

Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre o paciente e familiares

Cancer biopsychosocial and psychoneuroimmunologic effects on patients and their families

Terezinha Fátima Hassan Deitos¹, João Francisco Pollo Gaspar²

Resumo

Durante as duas últimas décadas, têm sido ressaltados os problemas somáticos, psíquicos e sociais de pacientes com câncer, bem como têm sido focalizadas, no âmbito do estudo oncológico, as teorias biopsicossociais e psiconeuroimunológicas. O presente trabalho apresenta considerações clínicas sobre esses aspectos, ressaltando-se o impacto que o câncer provoca sobre os pacientes e seus familiares. O câncer e seus tratamentos constituem uma fonte de estresse, capaz de desencadear desordens de ajustamento nestes indivíduos. A mensuração da qualidade de vida deve ser incorporada aos estudos clínicos, porque a sua inclusão tende a melhorar as indicações terapêuticas. Os relatos de pacientes sobre sintomas somáticos são associados, principalmente, às suas preocupações emocionais e sociais mais do que ao seu estado geral de saúde. A equipe responsável pelos pacientes deve compreender a dinâmica envolvida no binômio família-paciente e conhecer a influência que os fatores psicossociais exercem sobre ele. A falha do reconhecimento dessa influência e, conseqüentemente, o prejuízo provocado no suporte psicossocial da família irão privar os pacientes do conforto, amor, suporte e companheirismo de que eles precisarão através do curso da sua doença. Os médicos devem ser capazes de identificar e estimular circunstâncias que facilitem o processo de adaptação de seus pacientes. O tratamento psicológico, em pelo menos alguma extensão, sempre é benéfico.

Palavras-chave: câncer; psiconeuroimunologia; estresse; qualidade de vida

Trabalho realizado na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM): Curso de Medicina - Departamento de Neuropsiquiatria. Campus Universitário, CCS (4º andar/sala 1445) - Santa Maria - RS.

1Professora Titular do Departamento de Neuropsiquiatria da UFSM. Doutora em Psiquiatria pela Universidade Complutense de Madrid. Presidente da Sociedade Internacional para o Estudo da Criança; 2Acadêmico (Doutorando) de Medicina da UFSM. Prêmio Distinção Acadêmica de Psiquiatria Biológica fornecido pela Associação Brasileira de Psiquiatria Biológica em outubro/1996.

Endereço para correspondência: Caixa Postal nº 104 - 97100-000 - Santa Maria - RS.

Abstract

During the last two decades, it has been stressed the somatic, psychic and social problems of cancer patients, as well as biopsychosocial and psychoneuroimmunologic theories have been emphasized on oncologic research. This paper presents clinical considerations about psychoneuroimmunologic biopsychosocial factors in Oncology, and points cancer impact on patients and their relatives. Cancer and its treatments create a stress which is imposed upon patients and their relatives, with the power of onsetting adjustment disorders in all of them. An assesment of the quality of life must be incorporated in clinical studies, because it may improve therapeutic approaches. Patients' reports on somatic symptoms are mainly associated with their emocional and social concerning rather than with their general health status. The staff responsible for the patients must understand the family/patient dynamics and be aware of the influence of psychosocial issues. Falure in recognizing that, and consequently impairing the family's psychosocial support will deprive the patients of comfort, love, support, and friendship that they will need through the course of the disease. Physicians must be able to facilitate the adaptation process of their patients. Psychologic treatment is always beneficial, at least to some extent.

Key words: cancer; psychoneuroimmunology; stress; quality of life

Introdução

A etiopatogenia multifatorial neoplásica associa teorias que implicam modificações genéticas⁽¹⁾, fatores ambientais (químicos, biológicos e físicos) e fatores psicossomáticos. Estes últimos seriam coadjuvantes ou precipitantes do processo maligno⁽²⁻⁶⁾. Fatores de personalidade (defesas psicológicas mal sucedidas e angústia psíquica, perda de importante relacionamento, inabilidade de expressar sentimentos hostis e emoções, tensão mal resolvida relacionada à figura dos pais, depressão, estressores crônicos e distúrbios sexuais) têm sido ligados ao desencadeamento e à rápida disseminação do câncer⁽⁶⁻¹⁰⁾. Também há evidências de que quanto maior o nível de descrença do paciente com a sua vida, menor a sua sobrevivência^(11, 12). A supressão de certos sentimentos, um processo passivo de adaptação frente ao estresse e uma forte tendência ao conformismo parecem ser importantes fatores predisponentes⁽¹¹⁾. Através da psiconeuroimunologia, têm sido muito exploradas as relações entre variáveis psicossociais e atividade da célula NK^(2, 3).

Nos últimos 20 anos, estudos sobre os problemas somáticos, psíquicos e sociais de pacientes oncológicos e suas necessidades de suporte psicológico têm sido ressaltados^(11, 13). O câncer e seu tratamento constituem um estresse imposto sobre um indivíduo previamente hígido, envolvendo um processo de adaptação e a possibilidade de desordens de ajustamento⁽¹⁴⁾. Poucos pacientes com câncer são candidatos à terapia curativa. Então, para pelo menos 50% (conforme dados publicados no European Journal of Cancer) o tratamento é restrito ao alívio sintomático e para se tentar

umentar a sobrevivência⁽¹⁵⁾. Conforme dados fornecidos pela Revista Brasileira de Cancerologia, no Brasil, para os pacientes com cânceres de pulmão, estômago, colo uterino e mama, os dados são similares. Um curso rápido e fatal força o paciente e sua família a confrontarem muitas mudanças que, por sua vez, exigem um ajustamento rápido e correspondente⁽²⁾.

Este artigo, baseado em uma revisão bibliográfica crítica, via *medline*, apresenta noções fundamentais sobre o impacto psicossocial do câncer sobre o paciente e seus familiares, bem como introduz as teorias biopsicossociais e psiconeuroimunológicas no âmbito do estudo oncológico.

Impacto psicossocial do câncer

A vivência do câncer é mais disruptiva para os pacientes e suas famílias do que outras formas de doença (fatores econômicos são uma parte significativa desta disrupção)^(14, 16-19). Os pacientes podem permanecer doentes, desamparados e dependentes por um grande período. Aqueles pacientes que estão agoniados, com incertezas sobre o diagnóstico, a natureza de suas doenças e seus tratamentos, a sua sobrevivência, podem necessitar de suporte adicional⁽¹⁹⁾. Dificilmente existe outra doença que induza tantos sentimentos negativos em qualquer um dos seus estágios: o choque do diagnóstico, o medo da cirurgia, a incerteza do prognóstico e recorrência, os efeitos da rádio- e quimioterapia, o medo da dor e de encarar uma morte indigna⁽²⁰⁾.

Foi evidenciado que há maior probabilidade de haver altos índices de depressão na escala

MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) em pacientes oncológicos⁽²¹⁾. Entretanto, sintomas somáticos de depressão (fadiga extrema e distúrbios do sono) podem ser confundidos com tipo de sintomas constitucionais do tumor ou seu tratamento⁽²⁰⁾. Dependendo do tipo de câncer, do seu estágio, do tratamento medicamentoso, do tempo em que os problemas emocionais foram diagnosticados e do critério usado, a porcentagem de pacientes que desenvolveram problemas emocionais sérios foi de 25% a 70% das amostras estudadas^(20, 22). Em um estudo foi observado, por exemplo, uma prevalência de 47% de distúrbios psiquiátricos, conforme o DSM-III-R (*Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders - III - Revised*) em pacientes oncológicos^(14, 19, 23). Esta taxa é considerada aproximadamente três vezes maior do que as estimativas modais descritas na literatura para distúrbios psiquiátricos na população em geral. Avaliando a população oncológica com distúrbios psiquiátricos, foi descrito que as distúrbios de ajustamento correspondem a 68% de todos esses diagnósticos, enquanto as distúrbios afetivos maiores (13%), distúrbios mentais orgânicos (8%), distúrbios de personalidade (7%) e distúrbios de ansiedade (4%) respondem pelo restante. No total, próximo de 85% dos pacientes tinham depressão ou ansiedade como sintoma principal. A maioria dessas condições são distúrbios facilmente tratáveis^(14, 23).

A neoplasia pulmonar é o câncer mais frequentemente associado a fatores psicossociais indiretos (tabagismo, exposição a asbesto)⁽²⁾. A prevenção do câncer de pulmão e outras neoplasias relacionadas ao tabagismo deve ser acompanhada por estratégias desenvolvidas que visem aos comportamentos psicossociais associados.

De acordo com a hipótese psicossomática, experiências prolongadas de ansiedade, depressão e frustração causam problemas físicos. Problemas de saúde crônica levam a alterações gerais da personalidade e a experiências emocionais, incluindo auto-afeto negativo (uma dimensão de tristeza subjetiva, refletindo maus humores indiferenciados e baixa percepção de auto-estima). Tem sido relacionado o auto-afeto negativo com o aumento das queixas subjetivas em avaliações sobre a qualidade de vida em estudos oncológicos. A forte associação entre afeto negativo e aumento de relatos de sintomas é devida a

peculiaridades perceptivas e cognitivas. Esses indivíduos têm uma tendência de interpretar qualquer sensação corporal como sintoma físico, até na ausência completa de doença. O tratamento dessa experiência emocional por meio de intervenções psicoterapêutica e psicofarmacológica tem potencializado a qualidade de vida dos pacientes⁽²⁴⁾.

O câncer evoca um nível alto de ansiedade e incerteza nos pacientes, em seus familiares e amigos. Os efeitos do estigma (uma indesejável anomalia que desqualifica o indivíduo de uma aceitação social completa) são geralmente negativos (ansiedade, desgosto, tristeza, angústia ou desesperança), mas também podem conter alguns aspectos positivos (empatia ou superpreocupação). O estigma é correlacionado a vários indicadores de saúde que refletem problemas de ajuste (pobre habilidade física, emocional e social)⁽²⁴⁾.

Apenas recentemente foi considerada a relação entre a dor e outros aspectos físicos, psicológicos e sociais da doença no plano de tratamento^(16, 17, 25). A dor, na visão clássica, é considerada não só um sintoma físico, mas também uma sensação que pode determinar uma quebra da homeostasia geral do organismo^(16, 25). A cronicidade da dor, devido à progressão do câncer ou seu tratamento, é frequentemente associada a sintomas psicológicos (distúrbios do sono, redução no apetite) e a sintomas outros que podem mimetizar um distúrbio depressivo^(16, 25). Além disso, a dor do paciente se estende à família, aos amigos e até aos profissionais que lidam diretamente com ele⁽¹⁸⁾. Similar à dor, a dispnéia provocada por algumas neoplasias pode ser gênese de considerável ansiedade, por ser frequentemente associada com fadiga severa, diminuição da função cognitiva e mau apetite, interferindo na atividade social^(2, 18).

Uma significativa proporção de pacientes estudados experienciam problemas psicossociais moderados ou severos com rádio- e quimioterapia, além de se acharem muito doentes por delas precisarem. Frequentemente, pacientes experienciam náuseas e vômitos por mais de uma semana, resultando em perda de peso, desidratação e um declínio da capacidade funcional de alguns indivíduos, o que pode ter um importante impacto sobre o seu bem estar^(2, 17). Efeitos colaterais físicos, particularmente a fadiga, são comuns e uma fonte frequente de tristeza. Alterações cognitivas têm

sido reportadas em pacientes com câncer de pulmão recebendo quimioterapia, com ou sem radioterapia cerebral^(18, 26). Aparentemente, a seqüela psicológica de radioterapia é menos severa e de menor duração do que a de alguns tipos de quimioterapia⁽¹⁹⁾.

A maneira pela qual as famílias se adaptam ao câncer é um reflexo do seu relacionamento íntimo, de suas histórias e do seu nível cultural. Então, é difícil determinar o impacto que diferentes preocupações possam ter e desenvolver intervenções que possam melhorar estes resultados⁽²⁷⁾. Cerca de 80% dos familiares (provável morbidade psiquiátrica em 48%) relatam níveis gerais altos de preocupação com a doença, a reação do paciente, o seu estado físico, o seu tratamento, sentimentos próprios de culpa ou tristeza, efeitos da doença sobre outros e o futuro⁽²⁸⁾. Também não se deve assumir que familiares de pacientes que apresentem bom prognóstico se preocupem menos. Com efeito, séria depressão e ansiedade foram consideradas menores em pacientes do que em seus parentes próximos^(27, 28). Em câncer, tem sido demonstrada a utilidade clínica do questionário de 12 itens *Family Relationship Index*, que pode ser utilizado para identificar famílias disfuncionais ou em risco⁽²⁰⁾.

Em diferentes níveis individuais, os familiares podem sentir-se inadequados e confusos sobre como ajudar. Em particular, as crianças podem sentir-se culpadas. Muitos estudos têm chamado a atenção para o nível de ansiedade e depressão, o medo da morte e da separação encontrados em crianças de familiares com câncer. O ajustamento positivo é encontrado entre aquelas famílias que são capazes de permitir à criança expressar suas ansiedades e preocupações sobre o familiar doente, sendo encorajadas a participar ativamente em alguns cuidados^(27, 29, 30).

Teorias biopsicossociais e psiconeuroimunológicas

As teorias psiconeuroimunológicas no câncer fundamentam-se em três hipóteses: o desencadeamento de algumas neoplasias pode ser influenciado por fatores psicossociais; as atividades do sistema imune podem influenciar o surgimento de alguns cânceres, e pelo menos uma resposta imune, a atividade NK (intimamente relacionada à fisiopatologia da neoplasia), parece ser influenciada por fatores psicossociais⁽³⁾.

Estudos realizados em animais e humanos associam fatores psicossociais que geram o estresse à predisposição e progressão de vários processos fisiopatológicos, incluindo doenças infecciosas, bacterianas, alérgicas, cutâneas, auto-imunes e neoplásicas, através de alterações nos mecanismos de proteção imunológica^(4-6, 8, 31-33). Alterações em estados comportamentais e emocionais acompanhadas da percepção e da necessidade de adaptação a circunstâncias ambientais desencadeiam modelos complexos de alterações neuroendócrinas^(4-6, 31, 34).

Os sistemas imune, nervoso e endócrino possuem capacidade para responder a estímulos específicos originados do ambiente externo ou interno⁽³⁵⁾. Os processos imunorregulatórios são parte de um integrado sistema de defesa⁽³²⁾, cujas células imunes têm suas funções alteradas⁽³³⁾ e são dependentes da ação de neurotransmissores, neuropeptídeos e neuro-hormônios que afetam a função imunológica⁽²⁶⁾.

O sistema límbico é o principal promotor adaptacional do organismo ao ambiente externo. É o modulador das respostas aos estímulos de acordo com experiências passadas, transferindo-as para a situação atual, avaliando seu significado emocional e relacionando-se com o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA)^(36, 37). Os hormônios do eixo HPA, em geral, diminuem a resposta de linfócitos⁽³⁸⁾. As respostas comportamentais ao estresse, mediadas pelo CRH (hormônio liberador de corticotrofina), que atua tanto no sistema nervoso simpático como no eixo HPA, causam um aumento da produção de glicocorticosteróides, catecolaminas, certos opióides e outras substâncias^(5, 26, 31, 32, 36).

As mais notáveis influências hormonais sobre o sistema imune são realizadas pela liberação de esteróides adrenocorticais induzida por ACTH (hormônio adrenocorticotrófico)^(32, 37). Quando os glicocorticóides são produzidos em grande quantidade, como no estresse e na depressão, outras substâncias CRH, ACTH e beta-endorfina, liberadas nas etapas de avaliação do eixo, compensam os efeitos imunossupressores dos glicocorticóides^(36, 37). Os glicocorticóides teriam então, em relação ao sistema imunológico, um papel fisiológico regulatório, principalmente em períodos de estresse, nos quais uma estimulação excessiva da imunidade causaria danos excessivos ao organismo^(32, 36). A produção de substâncias estimuladoras da síntese de glicocorticóides pelos imunócitos reforça esta hipótese^(5, 32).

Sabe-se que durante o estresse a adrenal libera não somente catecolaminas, mas também encefalinas, que apresentam atividade imunomoduladora positiva^(5, 37). A desregulação noradrenérgica e serotoninérgica central tem sido relacionada a transtornos depressivos e da ansiedade⁽³²⁾.

Evidências sugerem que várias funções dos leucócitos podem ser inibidas ou estimuladas por esteróides neuroendócrinos do Sistema Nervoso Central (SNC)^(26, 32, 38-41). Os leucócitos possuem receptores com alta e baixa afinidade para todos os maiores esteróides neuroendócrinos^(32, 38, 39). Órgãos linfáticos primários e secundários são inervados com fibras nervosas quimicamente específicas, simpáticas pós-ganglionares noradrenérgicas^(4-6, 23, 26, 31, 32, 36, 37, 41).

O sistema imunológico influencia o SNC através de células linfóides, não-linfóides, neurônios colinérgicos e adrenérgicos e seus produtos, substâncias biologicamente ativas⁽⁴²⁾. A interação é comprovada através de relatos de que a administração central e periférica de citocinas tem influência sobre a temperatura corporal, padrões de sono, alimentação, locomoção, exploração e estágios de humor, devido a alterações na função neuroendócrina^(5, 32).

Certos estilos de personalidade podem aumentar ou diminuir a resposta imune. Relações entre estilos de personalidade e imunidade têm sido identificadas para várias doenças além do câncer, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e doenças auto-imunes^(43, 44). Em Oncologia, há evidências de que a emoção e o espírito de luta são prognosticamente benéficos. Maus hábitos de alimentação, distúrbios de sono, exercício físico intenso e o uso aumentado de substâncias psicotrópicas são comportamentos que compõem períodos estressivos e podem produzir efeitos imunomodulatórios⁽⁴⁴⁾.

Quando exigências impostas por certas situações excedem à capacidade individual de adaptação, uma resposta estressora psicológica composta de estados cognitivos e emocionais negativos é desencadeada. Estas respostas são capazes de influenciar a função imune, por seus efeitos no comportamento e respostas neuroendócrinas⁽³⁹⁾. Os efeitos do estresse sobre reações de defesa são geralmente supressivos, mas não uniformemente, dependendo de certas variáveis (sexo, estado metabólico, idade e imunogenética)^(8, 44, 45).

Uma variedade de estímulos psicológicos (perda, privação, aflição, auto-estima diminuída, situações de dor e sofrimento), fatores ambientais (trauma, irradiação, desnutrição, uso de álcool e drogas) e fisiológicos (sexo feminino, temperatura e idade) podem precipitar imunodeficiência^(2, 4-6, 42).

Células *Natural Killer* (NK) são responsáveis pelo ataque e destruição de células tumorais infectadas por vírus e atuam na prevenção de metástases^(44, 46, 47). A imunidade natural ausente ou diminuída (mensurada *in vitro* pela atividade NK) tem sido associada com o desenvolvimento e a progressão do câncer^(41, 47), com infecção viral aguda e crônica, incluindo-se a SIDA, a síndrome da fadiga crônica, depressão psiquiátrica, várias síndromes imunodeprimidas e certas desordens auto-imunes^(46, 48, 49). Os níveis de NK podem ser influenciados pela idade, exercício, sexo e por uma variedade de doenças, inclusive depressão aguda⁽⁵⁰⁾. Uma baixa atividade NK em pacientes oncológicos é significativamente associada com o desenvolvimento de metástase à distância⁽⁴⁶⁾. Há relatos demonstrando que a atividade diminuída da NK pode ser um marcador de doença metastática oculta⁽⁴⁶⁾. Também tem sido sugerida a utilização da atividade NK como um guia terapêutico, relacionando-a com o prognóstico e a melhor terapia a ser escolhida^(46, 51).

Os meios neurais ou neuroendócrinos envolvidos nas alterações comportamentais de resposta imune não estão ainda completamente conhecidos. Tanto os efeitos induzidos condicionalmente ou por estressores têm sido relacionados à ação de esteróides adrenocorticais, opióides, catecolaminas entre outros^(32, 44). Embora os efeitos do estresse na resposta imune sejam freqüentemente descritos com imunossupressivos, as implicações clínicas destes efeitos não são claras. Nos estudos dos efeitos de estressores no sistema imune, as respostas imunes de pessoas estressadas tipicamente caem dentro de limites normais. Pouco se conhece sobre as variações no sistema imune de pessoas saudáveis com predisposição para a doença, e esse sistema é complexo (uma mensuração ou mais não necessariamente representam adequadamente a resistência do hospedeiro)⁽³⁹⁾.

Discussão

Tem sido demonstrado que intervenções médicas podem influenciar, tanto positiva quanto negativamente, a qualidade de vida.

Analgésicos, como também outras terapias (radioterapia ou cirurgia), podem ser associados a alterações funcionais, de humor e sociais, com os seus conseqüentes efeitos sobre a qualidade de vida⁽²⁵⁾. Alguns efeitos colaterais do tratamento, apesar da sua freqüência, não devem ser aceitos como inevitáveis ou normais (náusea, vômito, constipação e sedação com opióides).

As intervenções de comportamento podem potencializar e otimizar a função imune^(4-6, 18, 52-55) e diferem em metas e técnicas de tratamento, dependendo dos problemas particulares dos pacientes. Estes, por outro lado, são influenciados pelo tipo, estágio e padrão do tratamento medicamentoso da doença⁽²⁵⁾. Além disso, deve-se tratar sempre os pacientes no contexto psicossocial em que eles vivem^(6, 54, 55).

Os estudos de intervenções psiconeuroimunológicas têm utilizado várias terapias alternativas e estratégias, incluindo hipnose, imaginação mental, relaxamento, condicionamentos clássicos, dietas apropriadas, exercícios, exposições a estressores fóbicos, auto conhecimento, suporte social e terapias cognitivo-comportamentais. Várias intervenções psicológicas têm, em alguns estudos, revertido ou atenuado os efeitos do estresse em voluntários normais⁽³⁶⁾. Por promover um senso de controle, intervenções psicológicas podem indubitavelmente reduzir a angústia, minimizar a morbidade psiquiátrica e aumentar a qualidade de vida^(11, 56). A psicoterapia individualizada tem sido efetiva em relação à tristeza, ao auto conceito, saúde, foco de controle, fadiga e problemas sexuais. Quando intervenções comportamentais ou hipnose foram aplicadas, efeitos positivos foram encontrados em relação a sintomas específicos como ansiedade, dor, náusea e vômitos^(22, 56). Tem sido evidenciado também que o tratamento do afeto negativo por meio de intervenções psicoterapêuticas e psicofarmacológicas tem o potencial de melhorar a qualidade de vida dos pacientes⁽²⁴⁾. Portanto, parece claro que existe um subgrupo de pacientes nos quais a terapêutica alternativa pode produzir melhoras objetivas e, em um número muito maior, melhoras subjetivas⁽⁴¹⁾. A neuroimunomodulação pode ser induzida e, em algumas circunstâncias, ser poderosa como ação farmacológica direta. O efeito do placebo, detectado em alguns estudos, pode ser desencadeado através da expectativa do benefício via centros altos de ativação dos mecanismos imunomodulatórios. As terapias alternativas

podem agir desse modo ou através da neuroimunomodulação, diretamente⁽⁴¹⁾.

A alteração comportamental nem sempre deveria ser rotulada como reativa ou apropriada e o clínico deve considerar a possibilidade de uma desordem depressiva severa e tratável⁽¹⁸⁾. Quando abordado o tratamento para pacientes com sintomas de depressão e de ansiedade, é importante tentar definir a presença de desordens distintas, aceitando-se que, em muitos casos, isto será impossível. A medicação escolhida deve abranger ambos os sintomas de ansiedade e depressão, usando-se uma única droga, se possível⁽⁵⁶⁾.

A reabilitação envolve todos os aspectos de cuidados do paciente, expandindo o máximo possível o seu potencial (mental, social e econômico), enquanto restrições devem ser minimizadas, e estas incluem o suporte específico por um time multidisciplinar^(15, 17). Entretanto, pacientes encontram frequentemente problemas no local de trabalho, apesar do seu estado presente de saúde, sendo a discriminação, um dos grandes problemas em sobreviventes do câncer (51% daqueles com doença maligna⁽⁵⁷⁾)⁽¹⁷⁾.

Técnicas diretivas (terapia comportamental, hipnose, relaxamento, treinamento, imaginação e terapia cognitiva) são especialmente efetivas para náusea antecipatória e vômitos associados à quimioterapia e também para controlar e tratar reações psicológicas secundárias. Técnicas não diretivas, como informação, aconselhamentos, psicoterapia de suporte ou psicodinâmica (individual, grupo ou familiar) ajudam os processos de adaptação ao câncer⁽¹⁶⁾. Intervenções psicológicas estruturadas têm alcançado resultados estimuladores^(4, 11, 58, 59). Por exemplo, o relato sobre os efeitos imediatos e não imediatos em um grupo de pacientes com melanoma em estágio I ou II de malignidade, sob um modelo terapêutico (educação saudável, aumento das habilidades de resolver problemas e técnicas de manejo de estresse), por um período de seis semanas (sem outro tratamento depois da exérese tumoral) constatou redução do sofrimento psicológico e alterações imunológicas significativas, com imunopotencialização acima de 25% (aumento da percentagem de linfócitos granulares grandes, aumento da atividade NK e uma pequena diminuição em células T helper). Em contraste, somente um terço do grupo controle mostrou tais alterações. Após seis anos de seguimento, foi demonstrado

que o grupo sob intervenção teve menores taxas de mortalidade e recorrência do que o grupo controle. As diferenças continuaram estatisticamente significativas após o ajuste do tamanho inicial do melanoma^(58, 59).

Conclusão

Qualidade de vida é um senso individual de bem estar nos domínios somáticos, cultural e social, que tem se tornado um tópico maior na interface entre pesquisas de medicina e psicologia. Há um crescente consenso de que qualidade de vida deve ser incorporada nos estudos clínicos como uma importante variável, como a mortalidade e a taxa de sobrevida⁽²⁴⁾, além da inclusão da mensuração de qualidade de vida melhora as intervenções terapêuticas⁽⁶⁰⁾. A maioria dos pacientes com doença maligna sofre de um número de sintomas perturbadores, incluindo dor, astenia, anorexia, náusea e constipação. E, apesar da existência de guias de manejo da dor, muitos pacientes não são tratados de forma conveniente⁽¹⁵⁾. Por isso, os profissionais que lidam com o paciente devem estar preocupados com o impacto de seus manejos sobre a qualidade de vida do paciente em adição ao efeito da doença⁽⁶¹⁾.

Para a maioria dos pacientes oncológicos, não são os avanços científicos, mas o manejo diário da doença e o seu impacto nas suas atividades que determinam se eles podem viver em condições dignas⁽¹⁶⁾. Os relatos de pacientes sobre sintomas somáticos refletem primeiramente as suas preocupações (emocionais e sociais) mais do que a sua saúde geral⁽²⁴⁾. Os pacientes acentuam seus sintomas ao grau em que eles experienciam o afeto negativo⁽²⁴⁾. Entretanto, preocupações com a doença podem afetar e sobrecarregar as maiores necessidades da família. A falha do reconhecimento e conseqüentemente o prejuízo no suporte psicossocial da família irá privar os pacientes de conforto, amor, suporte e companheirismo de que eles precisarão através do curso da doença⁽²⁷⁾. Os diferentes níveis de preocupação expressados por pacientes e seus familiares enfatizam a importância do aconselhamento básico diferenciado. Sugere-se que profissionais da saúde dispensem parte do atendimento a pacientes e familiares separadamente, para que cada um expresse livremente suas preocupações⁽²⁸⁾. Os clínicos devem ser capazes de negociar circunstâncias para facilitar o processo de adaptação de seus pacientes. O tratamento psicológico sempre é benéfico, em pelo menos alguma extensão⁽²²⁾.

Referências Bibliográficas

1. Latchman, D.S.- Transcription-factor mutations and disease. *N Engl J Med*, 334(1): 28-33, 1996.
2. Bernhard, J.; Ganz, P.A. - Psychosocial issues in lung cancer patients (part 1). *Chest*, 99: 216-23, 1991.
3. Bovbjerg, D.H. - Psychoneuroimmunology: implications for Oncology? *Cancer*, 67: 828-32, 1991.
4. Deitos, F.H.; Gaspary, J.F.P. - Psiconeuroimunologia: Aspectos Biopsicossociais. *J Bras Psiquiatria*, in press, 1997.
5. Deitos, F.H.; Gaspary, J.F.P.; Lopes, S.A.; De Lima, G.L.; Staats, C.G. - As implicações psiconeuroimunológicas do estresse no desencadeamento de doenças. *JBM*: in press, 1997.
6. Deitos, F.H.; Gaspary, J.F.P. - Implicações Clínicas das Teorias Psiconeuroimunológicas. *Psiqui Biol*, 4(3): 127-136, 1996.
7. Hughes, J.E. - Depressive illness and lung cancer. II: follow-up of inoperable patients. *Eur J Surg Oncol*, 11: 21-4, 1985.
8. Solomon, G.F.; Amkraut, A.A. - Psychoneuroendocrinological effects on the immune response. *Ann Rev Microbiol*, 35: 155-84, 1981.
9. Surman, O.S. - Possible immunological effects of psychotropic medication. *Psychosomatics*, 34(2): 139-43, 1993.
10. Zonderman, A.B.; Costa, P.T.; McCrae, R.R. - Depression as a risk for cancer morbidity and mortality in a nationally representative sample. *JAMA*, 262: 1191-231, 1988.
11. Walker, L.G.; Eremin, O. - Psychoneuroimmunology: a new fad or the fifth cancer treatment modality? *Am J Surgery*, 170: 2-4, 1995.
12. Paiva, L.; Da Silva, A. - Medicina Psicossomática, Artes Médicas, Porto Alegre (RS), 874, 1994.

13. Trzepacz, P.T.; Levenson, J.L.; Tringali, R.A. - Psychopharmacology and neuropsychiatric syndromes in organ transplantation. *Gen Hosp Psychiatry*, 13: 223-45, 1991.
14. Razavi, D.; Delvaux, N. - The Psychiatrist's Persepective on Quality of Life and Quality of Care in Oncology: concepts, symptom management, communication issues. *Eur J Cancer*, 31A(Suppl. 6): S25-S29, 1995.
15. Kaasa, S. - Using quality of life assessment methods in patients with advanced cancer: a clinical perspective. *Eur J Cancer*, 31A(Suppl. 6): S1, 1995.
16. Aapro, M.S. - Foreword. *Eur J Cancer*, 31A(Suppl. 6): S1, 1995.
17. Berkman, B.J.; Sampson, S.E. - Psychosocial effects of cancer economics on patients and their families. *Cancer*, 72: 2846-9, 1993.
18. Bernhard, J.; Ganz, P.A. - Psychosocial issues in lung cancer patients (part 2). *Chest*, 99: 480-85, 1991.
19. Harrison, J.; Maguire, P. - Predictors of psychiatric morbidity in Cancer Patients. *Br J Psychiatry*, 165: 593-598, 1994.
20. Kissane, D.W. - Perceptions of family functioning and cancer. *Psycho-Oncology*, 3: 259-69, 1994.
21. Mello, F.J. - *Psicossomática hoje*. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre (RS), 1992.
22. Trhsburg, R.W.; Van Knippenberg, F.C.; Rijpma, S.E. - Effects of psychological treatment on cancer patients: a critical review. *Psychossomatic Med*, 54: 489-517, 1992.
23. Derogatis, L.R.; Morrow, G.R.; Fetting, J. et al. - The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249: 751-757, 1983.
24. Koller, M.; Kussman, J., Lorenz, W. et al. - Symptom Reporting in Cancer Patients. The role of Negative affect and Experienced social stigma. *Cancer*, 77: 983-95, 1996.
25. Ahmedzai, S. - Recent Clinical Trials of Pain Control: impact on quality of life. *Eur J Cancer*, 31A(Suppl. 6): S2-S7, 1995.
26. Black, P.H. - Central Nervous System-Immune System Interactions: Psychoneuroendocrinology of Stress and its immune consequences. *Antimicrobial Agents and Chemotheapy*, 38(1): 1-6, 1994.
27. Fallowfield, L. - Helping the relatives of patients with cancer. *Eur J Cancer*, 31A(11): 1731-32, 1995.
28. Harrison, J.; Haddad, P.; Maguire, P. - The Impact of Cancer on Key Relatives: a comparison of relative and patient concerns. *Eur J Cancer*, 31A(11): 1736-40, 1995.
29. Deitos, F.H.; Staats, C.G.; Lima, G.L.; Lopes, S.V.; Antonello, F.; Nascimento, L.L.; Gaspary, J.F.P. - Estresse e depressão, alterações neuroendócrinas e conseqüências imunológicas. *Inform Psiq*, 15(3): 83-89, 1996.
30. Breyer, J.- The adjustment of siblings of pediatric cancer patients - a sibling and parent perspective. *Psycho-Oncology*, 2:201-208, 1993.
31. Welch, A.S.; Wadsworth, M.E.; Compas, B.E. - Adjustment of children and adolescents to parental cancer - Parents' and Children's perspectives. *Cancer*, 77: 1409-18, 1996.
32. Ader, R.; Cohen, N.; Felten, D. Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system. *Lancet*, 345: 99-103, 1995.
33. Khansari, D.N.; Murgu, A.J.; Faith, R.E. - Effects of stress on the immune system. *Immunol Today*, 11: 170-5, 1990.
34. Ader, R. - On the Clinical relevance of Psychoneuroimmunology. *Clin Immunol Immunopathol*, 64(1): 6-8, 1992.
35. Shea, J.D.; Burton, R.; Girgis, A. - Negative affect, absorption, and immunity. *Physiology & Behavior*, 53: 449-457, 1993.

36. Kiecolt-Glaser, J.K.; Glaser, R. - Psycho-neuroimmunology: Can Psychological interventions modulate immunity? *J Consulting Clin Psychol*, 60(4): 569-75, 1992.
37. Preger, J.; Gauer, G.C.; Von Mühlen, C.A. - Sistema Neuroendócrino e Atividade Imune no Estresse e Depressão. *Psiquiatr Biol*, 3(1): 14-25, 1995.
38. Ader, R.; Felton, D.; Cohen, H. - Interactions between the brain and the immune system. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 30: 561-602, 1990.
39. Cohen, S. - Psychological stress and susceptibility to upper respiratory infections. *Am J Respir Crit Care Med*, 152: S53-S58, 1995.
40. Waldhauser, F.; Ehrhart, B.; Förster, E. - Clinical aspects of the melatonina action: impact of development, aging, and puberty, involvement of melatonin in psychiatric disease and importance of neuroimmunoendocrine interactions. *Experientia*, 49: 671-681, 1993.
41. Watkins, A.D. - The role of alternative therapies in the treatment of allergic disease. *Clinical and Experimental Allergy*, 24: 813-25, 1994.
42. Reiche, E.M.; Inouye, M.M.; Pontello, R. - Visão atual: a psiconeuroimunologia. *Semina*, 12(2): 91-94, 1991.
43. Glaser, R.; Kiecolt-Glaser, J. - Stress-associated immune suppression and acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Adv Biochem Psychopharmacol*, 44: 203-15, 1988.
44. O'Learly, A. - Stress, Emotion, and Human Immune Function. *Psychological Bull*, 108(3): 363-382, 1990.
45. Kiecolt-Glaser, J.K.; Glaser, R. - Psycho-neuroimmunology and health consequences: data and shared mechanisms. *Psychosom Med*, 57(3): 269-74, 1995.
46. Whiteside, T.L.; Herberman, R.B. - The role of natural killer cells in human disease. *Clin Immunol Immunopathol*, 53: 1-23, 1989.
47. Brittenden, J.; Heys, S.D.; Ross, J. et al. - Natural Killer Cells and Cancer. *Cancer*, 77: 1226-43, 1996.
48. Holmes, G.P.; Kaplan, J.E.; Gantz, N.M. et al. - Chronic fatigue syndrome: a working case definition. *Ann Int Med*, 108: 387-89, 1988.
49. Vollhardt, L.T. - Psychoneuroimmunology: a literature review. *Amer J Orthopsychiat*, 61(1): 35-47, 1991.
50. Irwin, M.; Lacher, U.; Caldwell, C. - Depression and reduced natural killer cytotoxicity: a longitudinal study of depressed patients and control subjects. *Psychological Med*, 22: 1045-1050, 1992.
51. Lin, C.C.; Kuo, Y.C.; Huang, W.C.; Lin, C.Y. - Natural Killer Cell activity in lung cancer patients. *Chest*, 92: 1022-24, 1987.
52. Boyce, W.T.; Jensen, E.W.; Cassel, J.C.; Collier, A.M.; Smith, A.H.; Ramey, C.T. - Influence of life events and family routines on childhood respiratory tract illness. *Pediatrics*, 60: 609-15, 1977.
53. Jacobs, M.A.; Spilken, A.Z.; Norman, M.M.; Anderson, L.S. - Life stress and respiratory illness. *Psychosom Med*, 32: 233-42, 1970.
54. Schindler, B.A. - Stress, affective Disorders, and immune function. *Med Clin North Am*, 69(3): 585-597, 1985.
55. Fawzy, F.L.; Fawzy, N.W.; Arndt, L.A.; Pasmau, R.O. - Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 100-113, 1995.
56. Goldberg, R.J. - Diagnostic dilemmas presented by patients with anxiety and depression. *Am J Med*, 98: 278-284, 1995.
57. Siegel, K.; Yates, J.W. - Psychosocial barriers to employment of the cancer survivor. *J Psychosoc Oncology*, 5: 97-109, 1988.
58. Fawzy, F.L.; Kemeny, M.E.; Fawzy, N.W. et al. - A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. *Arch Gen Psychiatry*, 47: 729-735, 1990.

59. Fawzy, F.L.; Fawzy, N.W.; Hyun, C.S. et al. - Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 681-689, 1993.
60. Molin, C.; Arrigo, C. - Clinical Trials and Quality of Life Assessment: the nurses's viewpoint. *Eur J Cancer*, 31A(Suppl. 6): S8-S10, 1995.
61. Cohen, S.R.; Mount, B.M.; Tomas, J.N.; Mount, L.F. - Existencial Well-Being is an important determinat of quality of life. Evidence from the McGill quality of life questionnaire. *Cancer*, 77: 576-86, 1996.