

# Distress em Pacientes Oncológicos no Brasil: Revisão Integrativa da Literatura

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2402>

*Distress in Cancer Patients in Brazil: Integrative Literature Review*

Distrés en Pacientes con Cáncer en Brasil: Revisión Integradora de la Literatura

Marcela Maria de Melo Perdigão<sup>1</sup>; Andrea Bezerra Rodrigues<sup>2</sup>; Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho<sup>3</sup>; Sherida Karanini Paz de Oliveira<sup>4</sup>; Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos<sup>5</sup>; Paulo César de Almeida<sup>6</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O paciente oncológico vivencia uma série de mudanças em sua vida diante do diagnóstico e do tratamento, sendo o aspecto emocional um dos atingidos nesse processo. O termo “*distress*” foi escolhido para se referir ao sofrimento emocional vivenciado pelo paciente oncológico. **Objetivo:** Identificar como o *distress* em pacientes oncológicos tem sido abordado em estudos realizados no Brasil. **Método:** Revisão integrativa da literatura científica sobre o *distress* realizada em setembro de 2020. Para a busca nas bases de dados, utilizaram-se o descritor “Neoplasias” e o termo “*Distress*”. Foram selecionados artigos disponíveis na íntegra publicados em português, inglês ou espanhol, tendo como assunto país/Região: Brasil, sem corte temporal, nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDENF. Foi realizada a etapa de leitura crítica para análise e síntese dos artigos. Os artigos selecionados foram organizados e apresentados na forma de quadro e a interpretação dos resultados em categorias. **Resultados:** A amostra final desta revisão resultou em nove artigos que apontaram instrumentos capazes de identificar e/ou medir o *distress*, discutiram sobre os fatores associados à presença do *distress* e os fatores que impactaram na redução dos *distress*. **Conclusão:** O paciente com câncer pode vivenciar o *distress* em qualquer fase da doença. Diante da escassez de artigos acerca do *distress* no cenário brasileiro, recomenda-se que se desenvolvam mais estudos a fim de aprofundar e consubstanciar a temática.

**Palavras-chave:** neoplasias/psicologia; angústia psicológica; literatura de revisão como assunto; Brasil.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cancer patients experience a series of changes in their lives due to diagnosis and treatment and the emotional aspect is one of those affected by this process. The term “*distress*” was chosen to refer to the emotional suffering that cancer patients experience. **Objective:** To identify how *distress* in cancer patients has been addressed in studies carried out in Brazil. **Method:** An integrative review of the scientific literature on *distress* carried out in September 2020. To search the databases, the descriptor “Neoplasms” and the term “*Distress*” were used. Articles available in full published in Portuguese, English or Spanish were selected, with the subject Country/Region: Brazil, without time cut, in the LILACS, MEDLINE and BDENF databases. The critical reading step was conducted to analyze and synthesize the articles. The articles selected were organized and presented as a table and the interpretation of the results in categories. **Results:** The final sample of this review consisted of nine articles which pointed out instruments capable of identifying and/or measuring *distress*, discussed the factors associated with the presence of *distress* and the factors impacting its reduction. **Conclusion:** Cancer patients can experience *distress* at any stage of the disease. In view of the scarcity of articles about *distress* in the Brazilian scenario, it is recommended that more studies are developed in order to deepen and substantiate the theme.

**Key words:** neoplasms/psychology; psychological distress; review literature as topic; Brazil.

## RESUMEN

**Introducción:** Los pacientes con cáncer experimentan una serie de cambios en su vida de cara al diagnóstico y tratamiento, siendo el aspecto emocional uno de los afectados en este proceso. Se eligió el término “*distrés*” para referirse al sufrimiento emocional que experimentan los pacientes con cáncer. **Objetivo:** Identificar cómo el sufrimiento en pacientes con cáncer ha sido abordado en estudios realizados en Brasil. **Método:** Revisión integradora de la literatura científica sobre *distrés* realizada en septiembre de 2020. Para la búsqueda en las bases de datos se utilizó el descriptor “Neoplasias” y la palabra “*Distress*”. Fueron seleccionados artículos disponibles completos publicados en portugués, inglés o español, con el tema país/Región: Brasil, sin corte de tiempo, en las bases de datos LILACS, MEDLINE y BDENF. Se realizó la etapa de lectura crítica para el análisis y síntesis de los artículos. Los artículos seleccionados fueron organizados y presentados en forma de tabla y la interpretación de los resultados presentados en categorías. **Resultados:** La muestra final de esta revisión resultó en nueve artículos que señalaron instrumentos capaces de identificar y/o medir el *distrés*, discutieron los factores asociados con la presencia de *distrés* y los factores que impactaron la reducción del *distrés*. **Conclusión:** Los pacientes con cáncer pueden experimentar *distrés* en cualquier etapa de la enfermedad. Dada la escasez de artículos sobre el *distrés* en el escenario brasileño, se recomienda que se desarrollen más estudios para profundizar y fundamentar el tema.

**Palabras clave:** neoplasias/psicología; *distrés* psicológico; literatura de revisión como asunto; Brasil.

<sup>1,3-6</sup>Universidade Estadual do Ceará (UECE), Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Fortaleza (CE), Brasil. E-mails: marcela.perdigao@aluno.uece.br; rhanna.lima@uece.br; karanini@yahoo.com.br; saiwori.anjos@uece.br; pc2015almeida@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-9084-1249>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-3406-9685>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-3902-8046>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-7559-8471>; Orcid iD: <http://orcid.org/0000-0002-2867-802X>

<sup>2</sup>Universidade Federal do Ceará (UFC), Departamento de Enfermagem. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: andreabrodrigues@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2137-0663>

**Endereço para correspondência:** Marcela Maria de Melo Perdigão. Avenida Doutor Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi. Fortaleza (CE), Brasil. CEP 60714-903. E-mail: marcela.perdigao@aluno.uece.br



## INTRODUÇÃO

A pessoa que recebe o diagnóstico de câncer vivencia mudanças em sua vida tanto no aspecto físico quanto no psicológico. Ainda é possível observar uma relutância dos pacientes oncológicos em revelar problemas emocionais. Identifica-se, como uma barreira para eles receberem cuidados psicossociais, o estigma associado aos problemas de cunho psicológico. Assim como o câncer, as palavras “psicológico”, “psiquiátrico” e “emocionais” são temidas e estigmatizantes<sup>1</sup>.

Em decorrência dos mitos relacionados ao câncer, abrangência e popularidade do termo “estresse”, a *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) optou por utilizar o termo “*distress*” para se referir ao sofrimento emocional vivenciado pelo paciente oncológico, por ser mais aceitável e menos estigmatizante do que “psiquiátrico”, “psicossocial” ou “emocional”; soa “normal” e menos embaraçoso, além de poder ser definido e medido por autorrelato<sup>1,2</sup>.

O *distress* é definido como uma “experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica (cognitiva, comportamental, emocional), social e/ou de natureza espiritual que pode interferir na habilidade de lidar eficazmente com o câncer, seus sintomas físicos e seu tratamento”<sup>1</sup>.

Em virtude da sua importância e do seu impacto, o *distress* foi reconhecido como um indicador central da saúde e do bem-estar dos pacientes oncológicos, designando-o como o sexto sinal vital nessa população<sup>3</sup>. O aumento do *distress* pode ter um impacto significativo no bem-estar geral<sup>4</sup>, sendo o apoio psicológico um aspecto importante da atenção integral ao paciente com câncer<sup>5</sup>.

O *distress* pode resultar da reação ao diagnóstico e passar ao longo da trajetória da doença, incluindo o período da sobrevivência. É necessário que ele seja reconhecido, monitorado, documentado e tratado prontamente em todos os estágios da doença e em todos os ambientes, bem como a triagem deve identificar o nível e a natureza do *distress*. Em geral, a detecção precoce e o manejo do *distress* levam a: melhor adesão ao tratamento, melhor comunicação, menos ligações e visitas ao consultório do oncologista, e evitam a raiva do paciente e o desenvolvimento de ansiedade e depressão<sup>1</sup>.

Diante dessa problematização, surgiu o seguinte questionamento: “Quais as evidências disponíveis acerca do *distress* em pacientes oncológicos no Brasil?”. Apesar de existirem diretrizes para o gerenciamento do *distress* em pacientes oncológicos, ainda se percebe, no contexto brasileiro, uma baixa produção acerca de temática, bem como desconhecimento por parte dos profissionais de saúde em geral.

Assim, a publicação de um estudo que vise a apresentar a abordagem que se tem dado ao *distress* no paciente oncológico proporcionará maior divulgação dessa temática, permitindo uma melhor atuação dos profissionais de saúde no manejo do *distress* nesses pacientes e provendo um cuidado mais efetivo.

Nesse sentido, o presente artigo teve por objetivo identificar como o *distress* em pacientes oncológicos tem sido abordado em estudos realizados no Brasil.

## MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura científica sobre o *distress*. Para a operacionalização deste estudo, seguiram-se as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa<sup>6</sup>.

A construção da pergunta da pesquisa foi elaborada de acordo com a estratégia “População, Interesse, Contexto”<sup>7</sup>, em que: População – pacientes oncológicos; Interesse – *distress*; Contexto – Brasil, tendo como resultado a questão norteadora “O que se tem produzido sobre o *distress* em pacientes oncológicos no Brasil?”.

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se, em setembro de 2020, uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Para a busca nas bases de dados, foi selecionado o descritor “Neoplasias” presente nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o termo “*Distress*”, combinados entre si por meio do operador booleano “AND”, formando o seguinte conjunto de busca: “*Distress* AND Neoplasias”. Justifica-se a escolha do uso do termo “*Distress*”, pois, ao se realizar o levantamento com o descritor “Angústia Psicológica”, houve um resultado muito restrito.

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos artigos foram: artigos disponíveis na íntegra publicados em português, inglês ou espanhol, tendo como assunto país/Região: Brasil; tal escolha se deu no intuito de se perceber como tem ocorrido a absorção e a aplicação do conceito *distress* na realidade brasileira. Optou-se por não delimitar o tempo de busca para melhor compreensão da evolução da temática no país. Foram excluídos artigos repetidos na base de dados, artigos de revisão e artigos que não responderam à pergunta norteadora.

Utilizou-se um instrumento de coleta de dados contendo a identificação de artigo, ano, autores, título, base de dados, revista, idioma, objetivo, participantes, descrição do protocolo proposto, resultados, tipo de

estudo e nível de evidência, a partir da pirâmide de evidências proposta por Melnyk e Fineout-Overholt<sup>8</sup>: Nível I – Evidências oriundas de revisões sistemáticas ou metanálises de relevantes ensaios clínicos randomizados; Nível II – Evidências resultantes de ensaios clínicos randomizados bem delineado; Nível III – Evidências derivadas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV – Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V – Evidências originárias de revisões sistemáticas de estudos descritivos e Qualitativos; Nível VI – Evidências decorrentes de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII – Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas<sup>8</sup>.

Para a análise e síntese dos artigos, foi efetuada a etapa de leitura crítica. A presente revisão reuniu e sintetizou os artigos selecionados, organizados e apresentados na forma de quadro e a interpretação dos resultados encontrados em categorias.

## RESULTADOS

No levantamento inicial nas fontes de busca selecionadas, obtiveram-se 25 artigos, sendo oito da LILACS, 15 da MEDLINE e dois da BDEF. Após a realização das etapas de seleção e elegibilidade dos artigos, restaram nove manuscritos para a composição da síntese de evidências, conforme a Figura 1.

Dos nove artigos incluídos para esta revisão, seis foram identificados na MEDLINE, dois na BDEF e um na LILACS, publicados entre 2008 e 2018, com destaque para os anos de 2012 e 2014, que tiveram duas publicações em dois periódicos diferentes.

Quanto ao periódico, encontrou-se que o maior número de artigos publicados foi na Revista *Psychooncology*, com quatro artigos. A Revista *Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj)* teve duas publicações. Com apenas uma publicação cada, tem-se os periódicos *European Journal of Cancer Care*, *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* e a Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

Em relação ao idioma, seis artigos foram escritos na língua inglesa. No que tange ao desenho dos estudos, cinco eram do tipo observacional, três com abordagem qualitativa e um estudo transversal descritivo.

O Quadro 1 traz a apresentação dos resultados conforme autor, ano, objetivo, resultados e nível de evidência.

Quanto à referência do *distress* em pacientes oncológicos, os artigos apontaram instrumentos capazes de identificar e/ou medir o *distress* em pacientes oncológicos, bem como discutiram os fatores associados à presença do *distress* nessa população e os fatores que impactaram na redução do *distress* em pacientes com câncer.

Com base na análise descritiva, optou-se pela divisão dos estudos em três categorias para a discussão dos resultados,

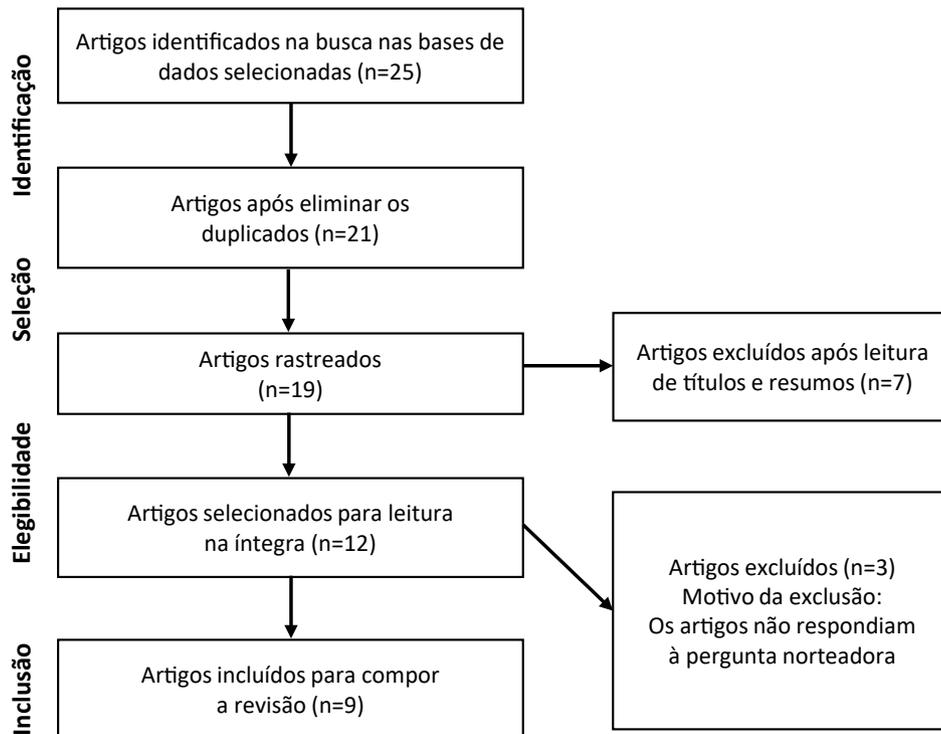


Figura 1. Fluxograma de busca e seleção de artigos nas bases de dados. Fortaleza, 2021

**Quadro 1.** Caracterização dos artigos utilizados na síntese de evidências, conforme autor, ano, objetivo, resultados e nível de evidência. Fortaleza, 2021

Número	Autor/ano	Objetivo	Resultados	Nível de evidência
1	Bergerot et al., 2018 <sup>9</sup>	Investigar a qualidade de vida e a prevalência de <i>distress</i> em uma coorte de pacientes com diagnóstico de câncer raro, com base na definição RARECARE	No total, 49,6% dos pacientes relataram <i>distress</i> moderado a grave na escala do DT. O nível de <i>distress</i> foi relacionado a problemas físicos (92,7%) e emocionais (73,7%)	VI
2	Bergerot et al., 2016 <sup>10</sup>	Descrever o processo de desenvolvimento, implementação piloto do Programa de triagem de <i>distress</i> e resultados iniciais do programa, a fim de estender a pesquisa sobre esse aspecto-chave do tratamento do câncer	Os pacientes que receberam o Grupo de Programa de triagem de <i>distress</i> + o Grupo de reunião de atenção psicossocial relataram significativamente menor <i>distress</i> e depressão/ansiedade total no início da quimioterapia em relação aos pacientes recebendo triagem de <i>distress</i> . Problemas emocionais e físicos foram as principais áreas problemáticas relatadas	IV
3	Decat et al., 2011 <sup>11</sup>	Medir o <i>distress</i> em 3 pontos durante o curso de quimioterapia: início, meio e último dia de terapia em um centro de câncer privado no Brasil	Iniciando o tratamento, 82% dos pacientes tiveram um nível clinicamente significativo de <i>distress</i> . Na avaliação do meio do ciclo, dos 88 participantes restantes, 36,4% apresentaram <i>distress</i> . No último dia de tratamento, 18,2% dos 77 pacientes ainda matriculados pontuaram acima de 4 no DT. Problemas emocionais e físicos eram os mais importantes nos 3 pontos do tempo	IV
4	Paiva et al., 2012 <sup>12</sup>	Obter dados preliminares sobre a eficácia de um programa ambulatorial de cuidados paliativos na melhora dos sintomas relacionados ao câncer e identificar e correlacionar sintomas que mudaram (melhoraram ou prejudicaram) juntos	O programa ambulatorial de cuidados paliativos foi hábil em prover melhorias significativas na evolução dos sintomas, avaliadas por meio da redução dos escores de sintomas e no TSDS	IV
5	Lopes et al., 2012 <sup>13</sup>	Explorar o significado psicossocial e as repercussões no estilo de vida associado à disfunção erétil e incontinência urinária em homens após prostatectomia radical	Os homens relataram dificuldades em lidar tanto com a impotência física quanto emocional decorrente do tratamento. A incontinência urinária e a disfunção erétil afetavam seu corpo, acentuando os conflitos relacionados à masculinidade, desencadeando sentimentos subjetivos de impotência e sofrimento emocional ( <i>distress</i> )	VI
6	Bergerot et al., 2014 <sup>14</sup>	Explorar a relação entre <i>distress</i> e características demográficas e de saúde e construir um gráfico de referência de curva de percentil com as pontuações de <i>distress</i> de uma grande amostra de pacientes de um centro privado de câncer no Brasil	Mais da metade (n=269, 53,8%) dos participantes relataram <i>distress</i> clinicamente significativo em algum ponto no decorrer do tratamento, com maior proporção no início do tratamento (n=254, 50,8%). O <i>distress</i> relacionado ao problema diminuiu progressivamente com o tempo. Problemas emocionais e físicos foram os mais comuns relatados em todos os momentos. O <i>distress</i> diminuiu ao longo do tempo, de uma média de 4,0 em T1 para 2,0 em T3	IV

continua

Quadro 1. continuação

Número	Autor/ano	Objetivo	Resultados	Nível de evidência
7	Caetano et al., 2009 <sup>15</sup>	Conhecer quais as reações das mulheres ao receberem o diagnóstico de câncer de mama e como elas enfrentaram a doença e o tratamento	O diagnóstico de câncer de mama despertou nas mulheres sentimentos de desespero e angústia ( <i>distress</i> ), que foram minimizados na esperança da cura depositada em Deus e na medicina e, com isso, passaram a valorizar mais suas vidas e as coisas simples do cotidiano	VI
8	Cascais et al., 2008 <sup>16</sup>	Compreender as representações sociais sobre câncer da pessoa acometida por essa doença	As representações sociais sobre câncer se encontram ainda fortemente ancoradas em morte, sofrimento, incapacidade, pavor, medo e desespero ( <i>distress</i> )	VI
9	Kolankiewicz et al., 2014 <sup>17</sup>	Analisar a confiabilidade e validade das propriedades psicométricas da versão brasileira do MDASI	No que se refere aos sintomas, 50% dos entrevistados pontuaram as preocupações ( <i>distress</i> ) em grau 2 de intensidade. A prevalência das preocupações ( <i>distress</i> ) foi de 54,5%, com uma pontuação média de 3,36 ( $\pm 3,64$ )	VI

**Legendas:** DT = *distress thermometer*; TSDS = *total symptom distress score*; MDASI = *MD Anderson Symptom Inventory – core*.

de acordo com sua principal abordagem em relação ao *distress*, sendo elas: 1) instrumentos para identificar e/ou medir o *distress*; 2) fatores associados à presença do *distress*; 3) fatores de redução do *distress*. Eventualmente, alguns artigos abrangeram mais de uma categoria.

Na primeira categoria, verificaram-se os estudos sobre instrumentos capazes de identificar e/ou medir o *distress* em pacientes oncológicos<sup>9,11,14,17</sup>. Em dois estudos<sup>9,14</sup>, a medição do *distress* foi realizada por meio do *distress thermometer* (DT) e em outro estudo<sup>11</sup>, além do DT, o instrumento *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) foi associado para medir o *distress* em pacientes oncológicos. Apenas um estudo utilizou o *MD Anderson Symptom Inventory* (MDASI) – *core* para identificar o *distress* nos pacientes em tratamento oncológico<sup>17</sup>.

Na segunda categoria, foram incluídos os estudos que abordaram os fatores associados à presença do *distress*<sup>9-11,13-16</sup>.

Observou-se que pacientes com câncer raro são mais propensos a relatar altos níveis de *distress*. Entre essa população, pacientes mais jovens e do gênero feminino são mais atingidos. Aqueles que foram avaliados durante a fase de tratamento ativo, em comparação com a fase de vigilância de acompanhamento, foram associados com maior nível de *distress*<sup>9</sup>.

Em três estudos<sup>10,11,14</sup>, foi possível identificar que os pacientes com câncer tiveram maior prevalência de *distress* clinicamente significativo no início do tratamento.

A presença do *distress* foi relatada por 49,6% dos pacientes<sup>9</sup>. Pesquisas apontam que, no decorrer do tratamento, os pacientes tendem a apresentar menor nível de *distress*<sup>11,14</sup>. Em um estudo<sup>11</sup>, os pacientes foram

avaliados no início, meio do ciclo e no último dia de quimioterapia, conforme determinado pelo protocolo de cada paciente, constatando-se pelos resultados que 82% dos pacientes, ao iniciar o tratamento, tiveram um nível clinicamente significativo de *distress*; no meio da avaliação do ciclo, esse número decaiu para 36,4%; e, no último dia do tratamento, 18,2% dos 77 pacientes ainda inscritos apresentaram *distress*.

Constatou-se que as representações sociais sobre câncer se encontram ainda fortemente ancoradas em morte, sofrimento, incapacidade, pavor, medo e desespero<sup>16</sup>.

A presença do *distress* foi alta em homens submetidos à prostatectomia radical para câncer de próstata e envolveu fatores como a dificuldade em lidar com a incontinência urinária e a disfunção erétil, decorrentes do tratamento<sup>13</sup>.

Na terceira categoria, foi possível extrair dos estudos os fatores que tendem a impactar na redução do *distress*<sup>10-12,14</sup>.

Em um estudo voltado para o desenvolvimento e a implementação de um programa abrangente de rastreamento psicossocial<sup>10</sup>, os resultados indicaram diminuição do *distress* nos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico que receberam o Grupo de Programa de Triagem de *Distresse* o Grupo de Reunião de Atenção Psicossocial. Eles atribuíram as diferenças significativas na diminuição do *distress* às melhorias na colaboração multidisciplinar, atenção à triagem de *distress* e cuidados prestados ao longo do tempo acerca da experiência anterior de manejo com o *distress*.

Além disso, o acompanhamento por uma equipe interdisciplinar em um programa ambulatorial de cuidados paliativos ocasionou redução do sofrimento causado pelos sintomas em pacientes com câncer avançado<sup>12</sup>.

Outros dois estudos<sup>11,14</sup>, voltados à mensuração do *distress*, também demonstraram que, no decorrer do tratamento, os pacientes tendem a apresentar significativamente menor nível de *distress*.

## DISCUSSÃO

### INSTRUMENTOS PARA IDENTIFICAR E/OU MEDIR O *DISTRESS*

Quanto aos instrumentos para identificar o *distress*, foi apontado o DT, que é uma ferramenta específica para o câncer, desenvolvida pelo Painel de Gerenciamento do *Distress* da NCCN, semelhante à escala de classificação usada para dor<sup>4</sup>.

Em 2009, o DT foi adaptado e validado para a língua portuguesa. Os resultados do estudo indicaram uma sensibilidade de 82% e uma especificidade de 98%, indicando que o DT é viável e eficiente para avaliar o *distress* psicológico. Em razão da sua simplicidade e eficácia, este pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde, tornando possível a sua inclusão na rotina de atendimento em oncologia<sup>18</sup>.

O DT tem o objetivo de identificar o nível de *distress* e suas possíveis causas no período referente à semana anterior, incluindo o dia em que essa avaliação está acontecendo. É uma ferramenta de avaliação de fácil análise e compõe-se de dois instrumentos: um que detecta o nível de *distress* e outro que identifica possíveis causas. O primeiro é apresentado por uma figura de um termômetro e permite que o paciente assine o nível de *distress*, partindo de zero (sem *distress*) até dez (*distress* extremo). O segundo, denominado Lista de Problemas, contém 35 itens voltados para o reconhecimento de possíveis causas do *distress* relacionadas ao diagnóstico, ao tratamento e a outros fatores<sup>2,14,18</sup>.

Outro instrumento utilizado foi a Escala de Ansiedade e Depressão, validada no Brasil – do inglês, *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) –, que abrange 14 itens destinados a medir ansiedade, depressão e *distress*<sup>19</sup>. Também é considerado um instrumento de triagem do *distress* em pessoas com câncer<sup>4</sup>.

Em um estudo<sup>18</sup>, foi constatada a convergência entre o DT e a HAD, favorável na identificação do *distress* psicológico e de problemas potenciais, reforçando que o primeiro instrumento é comparável ao segundo instrumento.

Reconhece-se que os tratamentos clínicos em oncologia produzem uma multiplicidade de sintomas, como fadiga, dor, sono perturbado, aflição e falta de apetite, podendo apresentar variação ao longo do tratamento. Assim, a avaliação dos sintomas é fundamental, a fim de identificar complicações precocemente e minimizar ou até mesmo prevenir prováveis alterações na capacidade funcional dos pacientes<sup>17</sup>.

As escalas de medição de sintomas são tidas como o núcleo de uma avaliação adequada, fornecendo base para detectar sintomas, classificar sua gravidade e avaliar a eficácia do tratamento<sup>20</sup>. Entre os instrumentos capazes de mensurar os sintomas individuais ou múltiplos, tem-se o MDASI, sendo uma importante ferramenta para a atividade clínica e de pesquisa para a avaliação de múltiplos sintomas, tendo em vista a variabilidade de sintomas que os pacientes apresentam em decorrência da doença e do tratamento<sup>17</sup>.

O MDASI é uma medida de resultados relatados pelo paciente de vários sintomas para uso clínico e em pesquisa. É possível utilizá-lo para avaliar a gravidade dos sintomas experimentados pelos pacientes com câncer e a interferência na vida diária causada por esses sintomas<sup>21</sup>. Sua grande vantagem é o fato de ele ser facilmente concluído pela maioria dos pacientes<sup>20</sup>.

O MDASI-core consta de dois componentes: intensidade dos sintomas, com 13 itens, e sintomas que interferem nas atividades de vida diária, com seis itens. No primeiro componente, encontram-se os 13 principais itens de sintomas do MDASI, que são aqueles que apresentam a maior frequência e/ou gravidade em pacientes com vários tipos de câncer e tipos de tratamento, sendo eles: dor, fadiga, náuseas, problemas de sono, preocupações (*distress*), dispnéia, dificuldade de lembrar-se das coisas, falta de apetite, sonolência, boca seca, tristeza, vômito, dormência/formigamento, avaliados em uma escala de zero a dez, sendo zero *sem sintomas* e dez *tão forte quanto você possa imaginar*. O segundo componente envolve os sintomas que interferem na vida, também avaliados em uma escala de classificação numérica de zero a dez, em que zero não interferiu e dez interferiu completamente; possui seis itens (atividade em geral, humor, trabalho, relacionamentos, caminhar e prazer de viver). É possível utilizar a média dos itens de interferência para representar a angústia de sintomas gerais<sup>17,21,22</sup>.

Uma rotina de triagem do *distress* nos serviços tende a personalizar o tratamento com foco nas necessidades específicas do paciente, além de permitir aos pacientes e à equipe de saúde reconhecer mais facilmente e relatar o surgimento de problemas, de modo a garantir acesso rápido aos recursos relevantes<sup>10</sup>.

A triagem do *distress* em pacientes oncológicos com instrumentos devidamente reconhecidos é de grande valia, visto que auxilia a enxergar as melhorias necessárias no cuidado ao paciente oncológico a fim de manejar o *distress*.

### FATORES ASSOCIADOS À PRESENÇA DO *DISTRESS*

Os pacientes oncológicos experimentam, ao longo da trajetória da doença, vários níveis de *distress* associados ao diagnóstico do câncer e em decorrência dos seus efeitos e dos tratamentos<sup>4</sup>.

Uma maior prevalência do *distress* no início do tratamento pode estar relacionada com o impacto do diagnóstico e a antecipação do paciente ao tratamento quimioterápico. As diferenças culturais de adaptação ao câncer presentes no Brasil podem estar associadas aos níveis de *distress* de moderado a grave e a quanto do diagnóstico com doença avançada pode impactar no desfecho do *distress*<sup>10</sup>.

Em decorrência do diagnóstico, os pacientes oncológicos vivenciam, em sua maioria, o *distress* por ser uma circunstância permeada pelo sentimento de insegurança, negação, impotência e medo da dor e da morte, ansiedade, desespero e mesmo depressão<sup>16,18</sup>.

O câncer é cercado de estigmas e continua a ser uma das doenças mais temíveis, mesmo diante das possibilidades terapêuticas cada vez mais eficazes em seu tratamento, induzindo ao medo e afetando emocionalmente as pessoas. É atribuída ao câncer a ideia de algo que cresce e destrói a vitalidade, incerteza da cura, a possibilidade de morte iminente aliada a um grande sofrimento, sendo associado à punição e ao castigo em muitas culturas<sup>16,23</sup>.

Evidenciou-se que o *distress* em pacientes oncológicos está comumente associado aos problemas físicos e emocionais<sup>9-11,14</sup>. Em estudo realizado com pacientes oncológicos utilizando instrumentos de triagem do *distress*, os problemas físicos, como memória/concentração, dificuldade para dormir, constipação, náusea, aparência, fadiga, dor e problemas de ordem sexual, foram relatados como maiores causadores de *distress*. Já nos problemas emocionais, o medo, a preocupação, a tristeza e a perda do interesse nas atividades usuais foram itens mais apontados pelos pacientes<sup>18</sup>.

O rastreamento usando o DT destaca um amplo espectro de sintomas físicos e emocionais; ainda, há a necessidade de os serviços de suporte serem amplos e irem além das queixas físicas dos pacientes. O desenvolvimento de estudos com intervenções a fim de melhorar o bem-estar geral dos pacientes por meio de material educacional ajuda os pacientes a comunicar os sintomas de forma eficaz e a suavizar os problemas físicos e emocionais<sup>9</sup>.

Percebe-se o quanto o diagnóstico e o tratamento do câncer podem impactar no desfecho do *distress*, reforçando a importância de uma rotina de triagem do *distress* pelos profissionais da saúde que fazem parte da assistência ao paciente oncológico com destaque ao momento do diagnóstico e durante o tratamento.

## FATORES DE REDUÇÃO DO *DISTRESS*

Com o desenvolvimento e a implantação de programas de triagem psicossocial, pode-se observar que é possível abrir espaço para o paciente manifestar sua experiência tendo como melhorias a comunicação entre

pacientes, familiares e a equipe de saúde e estimular os pacientes a tornarem-se mais ativos em seu tratamento. Ademais, os pacientes começaram a ficar mais atentos aos seus sintomas físicos, a sentimentos e a pensamentos, envolvendo-se mais em seus cuidados. Na implantação desse programa, aconteceram discussões permanentes entre os membros da equipe de saúde proporcionando a oportunidade de desenvolver estratégias com o intuito de melhorar a atenção psicossocial durante o percurso do tratamento<sup>10</sup>.

Tais programas também permitem à equipe de saúde como um todo desenvolver uma maior compreensão e apreciação das questões psicossociais enfrentados por seus pacientes, além de oferecerem uma visão sobre a perspectiva dos pacientes de lidar com o câncer e o tratamento e fornecerem recomendações práticas baseadas em evidências que poderiam ser incorporadas em seus atendimentos clínicos de rotina com os pacientes oncológicos<sup>10</sup>.

Do mesmo modo, em outra pesquisa<sup>12</sup>, com pacientes com câncer acompanhados por uma equipe interdisciplinar em um programa ambulatorial de cuidados paliativos, os resultados mostraram que esta foi hábil em prover melhorias significativas na evolução dos sintomas impactando na redução do sofrimento pelos sintomas. O principal foco dos cuidados paliativos é proporcionar alívio dos sintomas e melhorar a qualidade de vida, sendo possível alcançá-los obtendo o controle da dor e outros sintomas angustiantes. A aplicação de cuidados desenvolvidos pela equipe interdisciplinar em um programa ambulatorial de cuidados paliativos gerou melhorias no *Total Symptom Distress Score* (TSDS) do instrumento *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS). Desse modo, é possível proporcionar redução do sofrimento relacionados aos sintomas vivenciados pelos pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos.

Por outro lado, estudos identificaram que o *distress* relacionado ao tratamento reduz à medida que o tratamento do paciente com câncer se aproxima do final<sup>11,14</sup>. Essa redução pode estar relacionada à adaptação do paciente ao tratamento, à sensação de alívio decorrente do fim do tratamento ou ainda ao correto direcionamento dos cuidados pela equipe de saúde às necessidades do paciente<sup>14</sup>.

O painel da NCCN incentiva o estabelecimento de comitês interdisciplinares a fim de implementar e monitorar o *distress* e coloca que as instituições tenham uma estrutura para lidar com os cuidados psicossociais a fim de gerenciar de modo eficaz o *distress*<sup>1</sup>.

Percebe-se a relevância da atuação da equipe interdisciplinar no cuidado ao paciente oncológico no manejo do *distress* tendo um notório impacto no paciente,

família e na própria equipe de saúde, a fim de valorizar as questões psicossociais do paciente, indo além das queixas físicas, refletindo em melhorias do cuidado do paciente consigo e nos processos de trabalho da equipe de saúde.

O estudo tem como limitação o enfoque no panorama brasileiro, embora tenha sido decisão dos autores tal ênfase.

## CONCLUSÃO

Os resultados dos artigos encontrados indicaram que, na temática *distress*, são utilizados instrumentos capazes de identificar e/ou medir o *distress* em pacientes oncológicos. Outrossim, enfatizam fatores associados à presença do *distress*, bem como aqueles que impactam na redução do *distress* nesses pacientes.

A partir desses resultados e da discussão proveniente deles, é possível perceber: o quanto o *distress* é presente nos pacientes com câncer; a necessidade e a importância de se realizar uma triagem de *distress* com instrumentos adequados; a atenção da equipe de saúde em manejar o *distress*, minimizando, então, os efeitos decorrentes dele, o que proporciona uma assistência de acordo com as necessidades do paciente com câncer encontradas em cada fase da trajetória da doença.

A escassez de artigos encontrados instiga a refletir em como tem sido a abordagem do *distress* pelos profissionais de saúde e pacientes no cenário brasileiro sendo uma inspiração e motivação para apropriação da temática. Recomenda-se a realização de mais estudos na área a fim de aprofundar e consubstanciar a temática.

## CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e/ou no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados, assim como na redação e revisão crítica, e aprovaram a versão final a ser publicada.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

## REFERÊNCIAS

1. National Comprehensive Cancer Network [Internet]. Plymouth Meeting (PA): NCCN; c2022. Distress management; [cited 2020 Nov 2]. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431>
2. Albuquerque KA, Pimenta CAM. Distress do paciente oncológico: prevalência e fatores associados na opinião de familiares. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(5):744-51. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670511>
3. Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign – future directions in cancer care. *Psycho oncology.* 2006;15(2):93-5. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.1022>
4. Schilli SM. Screening for distress in patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs.* 2014;18(6):E103-6. doi: <https://doi.org/10.1188/14.CJON.E103-E106>
5. Thalén-Lindström AM, Glimelius BG, Johansson BJ. Identification of distress in oncology patients: a comparison of the Hospital Anxiety and Depression Scale and a thorough clinical assessment. *Cancer Nurs.* 2016;39(2):E31-9. doi: <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000267>
6. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: What is it? How to do it? Einstein (São Paulo). 2010;8(1):102-6. doi: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
7. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' manual: 2014 edition: the systematic review of economic evaluation evidence [Internet]. Adelaide (AU): The Joanna Briggs Institute; 2014 [cited 2020 Oct 26]. Available from: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>
8. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. Chapter 1, Making the case for evidence-based practice; p. 3-24.
9. Bergerot CD, Bergerot PG, Philip EJ, et al. Assessment of distress and quality of life in rare cancers. *Psychooncology.* 2018;27(12):2740-46. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.4873>
10. Bergerot CD, Philip EJ, Schuler TA, et al. Development and implementation of a comprehensive psychosocial screening program in a Brazilian cancer center. *Psychooncology.* 2016;25(11):1343-49. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.4275>
11. Decat CSA, Araujo TCCF, Stiles J. Distress levels in patients undergoing chemotherapy in Brazil. *Psychooncology.* 2011;20(10):1130-3. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.1833>
12. Paiva CE, Faria CB, Nascimento MSDA, et al. Effectiveness of a palliative care outpatient programme in improving cancer-related symptoms among ambulatory Brazilian patients. *Eur J Cancer Care.* 2012;21(1):124-30. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2011.01298.x>
13. Lopes MHBM, Higa R, Cordeiro SN, et al. Life experiences of Brazilian men with urinary incontinence and erectile dysfunction following radical prostatectomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2012;39(1):90-4. doi: <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182383eeb>

14. Bergerot CD, Tróccoli BT, Philip EJ, et al. Percentile curve of distress scores as a clinical aid for the evaluation and management of cancer patient's distress. *Psychooncology*. 2014;23(9):1068-72. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.3507>
15. Caetano EA, Gradim CVC, Santos LES. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(2):257-61.
16. Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJS. Representações sociais da pessoa estomizada sobre o câncer. *Rev Enferm UERJ*. 2008;16(4):495-500.
17. Kolankiewicz ACB, De Domenico EBL, Lopes LFD, et al. Validação do inventário de sintomas do M.D. Anderson Cancer Center para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):999-1005. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700006>
18. Decat CSA, Laros JA, Araujo TCCF. Termômetro de distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico-USF*. 2009;14(3):253-60. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712009000300002>
19. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(5):355-63. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
20. Cleeland CS, Mendoza TR, Wang XS, et al. Assessing symptom distress in cancer patients: the M.D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer*. 2000;89(7):1634-46. doi: [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20001001\)89:7<1634::aid-cnrc29>3.0.co;2-v](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20001001)89:7<1634::aid-cnrc29>3.0.co;2-v)
21. University of Texas MD Anderson Cancer Center [Internet]. Houston (TX): University of Texas MD Anderson Cancer Center; c2022. The MD Anderson symptom inventory; [cited 2020 Oct 25]. Available from: <https://www.mdanderson.org/research/departments-labs-institutes/departments-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/md-anderson-symptom-inventory.html>
22. Louzada KRS, Brevidelli MM, Baiocchi O, et al. Aconselhamento telefônico: identificação de sintomas em pacientes com linfoma em quimioterapia antineoplásica. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(6):616-26. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800085>
23. Lima SF, Silva RGM, Silva VSC, et al. Representações sociais sobre o câncer entre familiares de pacientes em tratamento oncológico. *REME, Rev Min Enferm*. 2016;20:e967. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160037>

Recebido em 14/10/2021

Aprovado em 9/3/2022