção mais utilizadas – nem que fosse algumas vezes – foram fuga e esquivas (71,6%), autocontrole (71,3%) e reavaliação positiva (74,7%). Da mesma forma, embora a maioria não confrontasse a situação, estes pacientes buscavam ao mesmo tempo o enfrentamento de resolução de problemas (55,2%) e uma fração significativa não mantinha uma aceitação de responsabilidade em relação à situação (56,7%). Cerca de um terço buscaram apoio social e, curiosamente, de alguma forma deram novo significado a esta situação tão difícil, utilizando a estratégia de reavaliação positiva. As consistências internas deste questionário foram baixas. Duas hipóteses podem justificar este resultado. Primeiramente devido à própria característica de enfrentamento antagônico e contraditório apresentado por esta amostra. A outra hipótese é pelo fato de que este instrumento não seja específico para avaliar as estratégias de enfrentamento em pacientes com câncer.

Desta forma, foi constatado nesta casuística um padrão heterogêneo nas freqüências dos vários estilos de enfrentamento em relação à doença. Porém, ocorreu alta freqüência da não utilização da estratégia centrada no problema como o confronto e algumas centradas na emoção como o afastamento e a aceitação de responsabilidade. Por outro lado, a estratégia mais utilizada pelos pacientes entrevistados foi a de resolução de problemas a qual é centrada no problema, seguida de fuga e esquiva, centrada na emoção. Este resultado nos leva a refletir que neste momento do tratamento, em que o paciente tende a concentrar-se naquilo que é mais objetivo, ou seja, a execução do tratamento, evitando assim um confronto com a situação ou um contato emocional mais profundo com a mesma. Porém, o fato dos pacientes serem avaliados apenas em um momento de todo um percurso do tratamento quimioterápico pode ser outra limitação deste estudo. Isso porque este perfil de enfrentamento se refere àquele momento que os pacientes foram entrevistados, sendo facilmente passível de ser transformado num outro momento da quimioterapia, pois a estratégia de enfrentamento é resultado de um processo dinâmico da relação do indivíduo com o ambiente. Seria interessante um estudo que pudesse avaliar as estratégias de enfrentamento do paciente em diversos momentos ao longo do tratamento quimioterápico.

Tal resultado vai de encontro aos estudos de FOLKMAN e LAZARUS (1980, 1985, 1988) que referem que, ao longo de uma situação de estresse, os indivíduos utilizam ao mesmo tempo as estratégias centradas no problema e na emoção. Estes autores referem que o enfrentamento focado no problema era utilizado em momentos em que a situação era mais controlável e focado na

emoção em momentos de pouco controle. Neste sentido, quando os pacientes com câncer estão em tratamento quimioterápico, tal situação em si é permeada de fatores controláveis, tais como, fazer o tratamento, seguir as recomendações médicas, buscar informações e incontroláveis, tais como, a possibilidade da ocorrência dos efeitos colaterais, o resultado do tratamento, a possibilidade de cura e outros.

No estudo DE FAYE et al. (2006), que analisou uma amostra de pacientes com câncer avançado, constatou-se também que os pacientes utilizavam ao mesmo tempo as estratégias focadas na emoção e no problema. Quando se tratava de questões de ordem existencial os pacientes utilizavam o enfrentamento focado na emoção e quando se tratava de questões relativas à saúde utilizavam o enfrentamento focado no problema. Neste mesmo sentido, ROESCH et al. (2005) verificaram, em meta-análise, que os pacientes com câncer de próstata utilizaram as estratégias de enfrentamento focado na emoção e no problema. Por outro lado, KIM et al. (2002), demonstraram que os pacientes com câncer têm uma tendência a utilizar mais as estratégias focadas na emoção. Outros relatos da literatura demonstram que o uso de determinadas estratégias de enfrentamento pode estar associadas a um bom ou mau ajustamento psicológico em relação à doença (DRAGESET e LINDSTROM 2003; MATSUSHITA et al. 2005; JADOULLE 2006).

A necessidade de informação pode, de alguma forma, representar um modo de enfrentar uma situação adversa. Nesta amostra, observou-se que a maioria dos pacientes (79,4%) desejava toda informação possível, mesmo que fosse uma má notícia. Verificou-se, também, que grande parte dos pacientes

tinha a necessidade de saber informações a respeito do diagnóstico, do tratamento e os seus efeitos colaterais e o prognóstico do câncer. Porém, um número considerável de pacientes (20,6%) se manteve numa atitude mais passiva em relação às informações que receberam do médico. Durante o período da quimioterapia, foi observado que a maioria (99,5%) dos pacientes utilizou pouco ou não utilizou a estratégia de enfrentamento confronto e (71,6%) utilizou a estratégia fuga e esquivas nem que fosse algumas vezes, ou seja, observa-se uma contradição entre o desejo de informação e a forma de enfrentamento. Desta forma, estes dados nos levam a refletir que o desejo ou a necessidade de informação pode não estar de acordo com o conjunto de ações de uma busca verdadeira de informação. Sendo assim seria interessante um estudo que pudesse avaliar as atitudes dos pacientes na busca de informações.

Os resultados deste estudo e de vários outros têm demonstrado que os pacientes com câncer desejam ter acesso às informações a respeito do diagnóstico, do tratamento do câncer, especialmente da quimioterapia e os seus efeitos colaterais (MILLS e SULLIVAN 1999; PIMENTEL et al. 1999; MESTERS et al. 2001; JENKINS et al. 2001; ICONOMOU et al. 2002; COX et al. 2006), porém, a maioria destes estudos não considerou as estratégias de enfrentamento como um fator que pode interferir na busca de informações em relação a doença, tratamento e prognóstico .

Um estudo realizado na Alemanha demonstrou que no início do tratamento as necessidades de informação foram maiores em relação ao diagnóstico, prognóstico e tratamento, porém elas variaram ao longo do tempo,

com exceção, das informações referentes ao exame físico e exames laboratoriais. Constatou-se, também que havia uma variação a longo do tempo do desejo dos pacientes em se envolver nas decisões médicas (VOGEL et al. 2008). Com isso, deve-se levar em conta que o doente pode não estar preparado para receber as informações a respeito de sua doença em determinado momento do tratamento e em outros sim.

Na presente amostra, foi observado que dos 194 pacientes, 26,8% apresentavam sintomas de ansiedade, sendo 16,0% em grau leve, 6,7% em grau moderado e, 4,1% grave. Os sintomas de depressão foi encontrada em 13,9% dos pacientes, sendo 6,2% em grau leve, 6,2% em grau moderado e, 1,5% grave. Fazendo uma comparação com a população geral, a prevalência de ansiedade varia entre 3 a 16% (STARK e HOUSE 2000) e a depressão varia de 4,5 % a 9,3% nas mulheres e, de 2,3% a 3,2% nos homens. Nos pacientes com câncer, estes números são significativamente maiores, embora ocorra uma variação entre os estudos. Na literatura, a prevalência de ansiedade em pacientes com câncer variou entre 0,9 a 49% (STARK e HOUSE 2000; STARK et al. 2002), e de depressão 0 a 58% (MASSIE 2004). Este fato é devido aos diferentes critérios diagnósticos de depressão e ansiedade adotados nos diferentes estudos, às diferentes abordagens metodológicas utilizadas para mensurar a depressão e a ansiedade e, além disso, à heterogeneidade das características clínicas das amostras estudadas (STARK e HOUSE 2000; MASSIE 2004). Além disso, há uma série de estudos que demonstram vários fatores clínicos e demográficos associados à presença de sintomas de ansiedade e depressão. Por este motivo, o presente estudo, a fim

de manter uma amostra o mais homogênea possível, limitou-se a apenas analisar os pacientes que estavam recebendo quimioterapia com intenção curativa. Além disso, todos os pacientes com antecedentes psiquiátricos não participaram do estudo e utilizou-se o método HADS, amplamente utilizado na literatura, para avaliar a presença de ansiedade e depressão em pacientes com câncer.

Dentre as estratégias de enfrentamento, na presente amostra, a presença de sintomas de ansiedade foi associada aos pacientes que utilizaram as estratégias de enfrentamento confronto ($OR=3,7$; $p<0,001$). O confronto é uma estratégia em que o indivíduo confronta com atitudes mais diretivas, permeadas em alguns momentos até com certa raiva, em relação à situação e às pessoas envolvidas. No estudo de FOLKMAN e LAZARUS (1988), tal estratégia foi associada com um tipo de enfrentamento mal adaptativo, ou seja, muitas vezes associado aos sintomas de ansiedade, depressão e angústia. A aceitação de responsabilidade ($OR=3,6$; $p<0,001$) também foi associada à ansiedade. Este resultado pode ser justificado por ser uma estratégia de enfrentamento relacionada a pensamentos e emoções que envolvem a autopunição, culpa e auto-cobrança para a situação não se repetir. Em se tratando do contexto de estresse do paciente com câncer da presente amostra, este tipo de enfrentamento pode ser muito “agressivo”, pois coloca o paciente como o grande responsável de uma situação da qual ele tem muito pouco controle. A utilização da fuga e esquiva ($OR= 4,1$; $p=0,004$) em que o paciente procura não entrar em contato com a situação, também foi associada com a presença de sintomas de ansiedade. Este resultado vem de encontro com o

estudo de ROESCH et al. (2005), no qual a fuga e esquiva demonstrou-se um tipo enfrentamento pouco eficaz para um melhor ajustamento psicológico. O autocontrole, que é um tipo de enfrentamento em que há uma tentativa de controlar as emoções e, desta forma, se proteger emocionalmente frente à situação de estresse emergente, mostrou-se ausente nesse estudo. Porém, sendo a ansiedade uma resposta física e emocional a um perigo iminente a uma situação de ameaça sendo assim, a ausência do autocontrole pode deixar o indivíduo mais vulnerável frente à situação de estresse, assim como, pode ser um comportamento esperado em indivíduos ansiosos, devido o próprio estado emocional emergente.

Com relação à necessidade de informação, foi observado um maior risco da presença de sintomas ansiedade ($OR=3,02$, $p=0,054$) nos pacientes que não consideravam necessário saber as informações sobre as suas chances de cura. Apesar dos benefícios e dos direitos éticos dos pacientes com câncer em receber a informação serem defendidos por uma extensa literatura, deve-se levar em conta alguns aspectos. De acordo com MOSSMAN et al. (1999), a necessidade de informação varia de acordo com a doença, sexo, idade, classe social e cultura. As evidências demonstram que somente os pacientes interessados ou que buscam informações são aqueles que irão se beneficiar com as mesmas (MILLER et al. 1988; MILLER 1995; PARKER et al. 2001; MCPHERSON et al. 2001; ICONOMOU et al. 2006; THORNE et al. 2007). Este aspecto revelado pela literatura também vai de encontro com os dados deste estudo onde foi verificada uma associação entre a presença de sintomas de ansiedade e a não necessidade do paciente em saber informações a cerca de

seu prognóstico. MILLER (1995) alerta que é importante dosar a informação fornecida ao paciente com câncer de acordo com seu estilo de enfrentamento. Outros estudos sinalizam que a quantidade e a qualidade de informações fornecidas aos pacientes com câncer devem ser avaliadas caso a caso (MILLER 1995; ICONOMOU et al. 2002; BROKALAKI et al. 2005). Além disso, o momento que a informação deve ser fornecida é também um fator a ser considerado (ICONOMOU et al. 2002; BROKALAKI et al. 2005). Por outro lado, nenhuma variável relacionada à necessidade de informação foi associada com a presença de sintomas de depressão. Em se tratando da relação das estratégias de enfrentamento e a presença de sintomas de depressão, foi observada que a não utilização da estratégia de autocontrole esteve associada ao maior risco de ter sintomas de depressão (OR= 2,9; p= 0,024). Este fato foi semelhante ao ocorrido nos pacientes ansiosos, cujos pacientes com humor depressivo também não utilizaram do autocontrole, talvez em função do próprio estado emocional depressivo. O uso da fuga e esquiva também esteve relacionado com a presença de sintomas de depressão (OR=3,9; p=0,040). Desta forma, a fuga e esquiva se demonstraram uma estratégia de enfrentamento mal adaptativa para esta amostra tanto na presença de sintomas de ansiedade, como também de depressão. A reavaliação positiva para os pacientes que não a utilizaram (OR= 8,1; p=0,006) ou a utilizaram algumas vezes (OR=4,5; p=0,033) apresentaram uma maior presença de sintomas de depressão quando comparado com aqueles que conseguem fazer uma reavaliação positiva da situação da doença e tratamento. Quando se reavalia uma situação de forma positiva, as emoções são alteradas através da

reconstrução de um significado, sendo esta estratégia uma das formas mais efetivas de enfrentar uma situação de estresse (FOLKMAN e LAZARUS 1988). Desta forma, ver a doença dentro de uma perspectiva simbólica em que não há uma relação apenas causal, mas uma relação de significado pode ser uma estratégia poderosa de elaboração da doença e do tratamento (RAMOS 2006).

Apesar de a literatura apresentar vários tipos de associações entre as estratégias de enfrentamento, a presença de ansiedade e depressão, o nível de estresse e o ajustamento psicológico em resposta ao câncer, este processo deve ser observado dentro de uma dinâmica, que envolve a adequação entre o pensamento, a ação e a realidade do ambiente, que resulta no enfrentamento que é um poderoso mediador da resposta emocional frente à situação de estresse (PARLE et al. 1996; KIM et al. 2002; MONTGOMERY et al. 2003; HASSANEIN et al. 2005; ROESCH et al. 2005; JAUDOLE et al. 2006). É justamente esta relação que torna o enfrentamento eficaz ou ineficaz. Ou seja, não existe uma estratégia eficaz ou ineficaz universalmente. Por exemplo, uma estratégia de distanciamento pode ser benéfica quando nada pode ser feito para alterar o resultado do tratamento oncológico. No entanto, pode ser prejudicial em outras condições quando a pessoa deve confrontar o que está acontecendo, um exemplo desta situação ocorre quando, o paciente tem um nódulo que ele próprio percebeu e não procura assistência médica (FOLKMAN e LAZARUS 1988).

Ainda dentro de todo este processo dinâmico, na presente amostra foi demonstrado que as estratégias de enfrentamento confronto, aceitação de responsabilidade e, principalmente, fuga e esquiva foram mal adaptativas e as

mais adaptativas foram busca de suporte social, resolução de problemas, autocontrole e, principalmente, a reavaliação positiva, apresentando ausência de ansiedade e depressão. Outro dado importante é que foi observado o uso de determinadas estratégias de enfrentamento de uma forma paradoxal, ou seja, a maioria dos pacientes não confrontava e ao mesmo tempo não se afastava da situação. Este resultado antagônico pode ser interpretado na ótica do conceito do câncer como um potencial agente traumático. LEVINE (1999), dedicando-se há trinta anos ao estudo do estresse e do trauma, afirma que o trauma é um fato da vida que engloba uma vasta extensão de circunstâncias: cirurgias, hospitalização, abusos físicos, acidentes, dentre outros. Este autor considera que o indivíduo reage a uma situação de estresse ou de uma ameaça através de três atitudes básicas de sobrevivência: fuga, luta e congelamento. Tais reações são respostas naturais que podem ser observadas entre os animais selvagens, mas, também, fazem parte do repertório humano. Portanto, se tal situação que estimulou o organismo do indivíduo a responder em prol de sua sobrevivência exceder os recursos internos e externos do paciente com câncer, esta situação pode tornar-se traumática. No presente estudo, estas três atitudes básicas foram encontradas a partir do enfrentamento utilizado pelos pacientes. Como já foi descrita a atitude paradoxal na estratégia de não confrontar e ao mesmo tempo de não se afastar, pode refletir numa atitude de congelamento. Além disso, verificou-se também que boa parte dos pacientes utilizou a fuga e esquiva como estratégia de enfrentamento, sendo a fuga uma das atitudes básicas de sobrevivência. Finalizando, a atitude de luta esteve presente nos pacientes que buscavam

resolver o problema submetendo-se ao tratamento oncológico, buscando suporte social e fazendo uma reavaliação positiva da situação. Assim sendo, o câncer pode ser uma experiência traumática para uns e não para outros e, como uma experiência traumática, pode levar a uma maior desorganização, paralisação, dissociação e intenso sofrimento psíquico. Nesta amostra os pacientes que apresentaram uma estratégia de enfrentamento mal adaptativas ou aqueles apresentaram ansiedade e depressão moderada ou grave, pode estar dentro de uma vivência traumática do câncer.

O câncer como uma vivência traumática e paralizadora, pode interferir na relação do médico com o paciente, na compreensão da informação a respeito da doença, na auto-estima e nas relações sociais. Entretanto, uma intervenção psicossocial na ativação dos recursos pessoais internos e externos de cada um podem alicerçar os comportamentos adaptativos e, desta forma, pode tornar a situação mais adaptativa, podendo evitar a presença de ansiedade e depressão. Conseqüentemente, a ausência de sintomas de ansiedade e depressão pode contribuir na adesão do paciente ao tratamento e uma melhor qualidade de vida (NAKADA et al. 1996; PASCOE et al. 2000; DIMATTEO 2000; ICONOMOU et al. 2004; DE JONG et al. 2005; TSUTSUMI et al. 2006). Além disso, a necessidade de buscar informações e acreditar no tratamento, confiar no que é proposto pelo médico, ter uma relação de confiança com o mesmo e, principalmente, sentir que, contudo, ainda tem o controle de sua vida pode contribuir no constante processo de adaptação de um tratamento tão desgastante nos âmbitos físico, psicológico e social.

6 CONCLUSÕES

1. Entre os pacientes com câncer que estavam realizando quimioterapia neoadjuvante, adjuvante e curativa do serviço de Oncologia Clínica do Hospital AC Camargo, no período Maio a Outubro de 2007, a prevalência de ansiedade foi de 26,8% e de depressão foi de 13,9%;
2. Constatou-se um padrão heterogêneo nas frequências dos vários estilos de enfrentamento em relação ao câncer e à quimioterapia. Ressaltando uma alta frequência da não utilização da estratégia confronto, o afastamento e a aceitação de responsabilidade;
3. A maioria dos pacientes (79,4%) desejava toda informação possível, mesmo que fosse uma má notícia. Verificou-se também que a grande maioria dos pacientes tinha a necessidade de saber informações a respeito do diagnóstico, do tratamento e os seus efeitos colaterais e o prognóstico do câncer. Porém, um número considerável de pacientes (20,6%) se manteve numa atitude mais passiva em relação às informações que receberam do médico;
4. A presença de sintomas de ansiedade foi associada aos pacientes que utilizaram as estratégias de enfrentamento confronto, a aceitação de responsabilidade, a fuga e esquivas. Neste estudo, nos pacientes ansiosos o autocontrole mostrou-se ausente. Foi observado um maior risco da presença de ansiedade nos pacientes que não consideravam necessário saber as informações sobre as suas chances de cura;

5. A presença de sintomas de depressão foi associada ao uso da fuga e esquiva, a não utilização da estratégia de autocontrole e à não utilização ou somente algumas vezes da estratégia de reavaliação positiva. Nenhuma variável relacionada à necessidade de informação foi associada com a presença de depressão.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aapro M, Cull A. Depression in breast cancer patients: the need for treatment. **Ann Oncol** 1999; 10:627-36.

Ayres A, Hoon PW, Franzoni JB, Matheny KB, Contanch PH, Takayanagi S. Influence of mood and adjustment to cancer on compliance with chemotherapy among breast cancer patients. **J Psychosom Res** 1994; 38:393-402.

Bakker DA, Fitch MI, Gray R, Redd E, Bennett J. Patient-health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. **Patient Educ Couns** 2001; 43:61-71.

Bonadonna G, Valagussa P, Moliterni A, Zambetti M, Brambilla C. Adjuvant cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil in node-positive breast cancer: the results of 20 years of follow-up. **N Engl J Med** 1995; 332:901-6.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, et al. Transtornos de humor em enfermagem clínica médica e validação de escala de medida HAD de ansiedade e depressão. **Rev Saúde Pública** 1995; 29:355-60.

Brokalaki EI, Sotiropoulos GC, Tsaras K, Brokalaki H. Awareness of diagnosis, and information-seeking behavior of hospitalized cancer patients in Greece. **Support Care Cancer** 2005; 13:938-42.

Carney CP, Jones L, Woolson RF, Noyes R Jr, Doebbeling BN. Relationship between depression and pancreatic cancer in the general population. **Psychosom Med** 2003; 65:884-88.

Cassileth BR, Knuiman MW, Abeloff MD, Falkson G, Ezdini EZ, Mehta CR. Anxiety levels in patients randomized to adjuvant therapy versus observation for early breast cancer. **J Clin Oncol** 1986; 4:972-4.

Chen ML, Chan HK, Yeh CH. Anxiety and depression in Taiwanese cancer patients with and without pain. **J Adv Nurs** 2000; 32:944-54

Citero VA. **Descrição e avaliação da implantação do serviço de interconsulta psiquiátrica no Centro de tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A.C. Camargo.** São Paulo; 1999. [Dissertação de mestrado-Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina].

Cox A, Jenkins V, Catt S, Langridge C, Fallowfield L. Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients. **Eur J Oncol Nurs** 2006; 10:263-72.

De Faye BJ, Wilson KG, Chater S, Viola RA, Hall P. Stress and coping with advanced cancer. **Palliat Support Care** 2006; 4:239-49.

De Jong N, Candel MJ, Schouten HC, Abu-Saad HH, Courtens AM. Course of mental fatigue and motivation in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. **Ann Oncol** 2005; 16:372-82.

De Lorenzo F, Ballatori E, Di Costanzo F, Giacalone A, Ruggeri, B, Tirelli U. Improving information to Italian cancer patients: results of a randomized study. **Ann Oncol** 2004; 15:697-9.

DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. **Arch Intern Med** 2000; 160:2101-7.

Jorge MR. **DSM-IV-‘TRtm’**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. C Dornelles; 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. Transtornos da adaptação; p.637-40.

Drageset S, Lindstrom TC. The mental health of women with suspected breast cancer: the relationship between social supports, anxiety, coping and defence in maintaining mental health. **J Psychiatr Ment Health Nurs** 2003; 10:401-9.

Drageset S, Lindstrom TC. Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. **J Adv Nurs** 2005; 51:217-26.

Epping-Jordan JE, Compas BE, Osowiecki DM. Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. **Health Psychol** 1991; 18:315-26.

Faria SL, Souhami L. Communication with the cancer patient: information and truth in Brazil. **Ann N Y Acad Sci** 1997; 809:163-71.

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

Folkman S, Lazarus LR. An analysis of coping in a middle- aged community sample. **J Health Soc Behav** 1980; 21:219-39.

Folkman S, Lazarus LR. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. **J Person Soc Psycho** 1984; 46:839-52.

Folkman S, Lazarus LR. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. **J Person Soc Psycho** 1985; 48:150-70.

Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. **J Pers Soc Psychol** 1988; 54:466-75.

Gabrijel S, Grize L, Helfenstein E, et al. Receiving the diagnosis of lung cancer: patient recall of information and satisfaction with physician communication. **J Clin Oncol** 2008; 26:297-302.

Giemenes DL. Quimioterapia. In: Ikemori EHA, Oliveira T, Serralheiro IFD, et al. editores. **Nutrição em oncologia**. São Paulo: Lemar/Tecmedd; 2003. p.179-88.

[GLOBOCAN] Global Câncer Statistics. **Methods of estimation: incidence**. Available from: <URL:<http://www-dep.iarc.fr/globocan/methods.htm#INCIDENCE>> [2008 jun 12].

Gonçalves M, Giglio JS, Ferraz MPT. Estudo dos sintomas depressivo sem pacientes após diagnósticos de câncer de mama. **Rev Bras Med** 2003; 60:858-9.

Guavamzadeh A, Bahar B. Communication with the cancer patient in Iran. **Ann N Y Acad Sci** 1997; 809:261-5.

Hassanein KA, Musgrove BT, Bradbury E. Psychological outcome of patients following treatment of oral cancer and its relation with functional status and coping mechanisms. **J Craniomaxillofac Surg** 2005; 33:404-9.

Holdgate A, Asha S, Craig J, Thompson J. Comparison of a verbal numeric rating scale with the visual analoghe scale for the measurement of acute pain. **Emerg Med** 2003; 15:441-6.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Newman TB, Hearst N. **Designing clinical research: an epidemiologic approach** Baltimore: Williams & Wilkins; 1988. Appendix 13.A: sample size required per group when using the t test to compare means of continuous variables; p.215-20.

Hyodo I, Eguchi K, Takigawa N, et al. Psychological impact of informed consent in hospitalized cancer patients. **Support Care Cancer** 1999; 7:396-9.

Iconomou G, Viha A, Koutras A, Vagenakis AG, Kalofonos HP. Information needs and awareness of diagnosis in patients with cancer receiving chemotherapy: a report from Greece. **Palliat Med** 2002; 14:315-21.

Iconomou G, Mega V, Koutras A, Iconomou AV, Kalofonos HP. Prospective assessment of emotional distress, cognitive function, and quality of life in patients with cancer treated with chemotherapy. **Cancer** 2004; 101:404-11.

Iconomou G, Viha A, Koutras A, et al. Impact of providing booklets about chemotherapy to newly presenting patients with cancer: a randomized controlled trial. **Ann Oncol** 2006; 17:515-20.

Jadoulle V, Rokbani L, Ogez D, et al. Coping and adapting to breast cancer: a six-month prospective study. **Bull Cancer** 2006; 93:67-72.

Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. **Br J Cancer** 2001; 84:48-51.

Jones RB, Pearson J, Cawsey AJ, et al. Effect of different forms of information produced for cancer patients on their use of the information social support and anxiety: randomized trial. **BMJ** 2006; 332:942-6.

Kim HS, Yeom HA, Seo YS, Kim NC, Yoo YS. Stress and coping strategies of patients with cancer: a Korean study. **Cancer Nurs** 2002; 25:425-31.

Klocke JG, Klocker-Kaiser U, Schwaninger M. Truth in the relationship between cancer patient and physician. **Ann N Y Acad Sci** 1997; 809:56-65.

Knobf MT, Pasacreta JV, Valentine A, McCorkle R. Chemotherapy, hormonal therapy and immunotherapy. In: Holland JC, editor. **Psycho-oncology**. New York: Oxford University Press; 1998. p.277-88.

Lavery JF, Clarke VA. Causal attributions, coping strategies, and adjustment to breast cancer. **Cancer Nurs** 1996; 19:20-8.

Lazarus RS, Folkman S. Coping and adaptation In: Gentry WD, editor. **Handbook of behavioral medicine**. New York: The Guilford Press; 1984. p.282-319.

Lazarus RS. **Stress and emotion: a new synthesis**. London: Springer; 1999a. Psychological stress and appraisal; p.49-85.

Lazarus RS. **Stress and emotion: a new synthesis**. London: Springer; 1999b. Coping; p.101-25.

Levine PA. **O despertar do tigre: curando o trauma**. São Paulo: Summus; 1999.

Li S, Chou JL. Communication with the cancer patient in China. **Ann N Y Acad Sci** 1997; 809:243-8.

Longo DL, Young RC, Wesley M, et al. Twenty years of MOOP therapy for Hodgkin's disease. **J Clin Oncol** 1986; 4:1295-306.

Lueboonthavathavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. **J Med Assoc Thai** 2007; 90:2164-74.

Lyman GH. Risk factors for cancer. **Primary Care** 1992; 19:465-79.

Malone PE. Implementation of a prechemotherapy educational intervention. **Clin J Oncol Nurs** 2007; 11:707-10.

Massie JM. Prevalence of depression in patients with cancer. **J Natl Cancer Inst Monogr** 2004; 32:57-71.

Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M. Psychological state, quality of life, and coping style in patients with digestive cancer. **Gen Hosp Psychiatry** 2005; 27:125-32.

McPherson CJ, Higginson IJ, Hearn J. Effective methods of giving information in cancer: a systematic literature review of randomized controlled trials. **J Public Health Med** 2001; 23:227-34.

Meredith C, Symonds P, Webster L, et al. Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. **BMJ** 1996; 313:724-6.

Mesters I, van den Borne B, Boer M, Pruyn J. Measuring information needs among cancer patients. **Patient Educ Couns** 2001; 43:253-262.

Miller SM, Brody DS, Summerton J. Styles of coping with threat: implications for health. **J Pers Soc Psychol** 1988; 54:142-8.

Miller SM. Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease: implications for cancer screening and management. **Cancer** 1995; 76:167-77.

Mills ME, Sullivan KJ. The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. **Clin Nurs** 1999; 8:631-42.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **O câncer no Brasil: determinantes sociais e epidemiológicos**. Rio de Janeiro: INCA; 2000.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa/2008 Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2007.

Mirra AP, Latorre MRDO, Veneziano DB. **Aspectos epidemiológicos do câncer no município de São Paulo: fatores de risco**. São Paulo: Registro de Câncer de São Paulo; 2003.

Mitsuya H. Telling the truth to cancer patients and patients with HIV-1 infection in Japan. **Ann NY Acad Sci** 1997; 809:279-89.

Montgomery C, Pocock M, Titley K, Lloyd. K. Predicting psychological distress in patients with leukaemia and lymphoma. **J Psychosom Res** 2003; 54:239-92.

Moreno RA, Moreno DH. Transtornos de humor. In: Louzã Neto MR, Motta T, Wang YP, Elkis H, editores. **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p.136-66.

Mossman J, Boudioni M, Slevin ML. Cancer information: a cost-effective intervention. **Eur J Cancer** 1999; 35:1587-91.

Nakada S, Nagao K, Takiguchi Y, Tatsumi K, Kuriyama T. Quality of life and anxiety before and after lung cancer chemotherapy: relationship to patient's personality. **Intern Med** 1996; 35:611-6.

[NCI]. National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. **Expanded common toxicity criteria**. Kingston: National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group; 1994. p.1-35.

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

Oliveira Junior JO. Dor oncológica. **Acta Oncol Bras** 1994; 14:11-5.

Osborne RH, Elsworth GR, Hopper JL. Age-specific norms and determinants of anxiety and depression in 731 women with breast cancer recruited through a population-based cancer registry. **Eur J Cancer** 2003; 39:755-62

Pandey M, Sarita GP, Devi N, Thomas DC, Hussain BM, Krishnan R. Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. **World J Surg Oncol** 2006; 4:1-5.

Parle M, Jones B, Maguire P. Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. **Psychol Med** 1996; 26:735-44.

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

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

Pimentel CAM, Koizumi MS, Teixeira MJ. Dor, depressão e conceitos culturais. **Arq Neuropsiquiatr** 1997; 55:370-80.

Pimentel FL, Ferreira JS, Vila Real M, Mesquita NF, Golçalves JPM. Quantity and quality of information desired by Portuguese cancer patients. **Support Care Cancer** 1999; 7:407-12.

Pinto RN. **A comunicação do diagnóstico de câncer**. São Paulo; 2001. [Dissertação de mestrado-Universidade Federal de São Paulo].

Poroch D. The effects of preparatory patient education on the anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiation therapy. **Cancer Nurs** 1995; 18:206-14.

Ramos DG. **A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença**. São Paulo: Summus; 2006. O modelo analítico: o símbolo como terceiro fator no fenômeno psique-corpo; p.52-74.

Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, et al. Prevention of adjustment disorders and anticipatory nausea secondary to adjuvant chemotherapy: a double-blind, placebo-controlled study assessing the usefulness of alprazolam. **J Clin Oncol** 1993; 11:1384-90.

Redd WH, Montgomery GH, DuHamel KN. Behavioral intervention for cancer treatment side effects. **J Natl Cancer Inst** 2001; 93:810-23.

Reynolds P, Hurley S, Torres M, Jackson J, Boyd P, Chen VW. Use of coping strategies and breast cancer survival: results from the black/white cancer survival study. **Am J Epidemiol** 2000; 152:940-9.

Ritter PL, Gonzalez VM, Laurent DD, Lorig KR. Measurement of pain using the visual numeric scale. **J Rheumatol** 2006; 33:554-80.

Roesch SC, Adams L, Hines A, et al. Coping with prostate cancer: a meta-analytic review. **J Behav Med** 2005; 28:281-93.

Santos FR, Kozasa EH, Chauffaille Mde L, Colleoni GW, Leite JR. Psychosocial adaptation and quality of life among Brazilian patients with different hematological malignancies. **J Psychosom Res** 2006; 60:505-11.

Sarenmalm EK, Ohlen J, Jonsson T, Gastom-Johansson F. Coping with recurrent breast cancer: predictors of distressing symptoms and health-related quality of life. **J Pain Sympt Manag** 2007; 34:24-39.

Savoia MG. Instrumentos para avaliação de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping) em situações de estresse. In: Gorentein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos; 2000. p.377-86.

Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MHN, Beeney LJ, Dunn SM. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. **Ann Oncol** 2003; 14:48-56.

Sharpley CF, Christie DR. Patient information preferences among breast and prostate cancer patients. **Australas Radiol** 2007; 51:154-8.

Siminoff LA, Graham GC, Gordon NH. Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: disparities in information-giving and affective behaviors. **Patient Educ Couns** 2006; 62:355-60.

Surbone A. Cultural aspects of communication in cancer care. **Support Care Cancer** 2008; 16:235-40.

Sivesind D, Baile WF. The psychologic distress in patients with cancer. **Pall Supp Care Adv Cancer** 2001; 36:809-25.

Smith IC, Heys SD, Hutcheon AW, et al. Neoadjuvant chemotherapy in breast cancer: significantly enhanced response with docetaxel. **J Clin Oncol** 2002; 20:1456-66.

Snaith RP, Zigmond AS. **The hospital anxiety and depression scale manual**. NFER: Nelson, Windsor; 1994.

Stanton AL, Danoff-Burg S, Cameron CL, et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. **J Consult Clin Psychol** 2000; 68:875-82.

Stark DPH, House A. anxiety in cancer patients. **Br J Cancer** 2000; 83:1261-7.

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

Street RL Jr, Gordon H, Ward MM, et al. Patient participation in medical consultations why some patients are more involved than others. **Med Care** 2005; 43:960-9.

Tavoli A, Mohagheghi MA, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Omidvari S. Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? **BMC Gastroenterology** 2007; 7:1-6.

Tepper JE, O'Connell MJ, Petroni G, et al. Adjuvant postoperative fluorouracil-modulated chemotherapy combined with pelvic radiation therapy for rectal cancer: initial results of intergroup 0114. **J Clin Oncol** 1997; 15:2030-9.

Thorne SE, Hislop TG, Armstrong EA, Oglov V. Cancer care communication: The power to harm and the power to heal?. **Patient Educ Couns** 2008; 71:34-40.

Thuné-Boyle ICV, Myers LB, Newman SP. He role of illness beliefs, treatment beliefs, and perceived severity of symptoms in explaining distress in cancer patients during chemotherapy treatment. **Behav Med** 2006; 32:19-29.

Tsutsumi S, Yamaki S, Yamagushi S, Asao T, Kuwano H. Anxiety in outpatients receiving chemotherapy for solid cancer. **Hepato Gastroenterol** 2006; 53:828-30.

Vogel BA, Bengel J, Helmes AW. Information and decision making: Patients' needs and experiences in the course of breast cancer treatment. **Patient Educ Couns** 2008; 71:79-85.

Watson M, Meyer L, Thomson A, Osofsky S. Psychological factors predicting nausea and vomiting in breast cancer patients on chemotherapy. **Eur J Cancer**. 1998 May;34(6):831-7.

Wedding U, Koch A, Rohring B, et al. Requestioning depression in patients with cancer: contribution of somatic and affective symptoms to Beck's depression inventory. **Ann Oncol** 2007; 5:1-7.

Yu LS. **Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes na sala de espera do departamento de radiologia de um centro oncológico brasileiro de referência**. São Paulo; 2005. [Dissertação de mestrado-Fundação Antonio Prudente].

Younge D, Moreau P, Ezzat A, Gray A. Communicating with cancer patients in Saudi Arabia. **Ann N Y Acad Sci** 1997; 809:309-16.

ANEXOS

Anexo 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido

Relação entre as estratégias de enfrentamento e a necessidade de informação sobre o câncer e a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes em tratamento com quimioterapia neoadjuvante, adjuvante ou curativa.

1 - Que tipo de estudo é este e por que ele está sendo realizado?

Você está sendo convidado(a) a participar a um estudo de pesquisa. Este estudo tem por objetivo avaliar a influência da necessidade de informação a respeito da doença, seu prognóstico e do tratamento, sobre os níveis de ansiedade e depressão e a estratégia de enfrentamento utilizada pelos pacientes.

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa são 4 questionários a serem respondidos pelo paciente:

- 1) Características: sociais, estilo de vida, antecedentes psiquiátricos, dados clínicos como: o tipo de doença, o estadiamento, tipo de tratamento e uma escala visual e numérica de dor (esta escala serve para avaliar a intensidade de dor que você está sentindo).
- 2) HADS (Hospital Anxiety and Depression). Este questionário avalia o nível de ansiedade e depressão que você se encontra nas últimas semanas.
- 3) Questionário de estratégias de enfrentamento. Este instrumento avalia as suas estratégias de enfrentamento diante de uma situação adversa.
- 4) Questionário de informação do paciente com perguntas a respeito da necessidade de informação doença (estágio evolutivo, prognóstico e tratamento).

2 - Eu sou obrigado a participar do estudo?

A decisão de participar do estudo ou não é única e exclusivamente sua. Você pode desistir do estudo a qualquer momento, sem que isto afete seu atendimento neste hospital ou seus direitos legais. Se você decidir participar, você ficará com uma cópia deste documento e deverá assinar uma via para indicar o seu consentimento.

3 - Você não poderá participar deste estudo se:

- a. Você tiver antecedentes de síndrome do pânico, psicose, depressão, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade;
- c. Uma recorrência da doença e já fez tratamento em outra instituição,
- d. Você tem antecedente de tratamento quimioterápico devido a um outro tumor primário passado.
- e. A sua idade for inferior a 18 anos,
- f. O seu tratamento não ultrapassar dois ciclos de quimioterapia.
- g. Estiver recebendo hormonioterapia ou imunoterapia.

4 - Riscos e desconfortos:

Este estudo não apresenta nenhum tipo de risco à sua integridade física e psíquica. O tempo médio destas avaliações gira em torno de 25 minutos, onde a pesquisadora principal estará presente para esclarecer qualquer dúvida. Como já descrito no item 2, caso sinta algum desconforto ao responder estes questionários, você poderá interromper a qualquer momento.

A sua assinatura neste espaço abaixo significa que você teve a oportunidade de ler este documento, fazer perguntas sobre ele e entender todas as informações nele contidas. Você concorda que sejam registrados seus dados relativos ao estudo clínico e que eles sejam disponibilizados, **sem a identificação do seu nome**, ao supervisor responsável, às autoridades governamentais e/ou às agências governamentais estrangeiras, ou seja, a sua identidade será mantida sob total sigilo. Você entende que não há qualquer direito sobre os resultados do estudo, nem a qualquer retorno financeiro com base nestes resultados. Se o pesquisador principal não fornecer as informações/esclarecimentos suficientes, por favor entre em contato com o coordenador do comitê de ética do Hospital A C Camargo pelo telefone 21895000 , ramal 5020.

Você ou o seu representante legal receberá uma cópia deste documento que ficará em seu poder para consulta a qualquer momento.

Nome do paciente em letra de forma _____

Data ____/____/____

Assinatura do paciente (ou representante legal) _____

Data ____/____/____

Declaro que expliquei ao paciente cujo nome encontra-se acima a natureza e a finalidade, os benefícios potenciais associados à sua participação nesse estudo de pesquisa e respondi as perguntas que me foram formuladas.

Vivian P. Guardabassio Gimenes _____

Data ____/____/____

Assinatura da testemunha _____

Data ____/____/____

Anexo 2 - Dados demográficos e estilo de vida

Parte 1:

1- Iniciais: (_____)

2- RGH: (_____)

3- Sexo	☐ feminino(0)	☐ masculino (1).
---------	--------------------------------------	---

4- Data de nascimento: ____/____/____

5- Estado civil:	☐ Solteiro(a) (0)	☐ Casado(a)/ mora junto (1)
☐ Divorciado(a) (2)	☐ viúvo(a) (3)	☐ outros(4).

6- Escolaridade:	☐ analfabeto(0)	☐ Ensino fundamental completo(1)
☐ Ensino fundamental incompleto(2)	☐ Ensino média completo(3)	
☐ Ensino médio incompleto(4)	☐ Superior incompleto (5)	☐ Superior completo(6).

7. Você trabalha?	☐ Não(0)	☐ Sim (1)	☐ Aposentado(2)
-------------------	---------------------------------	----------------------------------	--

7.1 Se sim, onde? _____

7.2 Função _____

7.3 Renda (R\$) _____

8. Você tem alguma religião?		
☐ Não Tem (0)	☐ Católico (1)	☐ Evangélico (2)
☐ Espírita (3)	☐ Outro (8) _____	

9. Você tem amigos e/ou parentes que auxiliam você em seu tratamento?		
☐ Marido / esposa (1)	☐ Filho / filha (2)	☐ Irmão / irmã (3)
☐ Cunhado / cunhada (4)	☐ Pai / mãe (5)	☐ Amigos (6)
☐ Tio / tia (7)	☐ Namorado / namorada (8)	☐ Primo / prima (9)
☐ Genro / Nora (10)	☐ Avô / avó (11)	☐ Outros _____
☐ Ninguém (0)		

10. Quem mora com você?

Parentesco	Idade	Sexo	Contribuição (R\$)

Renda familiar total = R\$ _____

11. Você faz uso de bebida alcoólica?

☐ Não(0) ☐ Sim (1).

Bebida	Há quanto tempo?	Vezez por semana

Se você já bebeu, há quanto tempo está sem beber? _____

12. Você fuma? ☐ Não(0) ☐ Sim (1) Quanto por dia? _____

13. Você já fumou? ☐ Não (0) ☐ Sim (1).

Se você já fumou, há quanto tempo está sem fumar? _____

Parte 2:**Dados clínicos**

1. A sua doença trouxe alguma limitação física? ☐ Não(0) ☐ Sim (1).

2. Você sente fortes dores causadas pela sua doença? ☐ Não(0) ☐ Sim (1).

3. O seu tratamento está trazendo efeitos colaterais para você? ☐ Não(0) ☐ Sim (1)

CRITÉRIOS DE TOXICIDADE DO NCIC CTG

	GRAU	0	1	2	3	4
T1	Ondas de Calor	Ausente	Menos que 1 por dia	Mais que 1/dia	Freqüentes	
T2	Dor nas articulações	Ausente	Leve	moderada	grave	
T3	Dores musculares	Ausente	Leve	moderada	grave	
T4	Perda da fome	Ausente	Leve	moderada	grave	desidratação
T5	Disfagia (Dificuldade para engolir)	ausente	Sem tratamento	Necessitou de Tratamento	Maior que 14 dias	>10% perda peso e desidratação
T6	Odinofagia (Dor para engolir)	ausente	Sem tratamento	Necessitou de Tratamento	Maior que 14 dias	>10% perda peso desidratação
T7	Náuseas	ausente	Ingesta razoável	Ingesta reduzida	Ingesta insignificante	
T8	Vômitos	ausente	1 por dia	2 a 5 por dia	6 a 10 por dia	Mais que 10/dia ou desidratação
T9	Mucosite (Inflamação na mucosa da boca)	ausente	Úlceras indolores, eritema ou inflamação leve	eritema, edema ou úlc. dolorosas come	eritema, edema ou úlc.dolorosas não come	necrose e/ou suporte parenteral enteral, desidratação.
T10	Alteração do Paladar (Percepção dos sabores)	ausente	Leve	moderada	grave	
T11	Alteração do Olfato ("Sentir Cheiro")	ausente	Leve	moderada	grave	
T12	Boca seca	ausente	Leve	moderada	grave	
T13	Alopecia (Perda de cabelo)	ausente	Perda leve	Perda importante	Perda total dos pêlos do corpo	
T14	Alterações motoras	ausente	Leve	Moderada	Grave	Paralisia
T15	Alterações sensitivas	ausente	Formigamento leve	Interfere na função	Interferência grave	Desabilitante
T16	Rubor na face	ausente	Leve	moderada	grave	
T17	Reação no local de Aplicação	ausente	Dor	dor e inchaço com inflamação da veia	Ulceração da pele	Indicação de cirurgia plástica
T18	Diarréia sem Colostomia	ausente	Menos que 4 por dia	4 a 6 por dia	Igual ou Maior que 7 por dia	Pressão baixa.
T19	Diarréia com Colostomia	ausente	Leve	moderada	grave	Pressão baixa.

4. Outros, qual(is)? _____

5. Na sua família tem histórico psiquiátrico? ☐ Não(0) ☐ Sim (1) ☐ Não sabe(2)

6. Você faz uso de psicofármacos, como antidepressivos, ansiolíticos, calmantes?

☐ Não(0) ☐ Sim (1) ☐ Não sabe(2) .Se sim qual ? Quem prescreveu?_____

7. Qual(is) outros medicamentos que você está utilizando?_____

Parte 3 - Escala visual de dor

Baseado na tabela abaixo, qual a nota que você dá para a sua dor?



Parte 4:

Dados clínicos (informações coletadas no prontuário)

1. Tipo de câncer _____ CID: _____

2. Data do diagnóstico: ____/____/____

3. Estadiamento: T____N____M____

4. Tratamento previamente realizados:

- ☐ (1) Cirurgia
- ☐ (2) Radioterapia
- ☐ (3) Radioterapia e quimioterapia
- ☐ (4) Nenhum tratamento

5. Tipo de quimioterapia:

- ☐ (1) Neoadjuvante (antes da cirurgia)
- ☐ (2) Adjuvante (após a cirurgia)
- ☐ (3) Curativa (o tratamento principal é a própria quimioterapia)

Anexo 3 - Escala de ansiedade e depressão - HADS

Escreva apenas as iniciais do seu nome:		Data:	
Por Favor, leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua respostas espon.tânea.			
A1 Eu me sinto tenso ou contraído 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca	D1 Estou lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas 3 () Quase sempre 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 0 () Nunca	D2 Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas de que costumava gostar 0 () Sim, do mesmo jeito que antes 1 () Não tanto quanto antes 2 () Só um pouco 3 () Já não sinto mais prazer em nada	A2 Tenho uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha, ou um aperto no estômago...) 0 () Nunca 1 () De vez em quando 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre
A3 Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer 3 () Sim, de um jeito muito forte 2 () Sim, mas não tão forte 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 0 () Não sinto nada disso	D3 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	D4 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	A4 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
A5 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	D5 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	D6 Eu me sinto alegre 3 () Nunca 2 () Poucas vezes 1 () Muitas vezes 0 () A maior parte do tempo	A6 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
A7 Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado 0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca	D7 Consigo sentir prazer ao assistir a um bom programa de TV, de rádio, ou quando leio alguma coisa 0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca		

Anexo 4 - Inventário de Estratégias de *Coping* (enfrentamento)

O Inventário de Estratégias de *Coping* refere-se à avaliação das estratégias de enfrentamento que a pessoa utiliza diante de situações adversas da vida, no seu caso, a doença no momento do tratamento quimioterápico.

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada que fez na situação da doença que enfrenta.

- (0) Não usei esta estratégia
- (1) Usei um pouco
- (2) Usei bastante
- (3) Usei em grande quantidade

1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar, a melhor coisa que poderia fazer era esperar. O tempo é o melhor remédio	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não dar resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7. Tentei procurar a pessoa responsável para mudar suas idéias	0	1	2	3
8. Conversei com outra (s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a solução.	0	1	2	3
9. Critiquei-me, repreendi-me.	0	1	2	3
10. Tentei fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13. Fiz como se nada estivesse acontecido.	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva para as pessoas que causavam o problema	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo(a) que me ajudassem a sentir bem.	0	1	2	3
20. Inspirou-me a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21. Procurei a situação desagradável.	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação.	0	1	2	3
27. Tirei o melhor da situação, o que não era esperado.	0	1	2	3
28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos.	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30. Sei da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3

31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, usando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o primeiro impulso.	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41. Não me deixei impressionar, recusava-me a pensar muito na situação.	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou parentes para pedir conselhos.	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50. Recusei a acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes da próxima vez.	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que os meus sentimentos interferissem nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
55. Gostaria de mudar o que tinha acontecido, ou como me senti.	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma.	0	1	2	3
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempos melhores do que aquele em que eu estava.	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60. Rezei	0	1	2	3
61. Preparei-me para o pior.	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista de outra pessoa.	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo(a) que as coisas poderiam ter sido piores.	0	1	2	3
66. Corri e fiz exercícios	0	1	2	3

Anexo 5 - Questionário de Informação do Paciente

As pessoas diferem no que diz respeito a obter detalhar sobre uma doença séria. Estamos tentando compreender melhor este tema para aprimorar as informações que os nossos pacientes recebem.

Seção A:

Qual afirmação descreve melhor a sua atitude no que diz respeito à informação sobre a sua doença? Por favor, escolha uma letra.

- | | | |
|----------|---|--------------------------|
| 1 | Não quero saber detalhes; deixo que o médico decida. | ☐ |
| 2 | Quero informações adicionais apenas quando são boas notícias. | ☐ |
| 3 | Quero toda informação possível, boa ou má. | ☐ |

Seção B:

Esta é uma lista de tipos diferentes e informações sobre doenças e tratamento. Para cada item na lista, marque se você necessita desta informação de todo modo; se você não acha necessário ter esta informação; ou se você acha necessário, mas preferia não ter esta informação.

	1-É necessário saber esta informação de qualquer maneira	2-Não é necessário ter esta informação.	3-É uma informação necessária, mas não gostaria de ter.
1. Se é ou não câncer.			
2. Qual é o nome médico específico da doença.			
3. Quando você está em tratamento, saber como está progredindo, semana a semana.			
4. Quais são as chances de cura.			
5. Quais são todos os tratamentos possíveis.			
6. Quais são todos os efeitos colaterais do tratamento.			
7. Como o tratamento funciona para tratar a doença.			

Seção C:

Gostaríamos de saber se você tem preferência quanto à pessoa que o informou sobre a sua doença na primeira vez que lhe foi explicada.

Você gostaria que a informação fosse dada por:

1. Seu clínico geral ☐
2. O médico especialista do hospital ☐
3. Uma enfermeira ☐
4. Sem preferência ☐
5. Um familiar ☐
6. Outros ☐

Anexo 6 - Consentimento pós-informado

**HOSPITAL
DO CÂNCER**

**Comitê de Ética em Pesquisa
CEP**

São Paulo, 01 de dezembro de 2006.

À
Dra. Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre

Ref.: Projeto de Pesquisa nº. 850/06

“Relação entre as estratégias de enfrentamento e o nível de informação sobre o câncer e o grau de ansiedade e depressão nos pacientes em tratamento com quimioterapia neoadjuvante, adjuvante e curativa.”

Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Antonio Prudente - Hospital do Câncer - A.C. Camargo, em sua última reunião de 28/11/2006, após analisarem as respostas aos questionamentos realizados em reunião de 31/10/2006, aprovaram a realização do estudo em referência, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Inventário de Estratégias de Coping (enfrentamento), Questionário sócio-demográfico e clínico, Escala visual numérica de dor, Escala de Ansiedade e Depressão - HAD, Questionário de avaliação de conhecimento e tomaram conhecimento dos seguintes documentos:

- ✓ Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos;
- ✓ Justificativa de Orçamento;
- ✓ Termo de Compromisso do Pesquisador;
- ✓ Declaração de Infra-Estrutura e Instalações;
- ✓ Declaração de Assistência aos Pacientes de Estudo Clínico;
- ✓ Declaração sobre o Recrutamento de Pacientes;
- ✓ Declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados;
- ✓ Declaração de propriedade das informações geradas;
- ✓ Declaração de compromisso de publicação dos dados;
- ✓ Carta de Comprometimento da Central de Quimioterapia.

Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas à assistente do CEP dentro de 6 meses.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Luiz Paulo Kowalski
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa