



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO): Construção e
Validação de um Instrumento de Triagem para Pacientes com Câncer**

Juciléia Rezende Souza

Brasília, abril de 2014



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO): Construção e
Validação de um Instrumento de Triagem para Pacientes com Câncer**

Juciléia Rezende Souza

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

ORIENTADORA: PROFa. Dra. ELIANE MARIA FLEURY SEIDL

Brasília, abril de 2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 1015718.

Souza, Juciléia Rezende.
S729i Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO)
 : construção e validação de um instrumento de triagem
 para pacientes com câncer / Juciléia Rezende Souza. --
 2014.
 xvi, 179 f. : il. ; 30 cm.

 Tese (doutorado) - Universidade de Brasília, Instituto
 de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Processos
 de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2014.
 Inclui bibliografia.
 Orientação: Eliane Maria Fleury Seidl.

 1. Câncer - Pacientes. 2. Psicologia. I. Seidl, Eliane
 Maria Fleury. II. Título.

ODU 159.9:616-006.6

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

TESE DE DOUTORADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl - Presidente
Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz - Membro
Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília

Prof. Dr. Prof. Dr. Hartmut Gunther - Membro
Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília

Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso - Membro
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Dra. Sílvia Maria Gonçalves Coutinho – Membro
Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal – Brasília

Profa. Dra. Paula Elaine Diniz dos Reis – Suplente
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

*Frases extraídas do livro O Imperador de Todos os Males
{Uma biografia do CÂNCER} de Mukherjee, S. (2012)*

“O câncer, repetia sempre, era uma doença total – uma moléstia que agarrava o paciente não apenas pelo lado físico, mas também pelo psíquico, pelo social e pelo emocional. Só uma ação multidisciplinar teria chance de vencer a doença. Ele dava a esse conceito o nome de ‘cuidado total’.” Sobre Sidney Farber, pai da quimioterapia moderna.

“Uma mudança de ênfase na pesquisa, da pesquisa de tratamento para a pesquisa de prevenção, parece necessária se quisermos que haja progresso substancial na luta contra o câncer...”

“A rota para o sucesso de um exame de rastreamento é, portanto, surpreendentemente longa e estreita. O exame precisa evitar as armadilhas do excesso e da insuficiência de diagnóstico e alcançar aquele delicado equilíbrio entre especificidade e sensibilidade.”

"O comportamento é uma matéria difícil, não porque seja inacessível, mas porque é extremamente complexo. O comportamento (...) é mutável, fluido e evanescente e, por esta razão, faz grandes exigências técnicas à engenhosidade e energia do cientista." (Skinner, 1953, p. 15)

Agradecimentos

Com esta tese encerro mais uma etapa da minha vida, que foi repleta de sonhos, desafios, entrega, crescimento e, felizmente, muito apoio.

Na tese discorri sobre o processo de ajustamento psicológico ao câncer, mas no dia a dia vivenciei o processo de ajustamento ao doutorado. Lancei mão do meu repertório de enfrentamento anterior, desenvolvi novas estratégias e revisei outras. Senti medo, euforia, me desesperei em alguns momentos mas, apesar do distress vivenciado, fui conseguindo me adaptar. Tive muito apoio social para chegar até aqui, tanto para lidar com questões práticas como para ajudar a manejar minhas incontáveis emoções, várias vezes exacerbadas por outros estressores que cruzaram meu caminho. Foi um período inesquecível da minha vida, do qual saio modificada – espero eu, melhorada –, e ainda mais apaixonada pela pesquisa em psicologia da saúde.

Sem me esquecer das tantas outras pessoas que estiveram ao meu lado, aproveito este espaço para agradecer àqueles que contribuíram diretamente para a realização desse trabalho, por quem tenho enorme carinho, gratidão e respeito.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl, exemplo de profissional competente, que por vezes “abraça o mundo com as pernas”, mas nunca nos abandona e sempre traz contribuições importantes a cada encontro. Foi um prazer ter a sua companhia ao longo desses quatro anos, sou grata pela oportunidade de aprender e conviver com você.

Ao Prof. Dr. Luiz Pasquali, que conseguiu, durante suas brilhantes aulas, finalmente me fazer compreender um pouco mais sobre psicometria, e me guiou, por meio dos seus livros, durante todo o processo de construção e validação do IRPO.

Ao meu marido, que me conheceu ao ingressar no mestrado e conviveu desde então com uma pessoa quem nem sempre podia estar disponível. Obrigada por ter apostado em nossa relação, ficado ao meu lado, me ajudado com revisões e elaboração de figuras e, acima de tudo, por ter dado o seu máximo a cada momento. Te amo!

À minha família, meu refúgio predileto, a quem agradeço pelo amor demonstrado e por todo apoio que me deram no momento mais difícil que vivi, quando passei por uma cirurgia e parei tudo

em meio ao doutorado. Obrigada pela companhia, pelas refeições cuidadosas e pelo carinho. Não sou nada sem vocês!

Às amigas da pós-graduação, Marcela Abreu, Marina Kholtdorf, Lilian Meire e Isabelle Chariglione pelas trocas acadêmicas, pelo apoio social e pela amizade construída.

À equipe de psicologia do CACON/HUB pelo apoio constante, por serem amigos e participarem também da pesquisa como auxiliares: Nadielle Lira, Larissa Sorayane, Narjara Pedrosa e Isabella Gontijo. Obrigada por acreditarem na proposta de desenvolver uma ferramenta melhor de triagem psicológica para os nossos e outros pacientes com câncer. Sem vocês e minha querida amiga e auxiliar, Lourdinha Margato, eu não conseguiria. Agradeço também às auxiliares Silvia Macedo e Thais Pires.

Ao novo amigo Daniel “Único”, que me ajudou a desbravar alguns caminhos no universo da psicometria.

Aos membros da banca, que gentilmente aceitaram o convite para avaliar e contribuir para o aprimoramento desse trabalho: Profa. Elizabeth Queiroz, Prof. Dr. Prof. Dr. Hartmut Gunther, Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso; Dra. Silvia Maria Gonçalves Coutinho e Profa. Dra. Paula Elaine Diniz dos Reis.

Agradeço à toda a equipe do Centro de Câncer do Hospital Universitário de Brasília, que acolheu a pesquisa e possibilitou a coleta de dados.

E, finalmente, agradeço a todos os participantes, que compartilharam um pouquinho da sua vida durante as entrevistas e muitas vezes demonstraram uma enorme satisfação em colaborar. Foi surpreendente e gratificante conhecer tantos mundos em um pequeno espaço de tempo.

Muito Obrigada!

Resumo

A presente pesquisa teve como objetivo elaborar e validar um instrumento de triagem psicológica para identificar pacientes oncológicos com risco de má adaptação, possibilitando o encaminhamento precoce para acompanhamento psicológico. Para tal, elaborou-se um modelo teórico sobre o processo de ajustamento em oncologia, baseado em informações presentes na literatura que indicaram que a adaptação psicológica depende, em grande parte, da forma como os pacientes percebem a doença, enfrentam os estressores associados e da qualidade da rede de suporte social. A pesquisa foi dividida em três estudos sucessivos: Estudo 1 – elaboração do instrumento; Estudo 2 – análise da validade e fidedignidade; Estudo 3 – análise da validade preditiva e normatização. No Estudo 1 realizou-se uma revisão sistemática da literatura entre 2002 e 2012 na busca de preditores significativos de adaptação psicológica e selecionou-se os mais prevalentes: enfrentamento, suporte social, percepção de doença, afetividade negativa/*distress*. Em seguida, selecionou-se itens de escalas que avaliavam tais preditores para compor o instrumento denominado Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO). No Estudo 2, o IRPO foi aplicado a 300 pacientes com câncer – 192 mulheres e 108 homens – e realizou-se análises fatorial e de confiabilidade. Foram identificados cinco fatores em 27 itens: *distress* ($\alpha=0,902$); suporte social emocional ($\alpha=0,838$); enfrentamento ativo ($\alpha=0,706$); suporte social instrumental ($\alpha=0,904$); percepção negativa da doença ($\alpha=0,783$). Também identificou-se bom índice de confiabilidade ($\alpha=0,90$) para o escore geral, denominado Índice Geral de Risco (IGR). Em relação ao IGR, considerando que a literatura indica que em média 40% dos pacientes com câncer apresentarão dificuldade para se adaptar (percentil 60), estabeleceu-se o escore 59 como ponto de corte. As correlações entre os fatores e as variáveis sociodemográficas e médico-clínicas refletiram resultados identificados na literatura. No Estudo 3, a validade preditiva do IRPO foi avaliada utilizando-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) como critério e testou-se o modelo teórico desenvolvido. Participantes: 98 pacientes - 74 mulheres e 24 homens. Além de manter boa estabilidade em sua estrutura fatorial, as análises de regressão linear mostraram boa capacidade preditiva em relação a HAD ($R^2=0,594$). Diferente do previsto no modelo teórico inicial, identificou-se efeito de mediação do fator enfrentamento ativo em relação aos fatores suporte social emocional e instrumental. Verificou-se que a variável sexo contribuiu para aumentar a capacidade explicativa do modelo ($R^2=0,649$). Em relação ao ponto de corte, verificou-se similaridade com o Estudo 2: escore 55 pelo percentil 60 e escore 56 pela análise de regressão múltipla. Optou-se pelo escore 55, considerando que a sensibilidade é um aspecto mais importante em instrumentos de triagem. Quanto à validade discriminante, o IRPO distinguiu apenas entre o sexo dos participantes. Com base nos resultados verificou-se, em termos gerais, que o IRPO apresenta parâmetros psicométricos adequados e generalizáveis para a população de pacientes adultos com câncer, que não estejam em cuidados paliativos exclusivos. Sendo assim, o IRPO pode contribuir para a triagem psicológica, identificando pacientes em risco de má adaptação e favorecendo seu atendimento em serviços de psicologia, o que pode contribuir para a qualidade da atenção prestada em oncologia.

Palavras-chave: adaptação psicológica; ajustamento emocional; triagem; psico-oncologia.

Abstract

The objectives of this research were to develop and validate a psychological screening instrument in order to identify cancer patients at risk for poor adjustment, allowing the early referral for psychological counseling. To this end, was elaborated a theoretical model about adjustment process in oncology based on information available in the literature that indicated that psychological adaptation depends largely on the way that patients perceive illness, coping with associated stressors and the quality of the social support network. The research was divided into three successive studies: Study 1 - development of the instrument; Study 2 - analysis of validity and reliability; Study 3 - analysis of predictive validity and standardization. In Study 1 was conducted a systematic review of literature between 2002 and 2012, in the search for significant predictors of psychological adaptation and it was selected the most prevalent: coping, social support, perception of illness, negative affectivity/distress. Then, were selected items of scales that measured such predictors to compose the instrument entitled Psychological Risk Indicator in Oncology (PRIO). In Study 2, the PRIO was administered to 300 cancer patients - 192 women and 108 men - and was carried out factorial and reliability's analysis. Five factors were identified in 27 items: distress ($\alpha = 0.902$); emotional social support ($\alpha = 0.838$); active coping ($\alpha = 0.706$); instrumental social support ($\alpha = 0.904$); negative perception of illness ($\alpha = 0.783$). Also was identified good level of reliability ($\alpha = 0.90$) for the general test score, intitled General Risk Index (GRI). Regarding the GRI, considering that literature suggests that on average 40% of cancer patients will present difficulty to adapting (60th percentile), it was established the score 59 as the cut-off point. The correlations between the factors, and the sociodemographic and medical-clinical variables reflected outcomes from literature. In Study 3, the predictive validity of PRIO was assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) as a criterion and the developed theoretical model was tested. Participants: 98 patients - 74 women and 24 men. In addition to maintaining good stability in its factorial structure, linear regression analysis demonstrated good predictive power regarding HAD ($R^2 = 0.594$). Different from initial theoretical model it was identified mediation effect of active coping factor on the emotional and instrumental social support factors. It was found that sex contributed to increase the explanatory power of the model ($R^2 = 0.649$). Regarding the cut-off point, there was similarity with Study 2: score 55 by 60th percentile and score 56 by multiple regression analysis. It was chosen the score 55, considering that sensitivity is a most important aspect of screening tools. Regarding discriminant validity, the PRIO has distinguished only among the gender of the participants. Based on the outcomes it was verified, in general terms, that the PRIO has good and generalizable psychometric properties for the adult cancer patients population who are not in exclusive palliative care. Thus, the PRIO can contribute to psychological screening, identifying patients at risk of poor adaptation and favoring its attendance in psychological services, which can contribute to the quality of care provided in oncology.

Key words: psychological adaptation; emotional adjustment; screening; psycho-oncology.

Sumário

	Pág.
Resumo	vii
<i>Abstract</i>	viii
Apresentação	1
Capítulo 1 – Revisão de Literatura	5
1.1 Adaptação Psicológica às doenças crônicas	5
1.2 Adaptação Psicológica ao Câncer	13
1.3 O Enfrentamento do Câncer e seus Tratamentos	18
1.4 O Papel da Percepção sobre o Câncer no Processo de Ajustamento	24
1.5 O Papel do Suporte Social na Adaptação do Paciente com Câncer	27
1.6 <i>Distress</i> e Estados de Humor: Indícios de Risco Psicológico em Pacientes com câncer	32
1.7 Triagem Psicológica (<i>Screening</i>) para Pacientes com Câncer	35
Capítulo 2 – Objetivos e Hipóteses	44
2.1 Objetivos	44
2.2 Modelo Teórico	44
Capítulo 3 – Método	46
3.1 Delineamento	46
3.2 Participantes	47
3.3 Considerações Éticas	48
Capítulo 4 – Estudo 1: Elaboração do Instrumento – Polo Teórico	49
4.1 Delineamento	49
4.2 Procedimentos de Coleta de Dados	50
4.3 Resultados	51
4.4 Definições Constitutivas e Relação de Itens	55
4.4.1 Enfrentamento	55
4.4.2 Suporte Social	56
4.4.3 Afeto negativo/ <i>distress</i>	58
4.4.4 Percepção de doença	58
Capítulo 5 – Estudo 2: Análise da Dimensionalidade e Fidedignidade do IRPO – Polos Experimental e Analítico	60
5.1 Delineamento	60
5.2 Procedimentos de Coleta de Dados	60
5.3 Procedimentos de Análise de Dados	61
5.4 Instrumentos	61
5.5 Resultados	62
5.5.1 Análise fatorial do IRPO	65
5.5.1.1 Fatorabilidade da Matriz	65
5.5.1.2 Extração dos fatores	67
5.5.2 Análise de Confiabilidade	69
5.5.3 Normatização do IRPO	75

Capítulo 6 – Estudo 3: Análise da Validade Preditiva e Discriminante do IRPO – Polo Analítico	78
6.1 Delineamento	78
6.2 Procedimentos de Coleta de Dados	78
6.3 Instrumentos	79
6.4 Procedimentos de Análise de dados	80
6.5 Resultados	80
6.5.1. Análise dos pressupostos para análises de regressão.	85
6.5.2 Avaliação da estabilidade da estrutura fatorial	86
6.5.3 Validade preditiva e análise do modelo proposto	88
6.5.3.1 Ajuste do modelo	90
6.5.3.2 Análise do efeito de mediação	91
6.5.4 Análise das hipóteses	93
6.5.5 Análise do modelo teórico de adaptação ao câncer proposto	96
6.5.6 Padronização do ponto de corte do IRPO	97
6.5.7 Análise da validade discriminante	99
6.6 Orientações e Normas para Utilização do IRPO	103
Capítulo 7 – Discussão	104
7.1 Estudo 1 - Elaboração do Instrumento – Polo Teórico	104
7.2 Perfil dos Participantes nos Estudos de Validação: Estudos 2 e 3	105
7.3 Estudo 2 - Análise da Dimensionalidade e Fidedignidade do IRPO	107
7.4 Estudo 3 - Análise da Validade Preditiva e Discriminante do IRPO	108
Capítulo 8 – Considerações Finais	115
Referências	119
Apêndices	134
Apêndice A - Estudo Preliminar: Análise da Validade da Escala <i>Psychosocial Screen for Cancer</i> (PSSCAN)	135
Apêndice B – Autorização do Autor para Uso da PSSCAN	145
Apêndice C – Relação de Preditores Identificados por Artigo (N=77)	146
Apêndice D – Estudo Piloto: Validação do Conteúdo do IRPO	155
Apêndice E – Instrumentos Utilizados no Estudo Piloto	159
Apêndice F – Instrumentos Utilizados no Estudo 2	166
Apêndice G – Instrumentos Utilizados no Estudo 3	171
Apêndice H – Modelo Final do IRPO com Crivo de Correção	176

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1. Frequência das Variáveis Significativamente Predictoras de Adaptação Psicológica em Pacientes Oncológicos, Identificadas na Literatura Científica entre 2002 e 2012	53
Tabela 2. Itens sobre Enfrentamento Seleccionados para Constituir o IRPO	56
Tabela 3. Itens sobre Suporte Social Seleccionados para Constituir o IRPO	57
Tabela 4. Itens sobre <i>Distress</i> Seleccionados para Constituir o IRPO	58
Tabela 5. Itens Sobre Percepção de Doença Seleccionados para Constituir o IRPO	59
Tabela 6. Apresentação dos Itens que Compuseram a Versão da IRPO Submetida à Análise Fatorial	62
Tabela 7. Características Sociodemográficas dos Participantes do Estudo 2 (N=300)	63
Tabela 8. Resultado da Análise Paralela Utilizando-se Simulação tipo Monte-Carlo (N=254)	67
Tabela 9. Matriz de Correlações entre os Cinco Fatores Extraídos (N=254)	69
Tabela 10. Solução Fatorial, Resultado da Extração de Fatores pelo Método Oblimin, com as Cargas Fatoriais, Comunalidades e <i>Alphas</i> de Cronbach dos Fatores do IRPO em Amostra de Pacientes Adultos com Câncer (n = 254)	71
Tabela 11. Escores Médios dos Fatores Extraídos da Escala IRPO, Obtidos pelo Método de Soma (N=254)	72
Tabela 12. Correlação de Spearman entre os Fatores e entre Esses e as Variáveis Sócio-demográficas e Médico-Clinicas no Estudo 2 (N=254)	73
Tabela 13. Correlação de Spearman entre o Escore Geral (IGR) e as Variáveis Sociodemográficas e Médico-Clinicas (N=254)	75
Tabela 14. Características Sociodemográficas dos Participantes do Estudo 3 (N=98)	81
Tabela 15. Valores de Tolerância e Fatores de Inflação da Variância (FIV) das Variáveis Predictoras	85
Tabela 16. Teste de Normalidade para as Variáveis do Estudo 3	86
Tabela 17. Comparação dos Resultados da Análise Fatorial Realizada Após a Aplicação do IRPO nos Estudos 2 (N=254) e 3 (N=90)	87
Tabela 18. Comparação do Índice de Confiabilidade do IRPO nos Estudos 2 (N=254) e 3 (N=90)	87
Tabela 19. Comparação entre as Médias Ponderadas Após a Aplicação do IRPO nos Estudos 2 (N=254) e 3 (N=90)	88
Tabela 20. Correlação de Spearman entre as Variáveis Analisadas no Estudo 3 (N=98)	89
Tabela 21. Modelo de Previsão do Escore Geral da HAD a Partir dos Fatores do IRPO (N=90)	90
Tabela 22. Análise da Contribuição Individual dos Fatores na Previsão do <i>Distress</i>	92
Tabela 23. <i>Análise da Contribuição Individual dos Fatores Suporte Social Emocional e Instrumental na Variância dos Demais Fatores Incluídos no Modelo de Regressão</i>	92
Tabela 24. Análises de Regressão Múltipla para Verificar Relações de Mediação	93

Tabela 25. Modelo de Previsão do Escore Geral da HAD a Partir do Escore Geral do IRPO (N=90).	94
Tabela 26. Análises de Regressão Múltipla para Avaliar a Inclusão das Variáveis Sexo e Nível de Dor no Modelo Geral dos Fatores	95
Tabela 27. Diferenças de Médias para os Fatores do IRPO e da HAD de Acordo com o Sexo dos Participantes do Estudo 3 (n = 90)	100
Tabela 28. Diferenças de Médias para os Fatores do IRPO e da HAD de Acordo com o Nível de Dor dos Participantes do Estudo 3 (n = 90)	101
Tabela 29. Diferenças de Médias para os Fatores do IRPO e da HAD de acordo com a Realização de Acompanhamento Psicológico dos Participantes do Estudo 3 (n = 88)	102
Tabela 30. Diferenças de Médias entre Mulheres e Homens, que Participaram do Estudo 3, em Função do Escore Indicativo de Risco na IRPO (n = 90).	102

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Ilustração do modelo de ajustamento proposto por Stanton e Revenson (2011).	9
Figura 2. Ilustração do processo de ajustamento ao câncer segundo o modelo teórico proposto para embasar o desenvolvimento do IRPO .	45
Figura 3. Organograma para elaboração de medida psicológica adaptada de Pasquali (2010).	47
Figura 4. Síntese do processo de seleção de artigos durante a revisão de literatura.	52
Figura 5. Distribuição (%) dos participantes de acordo com o tempo transcorrido desde o diagnóstico até a participação no Estudo 2 (N=257).	64
Figura 6. Distribuição (%) dos tipos de câncer dos participantes do Estudo 2 (N=300).	64
Figura 7. Distribuição (%) do nível de dor dos pacientes no momento da entrevista, avaliado com uso da escala EVA no Estudo 2 (N=300).	65
Figura 8. Diagrama de declividade representando a indicação de fatores a serem retidos a partir dos dados obtidos após análise dos componentes principais (N=254).	67
Figura 9. Distribuição dos escores no IGR do IRPO com a representação do ponto de corte no Percentil 60 (N=254).	77
Figura 10. Distribuição (%) de pacientes (N=98) de acordo com o tempo transcorrido desde o diagnóstico até a participação no Estudo 3.	82
Figura 11. Distribuição (%) dos tipos de câncer dos participantes do Estudo 3 (N=98).	82
Figura 12. Distribuição (%) do nível de dor dos pacientes no momento da entrevista, avaliado com uso da escala EVA no Estudo 3 (N=98).	83
Figura 13. Distribuição (%) dos tratamentos em curso dos participantes do Estudo 3 (N=98).	83
Figura 14. Distribuição (%) de pacientes por quantidade de sintomas relatados no momento da entrevista durante o Estudo 3 (N=98).	84
Figura 15. Distribuição (%) de participantes do Estudo 3 por estadiamento do câncer ao diagnóstico (N=58).	84
Figura 16. Análise gráfica dos resíduos padronizados obtidos a partir das análises do modelo de regressão geral dos fatores do IRPO no Estudo 3. Fatores: enfrentamento ativo, percepção negativa da doença e <i>distress</i> .	91
Figura 17. Diagrama de probabilidade normal dos resíduos obtidos a partir das análises do modelo de regressão no Estudo 3, fatores: enfrentamento ativo, percepção negativa da doença e <i>distress</i> .	91
Figura 18. Análise gráfica dos resíduos padronizados obtidos a partir das análises do modelo de regressão utilizando o escore geral do IRPO no Estudo 3.	94
Figura 19. Análise gráfica dos resíduos padronizados obtidos a partir das análises do modelo de regressão incluindo a variável sexo e fatores do IRPO - enfrentamento ativo, percepção negativa da doença e <i>distress</i> .	96
Figura 20. Ilustração do processo de ajustamento ao câncer, incluindo os valores de <i>Beta</i> , segundo o modelo empírico testado através de análises de regressão múltipla a partir dos fatores do IRPO (Estudo 3).	97

Figura 21. Distribuição dos escores no fator geral do IRPO (IGR) com a representação do ponto de corte no Percentil 60 (N=90). 98

Figura 22. Reta de regressão entre o fator geral do IRPO (IGR) e o escore geral da HAD (*distress*) no Estudo 3 (N= 90). 99

Lista de Siglas

BDI – Inventário Beck de Depressão
BSI – *Brief Symptom Inventory*
CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CES-D – *Centre for Epidemiological Studies Depression Scale*
CSI – *Coping Strategy Indicator*
DAAS – *Diabetes Acceptance and Action Scale*
E – Estudo
EORTC QLQ-C30 – *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*
EVA – Escala Visual Analógica
FIV – Fator de Inflação da Variância
HAD – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
HUB – Hospital Universitário de Brasília
GPRI - *Genetic Psychosocial Risk Instrument*
IGR – Índice Geral de Risco
INCA – Instituto Nacional de Câncer
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IPQ – *Illness Perception Questionnaire*
IRPO – Indicador de Risco Psicológico em Oncologia
KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin*
NCCN – National Comprehensive Cancer Network
NCI – National Cancer Institute
PAT - *Psychosocial Screening Tool*
POMS – *Profile of Mood States*
PSSCAN – *Psychosocial Screen for Cancer*
QSG – Questionário de Saúde Geral
SS – Suporte Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD – Termômetro de *Distress*
UK – *United Kingdom*

Apresentação

Começo essa tese falando um pouco sobre mim, sobre sonhos e sobre o trabalho que tento realizar a cada dia. A área da saúde, em especial a oncologia, sempre me encantou e foi objeto de curiosidade. Finalizei minha graduação em 1998, uma época na qual não existia, na minha faculdade, a disciplina psicologia da saúde. Interessada pela área, precisei trilhar um caminho paralelo, buscando formação complementar, participando de congressos e cursando especializações. A cada leitura, um universo de possibilidades se abria à minha frente, mas o trabalho do psicólogo com pacientes oncológicos se tornou meu principal foco de interesse. Durante o Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar, realizado no Instituto de Ensino e Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer de Goiás, fui estagiária na clínica cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília (HUB/UnB) e tive contato com meus primeiros pacientes oncológicos, aprendendo mais com eles do que eles comigo. Em 2001 fui convidada para trabalhar em clínica particular com pacientes em hemodiálise, área nova e instigante, na qual aprendi sobre os desafios enfrentados por quem convive com uma doença grave e crônica.

Passados três anos, fui aprovada em concurso e nomeada psicóloga do HUB, me tornando responsável pelo Serviço de Psicologia da maternidade e da clínica cirúrgica. Como um grande presente, em 2005, fui convidada para participar do Projeto Expande – Projeto de Expansão da Assistência Oncológica, pelo qual o HUB me enviou para cursar um ano de especialização em psicologia oncológica no Instituto Nacional de Câncer (INCA). Tal projeto foi iniciado no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde, em parceria com o INCA, com o objetivo de ampliar a capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a implantação e implementação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e treinamento das equipes. Por esse motivo, decidi deixar a clínica particular para me dedicar à realização do sonho de trabalhar em psico-oncologia.

No Distrito Federal, o HUB foi um dos hospitais selecionados para tornar-se um CACON tipo I, no qual devem ser desenvolvidas, de forma integrada, as modalidades: diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia, medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos. A psicologia se insere neste contexto como uma modalidade de “medida de suporte”, a qual é definida como um conjunto de ações destinadas à sustentação das condições físicas, psicológicas e sociais dos pacientes que necessitam receber as diversas modalidades terapêuticas indicadas para o tratamento de câncer (Brasil, 1998).

Voltando do INCA, em 2006, assumi o Serviço de Psicologia do Centro de Câncer do HUB – atualmente denominado Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) – e, desde então, tenho me empenhado para estruturar o atendimento psicológico de forma a oferecer uma atenção de qualidade ao maior número possível de pacientes. Sendo a única profissional de psicologia do CACON na ocasião, centrei minhas ações no atendimento aos pacientes encaminhados pela equipe ou

que estivessem internados. Com o tempo, percebi que os pacientes poderiam se beneficiar se o atendimento ocorresse desde o início do tratamento oncológico, pois várias dificuldades apresentadas poderiam ser prevenidas com intervenção precoce. Naquele momento, foi elaborada, junto com a equipe médica e do serviço social, uma atividade de acolhimento pela qual passariam todos os pacientes que estivessem iniciando tratamento. Em uma primeira tentativa, apresentava-se o Serviço de Psicologia procurando sensibilizar os pacientes com alguma dificuldade emocional a buscar atendimento profissional.

Devido à baixa adesão no período inicial e manutenção da procura pelo Serviço de Psicologia apenas após o problema emocional se agravar, iniciei uma busca na literatura por estratégias que ajudassem a identificar pacientes com necessidade dessa modalidade de atendimento. Foram encontradas orientações sobre o uso de métodos de triagem (*screening*) psicológica e indicações de uma variedade de escalas para avaliar pacientes já com dificuldades emocionais. Entretanto, como poucas avaliavam fatores de risco, optou-se por uma escala canadense (PSSCAN – *Psychosocial Screening for Cancer Patients*) que se aproximava mais desse objetivo, avaliando suporte social e qualidade de vida, além dos quadros de depressão e ansiedade.

O processo de adaptação para o português e validação da PSSCAN iniciou-se durante meu mestrado no Instituto de Psicologia da UnB, quando foi utilizada para avaliar a eficácia de um programa de intervenção em grupo. Após validada, a escala apresentou limitações para identificar pacientes que, apesar de não terem desenvolvido nenhum distúrbio psicológico, tivessem risco de apresentar dificuldades para se adaptar ao contexto de adoecimento por câncer e seu tratamento. Apesar dessa limitação, o uso da PSSCAN favoreceu a identificação dos pacientes com algum nível de *distress* e seu encaminhamento para atendimento.

A triagem psicológica passou a compor o protocolo do Serviço de Psicologia do Centro de Câncer do HUB desde 2009, se constituindo como a principal porta de entrada para atendimento no ambulatório de psicologia. Entre agosto de 2009 e abril de 2011 foram avaliados 666 pacientes mediante o PSSCAN (média de idade = 54 anos; DP=14,6), sendo 420 mulheres e 246 homens. A maioria dos pacientes (60,6%) estava em convívio marital e cursou apenas até o primeiro grau (65,8%). Em relação ao nível de *distress* identificado ao ingressarem no serviço, 27,30% encontravam-se com *distress* moderado e 42% com *distress* elevado. Tal resultado corroborou os dados apresentados na literatura, os quais apontam que a prevalência de *distress* elevado varia entre 22% a 58% (National Cancer Institute, 2008). Identificou-se ainda ideação suicida em 7,5% dos pacientes, os quais foram incluídos no grupo com *distress* elevado.

Os pacientes identificados com moderado a elevado *distress* eram agendados imediatamente para o serviço de psicologia, enquanto os pacientes com baixo *distress* eram informados que o serviço estaria disponível em caso de necessidade. Verificando o nível de adesão dos pacientes com *distress* elevado ou moderado ao agendamento, identificou-se que 43% compareceram à primeira consulta

psicológica, superando os 30% que a literatura indica como taxa média de adesão (Mitchell, 2010). Tal adesão às consultas após o encaminhamento estava significativamente relacionada ($p>0,05$) ao resultado da avaliação de humor dos pacientes no momento do acolhimento, sendo o comparecimento relacionado positivamente com sinais de ansiedade e negativamente com sinais de depressão identificados com auxílio do PSSCAN. Ademais, de forma surpreendente, 33,5% dos pacientes avaliados com baixo nível de *distress* também buscaram atendimento psicológico, apresentaram demandas importantes e se mantiveram em acompanhamento.

Vale esclarecer que o paciente e seus familiares também podem buscar atendimento por conta própria em qualquer momento do tratamento, serem encaminhados por demais profissionais da equipe ou referenciados para o ambulatório após atendimento pela equipe de psicologia durante internação ou participação no grupo psicoeducacional realizado antes da quimioterapia.

O acompanhamento estruturado dos resultados das triagem alertou que apenas identificar pacientes já em sofrimento psicológico poderia não ser suficiente no momento da oferta de atendimento pelo Serviço de Psicologia, bem como mostrou a importância de se conhecer fatores que podem interferir no ajustamento psicológico do paciente, mesmo quando níveis moderados a elevados de *distress*, ansiedade ou depressão não são identificados. Entretanto, é difícil identificar pacientes que desenvolverão dificuldades emocionais durante o tratamento, dependendo dos demais profissionais da equipe encaminharem os pacientes ou deles buscarem atendimento por conta própria quando o sofrimento psicológico se faz presente. Assim, passou-se a repensar a avaliação inicial e procurar uma forma de identificar quais características podem favorecer ou dificultar o processo de ajustamento no contexto da oncologia.

Foi pelos motivos acima expostos que o tema do doutorado sofreu alterações. No início, o foco estava em terminar a validação da escala canadense e utilizá-la para proceder a triagem de pacientes, elaborar programa de intervenção direcionado às demandas apresentadas durante a triagem e avaliar sua eficácia. Entretanto, durante a finalização do procedimento de validação, verificou-se que tal instrumento apresentava limitações para identificar pacientes que ainda não apresentavam prejuízos em sua saúde mental, como sintomas de depressão ou ansiedade, mas poderiam se beneficiar de acompanhamento psicológico.

Motivada a proceder o aprimoramento da triagem psicológica, passei a me dedicar à elaboração de um instrumento que, além de auxiliar na identificação de pacientes com dificuldades emocionais, pudesse propiciar o reconhecimento de pacientes suscetíveis a desenvolverem problemas psicológicos ao longo do tratamento. Para tal, buscou-se identificar fatores que influenciam no processo de ajustamento e que poderiam ser incorporados à triagem psicológica, complementando a avaliação realizada pela parte da PSSCAN que apresentou boa confiabilidade durante a validação. Assim, o objetivo da tese é apresentar o processo de construção e validação do novo instrumento, nomeado Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO).

No Capítulo 1 está apresentada a revisão da literatura que embasa o desenvolvimento do IRPO, colocando o leitor em contato com os conceitos de adaptação psicológica, enfrentamento, suporte social, percepção de doença e *distress*, como também discutindo aspectos relacionados ao processo de triagem psicológica. No Capítulo 2 encontram-se a descrição das hipóteses e objetivos da pesquisa. No Capítulo 3 descreve-se o método e a organização que foi utilizada para apresentar os diferentes estudos realizados e seus resultados. O Capítulo 4 destina-se à descrição do Estudo 1, o qual se refere ao processo de construção do IRPO. A validação fatorial, a análise da consistência interna do instrumento e a primeira fase do estabelecimento do ponto de corte do IRPO encontram-se no Capítulo 5, que apresenta o Estudo 2. Já o Capítulo 6 é constituído do Estudo 3, no qual realizou-se a análise da validade preditiva do IRPO, o teste das hipóteses que balizaram sua construção e a consolidação do ponto de corte. Dando sequência, os Capítulos 7 e 8 apresentam, respectivamente, a discussão abrangendo os três estudos e as considerações finais sobre a construção e validação do IRPO.

Capítulo 1

Revisão de Literatura

Ao longo da sua existência, o ser humano mostra surpreendente capacidade psicológica para se adaptar às agruras da vida, independente da gravidade e intensidade de situações aversivas vivenciadas – doença, morte de entes queridos, desemprego, violências. Muitos conseguirão voltar a se sentir bem em algum momento e outros até irão apresentar mudanças positivas na percepção sobre si mesmo e de sua qualidade de vida. Entretanto, existem aqueles que terão maior dificuldade para se ajustar e – apesar de nem sempre procurarem –, poderão precisar de ajuda profissional para lidar com o problema em questão. A população alvo do presente estudo é composta por estes últimos, pessoas que em função do diagnóstico de câncer desenvolvem dificuldades psicológicas que prejudicam seu bem-estar emocional e qualidade de vida em geral.

Neste capítulo, serão apresentados os conceitos que nortearam o desenvolvimento do instrumento de triagem psicológica proposto, possibilitando que o leitor acompanhe o processo teórico e prático envolvido na elaboração da escala denominada Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO) e sua posterior validação.

1.1 Adaptação Psicológica às Doenças Crônicas

O termo adaptação aparece na literatura em psicologia ora como sinônimo de ajustamento ora como um construto diferente. Para o presente trabalho será adotada a diferenciação entre esses termos, considerando-se que ajustamento se relaciona ao processo envolvido na resposta que o paciente terá para lidar com as mudanças provocadas pela doença, enquanto adaptação representa o resultado desse processo de ajustamento. Tal diferenciação está de acordo com as explicações de Pais-Ribeiro et al. (2010a) sobre adaptação e ajustamento. Para esses autores, adaptação é a mudança que ocorre na estrutura de personalidade, na percepção, na interação com o meio ambiente ou no comportamento do indivíduo como resultado da forma como enfrenta os estressores associados ao adoecimento. Por outro lado, ajustamento é a relação dinâmica entre esse indivíduo e as necessidades impostas pelo contexto de adoecimento, envolvendo o processo de lidar com as situações vivenciadas ao longo do adoecimento.

Doenças crônicas não podem ser curadas, mas devem ser manejadas ao longo da vida do paciente. São doenças que podem se prolongar por toda a vida, exigindo adesão a determinadas orientações e prescrições terapêuticas, bem como necessidade de reeducação e reestruturação da rotina cotidiana. A doença crônica pode ser incapacitante, de aparecimento súbito ou gradual, progressiva ou imutável, potencialmente fatal ou sem interferência na expectativa de vida. Pode também se manifestar de forma muito diferente em indivíduos com a mesma enfermidade, dependendo de fatores relacionados ao contexto de vida. A pessoa acometida por doença crônica não mais retornará ao seu estado de saúde anterior e precisará se ajustar às mudanças em diversos

domínios de sua vida. Em média, para 30% dos pacientes a fase de ajustamento será prolongada e algumas vezes sem sucesso (Pais-Ribeiro et al., 2010b; Ridder, Geenen, Kuijer, & Van Middendorp, 2008; Sidell, 1997; Stanton, Revenson, & Tennen, 2007).

O diagnóstico de uma doença crônica pode ameaçar dimensões essenciais da vida de uma pessoa, podendo afetar os domínios físico, emocional, laboral, conjugal, familiar, social, financeiro e espiritual, levando à mobilização de recursos psicológicos na tentativa de se ajustar diariamente às mudanças e lidar com a incerteza sobre o futuro (Sidell, 1997). Devido ao impacto causado por uma condição crônica na vida dos pacientes, diferentes aspectos relacionados à sua adaptação tem sido estudados nas últimas décadas buscando aumentar a compreensão sobre os fatores que contribuem ou dificultam o processo de ajustamento após o diagnóstico.

Uma das possibilidades é procurar conhecer o que diferencia o indivíduo que conseguirá se adaptar bem daquele que apresentará prejuízo emocional e interpessoal. Nesse sentido, tem-se construído modelos teóricos para explicar tal processo e os determinantes envolvidos, como também para definir adaptação positiva ou negativa. Segundo Hoyt e Stanton (2012), com o intuito de descrever melhor o processo de ajustamento à doença crônica, pesquisadores estão incorporando variáveis cognitivas, emocionais, sociais e físicas aos conceitos desenvolvidos, relacionando adaptação com: (a) controle sobre as tarefas adaptativas relacionadas ao adoecimento; (b) ausência de desordem psicológica (ex.: desordens de ajustamento, depressão ou ansiedade; distúrbios do humor); (c) relativamente pouco afeto negativo (ex.: estados de ansiedade, depressão subclínica, *distress*, medo); (d) manutenção de um funcionamento social adequado e dos papéis sociais; (e) percepção de boa qualidade de vida. Tais variáveis estão interrelacionadas, de tal forma que, por exemplo, o estado de saúde e o domínio funcional afetam e são afetados pelo estado de humor do paciente.

As tarefas de ajustamento frente a uma doença crônica geralmente estão associadas à manutenção da autoestima, engajamento na procura de significado para a enfermidade, manejo de sintomas e da dor e preservação do status funcional. Associam-se ainda à busca e compreensão de informações sobre a enfermidade, ao manejo de dificuldades financeiras, enfrentamento de situações de incerteza sobre a doença e seu tratamento, à tentativa de permanecer bem psicologicamente e à manutenção de relações afetivas íntimas (Hoyt & Stanton, 2012; Pais-Ribeiro et al., 2010b; Sidell, 1997; Ridder et al., 2008; Stanton, et al., 2007).

O sucesso em tais tarefas é usualmente utilizado como indicador de melhor adaptação geral. Por outro lado, pesquisadores acabam definindo a adaptação psicológica como presença ou ausência de desordens psiquiátricas, de sintomas psicológicos e de humor negativo (Stanton et al., 2007). Além de utilizar tais parâmetros para avaliar em que grau o paciente está conseguindo se ajustar psicologicamente, pesquisadores também buscam identificar em quais domínios apresenta maior ou menor dificuldade.

O uso de instrumentos para identificar o nível de funcionalidade, qualificar a experiência

com a doença e seus tratamentos e verificar a presença de afetos negativos – principalmente avaliações dos níveis de ansiedade, depressão e *distress* – tem se tornado comum. A ampliação de formas de avaliação com a inclusão de novos parâmetros para estimar o processo de ajustamento à doença, parece ser uma tentativa de transpor a dificuldade para identificar pacientes quando não estão apresentando desordens psicológicas, mas já apresentam algum nível de sofrimento emocional e prejuízos em suas relações, como também aqueles que – mesmo com elevado nível de *distress* –, estão lidando adequadamente com o contexto vivenciado. Afinal, como pontuam Stanton et al. (2007), face a uma doença grave, mesmo pacientes que encontraram um significado positivo para o adoecimento e/ou que lidam adequadamente com as tarefas de ajustamento não estão imunes a um nível significativo de *distress*.

O ajustamento psicológico é descrito com um processo multidimensional, incluindo aspectos intra e interpessoais, que varia de acordo com os atributos individuais e as características de cada fase da doença. Trata-se de um processo dinâmico e singular, no qual o resultado dependerá da interação entre esses fatores. Um mesmo indivíduo pode se adaptar de forma diferente aos diversos domínios de sua vida, como também de acordo com o tipo de enfermidade, suas fases e tratamentos a que for submetido. Sendo assim, apesar das doenças crônicas aumentarem o risco de *distress*, há elevada variabilidade na forma como os pacientes se adaptam a elas. Conhecer e caracterizar como ocorre o processo de ajustamento pode contribuir para a oferta de intervenções psicossociais mais adequadas às necessidades dos pacientes (Hoyt & Stanton, 2012; National Cancer Institute, 2013; Sidell, 1997; Sharpe & Curran, 2006).

O paciente precisa lançar mão de diferentes recursos pessoais e sociais que, dependendo do nível de adequação do resultado, poderão desencadear diferentes estados de humor e respostas psicológicas. Nesse sentido, a presença de afeto negativo e/ou de distúrbios psicológicos revelam que o paciente está com dificuldades para se adaptar, funcionando como um indicador de resultado do processo de ajustamento (Hoyt & Stanton, 2012; Stanton & Revenson, 2011).

A investigação sobre o processo e o resultado do ajustamento deve integrar, segundo Pais-Ribeiro et al. (2010b), variáveis organizadas, pelo menos, nos níveis sistêmico, psicossocial e de resultado. O nível sistêmico inclui variáveis demográficas, médico-clínicas e de personalidade. As variáveis psicossociais abarcam, por exemplo, enfrentamento, humor e crenças espirituais. Dentre os resultados do processo de ajustamento englobam-se avaliações de qualidade de vida, bem-estar subjetivo, sintomas da doença, *distress*, entre outras. Os autores sugerem que a interação entre as variáveis sistêmicas e psicossociais contribui para as variáveis de resultado.

Teorias sobre a adaptação à doença crônica geralmente derivam de estudos sobre o ajustamento à situações estressantes. Os modelos de estresse e enfrentamento enfatizam o uso de estratégias utilizadas pelos pacientes para lidar com as diferentes tarefas e mudanças impostas pelo adoecimento. Eles esclarecem – mais do que outros modelos de ajustamento –, os mecanismos do processo de avaliação e enfrentamento, explicando porque alguns pacientes têm sucesso no

manejo desses estressores enquanto outros falham (Arora, Finney Rutten, Gustafson, Moser, & Hawkins, 2007; Ridder et al., 2008). Destaca-se que, em comum com os demais modelos de adaptação/ajustamento está a noção de que os pacientes desenvolvem representações da doença, as quais são influenciadas por fatores pré-existentes (Sharpe & Curran, 2006).

O modelo transacional de adaptação a experiências estressantes proposto por Lazarus e Folkman (1984) tem embasado construções teóricas que buscam explicar o processo de ajustamento dos pacientes em condição de cronicidade. Este modelo indica que os atributos da situação, os recursos pessoais, a avaliação cognitiva e o repertório de enfrentamento dos indivíduos determinam a adaptação, incorporando os três níveis descritos por Pais-Ribeiro et al. (2010b). Nessa concepção, leva-se em conta, além dos recursos pessoais, sociais e ambientais que o indivíduo possui, sua percepção sobre o evento estressor (avaliação primária) e sua capacidade para lidar com ele e com as emoções relacionadas (avaliação secundária). Implica em esforços cognitivos e comportamentais para manejar as exigências internas e/ou externas específicas do estressor, que ameaçam ou ultrapassam os recursos do indivíduo. Os resultados adaptativos dependerão da forma como o indivíduo avalia o contexto e utiliza seu repertório de enfrentamento frente ao evento estressor (Arora et al., 2007; Hoyt & Stanton, 2012; Lazarus & Folkman, 1984).

A intensidade da ameaça ou dano dependerá da importância que o paciente atribui aos aspectos afetados pelo adoecimento. Assim, quanto mais a doença for compreendida como uma ameaça ou dano, maior a percepção de estresse pelo paciente, que precisará mobilizar mais recursos de enfrentamento. Por esse motivo, o modelo transacional de enfrentamento tem sido associado ao modelo de autorregulação proposto por Leventhal, no qual explica-se a importância da percepção de doença no processo de ajustamento (Arora et al., 2007; Hoyt & Stanton, 2012; Ridder et al., 2008; Stanton & Revenson, 2011; Stanton et al., 2007). Tal modelo será discutido ainda neste capítulo, quando o conceito de percepção de doença for apresentado.

De acordo com as teorias sobre estresse psicológico, os efeitos que esse terá sobre a saúde do indivíduo dependerá de como ele enfrenta o estressor, sendo o enfrentamento um mediador entre o evento estressor e os resultados acarretados. O suporte social e os fatores de personalidade são aspectos que influenciam no processo de enfrentamento, sendo que a disponibilidade e satisfação com o apoio recebido pode proteger o indivíduo dos efeitos adversos do estressor, enquanto os aspectos da personalidade podem associar-se à escolha por determinadas estratégias de enfrentamento (Lehto, Ojanen, & Kellokumpu-Lehtinen, 2005).

Com base no modelo transacional de estresse e considerando sua interação com o modelo de autorregulação, Hoyt e Stanton (2012) desenvolveram um modelo explicativo para descrever o processo de ajustamento a uma doença crônica (Figura 1).

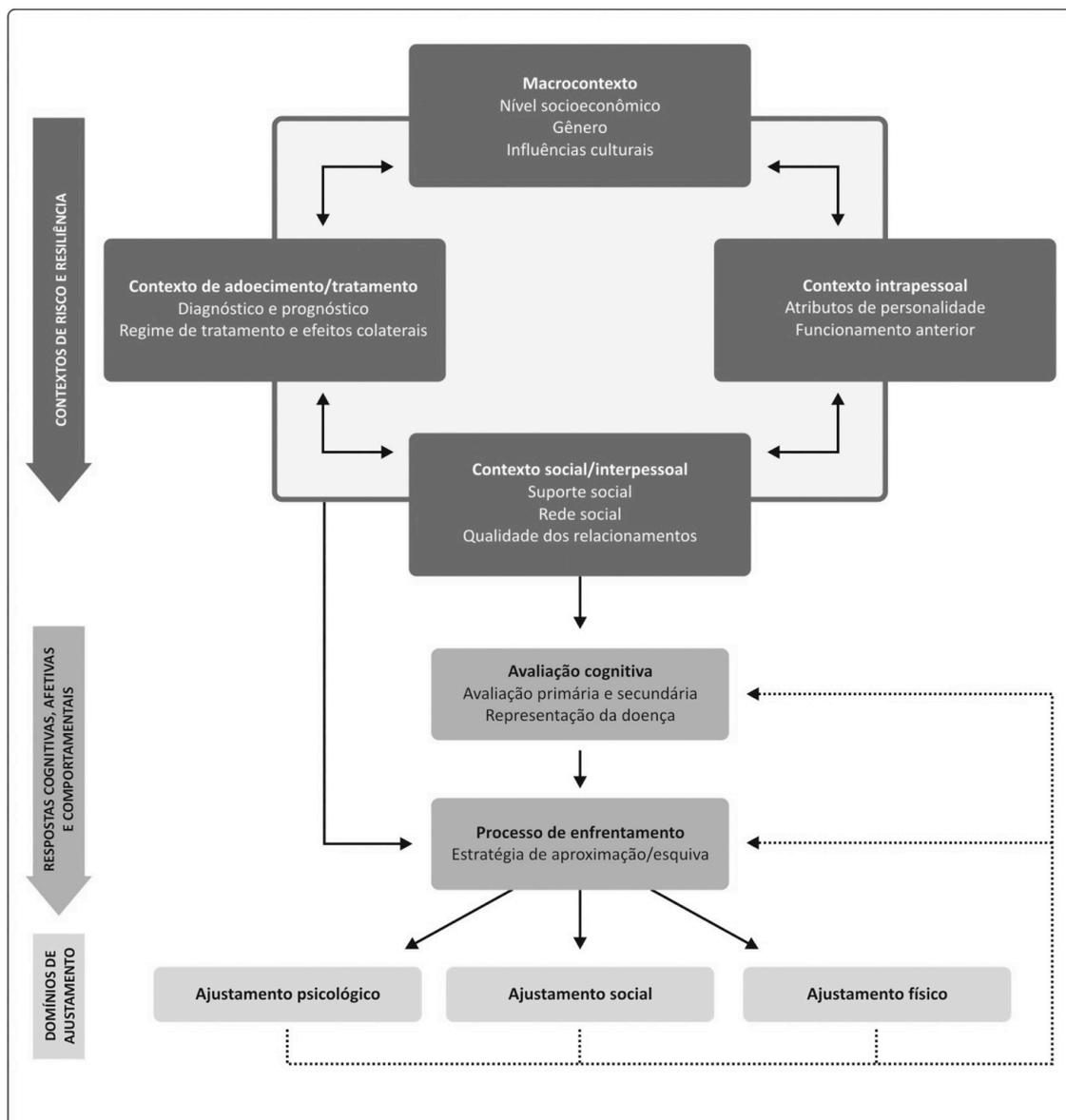


Figura 1. Ilustração do modelo de ajustamento proposto por Hoyt e Stanton (2012).

Como pode ser visto na Figura 1, o modelo abrange variáveis constantemente apontadas na literatura como aquelas que contribuem para uma pior ou melhor adaptação após o diagnóstico de uma doença crônica, sendo elas: raça e etnia, gênero, status socioeconômico, contexto de adoecimento e tratamento, contexto social/interpessoal, contexto intrapessoal, avaliação cognitiva (primária e secundária) e processo de enfrentamento.

Os grupos de pessoas que pertencem a uma raça/etnia compartilham entre si processos psicológicos relacionados ao contexto sócio-histórico vivenciado, como também são expostos a fatores de risco similares. Tais indivíduos tendem a apresentar semelhanças com o grupo social ao qual pertencem, dentre elas a forma de avaliar e reagir diante de algum evento estressor, resultando

em processos de ajustamento que variam de acordo com a cultura, raça e etnia (Hoyt & Stanton, 2012; Stanton & Revenson, 2011). Lazarus e Folkman (1984) já chamavam a atenção sobre a influência do ambiente e da cultura sobre as crenças, emoções e comportamentos dos indivíduos.

A existência de diferenças entre os gêneros na adaptação às condições de cronicidade é bastante conhecida, variando desde o tipo de distúrbio psicológico que acomete mais um gênero do que o outro até o espectro de sintomas que cada um apresentará. Também mudam de acordo com o gênero dos pacientes seus recursos de enfrentamento, a forma de se relacionar com a rede de suporte social, os padrões de respostas psicológicas e os traços de personalidade relacionados ao estilo de socialização. Além dos fatores sócioambientais, a diferença em variáveis biológicas também colabora para a existência de diferenças entre os gêneros (Hoyt & Stanton, 2012; Xavier, Ataíde, Pereira, & Nascimento, 2010).

O status socioeconômico também influencia o processo de ajustamento, com a carência de recursos financeiros aumentando a vulnerabilidade do paciente e contribuindo para dificultar sua adaptação. O nível de escolaridade, a situação ocupacional e a faixa de renda são variáveis que tem efeito sobre a saúde tanto direta quanto indiretamente, interferindo na obtenção de recursos ambientais e/ou psicossociais. Relaciona-se ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde oferecidos e impacta nos indicadores de morbidade e mortalidade. Esse fator pode aumentar a exposição a eventos estressores e afetar vários indicadores de ajustamento, havendo necessidade de lançar mão de mais recursos de enfrentamento. Vale ressaltar que dificuldades no contexto socioeconômico também podem resultar de uma doença que impõe ao paciente a interrupção, transitória ou permanente, de suas atividades laborativas (Hoyt & Stanton, 2012; Sharpe & Curran, 2006; Stanton & Revenson, 2011).

O contexto de doença e tratamento interfere no ajustamento na medida em que impõe as condições com as quais o indivíduo deverá lidar, como o diagnóstico de uma doença crônica, o curso da doença – prognóstico e modalidades de tratamento, efeitos colaterais, sintomas –, a necessidade de mudanças no estilo de vida e as eventuais alterações na aparência. De acordo com a fase da doença e do tratamento, existem diferentes tarefas adaptativas e níveis de estresse. Um mesmo paciente pode ter reações de ajustamento diferentes a cada etapa do tratamento ou de acordo com a evolução da doença. Sua adaptação dependerá de como avaliará a situação e dos recursos de enfrentamento, inter e intrapessoais, de que dispõe (Hoyt & Stanton, 2012; Ridder et al., 2008).

O contexto social/interpessoal influencia na trajetória de adaptação à doença de acordo com a disponibilidade e o acesso do paciente a uma rede de suporte ou, pelo menos, uma fonte de apoio social operacional e/ou emocional. A maioria das tarefas de ajustamento vão demandar suporte social, seja para lidar com as emoções ou com questões práticas. Redes de suporte social funcionam como facilitadores ou complicadores do processo de adaptação, impactando na forma como o paciente avalia e responde ao contexto de adoecimento e tratamento. Podem, por exemplo,

oferecer formas alternativas para avaliar a situação, encorajar a adoção de comportamentos saudáveis, estimular o abandono de comportamentos de risco e proporcionar um ambiente emocionalmente acolhedor. Por outro lado, algumas redes ou fontes de apoio são caracterizadas por conflitos, desaprovação e falta de compreensão. Outro aspecto que vale ser destacado – porque interfere na forma como o paciente avaliará e responderá à situação –, é a influência do nível de congruência entre o que o paciente deseja receber de suas fontes de apoio social e o está sendo disponibilizado efetivamente (Hoyt & Stanton, 2012; Ridder et al., 2008; Sidell, 1997; Sharpe & Curran, 2006; Stanton, Revenson, & Tennen, 2007;).

Os atributos da personalidade do paciente compõe o contexto intrapessoal. A forma do paciente lidar com os estressores presentes em sua vida é influenciada por fatores disposicionais, os quais podem funcionar como protetores ou aumentar o risco de *distress* dependendo de como influenciam as avaliações e reações ao evento estressor. Esses atributos interagem com as demais variáveis para afetar o processo de ajustamento (Brennan, 2001; Hoyt & Stanton, 2012; Pais-Ribeiro, 2010b; Stanton et al., 2007).

A avaliação cognitiva é resultado de diversos fatores e inclui a forma como o paciente compreende o adoecimento, as expectativas sobre como sua vida será afetada – avaliação primária – e a percepção sobre sua capacidade para lidar com o contexto estressor – avaliação secundária. Tanto a avaliação primária como a secundária são partes importantes do processo de ajustamento, sofrendo influência dos aspectos inter e intrapessoais acima listados e influenciando as estratégias de enfrentamento que serão utilizadas. A avaliação primária varia de acordo com a relevância dos planos e atividades de vida ameaçados e o significado pessoal dado à doença. A avaliação secundária, por sua vez, depende da expectativa quanto a capacidade de controlar as diferentes demandas relacionadas à doença. Entretanto, tais expectativas precisam ser congruentes com a realidade para que possam contribuir com a adoção de estratégias de enfrentamento adequadas à situação (Brennan, 2001; Hoyt & Stanton, 2012; Pais-Ribeiro, 2010b; Stanton et al., 2007).

O processo de enfrentamento é a forma como o indivíduo responderá às demandas relacionadas à trajetória da doença e seus tratamentos. Diferentes estratégias de aproximação ou evitação poderão ser utilizadas por uma mesma pessoa com o intuito de se adaptar. A forma como dar-se-á o ajustamento dependerá das estratégias de enfrentamento utilizadas serem ou não adequadas para manejar as tarefas de ajustamento impostas pela condição de cronicidade. A adoção de estratégias de enfrentamento provavelmente é mediada pela interação entre o contexto social/interpessoal e os atributos de personalidade (contexto intrapessoal), assim como se torna moderadora dos efeitos de outros preditores de ajustamento, como o contexto de adoecimento e tratamento (Brennan, 2001; Hoyt & Stanton, 2012; Sidell, 1997; Stanton et al., 2007).

Nesse modelo, considera-se o ajustamento psicológico à uma doença crônica como um processo ininterrupto, no qual cada paciente procura manejar seu sofrimento emocional, lidar com tarefas específicas relacionadas à enfermidade e seu tratamento, bem como obter domínio ou

controle sobre os acontecimentos relacionados à doença. Trata-se de uma série de respostas dinâmicas, usando recursos cognitivos e comportamentais, para superar as múltiplas tarefas que a doença impõe à sua vida. A adaptação eficiente ocorre quando os pacientes conseguem reduzir ao mínimo as dificuldades do dia-a-dia, lidar com o sofrimento emocional e continuar participando ativamente de atividades que julgam importantes. Esse processo baseia-se em pensamentos e comportamentos específicos do paciente ao longo do seus esforços para se adaptar (Faria & Seidl, 2005; Mazanec, Daly, Douglas & Musil, 2011; Pais-Ribeiro et al., 2010b, 2010a; Stanton & Revenson, 2011).

Diferentes fatores estressantes podem induzir reações benéficas e/ou danosas ao organismo. Na presença de níveis de estresse controláveis e com duração moderada, o indivíduo mobiliza seus recursos para tentar resolver as tarefas e problemas que surgem em sua vida. Quando acompanhado por emoções positivas como prazer, satisfação, excitação e até mesmo divertimento, o estresse se caracteriza como benéfico. Selye denominou o nível ideal de estresse como *eustress* (bom estresse). Entretanto, quando ocorre sobrecarga de estresse em função de uma situação que gera forte impacto psicológico e/ou excitação com longa duração, podem ser desencadeados sentimentos desagradáveis e, mais tarde, danos físicos, fadiga, e até mesmo morte. Nesse contexto, o sofrimento desencadeado pela maior dificuldade do indivíduo em se adaptar foi denominado por Selye como *distress* (Calais et al., 2007; Fiamoncini & Fiamoncini, 2003).

Em psicologia, apesar das definições de ajustamento e adaptação informarem tratar-se de um processo dinâmico que ocorre ao longo do tempo, tem-se relacionado ajustamento/adaptação a um estado ou desfecho desejado. Conseqüentemente, as escalas desenvolvidas usualmente avaliam o alcance de resultados específicos, como equilíbrio emocional, desempenho profissional e funcionamento social. Para avaliarem a dificuldade de ajustamento, verificam a presença de sintomas emocionais ou comportamentais clinicamente significativos, como depressão, ansiedade, problemas comportamentais e *distress* (Pais-Ribeiro et al., 2010a; Sharpe & Curran, 2006). Entretanto, tomar o resultado do ajustamento como única forma de o avaliar, pode dificultar a identificação e intervenção precoce para pacientes com risco de apresentarem dificuldades de ajustamento, prejudicando a oferta de ações psicossociais para a promoção de saúde e prevenção de agravos desde o diagnóstico.

Boot, Holcombe e Salmon (2010) sugerem que o processo de ajustamento dependerá do equilíbrio entre o estressor e os recursos pessoais de cada indivíduo, podendo coexistir num mesmo paciente níveis de *distress* mais elevados e uma experiência de ajustamento positiva. Ressaltam que adaptação é diferente de ausência de ansiedade e depressão, sendo um processo que ocorre ao longo do tempo e de acordo com as estratégias de enfrentamento adotadas. Por esse motivo, consideram importante avaliar tanto o humor quanto as variáveis que sinalizam um processo de ajustamento positivo: sensação de realização, reavaliação positiva da vida, desenvolvimento de novas formas de viver e valorizar a vida.

A experiência de lidar com uma doença pode ou não desencadear resultados negativos. Alguns pacientes terão maior probabilidade de relatar experiência positivas do que outros. Tanto quanto compreender as condições que contribuem para uma pior adaptação, tornando o paciente mais vulnerável, é importante conhecer as que o protegem e auxiliam no manejo das tarefas de ajustamento. Afinal, alguns pacientes conseguem, após o adoecimento, ressignificar a vida, adotar comportamentos mais saudáveis, enriquecer sua vida emocional e aprofundar suas relações interpessoais (Costa & Pakenham, 2011; Lechner, Carver, Antoni, Weaver, & Phillis, 2006; Sharpe & Curran, 2006; Stanton et al., 2007).

Pelos motivos acima expostos, na presente pesquisa foram examinadas as variáveis implicadas na dinâmica do processo de ajustamento ao câncer e seus tratamentos, e não apenas as consequências de conseguir ou não se adaptar. Partiu-se da hipótese de que as características dos indivíduos que sinalizam risco de má adaptação podem ser bons indicadores de necessidade de atendimento psicológico. A seguir são apresentados e discutidos aspectos peculiares ao processo de ajustamento ao câncer e seus tratamentos, como também as variáveis que foram identificadas como importantes preditores de adaptação após a revisão de literatura realizada para a elaboração do instrumento, que constitui o Estudo 1.

1.2 Adaptação Psicológica ao Câncer

O indivíduo com câncer precisará lidar com mudanças emocionais, sociais e físicas que acompanham a doença e seus tratamentos. A forma como se adaptará cognitivamente e comportamentalmente a estas mudanças sofrerá influência de diversos aspectos, variando bastante entre os pacientes. Muito tem-se investido para conhecer e identificar as variáveis que influenciam no processo de ajustamento ao câncer, levando-se em conta a perspectiva biopsicossocial do processo saúde doença. Os estudos sobre as dimensões psicossociais relacionadas à adaptação ao câncer e dos aspectos que facilitam ou dificultam o processo de ajustamento, culminaram na busca de fatores que preveem a adaptação, os quais serão discutidos a seguir.

Diversos modelos teóricos embasam as pesquisas sobre os preditores de adaptação ao diagnóstico e tratamento do câncer, entretanto optou-se por não discutir o referencial teórico adotado em cada estudo e focalizar apenas as variáveis preditoras identificadas. Tal decisão baseou-se na necessidade de conhecer, para a proposição do instrumento de avaliação, a maior parte dos fatores de risco e de proteção que estão sendo associados ao processo de ajustamento. Esses fatores serão analisados e utilizados para a elaboração de um modelo teórico de adaptação ao câncer, o qual norteou a construção do instrumento de triagem.

Estudos apontam fatores psicossociais que podem influenciar na progressão do câncer e na sobrevivência dos pacientes. Logo após o diagnóstico e no início dos tratamentos, a resposta psicológica sofrerá influência das habilidades de enfrentamento do paciente, da estrutura e da qualidade da sua rede de suporte social, do significado da doença para ele e do nível de sofrimento

inicialmente desencadeado (Holland, Breitbart, Lederberg, Loscalzo, & McCorkle, 2010; Linden, Yi, Barroetavena, MacKenzie, & Doll, 2005; Nicholas & Veach, 2000; Souza, 2009). Até o momento, os fatores de risco para morbidade psicológica mais conhecidos são: história pessoal ou familiar de desordem psiquiátrica, baixo nível socioeconômico, suporte social ausente, gênero feminino, idade mais jovem, doença avançada ou ativa, contato com estressores recentes e presença de dor ou sintomas mal controlados (Brocken, Prins, Dekhuijzen, & Heijden, 2012).

Apesar da falta de consistência entre os estudos sobre quais variáveis são mais influentes, o ajustamento psicológico tem sido um importante conceito pesquisado por se referir a forma como o paciente lida com as ameaças específicas do câncer e seus tratamentos (Cícero, Gullo, & Lo Verso, 2009). Brennan (2001) propôs que o ajustamento ao câncer é o processo de aprender e se adaptar às diversas mudanças vivenciadas como resultado do adoecimento e tratamento. Para esse autor, o grau de ajustamento dependerá do efeito combinado das respostas de enfrentamento, suporte social e da avaliação cognitiva que o indivíduo faz sobre sua experiência. Além dessas variáveis, é comum autores relacionarem o senso de significado na vida e as condições físicas do paciente à sua adaptação (Hamama-Raz, Solomon, Schachter, & Azizi, 2007).

Em relação à gravidade da doença, ressalta-se que essa não pode ser considerada a única responsável por reações desadaptativas. Estudos identificaram prejuízos à adaptação psicológica ao câncer mesmo quando esse é potencialmente curável, indicando que pacientes com bom prognóstico também apresentam redução na qualidade de vida, dificuldades afetivas e cognitivas, elevada ansiedade e prejuízos no ajustamento psicológico (Costa & Pakenham, 2011).

Em estudo realizado com 154 pacientes com câncer de tireoide, o estágio do câncer não mostrou relação com adaptação, diferente das variáveis demográficas (sexo, idade, situação conjugal e atividade laborativa) e do nível de *distress* para os quais a relação com aspectos do processo de ajustamento - bem-estar espiritual, auto-aceitação e afeto positivo – foi significativa. O *distress* foi responsável pelo aumento significativo na variância dos níveis de ansiedade e depressão, assim como encontrar benefícios na doença explicou a variância no afeto positivo (Costa & Pakenham, 2011).

No estudo de Mazanec et al. (2011) sobre preditores de adaptação psicológica após tratamento radioterápico, os autores verificaram que mais de 52% da variabilidade no processo de ajustamento foi prevista pelo estágio da doença, idade, incerteza a respeito da doença, sintomas de *distress*, avaliação negativa a respeito da doença (percepção do câncer como ameaça ou dano/perda) e avaliação positiva a respeito da doença (percepção do câncer como desafio ou benigno/irrelevante). Também identificaram que pacientes com dificuldade de ajustamento possuíam grandes problemas relacionados a sua fonte de suporte social.

A idade do paciente é outro fator repetidamente associado ao impacto do câncer no bem-estar emocional. No estudo de Goulia et al. (2012), com 949 pacientes portadores de diversas doenças crônicas severas, incluindo o câncer, os autores verificaram que os mais jovens tendiam a

apresentar maior nível de *distress*. Nesse estudo, predominaram nos jovens sintomas depressivos, ansiosos e de hostilidade.

Resultado diferente foi encontrado em um estudo de coorte realizado por Schroevers, Helgeson, Sanderman e Ranchor (2009). Comparando 475 pacientes oncológicos com 255 indivíduos da população geral, o estudo não mostrou diferenças nos sintomas depressivos em função da idade ao longo de oito anos. Nos primeiros 15 meses, pacientes mais jovens (< 65 anos) tendiam a ter mais queixas sobre as limitações em suas atividades sociais e em casa, como também se questionavam frequentemente a respeito do motivo e significado do câncer, porém foram eles que mais encontraram nova perspectiva de vida e senso de satisfação com a vida ao longo do tempo. Comparados ao grupo de referência, percebeu-se que parte dos achados sofria influência do processo normal de envelhecimento, havendo diferença significativa entre os pacientes e a população geral apenas quanto a presença do impacto físico e humor depressivo nos primeiros 15 meses, com os sobreviventes passando a se parecer com o grupo controle ao longo de oito anos. Apenas os pacientes com idade entre 45 e 65 anos continuaram a relatar mais limitações físicas que o grupo controle. Tais resultados indicam que ao se estudar a relação entre o impacto físico e emocional do câncer devem ser levados em conta, além da fase da doença e tratamentos, as mudanças de vida inerentes ao processo de envelhecimento.

Por outro lado, o ajustamento psicológico pode ser facilitado pela existência de uma rede de suporte social adequada, ocasionando um menor nível de *distress*. A estrutura e a funcionalidade do apoio social disponível para o paciente terá efeitos tanto no desenvolvimento da enfermidade, quanto na recuperação de doenças. No entanto, alguns autores salientam que a rede de apoio será melhor usufruída se o indivíduo lançar mão de estratégias de enfrentamento que envolvam a busca de suporte e favoreçam a satisfação com a rede disponível (Santos, Ribeiro & Lopes, 2004, 2006).

Em um estudo com 44 mulheres com câncer de mama que passaram por programa de intervenção psicológica, Smith et al. (2010) verificaram que obter suporte social, perceber-se com autoeficácia para lidar com a doença, utilizar estratégias ativas de enfrentamento, manter otimismo e ter espiritualidade eram recursos psicológicos que proporcionavam melhor qualidade de vida e menor *distress*. Sendo que, dentre essas variáveis, o suporte social foi o mais forte preditor.

Ressignificar o adoecimento por câncer, desenvolver explicações positivas para o adoecimento e perceber benefícios advindos dessa condição, também podem contribuir para a adaptação psicológica do paciente (Costa & Pakenham, 2011). Estudando pacientes diagnosticadas com câncer de mama, Boot et al. (2010) identificaram que sentir-se realizada e encontrar novas formas de viver estavam relacionados positivamente com percepção de saúde física e mental e negativamente com ansiedade e depressão. Um dado inesperado pelos autores foi a relação positiva entre resignificação da vida – um aspecto considerado positivo na adaptação –, e ansiedade, indicando que durante o processo de reavaliação os pacientes podem apresentar algum nível de ansiedade. Segundo os autores, aspectos específicos da adaptação positiva parecem emergir em

diferentes momentos. Valorização da vida foi mais evidente no grupo com seis meses a dois anos desde o diagnóstico, enquanto reavaliação, sensação de realização e desenvolvimento de novas formas de viver, no grupo com dois anos a cinco anos do diagnóstico. Nessa pesquisa de Boot et al. (2010), foram comparados os diferentes grupos de pacientes com base no tempo de diagnóstico e verificou-se que a ansiedade foi maior no momento do diagnóstico e até dois anos depois, diminuindo após esse período. Para depressão, não houve diferença entre os grupos de pacientes. Tal resultado é similar ao encontrado por Schroevers et al. (2009), confirmando que os dois primeiros anos são os mais impactantes desde o diagnóstico, quando avaliados pacientes com bom prognóstico.

Nos dois estudos citados, os aspectos da adaptação positiva emergiram ao longo do tempo, mesmo que em alguns momentos coexistissem com níveis de ansiedade e depressão. Para compreender amplamente a adaptação psicológica, sugerem Boot et al. (2010), é necessário avaliar além do humor do paciente, os aspectos envolvidos no processo de ajustamento positivo. Os autores salientam que o foco das intervenções não deve estar apenas na redução do *distress*, sendo notável o benefício no desenvolvimento de autoconhecimento, na modificação da percepção de significado na vida e no aumento da sensação de autoeficácia.

Em uma amostra de 224 mulheres com câncer de mama, Bettencourt, Talley, Molix, Schlegel e Westgate (2008) avaliaram a associação entre variáveis sociodemográficas, satisfação com a vida, depressão e locus de controle. A partir de uma série de análises de regressão hierárquica, identificaram menor depressão e maior nível de satisfação com a vida em pacientes mais velhas, com maior nível educacional e casadas. Quanto à relação entre os diferentes domínios de locus de controle, nível de depressão e satisfação com a vida, foram identificados resultados diferentes entre as mulheres que viviam em áreas urbanas e as que residiam em área rural. Os resultados para mulheres de área rural foram: quanto maior o escore na dimensão *outros poderosos* menor o nível de depressão e maior a satisfação com a vida. Já para as que residiam em área urbana, quanto maior o resultado na dimensão *outros poderosos* maior o nível de depressão e menor a satisfação com a vida. Para essas, também quanto maior o escore na dimensão *acaso*, que representa locus de controle interno, maior o nível de depressão e menor a satisfação com a vida. Ademais, locus de controle interno – independente da área de residência – , revelou-se como preditor de menor nível de depressão e maior satisfação com a vida. Os autores apontaram que seus resultados confirmaram a influência das diferenças culturais nas crenças dos pacientes e demonstraram que a variável sobre locus de controle interfere nas respostas emocionais e de enfrentamento de mulheres com câncer de mama.

A necessidade de internação também é apontada como condição que aumenta o nível de *distress* e desencadeia desordens mentais na investigação realizada por Reuter, Raugust, Marschener e Härter (2007). Entretanto os autores não verificaram as características das pacientes

envolvidas no processo de ajustamento ao contexto de internação, considerando apenas esse fator como indicador de risco.

Depara-se, muitas vezes, na literatura com estudos que consideram o estressor, por si só, um indicador de risco de dificuldades psicológicas. Tal abordagem acaba não auxiliando na compreensão dos fatores envolvidos na forma como o paciente lidará com o estressor, deviando a atenção dos aspectos que contribuem para aumentar ou diminuir a vulnerabilidade em determinadas situações. Identificar e conhecer a capacidade estressora de determinado contexto pode facilitar a elaboração de programas de intervenção psicológica direcionados aos pacientes que serão expostos a ele. Porém, considerar o estressor como único indicador de risco não contribui para a compreensão das variáveis implicadas no processo de enfrentamento e ajustamento ao contexto de adoecimento por câncer.

Apesar do maior investimento para conhecer as variáveis que interferem no processo de ajustamento, poucas tentativas têm sido realizadas para que as intervenções auxiliem efetivamente os pacientes com fatores de risco para má adaptação psicológica, mantendo-se o foco mais no tratar do que no prevenir (Stanton et al., 2007). Talvez, aumentar o cuidado com os fatores envolvidos no processo de ajustamento e elaborar estratégias para identificá-los precocemente, contribua para a diminuição do impacto do câncer, possibilitando a estruturação de protocolos de intervenção em psicologia da saúde que ultrapassem o agir apenas quando a dificuldade diante da doença já está instalada.

Na revisão bibliográfica realizada para a elaboração do IRPO (ver Estudo 1) os fatores preditores identificados, nos 77 artigos selecionados, foram enfrentamento, dados sociodemográficos, suporte social, dados médicos clínicos, afetividade negativa/*distress*, percepção de doença, locus de controle, autoeficácia e alguns outros menos relevantes.

Os dados médico clínicos referiam-se ao estado físico do paciente e, como discutido anteriormente, representavam o contexto estressor e as situações de risco, não sendo considerados no momento de elaboração do IRPO. Os fatores sociodemográficos informaram sobre características da população mais vulnerável, mas os dados eram diversificados e muitas vezes contraditórios a depender do tipo de câncer e da fase da doença. Essa situação se repetiu em relação à variável locus de controle, a qual ainda teve uma frequência muito baixa de citação nos estudos. A frequência também foi baixa em relação à variável percepção de autoeficácia, apesar dos dados serem claros em relação ao seu efeito preditor.

As variáveis enfrentamento, suporte social, afetividade negativa/*distress* e percepção de doença repetidamente mostraram resultados robustos e similares entre os diferentes estudos, e por isso foram escolhidas para compor o novo instrumento. Nos próximos itens serão apresentados aspectos teóricos e resultados de pesquisa sobre essas variáveis no contexto da oncologia.

1.3 O Enfrentamento do Câncer e seus Tratamentos

Para adaptar-se ao câncer é necessário emitir constantemente uma série de respostas para lidar com as múltiplas tarefas que a doença impõe. A adaptação positiva ou eficiente ocorre quando os pacientes conseguem reduzir ao mínimo os transtornos que a doença causa no funcionamento de sua vida, regular o sofrimento emocional e continuar participando ativamente das atividades que julgam importantes (Lara, 2006; National Cancer Institute, 2008; Ridder & Schreurs, 2001; Sharpe & Curran, 2006; Souza, 2009; Stanton, Revenson, & Tennen, 2007). A adaptação também inclui encontrar significados de vida apesar da doença, obter senso de controle, manter ou aumentar a autoestima, avaliar a situação de forma realista e ter uma fonte adequada de suporte social (Hack & Degner, 2004). Ademais, a forma como o processo de ajustamento de cada paciente ocorrerá dependerá largamente das respostas de enfrentamento utilizadas para lidar com o contexto de adoecimento e tratamento.

Para tratar do tema enfrentamento, adotou-se no presente trabalho o modelo transacional de enfrentamento, desenvolvido por Lazarus e Folkman (1984), já mencionado na seção anterior. Tal modelo leva em conta a percepção do indivíduo sobre a situação estressora e sobre a sua capacidade para lidar com a situação, como também os esforços comportamentais realizados para conter, prevenir ou controlar tanto o estressor quanto os conteúdos emocionais relacionados (Cerqueira, 2000; Gaviria, Vinaccia, Riveros, & Quiceno, 2007; Souza, 2009). Nesse sentido, o que torna uma situação estressante não é o evento em si, mas a forma como o indivíduo avalia o contexto e seus recursos pessoais e socioambientais (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998; Seidl, Tróccoli, & Zannon, 2001).

Tal conceito implica, portanto, uma análise mais ampla das interações entre organismo e ambiente. Considera-se enfrentamento o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados para manejar exigências internas e/ou externas específicas, que ameaçam ou ultrapassam os recursos do indivíduo ou dificultam o alcance de objetivos (Lazarus & Folkman, 1984). As demandas externas referem-se ao evento, as internas às reações emocionais desencadeadas por esse. Vale salientar que enfrentamento não pode ser equiparado a controle do meio, já que algumas fontes de estresse – como o diagnóstico de câncer –, não podem ser eliminadas, sendo possível apenas minimizar, evitar, tolerar ou aceitar a sua ocorrência (Culver, Arena, Antoni, & Carver, 2002; Gilbar & Zusman, 2007; Souza, 2009).

Situações estressoras distintas irão demandar a utilização de estratégias de enfrentamento diferentes, sendo difícil realizar previsões sobre qual estratégia será empregada. O comportamento e as cognições do indivíduo se alteram de acordo com a avaliação que faz da situação ou evento estressor e dos seus recursos naquele dado momento (Varela & Leal, 2007).

O câncer e seus tratamentos são considerados estímulos estressores e a forma como o paciente os enfrentará sofrerá influência de características individuais como a fase do desenvolvimento, as características de personalidade, as crenças sobre si mesmo e o mundo, o

repertório de enfrentamento prévio, entre outros aspectos (Lazarus & DeLongis, 1983; Souza, 2009). As respostas de enfrentamento do paciente se modificarão em função da necessidade de se adaptar aos diferentes problemas ou tarefas impostas pelo contexto de adoecimento, variando ao longo das diferentes etapas de tratamento (Gimenes, 1997; Souza, 2009).

Os pacientes mais bem adaptados permanecem comprometidos e engajados no processo de enfrentamento do câncer, como também continuam encontrando significado e importância em suas vidas. Aqueles que não se ajustam adequadamente, acabam se isolando, sentem-se aflitos e apresentam dificuldades psicossociais (National Cancer Institute, 2008; Sharpe & Curran, 2006; Souza, 2009).

A classificação das estratégias de enfrentamento utilizadas tem variado muito na literatura, havendo autores que enfatizam a topografia do comportamento e outros sua função. Dentre os que enfatizaram a topografia encontram-se Cohen e Lazarus, autores que fizeram parte do desenvolvimento do modelo transacional de enfrentamento. Para eles (conforme citado por Peçanha, 2008), as estratégias de enfrentamento podem ser classificadas em: (1) busca de informação (conhecer mais sobre o estressor a partir da busca por informações obtidas de fontes diversas); (2) ação direta para resolver o problema; (3) inibição da ação (inibição de condutas direcionadas ao estressor podendo haver fuga e/ou esquiva); (4) esforços intrapsíquicos (estratégias cognitivas diversas, não comportamentais); (5) busca do outro (procura por fontes de apoio social). Com ênfase na topografia também encontram-se classificações como: confronto, distanciamento, autocontrole, aceitação da responsabilidade, fuga-esquiva, planificação de soluções, reavaliação positiva, pensamento positivo, pensamento fantasioso, auto-culpa, culpabilização de outros, busca de práticas religiosas, etc. (Cohen, 1987; Seidl et al., 2001, Souza, 2009).

Por outro lado, Lazarus e Folkman (1984) aprimoraram o modelo de enfrentamento inicialmente proposto – o qual foi adotado no Brasil por Gimenes (1997) –, quando enfatizam a função do enfrentamento, sugerindo que as estratégias sejam classificadas de acordo com seus objetivos. Com essa ênfase, desenvolveu-se categorias amplamente utilizadas na literatura, nas quais propõe-se a existência de duas funções centrais para o enfrentamento. A primeira envolve esforços no sentido de alterar a situação estressora e/ou mudar a avaliação a respeito de tal situação de forma a torná-la menos ameaçadora ou percebida como danosa. Tais esforços constituem a categoria estratégias focalizadas no problema. A segunda refere-se aos esforços para alcançar melhor controle emocional através da regulação das reações emocionais ou dos estados internos. Nesse caso, os esforços foram nomeados de estratégias focalizadas na emoção.

Estratégias focalizadas no problema são geralmente ativas e levam à aproximação em relação ao estressor. Têm como objetivo manejar ou modificar, quando possível, situações relacionadas ao adoecimento. Podem ser dirigidas para a definição do problema, levantamento e avaliação de soluções, escolha de alternativas e comportamentos de ação. Já as estratégias focalizadas na emoção estão relacionadas às atitudes paliativas ou de afastamento em relação à

doença, visando substituir ou regular o impacto emocional causado pelo estressor (Cerqueira, 2000; Llull, Zamier, & Garcia, 2003; Seidl & Tróccoli, 2001, Souza, 2009).

Quando o foco está na diminuição do desconforto emocional e do sofrimento, o paciente tende a, por exemplo, utilizar estratégias de fuga e esquivas para tentar manter a esperança. Quando o foco está no problema, busca-se uma análise e definição do que está acontecendo a fim de criar soluções e escolher a melhor estratégia (Varela & Leal, 2007).

Estratégias focalizadas no problema são especialmente úteis para manejar estressores controláveis, enquanto as focalizadas na regulação emocional são consideradas apropriadas para manejar o impacto de um estressor incontrolável (Gilbar & Zusman, 2007). Entretanto, raramente o paciente utiliza apenas uma modalidade de estratégia de enfrentamento, sendo que a maioria lança mão de múltiplas estratégias para manejar os problemas e as emoções relacionadas ao adoecimento (Lazarus & DeLongis, 1983; Souza, 2009).

Estratégias focalizadas no problema e na emoção devem, juntas, fazer parte do repertório comportamental do indivíduo, pois aumentam a possibilidade de se ajustar às múltiplas tarefas impostas pelo contexto de adoecimento (Ridder & Schreurs, 2001; Souza, 2009). Na literatura, corriqueiramente, indica-se que as estratégias focadas na emoção tendem a surgir logo após o diagnóstico e vão gradualmente sendo substituídas ou agregadas por aquelas que focam o problema. A estabilidade e a adequabilidade do enfrentamento se deverá ao equilíbrio entre o controle emocional e a gestão do problema estressor (Varela & Leal, 2007).

Quando estratégias de enfrentamento adaptativas são utilizadas, os pacientes apresentam maior condição para lidar com as exigências relacionadas ao câncer, conseguem aderir aos tratamentos, manejam mais facilmente as possíveis dificuldades do tratamento – como os efeitos colaterais –, e alcançam melhor ajuste emocional (Soares, Moura, Carvalho, & Baptista, 2000).

As estratégias de enfrentamento são consideradas funcionais quando amenizam os sentimentos desconfortáveis associados às ameaças ou perdas. Por outro lado, são declaradas disfuncionais quando pouco efetivas ou insuficientes para garantir o bem-estar emocional e a qualidade de vida do indivíduo (Peçanha, 2008). Se o enfrentamento é inadequado, o paciente pode apresentar dificuldades emocionais para seguir ou terminar o tratamento de sua enfermidade, vivenciar maior estresse do que o causado pela própria doença, ter dificuldades para realizar atividades diárias, abandonar atividades prazerosas, e apresentar sintomas psíquicos e físicos (Varela & Leal, 2007).

Espera-se que o uso de estratégias de enfrentamento funcionais promova adaptação psicológica, preserve a integridade física do indivíduo, ajude a manter boas relações sociais, facilite o desempenho dos seus papéis, favoreça a manutenção de um autoconceito positivo e proporcione um nível satisfatório de qualidade de vida. Entretanto, a avaliação da adequação de cada estratégia de enfrentamento não pode ser realizada *a priori*, pois dependerá do resultado que terá sobre o evento estressor. Nos pacientes oncológicos, as estratégias de enfrentamento se modificam de

acordo com as demandas de cada etapa da doença, e não com o passar do tempo, sendo consideradas adaptativas ou não a depender do seu efeito em cada tarefa de ajustamento (Font, 1994; Gimenes, 1997; Heim, Valach, & Schaffner, 1997; Souza, 2009; Varela & Leal, 2007).

Alguns estudos indicam que estratégias ativas ou de aproximação em relação ao estressor (centradas no problemas) produzem melhor adaptação e menor *distress* do que as passivas ou de afastamento (centradas na emoção), as quais tem sido associadas à piores resultados (Culver et al., 2002; Gilbar & Zusman, 2007; Livneh, 2000). No entanto, outros autores argumentam que nem sempre existe tal correlação, principalmente quando há necessidade do paciente se ajustar a situações que não podem ser resolvidas de imediato, na qual os pacientes se beneficiam com o uso de estratégias centradas na emoção (Gimenes, 1997; Peçanha, 2008; Souza, 2009).

Em diferentes etapas do tratamento, uma estratégia antes considerada adequada pode passar a ser considerada desadaptativa, como por exemplo a distração e a negação. No momento do diagnóstico podem auxiliar na redução do impacto e minimizar a ansiedade, mas se tornam nocivas se permanecem sendo utilizadas em longo prazo (Lara, 2006; Souza, 2009).

Acompanhando 55 mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama, Hack e Degner (2004) avaliaram a relação entre as estratégias de enfrentamento utilizadas após o diagnóstico e durante os tratamentos adjuvantes com o nível de ajustamento psicológico três anos depois. Confirmando dados da literatura, verificaram que o uso de estratégias de resolução de problemas previra melhor adaptação, enquanto resignação, comportamento passivo, descarga emocional e não envolvimento na tomada de decisões previram pior adaptação. Também identificaram que pior adaptação, três anos depois do diagnóstico, foi prevista por presença de depressão na fase inicial.

Stanton et al. (2007), revisando a literatura, identificaram que melhores índices de ajustamento e menores níveis de *distress* em pacientes com câncer estavam relacionados ao uso de estratégias focalizadas no problema, relaxamento e técnicas ativas para controle de dor. Dependendo da etapa da doença, estratégias de evitação e voltadas para a minimização da ameaça mostravam-se mais ou menos adaptativas – sendo mais eficazes nas fases críticas e de diagnóstico. Talvez por esse motivo, como ocorreu no estudo de Llull et al. (2003), rotineiramente encontra-se correlação negativa entre qualidade de vida e o uso de estratégias de evitação em pacientes oncológicos adultos que estão com tratamento em curso, mas não experimentando nenhuma situação crítica específica.

Uma estratégia bastante estudada, para a qual pesquisadores identificaram grande moderação dos seus efeitos em função do momento do tratamento e idade dos pacientes, é o enfrentamento religioso. O uso de estratégias de enfrentamento religioso positivas, como buscar suporte e direcionamento religioso, parece minimizar o *distress* após terminado o tratamento, não tendo o mesmo efeito no período inicial. Contudo, em qualquer fase do tratamento o enfrentamento religioso considerado negativo, tal como blasfemar contra Deus, suplicar e demonstrar

descontentamento espiritual, é considerado um fator preditor de risco para *distress* e prejuízos ao bem-estar emocional (Gall, Guirguis-Younger, Charbonneau, & Florack, 2009).

Ponderando que o câncer é frequentemente percebido como uma ameaça à vida, a religião e a espiritualidade podem respaldar o uso de estratégias relevantes que modificarão a forma como o paciente avaliará e lidará com o contexto vivenciado. Quando adequadas, tais estratégias podem favorecer a manutenção da autoestima, prover senso de significado na vida, oferecer conforto emocional e instilar esperança (Travado, Grassi, Gil, Martins, Ventura & Bairradas, 2010). No entanto, as evidências ainda são controversas a este respeito, talvez em função das diferentes características culturais das populações avaliadas ou se está sendo levado em conta o impacto negativo que o mau direcionamento da espiritualidade pode causar.

Howsepian e Merluzzi (2009) discutem que o enfrentamento religioso estaria indiretamente relacionado ao ajustamento, por estimular práticas saudáveis, favorecer o suporte social, moderar o efeito dos eventos de vida negativos e prover recursos psicológicos como a própria sensação de auto-eficácia para lidar com a situação estressora. Sugerem que auxiliaria no melhor ajustamento também por favorecer o contato com pessoas de grupos religiosos que acolhem as necessidades dos pacientes e provêm encorajamento e apoio. A crença religiosa também pode afetar a avaliação dos eventos estressores e influenciar na percepção dos seus significados e implicações. Em sua pesquisa com 164 pacientes com câncer, os autores confirmaram o efeito moderador das crenças religiosas sobre as variáveis percepção de autoeficácia e suporte social. Essa última, por outro lado, se mostrou preditora da adaptação em conjunto com a idade dos pacientes e o impacto da doença.

Em outra pesquisa com 117 mulheres latinas, Wildes, Miller, Majors e Ramirez (2009) também encontraram resultados de moderação similares, em relação ao papel da espiritualidade/religiosidade na adaptação e na qualidade de vida. A religiosidade/espiritualidade, no entanto, se comportou como preditora de qualidade de vida no estudo de Krupski, Kwan, Fink, Sonn, Maliski e Litwin (2006) utilizando uma amostra composta de 287 homens com câncer de próstata. Os autores relacionaram tal efeito à forma como os pacientes construíam o significado da doença e ressignificavam positivamente o contexto do adoecimento de acordo com suas crenças religiosas.

O otimismo parece ser um traço da personalidade relacionado ao uso de estratégias mais ativas de enfrentamento e presença de elevado espírito de luta (Brennan, 2001). Pessoas otimistas tendem a enfrentar melhor as ameaças e, por avaliar o estressor como manejável, utilizam mais estratégias focalizadas no problema, gerando soluções e escolhendo entre diferentes alternativas que acreditam gerar resultados positivos. Tal tendência aumenta a probabilidade de escolherem respostas de enfrentamento mais adaptativas do que os indivíduos pessimistas. Tais considerações foram feitas por Matthews e Cook (2009) após um estudo que avaliou pacientes com câncer de mama e verificou que manter atitude otimista é um bom preditor de bem-estar emocional ao longo

do tempo. Evidências sinalizam ainda que menores níveis de ansiedade e depressão estão associados com manter uma atitude de otimismo diante do adoecimento, utilizar estratégias ativas de enfrentamento e manter “espírito de luta”. Já a sensação de desamparo, a preocupação ansiosa, a resignação, o fatalismo e os comportamentos de fuga e esquiva estão associados com aumento nos níveis de *distress* (Brennan, 2001; Cícero et al., 2009; Culver et al., 2002).

Como em outros estudos, menores níveis de *distress*, segundo Trask et al. (2003), relacionam-se com estratégias ativas de enfrentamento – busca de suporte social, expressão de emoções, resolução de problemas e reestruturação cognitiva. De modo inverso, maiores níveis de *distress* associam-se a estratégias de “descomprometimento” – evitação de problemas, pensamento fantasioso, isolamento social e autocrítica.

Além de preditor de ajustamento, as estratégias de enfrentamento também podem funcionar como mediadoras do efeito de outras variáveis, como ocorreu no estudo de Wootten, Burney, Foroudi, Frydenberg, Coleman e Ng (2007). Avaliando 167 homens com câncer de próstata, foi verificado que apresentar sintomas físicos, perceber a doença como uma ameaça e utilizar enfrentamento focado na emoção contribuíram para aumentar a incidência de transtornos de humor, os quais diminuíram de frequência na presença de melhor ajustamento marital. Para compreender a relação entre essas variáveis, os autores analisaram a existência de variáveis moderadoras e verificaram que o enfrentamento focado na emoção contribuiu para aumentar a percepção de impacto dos sintomas físicos afetando o humor dos pacientes e diminuindo a proteção que o bom ajustamento marital proporcionava.

Avaliando a relação entre *distress* e enfrentamento, Walker, Zona e Fisher (2006) estudaram 119 pacientes com câncer de pulmão. Os resultados indicaram que estratégias de enfrentamento adaptativas (reinterpretação positiva, aceitação e busca de suporte social) estavam relacionadas a um menor nível de *distress*, enquanto estratégias de negação e evitação funcionavam como fatores de risco, sendo preditoras de aumento no nível de *distress*. Em relação ao suporte social, pacientes que recebiam suporte instrumental a partir da decisão do provedor do apoio, reduzindo sua autonomia, mostravam pior nível de *distress* do que aqueles que recebiam suporte de quem respeitava suas escolhas, sinalizando que diferentes tipos de suporte podem ter diferentes efeitos.

Como pôde ser visto, o processo de ajustamento psicológico também varia de acordo com a qualidade dos relacionamentos íntimos que o paciente possui, em parte porque a rede de apoio influencia na percepção de autoeficácia e nas expectativas sobre obter-se cuidado de pessoas significativas (Cícero et al., 2009). Por esse motivo, as estratégias que envolvem a busca de suporte social possuem várias funções no enfrentamento da doença, desde que exista fonte de apoio acessível. Redes de apoio social podem auxiliar de diversas formas, tais como: colaborar para a resolução de problemas; ampliar a percepção do paciente sobre a doença facilitando a redefinição do contexto; disponibilizar mais oportunidades de distração; prover formas para que expresse,

alivie ou regule suas emoções; colaborar para a compreensão das informações e na tomada de decisões. Uma boa fonte de suporte social pode oferecer ambiente seguro para expressão de emoções e resolução de problemas. Sendo assim, a qualidade dessa rede e a satisfação do paciente com o apoio recebido podem afetar o processo de enfrentamento, tanto quanto sofrer influência da forma como o paciente irá buscar e utilizar os recursos disponíveis. Compreender melhor o funcionamento da rede de suporte social pode ajudar na elaboração de intervenções que facilitem os esforços de enfrentamento dos pacientes (Arora et al., 2007; Miller & Kaiser, 2008; Souza, 2009; Terol et al., 2000).

Como ressaltado anteriormente, uma parte importante do processo de enfrentamento é a avaliação que o indivíduo faz do evento estressor. A seguir serão discutidos aspectos relacionados à influência da avaliação que o paciente faz do câncer e seus tratamentos, que constitui a variável percepção de doença.

1.4 O Papel da Percepção Sobre o Câncer no Processo de Ajustamento

No tópico que apresenta o conceito de enfrentamento, discutiu-se brevemente como a percepção de doença tem sido integrada ao modelo transacional de estresse e enfrentamento concebido por Lazarus e Folkman (1984), o qual foi adotado na presente pesquisa. Nesse tópico será apresentado o conceito de forma mais detalhada e abordado seu uso no campo da oncologia.

As pessoas raramente permanecem passivas ao lidar com algum problema, passando a procurar estratégias que possibilitem alterar aspectos da situação que podem ser modificados, ou usando estratégias cognitivas para ressignificar o estressor e/ou manejar as emoções vivenciadas. Geralmente esforçam-se para dar sentido ao que é experienciado e alcançar um senso de ordem e continuidade na vida. A avaliação cognitiva é o primeiro passo diante de um estressor, neste caso o câncer, sendo fator central no esforço adaptativo. Entretanto, tal avaliação sofre influência de aspectos anteriores ao diagnóstico, como as diferentes crenças pessoais que o paciente possui e o contexto biopsicossocial existente (Butler, citado por Lazarus & DeLongis, 1983; Souza, 2009).

A busca por significado envolve a necessidade de entender porque o câncer aconteceu e qual será o seu impacto. O paciente, para dar sentido ao que está passando, cria uma representação própria sobre a doença, a qual refletirá em suas respostas cognitivas e emocionais e influenciará na escolha das estratégias de enfrentamento que serão utilizadas (Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996). Além do mais, o paciente acaba regulando a percepção acerca de si mesmo de acordo com a representação que faz sobre a doença. Nesse sentido, representações mais positivas e/ou compatíveis com a realidade parecem mais adequadas à regulação de uma nova identidade ao longo do processo de ajustamento (Sharpe & Curran, 2006).

Enquanto estudos indicam que perceber a doença como uma ameaça tende a aumentar o nível de *distress* sem afetar necessariamente o processo de adaptação (Kocaman, Kutlu, Ozkan, & Ozkan, 2007), outros consideram que a percepção de doença afeta diretamente o ajustamento do

paciente, repercutindo no nível de *distress*. Da mesma maneira, no estudo realizado por Scioli, McClelland, Weaver e Madden (2000), a percepção de doença foi considerada um importante fator que interfere significativamente na habilidade de enfrentamento dos pacientes.

Seja influenciando o enfrentamento, contribuindo para aumentar o nível de *distress* ou afetando diretamente o processo de ajustamento, a percepção de doença parece ser uma peça-chave para compreender como será a adaptação do paciente.

Como já explicado, o modelo de representação adotado no presente trabalho foi o de autorregulação desenvolvido por Leventhal em 1980. Nesse modelo, sugere-se que o paciente constrói ativamente sua representação da doença ou tratamento. Quanto mais os considera como ameaça aos seus objetivos centrais, maiores o estresse percebido e o impacto afetivo, sendo necessário mobilizar seus recursos de enfrentamento. Autores propõe que esta avaliação fará parte do processo de ajustamento do indivíduo à doença, e preconizam que seja agregada ao modelo transacional de estresse proposto por Lazarus e Folkman (1984), pois integra o papel da avaliação cognitiva primária (Hoyt & Stanton, 2012; Sharpe & Curran, 2006).

Inicialmente, concebeu-se que o paciente desenvolve a representação da doença de acordo com sua percepção sobre causa, identidade (crenças sobre a natureza da doença e dos sintomas associados), duração (se aguda/curta, crônica ou cíclica/episódica), controlabilidade (crença na possibilidade de amenizar, curar ou controlar a doença) e consequências (percepção de severidade e provável impacto no funcionamento físico, social e psicológico). Posteriormente, revisando o modelo, alguns autores sugeriram o acréscimo de novos componentes – representação emocional e compreensão da doença. Neste modelo concebe-se que as representações da doença podem operar tanto no nível cognitivo quanto no afetivo (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006; Hoyt, & Stanton, 2012; Nogueira, 2012; Sharpe & Curran, 2006).

A representação da doença é construída com base no conhecimento e vivências prévias do paciente, como suas experiências anteriores ou de pessoas próximas que tiveram câncer. De acordo com a percepção de doença, podem ser desencadeadas fortes mudanças no humor, as quais, em determinadas situações, contribuem para anular ou dificultar que o paciente tome contato e assimile as informações sobre seu quadro clínico, mantendo percepções distorcidas e utilizando estratégias de enfrentamento pouco efetivas. Por exemplo, um paciente pode escolher se submeter a tratamentos que não modificarão sua sobrevivência e não são mais recomendados apenas para ter a sensação de manter algum controle sobre a doença, de estar “fazendo algo”, minimizando assim o *distress* sentido e afastando-se da sua real condição (Sharpe & Curran, 2006).

O processo de ajustamento e enfrentamento do câncer depende da forma como os indivíduos processam cognitivamente a doença, construindo sua representação cognitiva e emocional. Em estudo realizado com 119 mulheres com câncer de mama, as dimensões identidade, consequências e duração relacionaram-se positivamente com as estratégias de fuga e esquiva, reavaliação e expressão de emoções. Já a percepção de controle esteve mais relacionada com

estratégias de resolução de problemas. Ainda, a dimensão identidade, a percepção de sérias consequências e a dificuldade relativa à duração, estiveram associadas a pior ajustamento e bem-estar psicológico. A presença de mais sintomas e o estágio avançado do câncer apresentou relação com a ocorrência de ansiedade e depressão. Tal resultado sugere que contextos nos quais os pacientes experimentam estressores frequentes e intensos tendem a gerar percepções mais negativas a respeito da doença, as quais impactam diretamente no estado de humor (Rozema, Vollink, & Lechner, 2009).

Ao confrontar e reavaliar o adoecimento, o paciente pode assimilar o evento dentro do modelo mental pré-existente ou acomodá-lo modificando tal modelo. Quando não consegue lidar com a doença, pode haver aumento na frequência de pensamentos intrusivos, numa tentativa de achar significado a partir do câncer ou formular uma explicação sobre o que aconteceu e porquê. A presença de pensamentos intrusivos e a busca por significados e explicações sobre a doença tem sido frequentemente relacionadas à pior adaptação e maior nível de *distress*. A busca por significado apenas gera resultados adaptativos quando é possível encontrar um sentido positivo ou benefício advindo do câncer. A presença de fonte de apoio pode facilitar o processamento cognitivo ao favorecer o compartilhamento de informações e diálogos sobre o tema. Sendo assim, conversar sobre a resolução de problemas e sobre os pensamentos e sentimentos envolvidos é uma estratégia de enfrentamento que pode modificar a percepção de doença e reduzir pensamentos intrusivos (Roberts, Lepore, & Helgeson, 2006).

Muitas pesquisas tem considerado que a representação da doença é uma variável preditora do estado de humor dos pacientes, principalmente dos níveis de depressão. Pessoas deprimidas e/ou ansiosas tendem a focar mais em informações negativas do que as não deprimidas. Sendo assim, pessoas que apresentam alterações no humor antes do diagnóstico também tendem a fazer uma pior avaliação da doença (Sharpe & Curran, 2006). O estado de humor do paciente pode tanto interferir na sua avaliação da doença como sofrer influência da forma como essa é percebida, podendo haver uma espécie de retroalimentação.

Quando um paciente considera que o adoecimento trouxe benefícios ou promoveu crescimento pessoal – melhorando seus relacionamentos, reorganizando suas prioridades, levando-o a apreciar mais a vida, fortalecendo sua espiritualidade – ele consegue atribuir melhor sentido à sua vida, o que contribui para adaptar-se ao contexto de adoecimento. No entanto, quando ocorre uma avaliação negativa em relação à doença aumenta o risco de pior ajustamento (Hoyt & Stanton, 2012).

Quanto mais a doença é percebida como grave, de longa duração, menos controlável – e o paciente adota estratégias passivas de enfrentamento –, mais difícil poderá ser a adaptação. Por outro lado, a busca de apoio social e a representação da doença como controlável tem sido associadas à melhor adaptação. Nesse sentido, a percepção de doença pode adquirir características

que a tornam um fator de risco ou de proteção em relação ao processo de ajustamento dos pacientes com câncer (Sharpe & Curran, 2006).

Rozema et al. (2009) também observaram que a saúde mental de 119 mulheres com câncer de mama pôde ser prevista pela forma como a doença era percebida. A percepção de maior controle sobre a doença destacou-se como fator de proteção e a representação emocional negativa do câncer como fator de risco. O estadiamento mais avançado de câncer também revelou-se como fator de risco, o que foi justificado pelo fato de ser uma variável que compõe o contexto no qual as representações são formadas.

A percepção negativa do câncer, particularmente quando o paciente apresenta dificuldades relativas à identidade da doença, também revelou-se preditora de pior ajustamento emocional em estudo realizado com 40 pacientes de ambos os sexos. Nesse estudo, a afetividade negativa também foi apontada como preditora durante as análises de regressão. Em relação ao tempo desde o diagnóstico, pacientes diagnosticados há mais tempo mostraram níveis mais elevados de afetividade positiva (Soares et al., 2000).

O apoio social é citado como fator que interfere na percepção de doença pelo paciente, assim como no seu repertório de enfrentamento. Repetidamente são encontradas evidências sobre o papel da presença de uma fonte de suporte social no processo de adaptação dos pacientes. O próximo tópico abordará a descrição do conceito de suporte social e do seu papel ao longo das diferentes etapas de tratamento do câncer.

1.5 O Papel do Suporte Social na Adaptação do Paciente com Câncer

Perante o impacto do diagnóstico de câncer, é inevitável que os pacientes venham a necessitar de algum tipo de ajuda para lidar com as dificuldades físicas, sociais e emocionais advindas do doença e tratamentos. Grande número de estudos salientam tal necessidade e apontam o suporte social como um aspecto benéfico para o paciente com câncer, sendo largamente associado com melhor humor, ajustamento emocional, aumento na esperança e menor *distress* (Cícero et al., 2009).

O conceito de suporte social tem sido muito estudado nas últimas décadas, mas, pela multiplicidade de áreas de pesquisa sobre o tema, há grande diversidade nas concepções. Todavia, há consenso quanto à importância do apoio social voltado às necessidades dos pacientes, visando uma melhor adaptação ao contexto de adoecimento e tratamento do câncer (Santos et al., 2006). Ademais, para além da adaptação psicológica, estudos indicam que a morbidade e a mortalidade podem ser significativamente afetadas pela qualidade e/ou quantidade de relacionamento social (Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996).

Segundo Cobb (1976), suporte social é a informação que leva o indivíduo a perceber que é cuidado, amado, estimado e que pertence a uma rede social na qual tem obrigações mútuas com os

demais. Com o desenvolvimento de estudos na área, Cohen, Underwood e Gottlieb (2000) refinaram o conceito, definindo apoio social como um processo no qual ocorrem interações com outras pessoas de forma a facilitar o enfrentamento do estresse e de outros estímulos aversivos. De forma geral, conforme discutem Abreu-Rodrigues e Seidl (2008), suporte social se refere a qualquer processo em que ocorram relações sociais com intuito de promover saúde e bem-estar. No contexto da oncologia, engloba formas de assistência, tangíveis e intangíveis, que o paciente recebe de familiares, amigos e da equipe de saúde para lidar com situações estressoras desde o diagnóstico (Gilbar & Zusman, 2007).

Suporte social é um construto multidimensional que inclui as dimensões emocional, informacional e instrumental. Suporte emocional é a demonstração de empatia, confiança, amor e carinho. O informacional inclui a atenção dada ao paciente para buscar e compreender as informações sobre a enfermidade e os tratamentos. Já o instrumental está relacionado à disponibilidade de ajuda prática e operacional, para o encaminhamento de ações e problemas ligados à rotina cotidiana e de tratamento (Arora et al., 2007; Cohen & Syme, 1985; Seidl et al., 2001).

Segundo Seidl e Tróccoli (2006), estudos mais atuais estão focalizando, principalmente, dois aspectos da definição de suporte social, o estrutural e o funcional. O aspecto estrutural diz respeito à presença de apoio social, independente da necessidade de lidar com eventos estressores, como, por exemplo, o número de pessoas que integram a rede de apoio. O aspecto funcional, por outro lado, relaciona-se à disponibilidade, à modalidade de apoio recebido, assim como ao nível de satisfação do paciente em relação à quantidade e à qualidade do suporte recebido quando enfrentam situações e contextos estressores.

O grupo de pessoas ao qual o paciente se vincula forma sua rede social. Nela estão incluídos seus relacionamentos mais próximos (família e amigos íntimos) e os vínculos formais, considerando-se situação conjugal, frequência de interação, atividades realizadas em conjunto e composição do grupo familiar. A rede social constitui a estrutura na qual as relações de apoio acontecem, já o apoio social relaciona-se ao aspecto funcional ou qualitativo da fonte de suporte (Santana, Zanin, & Maniglia, 2008).

Suporte social é um processo interativo no qual o indivíduo é afetado pelas ações e comportamentos daqueles com quem convive e participam da sua rede de cuidado. Pode afetar a saúde do paciente por interferir na avaliação que faz do evento estressor, no enfrentamento e na oferta de condições para lidar com o adoecimento, se constituindo em um mediador chave no contexto de enfermidades crônicas, inclusive as oncológicas (Lehto et al., 2005).

Na área de saúde é crescente o interesse pelo estudo do aspecto funcional do apoio social, tendo em vista o potencial estressor de contextos de adoecimento. Ressalta-se o estudo de duas categorias de suporte social funcional: instrumental e emocional. O suporte instrumental relaciona-se à percepção e satisfação do indivíduo com a disponibilidade de apoio para questões operacionais

relacionadas ao seu tratamento de saúde. Já apoio emocional está relacionado à percepção e satisfação quanto à disponibilidade de apoio recebido para lidar com dificuldades emocionais desencadeadas pelo contexto de adoecimento e tratamento (Abreu-Rodrigues & Seidl, 2009; Seidl & Trócoli, 2006).

Pensar e conversar sobre a doença permite que o paciente integre o câncer em sua vida, como também na das pessoas que compõe sua rede de suporte social, diminuindo o impacto negativo. Aqueles que compartilham sentimentos e percepções sobre a enfermidade e o tratamento com pessoas de sua rede de suporte social, e buscam auxílio para tomar decisões, mostram melhoria no humor ao longo do tratamento. As estratégias de enfrentamento que envolvem a busca de suporte social instrumental e emocional e a expressão de emoções parecem ser importantes preditores de adaptação. Tais estratégias ajudam os pacientes a terem novas perspectivas, obterem informações, compreenderem melhor o tratamento e aprenderem novas formas de enfrentamento, como também oportunizam momentos para se expressarem emocionalmente e receberem suporte emocional de pessoas em quem confiam. Como resposta a essas modificações, diminui-se a frequência de pensamentos intrusivos – um indicador de *distress* –, melhorando a capacidade de adaptação. A busca de apoio social, na presença de uma fonte adequada de suporte, para manejar o tratamento e auxiliar na tomada de decisões, aumenta as oportunidades para lidar com o diagnóstico e facilita o processo de avaliação cognitiva do contexto de adoecimento (Christie, Meyerowitz, Giedzinska-Simons, Gross, & Agus, 2009; Cícero et al., 2009).

Cícero et al. (2009) ressaltam que o suporte social tem papel chave na forma como o paciente enfrenta situações de *distress* e se ajusta à crise que a doença desencadeia, seja auxiliando na regulação do afeto ou interferindo no padrão de respostas ao estressor. Esses autores estudaram dois estilos de apego: o ansioso e o evitativo. O estilo ansioso relaciona-se à excessiva necessidade de aprovação e medo de abandono, já o evitativo representa a excessiva necessidade de ser autossuficiente e o medo de depender de outros. Ambos os estilos tem sido relacionados com maior dificuldade emocional, prejuízos nos relacionamentos, problemas para manter uma boa rede de suporte social e menor satisfação com a fonte de apoio.

Avaliando a relação entre esses dois estilos e a adaptação de 96 pacientes com câncer, Cícero et al. (2009) identificaram que o estilo de apego ansioso e a percepção sobre o suporte social prediziam diferentes domínios do ajustamento ao câncer, especialmente o fatalismo e o espírito de luta, respectivamente. Curiosamente, a percepção de suporte dos amigos foi associada com maior tendência a ver o câncer como uma mudança de vida, assumir um papel mais ativo no tratamento, mostrar menor resignação e adotar estratégias adaptativas de enfrentamento. Tal achado foi relacionado ao fato dos amigos poderem oferecer suporte sem necessariamente compartilhar as mesmas concepções sobre o enfrentamento do câncer, estarem menos vulneráveis à sensação de ansiedade e ameaça, bem como oferecerem apoio sem terem a obrigação de fazê-lo, tal como ocorre no núcleo familiar.

Muitos estudos indicam ainda a existência de uma associação significativamente positiva entre suporte social e qualidade de vida. Entretanto, Arora et al. (2007) questionaram o fato da maioria dos estudos focarem na percepção sobre a disponibilidade de suporte, mais do que na quantidade de suporte realmente recebido e na percepção de satisfação sobre o que é oferecido. Acreditam que ampliar a avaliação do suporte social contribuiria para fornecer mais informações sobre o seu papel nos esforços de enfrentamento dos pacientes com câncer, como também ajudaria a compreender melhor os tipos de suporte disponibilizados ao longo do tempo pelos diferentes membros da rede de cuidado e seu impacto no nível de satisfação.

Na literatura identificou-se autores que relacionaram a presença de apoio social emocional à ocorrência de crescimento pós-traumático após diagnóstico e tratamento para câncer de mama (Schroevers et al., 2009), como também comprovaram que receber este tipo de suporte influencia no aumento da sobrevida após o diagnóstico de câncer (Soler-Vila, Kasl, & Jones, 2003).

Vale lembrar que atos de suporte social não necessariamente são sempre benéficos, dependendo em grande parte da compatibilidade entre a intenção e a ação de quem está oferecendo suporte e a demanda de apoio de quem recebe. Quando percebido como negativo, o suporte recebido tem sido relacionado ao aumento na dificuldades psicossociais e do *distress*. Tal fato foi ilustrado em um estudo com 79 mulheres com câncer de mama, no qual a compatibilidade entre o suporte desejado e o recebido mostrou relação significativa com o ajustamento psicológico. Os autores argumentaram que o nível de satisfação pode ter relação com a existência ou não de congruência entre as expectativas do paciente e os comportamentos da sua fonte de apoio (Reynolds & Perrin, 2004).

O ajustamento ao câncer sofre influência das respostas emocionais, cognitivas e comportamentais tanto do paciente quanto de suas fontes de suporte. Quando partilham seus medos e preocupações com pessoas significativas, os pacientes parecem desenvolver melhor estado emocional e enfrentam mais efetivamente a doença. Por outro lado, a ausência de uma fonte de apoio receptiva e acolhedora tem sido relacionada a pior saúde mental (Gilbar & Zusman, 2007). A elaboração de protocolos de intervenção e avaliação deve levar em conta tanto a existência de comportamentos de busca de suporte quanto a qualidade e quantidade do suporte recebido.

Roberts et al. (2006), examinando se o suporte social poderia aumentar a qualidade de vida relacionada à saúde em 89 homens com câncer de próstata, identificaram que a satisfação com o suporte social contribuiu para melhores níveis de saúde mental e física, assim como colaborou para a redução de pensamentos intrusivos, os quais prejudicam a saúde mental do paciente. Sendo assim, o suporte social mostrou influência direta e indireta na qualidade de vida.

Ao longo do tratamento oncológico – incluindo o período no qual cessam os procedimentos e iniciam-se as consultas para controle da doença –, a necessidade do paciente em relação ao apoio social variará de acordo com as tarefas de ajustamento que se fizerem presentes. No entanto, alguns estudos indicam que a disponibilidade do suporte social tende a reduzir

significativamente ao longo do tempo, a partir do primeiro ano após o diagnóstico. Como a necessidade de apoio não necessariamente apresenta a mesma redução, é interessante acompanhar o nível de satisfação do paciente nas diferentes fases da doença (Arora et al., 2007).

Em um estudo com 246 mulheres diagnosticadas com câncer de mama há no máximo seis meses, Arora et al. (2007) avaliaram a associação entre qualidade de vida relacionada à saúde, percepção de autoeficácia e satisfação com suporte social em diferentes domínios – emocional, informacional e para tomada de decisão. No período próximo ao diagnóstico, a maioria (84%) recebia suporte informacional da equipe, mas não dos familiares e amigos, apesar desses serem considerados fontes de adequado suporte emocional por mais de 80% das mulheres. Dos três tipos de suporte, apenas o suporte emocional teve associação positiva significativa com os demais resultados – bem-estar familiar/social e funcional, percepção de condição de saúde e autoeficácia. Após cinco meses, o suporte da família, amigos e equipe de saúde diminuiu significativamente – tanto qualitativamente quanto quantitativamente. Mulheres negras e com menor nível educacional tendiam a receber ainda menos suporte emocional dos amigos. Entretanto, mulheres que precisavam de tratamentos mais intensos tinham maior probabilidade de receber suporte emocional satisfatório, indicando que quanto maior a necessidade maior a probabilidade de ajuda. Nesse sentido, os autores recomendaram a implementação de intervenções para ensinar os cuidadores e aumentar suas habilidades para oferecer suporte emocional de acordo com as necessidades dos pacientes.

Ainda sobre o estudo de Arora et al. (2007), os autores sugeriram que, embora o suporte informacional e para tomada de decisão sejam mais importantes para auxiliar nos esforços de enfrentamento para resolução de problemas, esses esforços podem ser menos efetivos se o enfrentamento focado na emoção estiver ausente. Isso porque a satisfação com o suporte emocional mostrou-se um preditor consistente da qualidade de vida relacionada à saúde e da percepção de auto-eficácia. Entretanto, curiosamente, não foi encontrada relação entre satisfação com o suporte e bem-estar emocional, indicando que mesmo mulheres que estão satisfeitas com o apoio social podem continuar apresentando elevados níveis de *distress* no início do tratamento. A partir desses resultados, os autores aconselharam que intervenções fossem realizadas para orientar pacientes, familiares, amigos e equipe de saúde sobre como identificar e encaminhar apropriadamente as necessidades de suporte que o paciente vivencia ao longo do tratamento, principalmente no que se refere à oferta de apoio emocional.

O apoio emocional também foi considerado um fator protetor em relação a sintomas depressivos em um estudo com 331 mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama. As variáveis apontadas como preditoras de risco de depressão foram a presença de dor, ser mais jovem e apresentar baixa autoestima (Wong-Kim & Bloom, 2005).

No Brasil, Santana et al. (2008), avaliando 22 pacientes com câncer de cabeça e pescoço, verificaram que a rede social nem sempre é eficaz para prover o apoio necessário, mas quando o é

colabora para o bem-estar emocional do paciente. Também destacaram que os pacientes utilizam várias formas de apoio social e enfrentamento, sendo importante a existência de recursos diversos na rede existente, como também que o paciente mantenha a flexibilidade para buscar e utilizar os recursos sociais mais adequados ao objetivo pretendido.

Como pôde ser visto, o enfrentamento, a percepção de doença e o suporte social tem relação estreita entre si e no que diz respeito à forma como se dará o processo de ajustamento. São variáveis relevantes que devem ser consideradas durante avaliações da adaptação, do nível de *distress* vivenciado e dos estados de humor dos pacientes com câncer. No próximo tópico são apresentados resultados decorrentes de dificuldades no processo de ajustamento ao câncer e seus tratamentos.

1.6 *Distress* e Estados de Humor: Indícios de Risco Psicológico em Pacientes com câncer

Na área da saúde, o termo *distress* foi utilizado inicialmente por Hans Selye, conhecido pioneiro no estudo sobre estresse, para descrever a sobrecarga de estresse causada por situações com excitação de longa duração, que exigem adaptação e desencadeiam sentimentos desagradáveis e reações físicas danosas (Souza, 2009).

Para Sparrenberger, Santos e Lima (2003), a incapacidade para superar a vivência de experiências estressantes ocasionaria desgastes e rupturas no bem-estar individual. Como o contexto de adoecimento por câncer confronta o paciente com inúmeras situações de elevado potencial estressor, alguns autores passaram a nomear como *distress* o sofrimento psicológico desencadeado quando há incapacidade para superar as experiências estressantes.

Por esse motivo, em oncologia, o *distress* algumas vezes é definido como sendo uma desordem de ajustamento frequentemente caracterizada por ansiedade e depressão (Brocken, Prins, Dekhuijzen, & Heijden, 2012). Entretanto, a maioria dos autores procura evitar relacioná-lo com desordens ou patologias, preferindo considerá-lo como um conjunto de reações emocionais desencadeadas por dificuldades durante o processo de ajustamento. Nesse sentido, a adaptação ao câncer é entendida como processo dinâmico mediante o qual pensamentos, sentimentos, comportamentos e mecanismos biofisiológicos mudam continuamente para se ajustar às demandas da doença, sendo o nível de *distress* a resultante desse processo.

No centro do esforço adaptativo estão as características pessoais do paciente –valores, crenças, motivações, expectativas – as quais influenciam a avaliação cognitiva do ambiente em geral, dos estressores e das estratégias que possui para lidar com situações estressantes. Ao longo da vida, tais características podem sofrer mudanças e altera-se a forma como uma mesma situação estressora é avaliada, podendo o câncer adquirir diferentes significados e valor estressor (Soares et al., 2000; Souza, 2009).

Quando o paciente avalia as demandas da doença e seus tratamentos como muito elevadas, ou considera que faltam recursos para lidar com elas, ou os dois conjuntamente, vivencia um nível

maior de *distress*. Já quando considera que existem poucas demandas ou que seus recursos de enfrentamento são muitos, tende a experimentar um nível mais baixo de *distress* (National Cancer Institute, 2008). Sendo assim, a resposta emocional do paciente ao diagnóstico sofrerá influência tanto de aspectos pessoais quanto contextuais, incluindo-se neste último as relações sociais existentes.

A definição de *distress* rotineiramente utilizada na área da psico-oncologia é a adotada pela *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) em suas diretrizes. *Distress* é caracterizado como uma experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica (cognitiva, comportamental e emocional), social e/ou espiritual, que pode interferir na habilidade de enfrentar efetivamente o câncer, seus sintomas físicos e seus tratamentos. As respostas que caracterizam o *distress* se estendem ao longo de um *continuum*, indo das *habitualmente* desencadeadas pelo estresse relacionado ao câncer e seus tratamentos (sensação de vulnerabilidade, tristeza e medo), até sintomas incapacitantes e intensos que alcancem critérios diagnósticos para distúrbios psicológicos (ansiedade e depressão, por exemplo), desencadeando problemas sociofamiliares ou provocando uma crise relevante no âmbito da espiritualidade (Brennan, 2001; Book, Marten-mittag, Henrich, Dinkel, Scheddel, Sehlen, et al. 2011; National Comprehensive Cancer Network, 2012; Souza, 2009). Conforme indicado pela NCCN, algum aumento no nível de ansiedade, depressão e *distress* é esperado como reação ao diagnóstico de câncer. Entretanto, alguns pacientes continuam apresentando elevação nos níveis de *distress* por um longo período (Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskivaara, & Hietanen, 2007).

Já em 1983, Derogatis et al. (1983), em estudo constantemente referido na literatura científica, identificaram a prevalência de 47% de transtornos psiquiátricos em pacientes com câncer, com a maioria (68%) apresentando desordem de ajustamento com humor depressivo ou ansioso. Estudos mais atuais apontam que a taxa de prevalência de *distress* gira em torno de 30% a 50% ao longo dos diferentes estágios da doença, com níveis mais elevados de ansiedade e depressão representando as manifestações mais frequentes (Carlson & Bultz, 2003; Faul, Jim, Williams, Loftus & Jacobsen, 2010; NCCN, 2013; Souza, 2009).

Com o intuito de avaliar a taxa de morbidade psicossocial, 277 pacientes com câncer em tratamento ambulatorial foram avaliados no estudo de Grassi, Travado, Moncayo, Sabato e Rossi (2004) utilizando-se a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD). Verificou-se que 28,5% dos pacientes eram considerados prováveis casos psiquiátricos e 16,6% casos confirmados. Do total, 17% dos pacientes apresentavam transtorno de ansiedade e 9% de depressão. Avaliando também as estratégias de enfrentamento mais utilizadas, foram identificados elevados escores para preocupação ansiosa em 33,93% da amostra e para desesperança em 13%. Tais estratégias foram proeminentes e mostraram-se significativamente associadas à presença de morbidade psicológica, assim como a existência de preocupações sobre a doença.

Dentre os aspectos pessoais e contextuais citados na literatura como indicadores de risco para *distress*, temos: antecedentes psiquiátricos ou abuso de substâncias psicoativas; prejuízo cognitivo; dificuldades de comunicação; comorbidades com outras doenças; dificuldades sociais ou financeiras; suporte social inadequado; sexo feminino; idade mais jovem; presença de outros estressores; doença avançada ou presença de sintomas (Souza, 2009).

No que se refere à influência do estado clínico do paciente, estudos indicam que o nível de *distress* tende a ser maior em pacientes com câncer mais avançado, na presença de sintomas ou de efeitos colaterais aversivos do tratamento, ou quando há história prévia de distúrbios psiquiátricos (Culver et al., 2002; Faul et al., 2010; Gustavsson-Lilius et al., 2007). O estudo realizado por Kenne Sarenmalm, Öhlén, Odén e Gaston-Johansson (2008) ilustra essas informações, demonstrando que a presença de múltiplos sintomas e a história prévia de ansiedade e depressão foram, junto com a depressão no momento da avaliação, preditores de elevados níveis de *distress* ao longo do tratamento de mulheres com recorrência do câncer de mama.

Outro estudo, avaliando 123 mulheres com câncer de mama antes da cirurgia, logo após, aos seis e 12 meses depois, verificou que a etapa do tratamento influenciou no nível de *distress*, o qual foi mais elevado no período anterior à cirurgia, reduzindo posteriormente e aumentando novamente 12 meses depois. As estratégias de enfrentamento utilizadas pelas pacientes estavam significativamente relacionadas ao nível de sofrimento. O nível de *distress* era maior quando estavam presentes estratégias de evitação – negação, distração e ventilação de emoções. Tais comportamentos de afastamento em relação ao estressor foram considerados preditores de maiores níveis de *distress* ao longo das avaliações. Vale citar que, neste estudo, as mulheres pertencentes ao grupo com menor nível socioeconômico mostraram maior preferência por estratégias de enfrentamento religioso do que as demais (Culver et al., 2002).

Para estudar a relação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida, Brown, Kroenke, Theobald, Wu e Tu (2009) avaliaram 397 pacientes oncológicos adultos com diagnóstico de dor ou depressão clínica, ou ambos. Identificaram que níveis elevados de depressão associavam-se com pior qualidade de vida relacionada à saúde. Já a ansiedade figurou como comorbidade, aumentando os prejuízos associados à depressão. Analisados separadamente, a presença de ansiedade não mostrou a mesma associação significativa que a verificada entre os níveis de depressão e os domínios da qualidade de vida relacionada à saúde. A ansiedade, isoladamente, apenas foi associada aos domínios de saúde mental e severidade dos sintomas somáticos. Os autores concluíram que a depressão tem efeitos mais profundos do que a ansiedade nos domínios não mentais da qualidade de vida, mas que a presença conjunta de depressão e ansiedade causa maior prejuízo em todos os domínios. Por esse motivo, orientaram que além de reconhecer e tratar o sofrimento causado pelas desordens de ansiedade e depressão, deve-se intervir nos efeitos que causam nos múltiplos domínios da qualidade de vida.

O investimento na identificação de pacientes em sofrimento, com distúrbios psíquicos ou com risco de não adaptarem-se ao tratamento tem acompanhado o avanço nas pesquisas sobre o impacto psicossocial do câncer e a forma como esse repercute ao longo do tratamento. O próximo item será dedicado aos instrumentos de avaliação que estão sendo utilizados para facilitar a identificação de pacientes com necessidade de atendimento psicossocial.

1.7 Triagem Psicológica (*Screening*) para Pacientes com Câncer

As propostas de triagem psicológica surgiram com o intuito de identificar aqueles que estão em sofrimento e dificuldade para se adaptar. Tal esforço reflete-se na literatura, na qual percebe-se maior ênfase na busca de formas efetivas e eficientes para detectar esses pacientes (Carey, Noble, Sanson-Fisher, & Mackenzie, 2012).

Vale esclarecer que o papel da triagem psicológica é diferente do papel do psicodiagnóstico, que visa a classificação nosológica segundo critérios da saúde mental. A triagem tem como objetivos identificar características individuais e contextuais relacionadas à experiência de adoecimento, facilitar a identificação de indicadores de risco para o encaminhamento à uma avaliação mais ampla e – confirmada a necessidade –, agilizar o acesso ao acompanhamento psicossocial. As informações obtidas com a triagem também têm a função de subsidiar as intervenções que serão realizadas pelos demais membros da equipe multiprofissional nos diferentes momentos do tratamento e melhorar a experiência dos pacientes e familiares ao longo do tratamento (Bultz et al., 2011). A seguir serão apresentadas informações que norteiam parte das propostas de triagem psicológica em oncologia e discutidos aspectos que subsidiaram a elaboração do instrumento IRPO.

Segundo a *Uk National Screening Committee*, triagem é uma ação clínica na qual os membros de uma determinada população, que não necessariamente percebem que estão em risco ou que já foram afetados por uma doença ou suas consequências, respondem questionamentos ou testes que identificarão quem tem maior chance de obter ajuda passando por outros testes ou tratamentos para reduzir o risco da doença e suas complicações. Obviamente, a melhoria do paciente não depende apenas de uma triagem bem realizada, mas de todo o processo de tratamento posteriormente oferecido. Entretanto, sem a triagem, pacientes com sinais de ansiedade e depressão frequentemente não são reconhecidos e, por conseguinte, permanecem sem atendimento especializado (Mitchell, Kaar, Coggan, & Herdman, 2008).

Como já ressaltado, a literatura tem indicado que a depressão, a ansiedade e o *distress* são as comorbidades psicológicas que mais afetam e incapacitam os pacientes com câncer. A prevalência da depressão é notória nos estudos realizados, sendo pelo menos quatro vezes maior do que na população geral: 15% a 40%, incluindo ansiedade clínica (Sheard & Maguire, 1999); 3% a 23% (Akizuki et al., 2003); 15% a 25% (Gaviria et al., 2007); 10% a 25% (Brown et al., 2009).

As diferenças percebidas ao longo dos estudos, nas taxas de prevalência dos transtornos

psicológicos em pacientes oncológicos, podem ocorrer em função da metodologia e dos instrumentos utilizados, como também da população avaliada (Sellick & Edwardson, 2007). Por isso, quando Pasquini e Biondi (2007) avaliaram todos os tipos de desordem depressiva e não apenas a depressão maior, encontraram uma taxa mais alta, girando em torno de 20% a 50% em pacientes com tumores sólidos.

Outros transtornos psicológicos identificados são: desordem de ajustamento - 25% a 30% (Carlson & Bultz, 2003) e 4% a 35% (Akizuki et al., 2003); *distress* moderado a elevado – 35% (Carlson & Bultz, 2003) e 22% a 58% (National Cancer Institute, 2008); desordem de ansiedade – 10% a 30% (Fau et al., 2010).

Em geral, estima-se que 25% dos pacientes apresentarão alguma sintomatologia psicológica severa, e que outros 25% apresentarão sintomatologia moderada (Iconomou et al., 2004). Outros autores apontam, ainda, que o câncer e seus tratamentos alteram a percepção de qualidade de vida e geram dificuldades emocionais em 23% a 66% dos pacientes. Desses, 85% apresentarão depressão ou ansiedade como sintoma principal (Acosta, Jablonski Jr., Horta, Souza & Silva, 2003; Telch & Telch, 1986).

Dos pacientes com os transtornos acima referidos, estima-se que 20% necessitarão de tratamento psiquiátrico e se beneficiarão de aconselhamento profissional, 15% de tratamento psicológico para *distress* e 25% precisarão ser atendidos por assistente social para obter auxílio com questões financeiras e práticas (Carlson & Bultz, 2003).

A identificação precoce dos pacientes com dificuldades para se adaptar ao contexto de adoecimento e tratamento ainda é uma prática pouco frequente, dificultando o adequado encaminhamento para a psicologia. Ademais, os problemas psicológicos e sociais não raro passam despercebidos pela equipe (Akizuki et al., 2003; Bultz & Holland, 2006; Jacobsen et al., 2005; Linden et al., 2005; National Cancer Institute, 2008; Zabora et al., 2001). Segundo informam Sellick e Edwardson (2007), menos da metade dos pacientes com ansiedade e depressão são adequadamente identificados e tratados. Por esse motivo, nos últimos anos tem crescido o número de questionários e escalas visuais analógicas com o objetivo de facilitar a identificação de níveis elevados de *distress*, ansiedade e depressão.

Nas diretrizes propostas pela NCCN (2012) para o manejo de *distress* consta a orientação para que todos os pacientes sejam avaliados na consulta inicial e reavaliados em intervalos regulares e/ou quando ocorrerem mudanças em sua doença (remissão, recorrência ou progressão). Os especialistas recomendam que a natureza e a forma do *distress* devem ser identificadas para facilitar o encaminhamento dos pacientes às modalidades de intervenção mais adequadas às suas necessidades e contribuir para o aprimoramento da comunicação entre profissionais e pacientes (Brennan, 2001; Bultz & Holland, 2006; NCCN, 2012).

Apesar do desenvolvimento de instrumentos para detectar complicações emocionais em pacientes com câncer, nem todos os serviços tem sido capazes de implementar com sucesso

programas de triagem e apenas uma minoria tem utilizado instrumentos válidos de triagem. Entretanto, tem crescido o número de pesquisas sobre as propriedades psicométricas das escalas existentes e o investimento no desenvolvimento de novas escalas (Vodermaier & Millman, 2011).

Nota-se, também, a existência de numerosas dificuldades para desenvolver estudos sobre a efetividade de se incluir essa atividade na rotina dos serviços, pois os resultados a longo prazo dependem dos recursos de intervenção disponíveis e da mudança na postura da equipe multiprofissional durante o atendimento ao paciente, de acordo com resultados da triagem (Mitchell et al., 2008).

Fora do Brasil, percebe-se, analisando-se a literatura, que profissionais não psicólogos figuram entre os principais usuários de escalas de triagem, havendo foco elevado no desenvolvimento de instrumentos que não onerem as atividades rotineiras realizadas e aumentem a adesão a esse formato de avaliação. A equipe médica e de enfermagem é, em geral, responsável por avaliar e encaminhar os pacientes para serviços de atenção psicossocial, sendo realizados esforços no sentido de aumentar a adesão desses profissionais aos instrumentos e para mudar as práticas diárias em função dos resultados das triagens.

Para identificar as características dos métodos de triagem mais aceitáveis para a equipe envolvida no cuidado ao paciente com câncer, Mitchell et al. (2008) conduziram um estudo do qual participaram 226 profissionais. O questionário abordava a preferência em relação a instrumentos de triagem, as barreiras para realizar triagem e os preditores relacionados ao uso de alguma metodologia de triagem. Os resultados indicaram que 63,3% dos clínicos utilizavam regularmente alguma estratégia de triagem para depressão e *distress*, porém a maioria lançava mão do seu próprio julgamento clínico após realizarem algumas perguntas. Apenas 5,9% usavam um questionário formal e 1,5% encaminhavam para um especialista auxiliar na avaliação. Dentre os profissionais que realizavam triagem, sobressaíram a equipe de enfermagem e aqueles que trabalhavam com cuidados paliativos. As principais barreiras para utilizarem a triagem foram: tempo (57,8%); falta de treinamento (16,9%) e insuficiente habilidade pessoal ou confiança no diagnóstico (13,3%). Dos preditores relacionados à adoção rotineira de métodos de triagem, os mais significativos foram o tempo usualmente gasto para realizar a triagem, o tempo disponibilizado para atender novos pacientes e o tempo que possuíam para os atendimentos de acompanhamento, sendo este último mais explicativo. Metade da amostra relatou ter em média 20 minutos para atender cada paciente. A preferência, por esse motivo, acabou recaindo sob instrumentos muito curtos ou com um item apenas.

Em função dos resultados encontrados por Mitchell et al. (2008) e das dificuldades para ampliar o tempo médio das consultas em grande parte das instituições, sugeriu-se que novas técnicas de triagem fossem desenvolvidas a partir de ferramentas computadorizadas, que esta atividade fosse realizada pelos membros da equipe multiprofissional ou ainda que a triagem ocorresse na sala de espera.

Boa parte dos programas de triagem realizam pelo menos duas etapas de avaliação. Inicialmente avaliam todos os pacientes iniciando tratamento com um questionário breve, para depois avaliar melhor os pacientes que tiveram escores positivos, realizando-se uma entrevista clínica ou utilizando-se um instrumento mais específico. De acordo com a avaliação final, os pacientes poderão ser encaminhados para atendimento psicossocial. A escolha das escalas utilizadas é um aspecto chave nos programas de triagem, podendo afetar sua efetividade. Uma escala inadequada do ponto de vista psicométrico pode não ter sensibilidade para identificar os pacientes com necessidade de atendimento ou não ser específica o suficiente, o que poderia levar à sobrecarga de serviços de atenção psicossocial com atendimentos desnecessários (Vodermaier & Millman, 2011).

Muito frequentemente a presença de morbidades psicológicas acaba não sendo identificada e, quando isso ocorre, apenas um dentre quatro pacientes é encaminhado para atendimento psicossocial. Profissionais que não trabalham com saúde mental podem apresentar dificuldade para correlacionar as características da doença e do tratamento com as percepções subjetivas do paciente e suas reações, o que interfere na identificação de sinais que poderiam apontar algum nível de sofrimento emocional. Entretanto, mesmo quando identificados, tanto pacientes quanto profissionais de saúde demonstram dificuldade para discutir preocupações emocionais, focalizando durante a consulta temas relacionados às reações físicas e aspectos práticos do tratamento. Talvez essa dificuldade também contribua para o fato de nem todos os pacientes encaminhados aderirem ao suporte psicossocial oferecido (Baker-Glenn, Park, Granger, Symonds & Mitchell, 2011; Book et al., 2011; Bultz & Holland, 2006; Iconomou, et al., 2004; Linden et al., 2005; National Cancer Institute, 2008; Souza, 2009; Zabora et al., 2001).

Ferramentas como o Termômetro de *Distress* (TD), com um item apenas, são desenvolvidas para serem breves o suficiente para que os profissionais de saúde possam integrá-la como parte de sua rotina. O TD tem mostrado boa capacidade para diagnosticar ansiedade clínica e moderada precisão para detectar *distress* e depressão, com alta taxa de falsos positivos (Baken & Woolley, 2011; Bauwens, Baillon, Distelmans, & Theuns, 2009). Por esse motivo outros termômetros – ansiedade, depressão, raiva, desejo por ajuda e de impacto – tem sido utilizados em conjunto com o TD para aumentar sua acurácia (Baken & Woolley, 2011).

Além do mais, a melhoria no nível de *distress* não é linear, dependendo de como o indivíduo reagirá frente a diferentes fatores como, por exemplo, problemas na rede de apoio social, recorrência ou avanço da doença, mudanças no tratamento, presença de sintomas aversivos e efeitos colaterais, menor contato com equipe de saúde devido à alta, tentativa de reintegração na atividades familiares e sociais. Quando se avalia apenas se os pacientes apresentam *distress*, corre-se o risco de não identificar pacientes com outras necessidades que poderiam ser providas pelos serviços psicossociais. A capacidade dos instrumentos para identificar desordens psiquiátricas está bem estabelecida, mas questiona-se se a necessidade de atendimento psicossocial está

adequadamente representada por tais desordens ou se outros aspectos deveriam ser considerados (Scheppingen, et al., 2011).

Como salientam Zabora, Brintzenhofeszc, Curbow e Hooker (2001), a adaptação inicial ao diagnóstico de câncer é largamente influenciada por fatores psicológicos pré-existentes. Os autores sugerem que tais fatores podem ser utilizados pela equipe de suporte psicossocial para prever quais pacientes conseguirão efetivamente se adaptar e quais poderão apresentar dificuldades, de modo a estruturar rotinas de triagem para uma identificação mais rápida. Na lista de variáveis associadas ao processo de adaptação psicossocial, os autores apontam: suporte social (situação conjugal, estrutura familiar, grupo religioso e local de moradia); história passada (abuso de substâncias psicoativas, saúde mental anterior, comorbidades, nível de otimismo e arrependimentos); preocupações atuais (estado de saúde, questionamentos espirituais, aspectos financeiros, familiares, existenciais e autoconceito).

Existem variáveis que podem ser conhecidas logo no momento do diagnóstico, enquanto outras apenas durante o tratamento inicial ou no período de recuperação. Entretanto, algumas variáveis parecem ter a capacidade de prever diferentes níveis de morbidade já no momento do diagnóstico. Conhecer e identificar tais variáveis e compreender o processo envolvido no ajustamento ao câncer pode auxiliar na elaboração de estratégias para prevenir desordens psicológicas ao longo do tratamento. Pensando em ampliar o olhar sobre as possibilidades de avaliação, serão discutidos alguns aspectos que devem ser considerados na elaboração dos protocolos de triagem.

Em muitas situações a condição médica do paciente – especialmente a presença de dor, efeitos colaterais dos tratamentos e de sintomas causados pelo avanço da doença – acaba sendo fortemente associada a um pior funcionamento psicológico. Entretanto, Brennan (2001) salienta que a morbidade psicológica que o estado clínico acarreta não pode necessariamente ser tomada como sinal de pior ajustamento. Faz-se necessário compreender e reconhecer outras variáveis envolvidas no processo de ajustamento, pois a forma de lidar com a presença desses desconfortos varia muito entre os pacientes.

Para Folkman e Greer (2000), o processo de ajustamento está associado a quatro categorias de informações: (1) comorbidade psiquiátrica, principalmente a ocorrência de diagnóstico anterior de depressão; (2) comorbidade de outra doença, pela possibilidade de maior prejuízo no funcionamento social, familiar e mental e interferência na percepção de condição de saúde; (3) características da rede de suporte social; (4) status socioeconômico, incluindo o nível educacional e a renda familiar. Zabora et al. (2001) também sugerem que a avaliação das quatro categorias, somada às considerações sobre a extensão da doença, magnitude do tratamento e o prognóstico do paciente, indicaria o risco de *distress* do paciente, considerando que esse é um indicador de má adaptação ao adoecimento e tratamento.

Hjörleifsdóttir, Hallberg, Bolmsjö e Gunnarsdóttir (2006) indicaram que o nível de

ansiedade e depressão provavelmente decorre do processo de adaptação, o qual depende da forma como o indivíduo enfrenta os desafios impostos pelo adoecimento. Assim, nem todos os pacientes apresentarão reações emocionais negativas diante do diagnóstico e tratamento, entretanto, para aqueles que apresentarão, se o *distress* psicológico não for prevenido ou detectado/diagnosticado rapidamente, os efeitos a longo prazo do sofrimento emocional acabarão por prejudicar sua qualidade de vida, interferir no curso da doença, como também afetarão suas relações sociais e familiares. Quando o paciente começa a apresentar elevado *distress* algumas situações, dentre outras, podem começar a ocorrer, como: (a) procura por atendimento de emergência devido à ansiedade não reconhecida ou não tratada; (b) dificuldade para tomar decisões terapêuticas; (c) intensificação de sentimentos que prejudicam o início do tratamento; (d) sentimentos de insatisfação e desilusão com o cuidado recebido; (e) problemas de adesão ao tratamento; (f) aumento de estresse nos cuidadores/familiares (Almanza-Muñoz, Romero-Romo, & Holland, 1999; Bultz & Holland, 2006; Jacobsen et al., 2005; Sellick & Edwardson, 2007; Souza, 2009; Zabora et al., 2001).

A literatura sobre triagem psicológica enfatiza ainda o diagnóstico de pacientes com algum nível de sofrimento psicológico ou com alguma psicopatologia instalada. Apesar de constantemente serem encontradas listas de fatores de risco, os autores parecem priorizar ferramentas que não avaliam tais fatores no momento de identificar pacientes que poderiam se beneficiar de intervenções psicológicas. Frequentemente são utilizados instrumentos que mensuram a adaptação a partir da sintomatologia geral presente, de sintomas e comportamentos específicos (ex.: depressão, ansiedade, funcionamento social ou físico) e da presença ou ausência de bem-estar subjetivo.

Os instrumentos utilizados em psico-oncologia focam mais na detecção do estado de humor do paciente do que no processo de adaptação, dificultando a identificação das dificuldades vivenciadas pelos pacientes quando os níveis de ansiedade, depressão e *distress* ainda não estão elevados ou já retornaram ao nível anterior pré-adoecimento. Nesse enfoque, não se identifica como o indivíduo está enfrentando e assimilando as diversas mudanças em sua vida (Brennan, 2001).

Ademais, como em alguns períodos da doença e diante de situações específicas, um determinado grau de preocupação ou humor negativo é considerado parte da reação normal no processo de ajustamento ao câncer, as avaliações de humor realizadas neste período podem não refletir adequadamente o risco de má adaptação psicológica (Carey et al., 2012).

Com a adoção do conceito de *distress* para tentar aumentar a identificação de problemas psicológicos na área da oncologia, esse conceito acabou servindo como um grande guarda-chuva sob o qual são agrupadas variáveis que sinalizam a existência de algum nível de sofrimento emocional, físico ou social. Entretanto, alguns autores começaram a questionar os parâmetros conceituais utilizados para definir *distress*, argumentando que esses ainda não estão

bem estabelecidos e que existe dificuldade para diferenciar *distress* de outros conceitos já bem definidos, como ansiedade, depressão e desordem de ajustamento (Ziegler et al., 2011).

Mesmo polêmico, o conceito e a avaliação de *distress* tem ganhado grande espaço nas discussões teóricas e nas rotinas dos serviços. Propõe-se até mesmo que o nível de *distress* seja considerado o 6º sinal vital para equipes de saúde, junto com avaliações de temperatura, batimento cardíaco, pressão sanguínea, respiração e nível de dor (Bultz et al., 2011).

Nesse sentido, *distress* parece ser o resultado de um processo de ajustamento psicológico falho, enquanto as variáveis percepção de doença, suporte social e enfrentamento, representariam aspectos que compõem o processo de ajustamento, funcionando como fatores de risco ou proteção. Apesar do processo de adaptação ser dinâmico e envolver pensamentos, sentimentos, ações e mecanismos biofisiológicos que mudam continuamente, esses e outros fatores poderiam ajudar na identificação de características individuais que sinalizem a necessidade de intervenção psicossocial para minimizar o risco de desordens psicológicas ao longo do tratamento.

No que se refere ao uso de instrumentos para triagem psicológica, deve-se lembrar que estes precisam ser válidos e confiáveis, de fácil compreensão e preenchimento, podendo ser finalizados em um curto período de tempo e ter uma correção e interpretação simples (Sellick & Edwardson, 2007). Além destas características, tais instrumentos devem ter boa sensibilidade e especificidade, ou seja, devem ser capazes de identificar os pacientes que apresentam as características avaliadas, com mínima taxa de falso negativo, e não incluir dentre esses aqueles que não apresentam risco, havendo o mínimo de falsos positivos (Carey et al., 2012). Entretanto, em se tratando de instrumentos de triagem, a sensibilidade é mais importante do que a especificidade, dado que deixar de identificar quem necessita de atendimento traz mais prejuízo do que oferecer atendimento para quem necessita menos e pode encerrar o acompanhamento posteriormente se assim desejar (Vodermaier & Millman, 2011).

Para implementar uma rotina de triagem várias estratégias precisam ser adotadas, como: envolver a equipe, a instituição e organizações de apoio ao paciente oncológico; orientar e treinar a equipe a respeito dos aspectos envolvidos na triagem; estabelecer a colaboração interdisciplinar entre membros da equipe; estruturar plano para avaliar os resultados mensurados (Bultz et al., 2011).

Dentre os instrumentos frequentemente utilizados nas triagens psicológicas – e considerados com boa propriedade psicométrica –, encontram-se o *Brief Symptom Inventory* (BSI-18), o *Medical Outcomes Study SF-36*; e a Escala de Ansiedade e depressão Hospitalar (HAD) (Carey et al., 2012; Sellick & Edwardson, 2007). Revisando a literatura sobre instrumentos utilizados para triagem de desordens psicológicas em pacientes com câncer, Ziegler et al. (2011) identificaram a existência de 48 medidas diferentes desde 1960. Dessas, 37 foram mencionadas apenas uma vez, enquanto a HAD foi a mais citada (N=23), seguida de: *Hamilton Anxiety Scale* (N=4); *Rotterdam Symptom Checklist* (N=3); *European Organization for Research and Treatment*

of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) (N=3); Questionário de Saúde Geral (QSG) (N=3); Inventário Beck de Depressão (BDI) (N=3); *Cancer Concerns Checklist* (N=2) e *Impact of Events Scale* (N=2).

A meta-análise realizada por Vodermaier e Millman (2011) mostrou que a acurácia da HAD para triagem de pacientes oncológicos com depressão tem se mostrado boa, sendo moderada quando utilizado para identificar desordens psicológicas em geral. Os autores ponderaram que a menor especificidade em relação às desordens emocionais em geral se deve à elevada taxa de desordem de ajustamento em pacientes oncológicos, na qual incluem-se sintomas de depressão, ansiedade ou mistos. O uso da pontuação global, mantendo 15 como escore de corte, teve o melhor resultado, mostrando sensibilidade de 0,87 e especificidade de 0,88.

Vale citar que a HAD também apresentou elevado padrão em todos os critérios utilizados em uma revisão sistemática da literatura, realizada por Lockett et al. (2010), sobre instrumentos capazes de mensurar o efeito de intervenções psicológicas em pacientes com câncer, seguida pela *Profile of Mood States* (POMS-37) e *Centre for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D). Os autores recomendaram o uso da HAD quando os resultados de interesse são ansiedade, desordens mistas de humor ou de *distress*, o uso da POMS para medir ansiedade ou *distress* e da CES-D quando o foco for depressão.

No Brasil é crescente a presença de psicólogos integrando as equipes dos serviços de oncologia e atuando a partir do referencial da psicologia da saúde e da psico-oncologia, sendo essa última uma área considerada exclusiva para psicólogos no Brasil (Gimenes, 1994). Atualmente existem leis, como a do Projeto Expande, que garantem esta participação. Esses profissionais, de modo geral, não tem focalizado sua atuação apenas no atendimento de pacientes encaminhados ou que procuram atendimento. Estão desenvolvendo práticas de busca ativa e estruturando serviços que possibilitam a prevenção de dificuldades emocionais, e não apenas o tratamento após instalado o sofrimento. Com psico-oncologistas atuando pró-ativamente no cuidado oferecido aos pacientes, os instrumentos de triagem podem ser estruturados para a realização de uma avaliação mais ampla já no primeiro contato com o paciente. São profissionais geralmente treinados para realizar avaliações psicológicas, manusear instrumentos e interpretar escores. Além do mais, seu tempo é quase integralmente destinado ao atendimento das necessidades psicológicas dos pacientes.

Apesar da dedicação quase exclusiva aos aspectos psicológicos, na rotina diária de um serviço de oncologia é improvável que os psicólogos consigam atender individualmente todo paciente iniciando tratamento para o câncer, avaliando minuciosamente suas necessidades psicossociais. Raramente a equipe terá profissionais em número suficiente para este tipo de abordagem, podendo encontrar nos protocolos de triagem uma saída para identificar rapidamente aqueles que precisam de auxílio ou apresentam características que indicam risco de não se adaptarem ao processo de adoecimento e tratamento.

Esse projeto nasceu do interesse, conforme discutido anteriormente, pelo desenvolvimento

de uma ferramenta de avaliação que permita identificar, de forma rápida e com bom nível de precisão, além do sofrimento instalado, fatores que indiquem risco de pior ajustamento psicológico ao longo do tratamento do câncer. Podendo lançar mão de uma ferramenta com tal propriedade, acredita-se que seria mais viável para as equipes de psico-oncologia estruturarem programas de intervenção focados tanto na prevenção de dificuldades emocionais como no tratamento precoce das desordens existentes. Vale lembrar que o próprio sofrimento instalado constitui-se em fator de risco para a ocorrência de dificuldades psicológicas mais relevantes ao longo do tratamento.

Semelhante a esta iniciativa, provavelmente pela crescente ênfase no incremento de intervenções preventivas relacionadas ao estado emocional de pessoas convivendo com doenças crônicas, foram identificados dois novos instrumentos elaborados para avaliação de risco psicológico – o *Genetic Psychosocial Risk Instrument* (GPRI) desenvolvido para avaliar pessoas que se submeteriam a aconselhamento genético para doenças hereditárias (Esplen et al., 2013) e o *Psychosocial Assessment Tool* (PAT) desenvolvido para avaliar cuidadores de crianças recém diagnosticadas com câncer (Barrera et al., 2014). Em ambos os casos os autores reforçaram a importância da identificação do risco para a implementação de ações e estruturação de serviços de forma a favorecer a adaptação e minimizar o desenvolvimento transtornos psicológicos.

A seguir serão descritos os objetivos e as hipóteses norteadoras do presente estudo.

Capítulo 2

Objetivos e Hipóteses

O interesse da pesquisadora reside na elaboração de um instrumento que possa ser utilizado para avaliar pacientes tão logo sejam diagnosticados com câncer e ou ingressem em um serviço de oncologia, sendo possível verificar aqueles com maior vulnerabilidade psicológica e risco de má adaptação. Dessa forma, de acordo com a avaliação inicial de suas necessidades, os pacientes poderiam ser encaminhados para diferentes tipos de intervenção psicossocial, incluindo estratégias que visem a promoção de saúde mental e prevenção de dificuldades psicológicas futuras. Nessa perspectiva, com base na literatura e na experiência profissional da pesquisadora foram delineados os objetivos da pesquisa.

2.1 Objetivos

Geral.

Elaborar e validar um instrumento de avaliação/triagem que possibilite identificar, tanto pacientes oncológicos que estejam com *distress*, como aqueles que possuam características psicológicas que contribuam para o desenvolvimento de dificuldades psicológicas ao longo do tratamento.

Específicos.

- Identificar na literatura variáveis que indiquem risco de má adaptação psicológica em pacientes com câncer;
- Elaborar um instrumento que avalie fatores de risco para má adaptação psicológica;
- Analisar fatorialmente o instrumento, conferindo o ajuste do modelo proposto para verificar a validade de construto;
- Avaliar a fidedignidade, a validade preditiva e a validade discriminante do instrumento;
- Verificar em que medida o modelo teórico proposto foi reproduzido no instrumento;
- Analisar o grau de predição das medidas sociodemográficas, médico-clínicas e psicossociais em relação ao desenvolvimento de níveis de *distress* ao longo do tratamento.

2.2 Modelo Teórico

O instrumento foi desenvolvido a partir do modelo de adaptação ao estresse proposto por Lazarus e Folkman (1984), adaptado por Stanton e Revenson (2011) para explicar o processo de ajustamento às doenças crônicas. Para ajustar esse modelo ao contexto da oncologia, buscou-se variáveis indicadas na literatura científica como relacionadas e/ou preditoras do processo de adaptação ao contexto de adoecimento e tratamento de câncer. Decorrente desse levantamento,

elaborou-se o modelo teórico descrito na Figura 2. O pressuposto básico desse modelo consiste na hipótese de que o nível de *distress* representa o resultado do processo de ajustamento do paciente. O modelo teórico foi elaborado e testado a partir das seguintes hipóteses:

- Hipótese 1: Percepção de doença, suporte social, repertório de enfrentamento e nível de *distress* atual são variáveis predictoras do nível de *distress* patológico;
- Hipótese 2: Disponibilidade percebida e satisfação com o suporte social relaciona-se negativamente com *distress*;
- Hipótese 3: Estratégias adaptativas de enfrentamento relacionam-se negativamente com *distress*;
- Hipótese 4: Percepção negativa da doença relaciona-se positivamente com *distress*;
- Hipótese 5: É possível calcular um escore único para avaliar o risco de má adaptação psicológica a partir de variáveis que descrevem seu processo (suporte social, enfrentamento e percepção de doença) e resultado (*distress*);
- Hipótese 6: Variáveis sociodemográficas e médico-clínicas interferem no efeito das variáveis suporte social, enfrentamento, percepção de doença e *distress* na previsão do ajustamento psicológico do paciente com câncer.

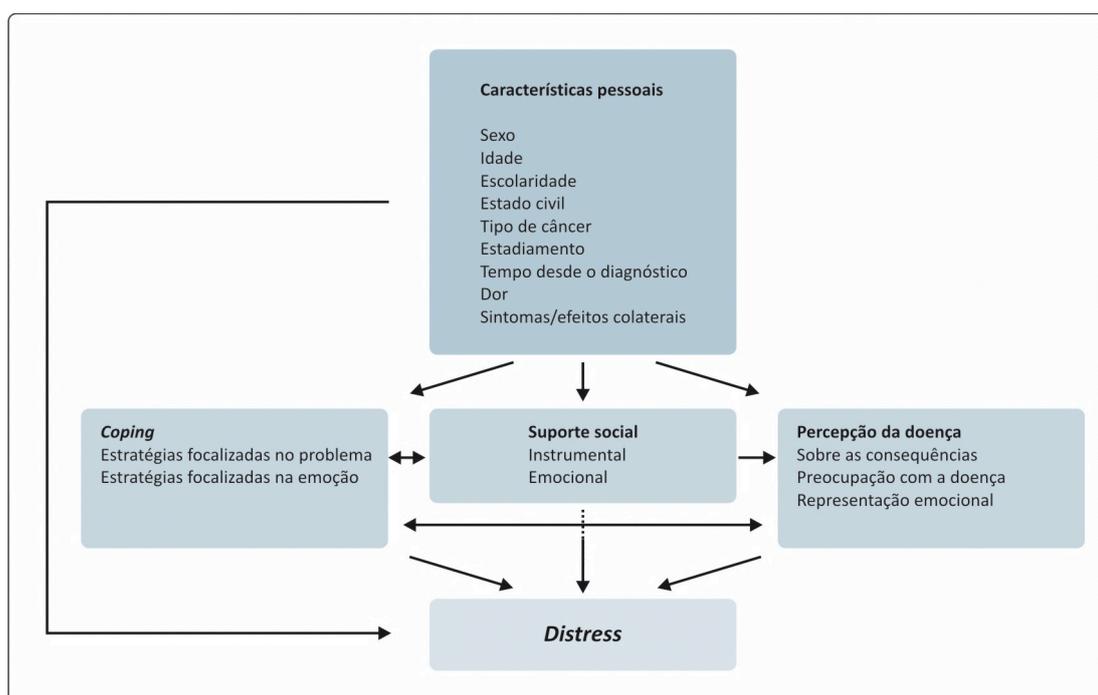


Figura 2. Ilustração do processo de ajustamento ao câncer segundo o modelo teórico proposto para embasar o desenvolvimento do IRPO .

Capítulo 3

Método

A presente pesquisa trata da elaboração e validação de uma escala para triagem psicológica constituída a partir do referencial teórico-metodológico da psicometria, mais especificadamente da medida por teoria (Pasquali, 2010).

3.1 Delineamento

Trata-se de uma sequência de estudos transversais, predominantemente quantitativos, com exceção da revisão de literatura, para elaboração do instrumento e validação do conteúdo da primeira versão do instrumento.

Para a elaboração do instrumento foram seguidas as orientações de Pasquali (2010) sobre teoria e modelo de construção para testes referentes a construtos. Tal modelo baseia-se em três polos: teórico, empírico/experimental e analítico. O polo teórico diz respeito à fundamentação teórica do construto, com a explicitação dos tipos e categorias de comportamentos que o representam, com a devida operacionalização do construto em itens. No polo empírico/experimental definem-se as etapas e técnicas para aplicação do instrumento e realização da coleta de informações que permitam avaliar a qualidade psicométrica do instrumento. Por fim, no polo analítico estabelece-se os procedimentos de análises estatísticas para verificar se o instrumento é válido, preciso e, quando for o caso, estabelecer sua normatização.

A Figura 3 apresenta as etapas que constituem esses três polos que nortearam a construção do instrumento desenvolvido pela pesquisadora. Em função das recomendações de Pasquali (2010), o desenvolvimento do instrumento foi dividido em três estudos complementares, os quais serão apresentados em capítulos distintos para facilitar a compreensão do leitor sobre o delineamento, o procedimento de coleta de dados e os resultados alcançados.

Ressalta-se que nos estudos que envolveram a participação de pacientes foram mantidos os mesmos critérios de seleção para inclusão na amostra e considerados os cuidados éticos descritos nesse capítulo. Nos Capítulos 4 a 6 estão apresentados, separadamente, o delineamento, o método e os resultados dos três estudos realizados: Estudo 1 – Elaboração do instrumento (Polo Teórico); Estudo 2 – Análise da validade e fidedignidade do IRPO (Polos Experimental e Analítico); Estudo 3 – Análise da validade preditiva e normatização do IRPO (Polo Analítico). Uma discussão geral englobando os resultados dos três estudos está apresentada no Capítulo 7.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e oito auxiliares de pesquisa que foram treinados em relação aos procedimentos de avaliação em cada estudo, incluindo-se a forma de abordagem, a comunicação durante a aplicação dos instrumentos e como proceder quando fosse identificada necessidade de encaminhar os pacientes para o serviço de psicologia.

Vale lembrar que foi realizado um estudo preliminar para validar o instrumento que seria inicialmente utilizado na primeira versão do projeto de doutorado da autora. Como apenas uma parte desse instrumento mostrou qualidade psicométrica, foi necessário alterar a proposta de pesquisa e iniciou-se a construção de uma outra ferramenta para triagem psicológica. No Apêndice A encontra-se descrito o processo de validação dessa escala, da qual foi utilizado o fator que avalia *distress* para a construção do novo instrumento, e no Apêndice B apresenta-se a autorização do autor para o seu uso.

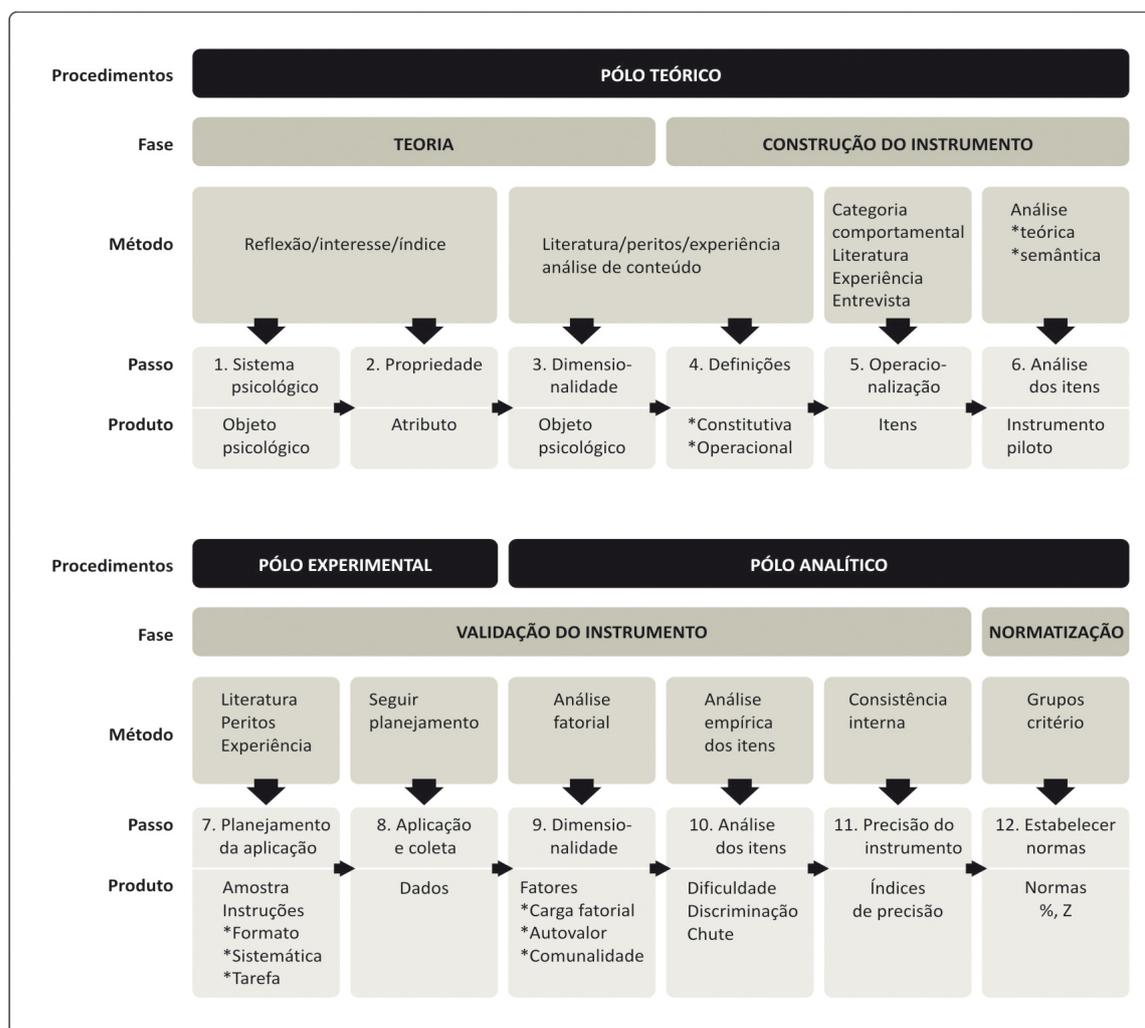


Figura 3. Organograma para elaboração de medida psicológica adaptado de Pasquali (2010).

3.2 Participantes

Pacientes em tratamento oncológico no CACON/HUB, independente do tempo decorrido desde o diagnóstico. Pretendia-se que houvesse variabilidade nas características sociodemográficas e médico-clínicas. Detalhes sobre os participantes dos Estudos 2 e 3 estão fornecidos nos capítulos correspondentes.

Critérios de inclusão.

Pacientes oncológicos adultos em acompanhamento ambulatorial no CACON/HUB, com idade entre 18 e 65 anos, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão.

Pacientes que não satisfizessem as condições de inclusão e fossem surdos e/ou não se comunicassem oralmente, possuíssem registro em prontuário que indicasse diagnóstico anterior de transtornos psiquiátricos e/ou neurológicos, estivessem internados no momento da coleta de dados, estivessem em cuidados paliativos exclusivos.

3.3 Considerações Éticas

Inicialmente o projeto foi apresentado ao chefe do Centro de Câncer – CACON/HUB – e solicitou-se autorização para a realização da pesquisa com os pacientes desse serviço. Antes de iniciar a coleta de dados, o projeto foi submetido à avaliação e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (parecer nº 425.266). Para contemplar as peculiaridades de cada etapa da pesquisa, foram elaborados três modelos de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que serão apresentados em conjunto com o material utilizado em cada estudo.

Para a assinatura dos termos, os pacientes receberam informações sobre a pesquisa e como seria sua participação, assim como foram orientados que poderiam interromper a participação a qualquer momento, sem prejuízo para o tratamento ou relacionamento com a equipe do CACON/HUB. Ademais, era garantido o sigilo das informações e que sua identidade seria resguardada em todas as ocasiões relacionadas à divulgação dos resultados da pesquisa.

No CACON/HUB, o atendimento psicológico é disponibilizado a todos os pacientes e seus familiares, sendo garantido o encaminhamento tão logo seja identificada alguma necessidade no decorrer da coleta de dados.

Capítulo 4

Estudo 1: Elaboração do Instrumento – Polo Teórico

Esta primeira etapa do desenvolvimento do instrumento concentrou-se na busca por evidências empíricas sobre adaptação psicológica em pacientes com câncer, reunindo informações que auxiliaram na sistematização da miniteoria (Pasquali, 2010) que direcionou a elaboração da medida proposta.

4.1 Delineamento

No campo da saúde, em especial, da psico-oncologia, há dificuldade em se estabelecer – dentre o amplo espectro de variáveis psicológicas – quais têm um peso maior na predição de uma melhor adaptação. Algumas variáveis psicológicas estudadas são, por exemplo, autoeficácia, personalidade, enfrentamento, suporte social, estresse, ansiedade, percepção e avaliação do problema. Considera-se que a forma como estas variáveis estão presentes na vida do paciente irá interferir no processo de ajustamento emocional (Gaviria et al., 2007; Llull et al., 2003).

Difícilmente um teste é capaz de cobrir toda a amplitude de um conceito (Pasquali, 2010) e, dada a diversidade das variáveis exploradas em psico-oncologia, foi necessário desenvolver estratégias para explorar o processo de ajustamento de pacientes com câncer e delimitar a cobertura do instrumento, sem prejudicar sua capacidade de identificação de pacientes com risco de má adaptação psicológica.

Por esse motivo, para a elaboração do instrumento, inicialmente realizou-se uma pesquisa a partir de dados oriundos de revisão bibliográfica, utilizando-se metodologia quantitativa e qualitativa para descrever e integrar os resultados obtidos. Procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura científica, sobre adaptação ao contexto de adoecimento e tratamento por câncer, a partir da qual tentou-se identificar variáveis que interferem no processo de ajustamento.

Na medida por teoria o instrumento deve ser construído a partir do levantamento de evidências empíricas sobre o processo psicológico em questão. Deve-se coletar e sistematizar informações que possibilitem o reconhecimento de variáveis que compõem o construto (definição constitutiva) e, posteriormente, descrever os comportamentos característicos relacionados a estas variáveis (definição operacional) (Pasquali, 2010).

Dessa forma, identificadas as variáveis psicológicas mais frequentemente relacionadas na literatura ao processo de ajustamento em oncologia, desenvolveu-se definições constitutivas para cada uma delas de acordo com a literatura. Ao final, para a operacionalização do construto e elaboração dos itens, buscou-se outras escalas que avaliassem as variáveis preditoras detectadas e selecionou-se itens que refletissem as informações obtidas na revisão de literatura e possuísem boa carga fatorial. O produto final desta etapa foi a elaboração do instrumento piloto, o qual foi intitulado Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO).

4.2 Procedimentos de Coleta de Dados

Para a revisão da literatura sobre ajustamento psicológico em oncologia e identificação de variáveis preditoras, foram consultadas as bases de dados PubMed, BVS-Psi – limitando a busca em PePsic, SciELO e LILACS –, *Web of Science* e PsycARTICLES.

Utilizou-se o seguinte agrupamento de descritores indexados – BVS-Psi e ou DeCS: (ajustamento or *adjustment* or adaptação or *adaptation*) and (psicológica or *psychological* or psico-oncologia or *psycho-oncology*) and (câncer or *cancer* or neoplasias or *neoplasms*). Optou-se por não utilizar os descritores *adaptação psicológica* nem *ajustamento emocional* porque o primeiro é encontrado apenas no DeCs (Descritores em Ciências da Saúde) e o segundo na BVS-Psi (terminologia em psicologia), como também porque não foram identificados descritores para ajustamento psicológico, termo também utilizado na literatura, e muitos artigos referem-se a outros aspectos psicológicos que sinalizam adaptação ou ajustamento ao tratamento. Assim, preferiu-se desmembrar os termos e ampliar a busca.

Como critérios de inclusão foram considerados: artigos publicados entre 2002-2012, revisados por pares, em língua portuguesa ou inglesa, que tivessem o texto completo disponível, que apresentassem pesquisas empíricas/ensaios clínicos sobre adultos (maiores de 18 anos) com câncer. Quanto aos critérios de exclusão: foram excluídos artigos que tratassem dessas informações enfocando pacientes em cuidados paliativos – devido à especificidade do processo de ajustamento nesta etapa do tratamento –, sobre outras patologias que não câncer e que discutissem apenas aspectos médicos. A seguir, a seleção foi refinada a partir da análise de cada artigo utilizando-se a leitura dos títulos, dos resumos e do texto completo, respectivamente, aprofundando a análise em função das informações encontradas. Tal refinamento visou a exclusão de artigos que não apresentassem preditores estatisticamente significativos, de variáveis associadas à adaptação ou ao processo de ajustamento psicológico, a saber: transtornos psicológicos, qualidade de vida emocional, crescimento pós traumático e nível de *distress*.

Finalizada a seleção dos artigos, após investigar as variáveis significativamente consideradas preditoras nos estudos, elaborou-se a descrição constitutiva de cada uma delas. Para tal, identificou-se na literatura conceitos derivados dos estudos sobre ajustamento a situações estressantes, mais especificamente o modelo transacional de enfrentamento proposto por Lazarus e Folkman (1984).

Para a seleção dos itens que constituíram o IRPO (definição operacional) levou-se em consideração a lista de variáveis identificadas por construto (Tabela 1) e – seguindo as recomendações de Pasquali (2010) –, utilizou-se como fonte de itens instrumentos validados que medissem o mesmo construto e estivessem disponíveis no mercado. Desses instrumentos foram selecionados e adaptados itens que tratassem de temas relacionados às definições constitutivas do construto e às variáveis preditoras que se sobressaíram no contexto de diagnóstico e tratamento do câncer, segundo a revisão sistemática da literatura.

4.3 Resultados

Utilizando-se os descritores, foram identificados, no total, 3628 artigos. Considerando-se os critérios de inclusão e exclusão, permaneceram 573. A seguir, examinou-se os títulos, resumos e, quando necessário, o texto completo, como também foram excluídos os repetidos (n=5). Ao final, conservou-se 77 artigos com relatos de pesquisas empíricas sobre adaptação psicológica em pacientes com câncer. O detalhamento do processo da revisão de literatura encontra-se na Figura 4.

Dos 77 artigos identificados, foram extraídas informações sobre variáveis preditoras ou responsáveis por mudanças nos indicadores de ajustamento, as quais encontram-se sistematizadas na Tabela 1. A lista de preditores identificados por artigo encontra-se no Apêndice C.

Dentre as variáveis psicológicas preditoras identificadas, sobressaíram aquelas relacionadas aos seguintes construtos: enfrentamento, suporte social, afetividade negativa/*distress* (considerando-se que o conceito de *distress* representa a influência da doença nos aspectos afetivos) e percepção de doença. Variáveis médico-clínicas e sociodemográficas também foram apontadas como importantes preditores. Tais variáveis caracterizam o indivíduo e o contexto de adoecimento no qual está inserido, aparecendo na literatura como fatores que afetam a experiência do paciente, interferem na percepção de doença e revelam o tipo de suporte social e de recursos de enfrentamento necessários. Dessa forma, compõem o contexto ao qual o paciente precisa se adaptar e podem afetar sua resposta emocional.

Para o desenvolvimento do IRPO, considerou-se que os preditores de ordem psicológica identificados poderiam ser bons atributos para analisar o processo de ajustamento. Como salientam Moreira, Silva e Canavarro (2008), identificar possíveis preditores de qualidade de vida e ajustamento psicossocial é importante para compreender o processo de adoecimento e implementar ações preventivas que minimizem o risco de má adaptação psicológica e deterioramento da qualidade de vida. Sendo assim, decidiu-se por incluir no IRPO itens relacionados aos construtos psicológicos que se sobressaíram na revisão de literatura: enfrentamento, suporte social, afetividade negativa/*distress* e percepção de doença.

Tais construtos, como mencionado anteriormente, foram definidos constitutivamente em função dos modelos teóricos relacionados ao enfrentamento de situações estressantes. Mais adiante encontram-se as definições constitutivas utilizadas para cada um deles, a descrição do processo de seleção dos itens e a relação daqueles escolhidos para compor o instrumento piloto.

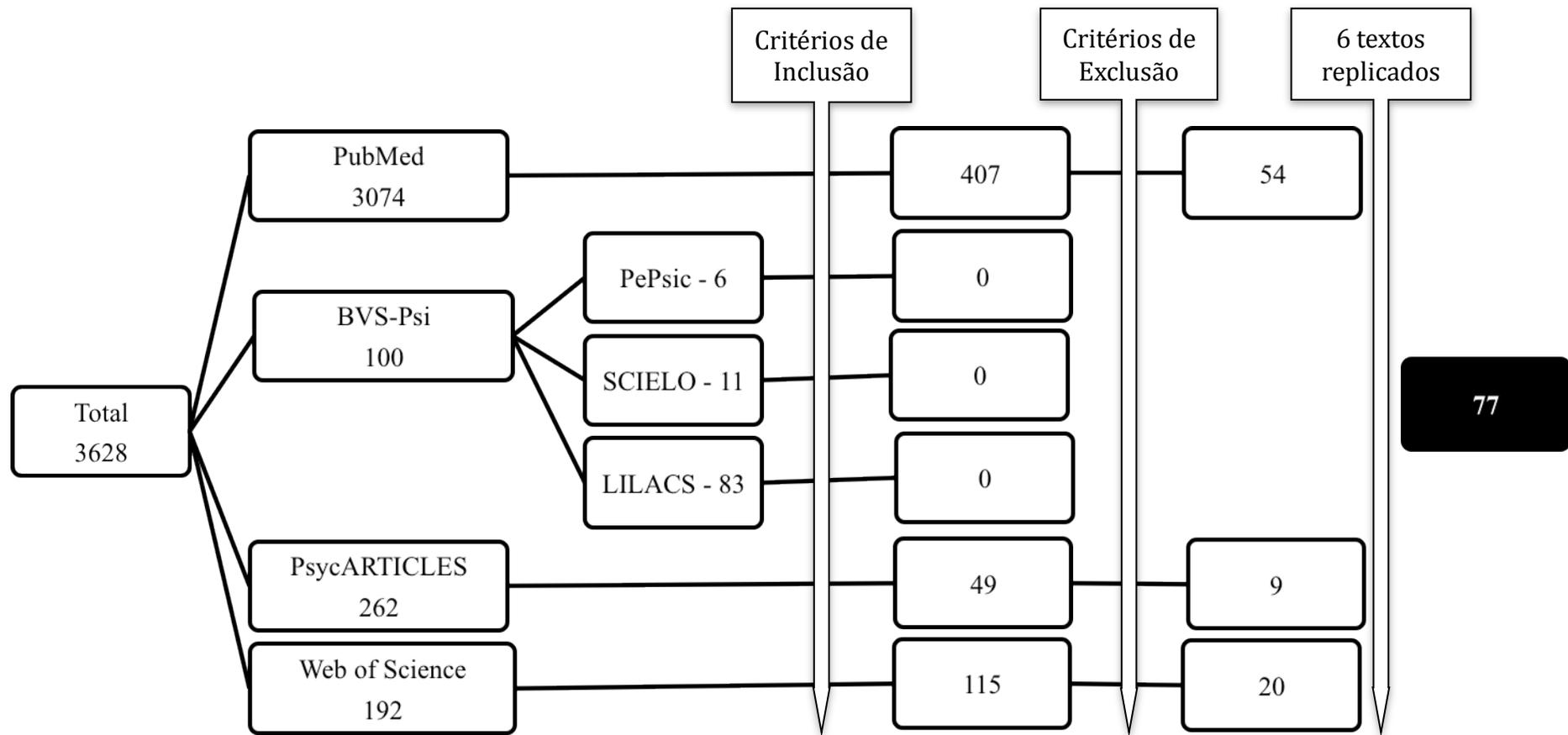


Figura 4. Síntese do processo de seleção de artigos durante a revisão de literatura.

Tabela 1

Frequência das Variáveis Significativamente Predictoras de Adaptação Psicológica em Pacientes Oncológicos, Identificadas na Literatura Científica entre 2002 e 2012

Construtos	Variáveis predictoras (fatores de proteção ou de risco)	<i>f</i>	N	%
Enfrentamento	Descarga emocional	1	55	29
	Espírito de luta	1		
	Manejo de sintomas	1		
	Resignação	2		
	Expressão de emoções	2		
	Preocupação ansiosa	2		
	Negação e aceitação	3		
	Ressignificação positiva da doença	3		
	Estratégias focadas na emoção	3		
	Desamparo/desesperança	4		
	Busca de suporte social	5		
	Estratégias focadas na resolução de problemas	5		
	Comportamento de fuga ou esquiva	5		
	Pessimismo e otimismo	6		
	Comportamento ativo e passivo	6		
	Religiosidade/espiritualidade	6		
Dados Sociodemográficos	Ter emprego	1	37	20
	Faixa de renda	2		
	Mudanças no trabalho	2		
	Escolaridade	6		
	Situação conjugal	6		
	Faixa etária	10		
	Gênero	10		
Suporte Social	Ajustamento conjugal	1	28	14
	Bem-estar social/familiar	1		
	<i>Distress</i> familiar	1		
	<i>Distress</i> social	1		
	Qualidade de vida social	1		
	Suporte dos familiares	1		
	Suporte instrumental	1		
	Comunicação com a equipe	1		
	Morar com familiares	2		
	Suporte emocional	2		
	Suporte dos amigos	3		
Satisfação com suporte social	5			
Percepção de suporte/apoio social	8			

	Performance/status	1		
	Proximidade de cirurgia	1		
	Bem-estar físico	1		
	Tempo desde o diagnóstico	1		
	Mais de um tratamento em curso	1		
	Quimioterapia	1		
Dados médico-clínicos	Internação	1	20	11
	Recorrência da doença	1		
	Dor	1		
	Tratamento em curso	2		
	Presença de sintomas e efeitos colaterais	2		
	Estadiamento	7		
	Afetividade negativa	1		
	Ansiedade	1		
	Bem-estar psicológico	1		
Afetividade Negativa/ <i>Distress</i>	História prévia de depressão	1		
	Qualidade de vida emocional	1	19	10
	Pensamentos intrusivos	3		
	Depressão	4		
	Níveis de <i>Distress</i>	7		
	Doença atribuída ao destino	1		
	Domínio identidade	1		
	Domínio representação emocional	1		
Percepção de Doença	Preocupação com o estigma	1	18	9
	Domínio controlabilidade	2		
	Expectativas não realistas	2		
	Percepção de doença em geral	4		
	Percepção negativa da doença	6		
Locus de controle	Interno x Externo	3	4	1,5
	Outro poderoso	1		
Autoeficácia	Elevada e baixa percepção de autoeficácia	4	4	1,5
	Autoconceito baseado na aparência	1		
	Percepção de baixa atratividade sexual	1		
Outros	Senso de coerência na vida	1	7	4
	Autocuidado	1		
	Transtornos do sono	1		
	Estilo de apego	2		

Vale salientar que a escolha dos itens procurou satisfazer os critérios propostos por Pasquali (2010): expressar um comportamento, uma ação clara e precisa; cobrir comportamentos desejáveis (atitude) ou característicos (personalidade), expressando desejabilidade ou preferência;

ser simples e expressar uma ideia única; ter clareza, utilizando frases curtas e expressões simples e inequívocas; ser relevante para o construto; possuir precisão; ter variabilidade, contendo itens com termos favoráveis e desfavoráveis; não utilizar expressões extremadas; ter credibilidade, não parecendo ridículo, despropositado ou infantil.

Para o fator *distress* foram utilizados itens do instrumento validado pela autora e descrito no Apêndice A. Para os demais fatores, a escolha dos itens levou em consideração, prioritariamente, a pertinência teórica, o valor da carga fatorial – privilegiou-se itens com carga fatorial maior ou igual a 0,60 – e a experiência da pesquisadora, caso fosse necessário optar entre itens semelhantes.

Os itens retirados das escalas ainda não validadas para o Brasil passaram pelo processo de tradução tradicional e tradução reversa, com auxílio de dois tradutores, sendo apenas um da área de psicologia. No entanto, havia necessidade de manter alguma semelhança com o item original, mas não total equivalência, já que o objetivo era adaptar esse item para ser incorporado ao novo instrumento, o qual teria seu conteúdo e propriedades estatísticas validadas posteriormente. Sendo assim, na redação final do instrumento, quando necessário, os itens foram adaptados para melhor se adequarem ao contexto de diagnóstico e tratamento do câncer, como também para facilitar a compreensão de pessoas com menor nível de escolaridade, característica comum à população atendida em hospitais públicos no Brasil.

4.4 Definições Constitutivas e Relação de Itens

4.4.1 Enfrentamento.

Considerando-se o modelo transacional de enfrentamento proposto por Lazarus e Folkman (1984), o processo de enfrentamento envolve esforços cognitivos e comportamentais para manejar exigências internas e/ou externas específicas do estressor. Os instrumentos baseados nesse modelo devem retratar o uso de estratégias focalizadas nos problemas e no manejo das reações emocionais desencadeadas.

Na revisão de literatura sobre ajustamento psicológico em pacientes com câncer, sobressaíram as seguintes estratégias: negação e aceitação; resignificação positiva da doença; resolução de problemas; comportamentos ativos; foco nas emoções; comportamentos de fuga e esquiva; desamparo/desesperança; busca de suporte social; pessimismo e otimismo; religiosidade/espiritualidade.

A listagem apresentada na Tabela 2 se refere aos itens que compuseram o IRPO para representar estratégias de enfrentamento. Esses itens foram escolhidos dentre instrumentos costumeiramente citados nos estudos sobre enfrentamento em oncologia, priorizando-se escalas validadas para essa população e itens com elevada carga fatorial. Para complementar e inserir itens sobre aceitação e manutenção de atividades significativas, optou-se por itens de um instrumento utilizado com pacientes diabéticos.

Tabela 2

Itens Sobre Enfrentamento Seleccionados para Constituir o IRPO

Escala de Origem	Item	Carga Fatorial	Estratégias Associadas
<i>Brief cope</i>	Tenta encontrar estratégias que te ajudem a lidar com a doença.	0,73	Resolução de problemas
	Procura algo positivo em tudo que está acontecendo.	0,75	Ressignificação
	Se recusa a acreditar que isto esteja acontecendo desta forma com vocês.	0,75	Negação
	Tenta aprender a viver com a doença.	0,68	Comportamento Ativo
	Procura apoio emocional de alguém (família, amigos).	0,71	
	Pede ajuda a outras pessoas para lidar melhor com a doença	a	Busca de Suporte Social
Mini-Mac	Pede conselhos a outras pessoas para lidar melhor com a doença.	a	
	Tenta encontrar conforto na sua religião ou crença espiritual	0,84	Religiosidade
	Se sente sem esperança no futuro.	0,77	Desesperança /Desamparo
CSI	Sente que não tem nada que possa fazer para se ajudar.	0,85	
	Conto meus medos e preocupações sobre a doença a um amigo ou parente.	0,74	Busca de Suporte Social
DAAS	Faço coisas que são importantes para mim, apesar de estar doente. ^b		Comportamento Ativo
	Penso que a vida não pode ser boa porque estou doente. ^b	c	Ressignificação
	Procuro fazer coisas para esquecer a doença. ^b		Esquiva
	Evito ter pensamentos tristes sobre a doença por receio que isto me faça piorar. ^b		Esquiva

Nota. *Brief-cope Inventory* (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989); *CSI - Coping Strategy Indicator* (Amirkhan, 1990); *Mini-Mac - Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale* - versão adaptada para o Brasil (Giardine, Martins, & Pedrosa, 2008); *DAAS - Diabetes Acceptance and Action Scale* (Greco & Hart, 2006).

^a O item original apresentava carga fatorial 0,65, entretanto agregava os termos ajuda e conselho, não expressando uma ideia única. Optou-se por desmembrá-lo em dois itens. ^b Palavra diabetes substituída por doença/doente. ^c Autores continuam em processo de coleta de dados psicométricos.

4.4.2 Suporte Social.

Define-se apoio social como um processo no qual ocorrem interações com outras pessoas de forma a facilitar o enfrentamento do estresse e de outros estímulos aversivos (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000). Em oncologia, é necessário avaliar as formas de assistência, tangíveis e intangíveis, que o paciente recebe de familiares, amigos e da equipe de saúde para lidar

com situações estressoras, como também o nível de satisfação com o suporte recebido. No desenvolvimento do IRPO optou-se por priorizar aspecto funcional do suporte social e suas duas categorias mais estudadas – instrumental e emocional. Na revisão de literatura os aspectos funcionais mais frequentemente relacionados com o processo de ajustamento foram: suporte emocional, suporte dos amigos, satisfação com o suporte social, percepção de suporte/apoio social.

Não foram identificados instrumentos que avaliassem suporte social especificamente para pacientes com câncer. Os itens foram selecionados de uma escala que avalia suporte social em caso de doenças crônicas, constantemente utilizada em psico-oncologia, e de um instrumento construído para avaliar suporte social em pessoas vivendo com HIV/Aids que, por ser validado para o Brasil, tem sido adaptado e frequentemente utilizado em outros contextos de enfermidades crônicas (Seidl & Tróccoli, 2006).

Os itens foram selecionados para representar a percepção do paciente sobre a quantidade e a qualidade de suporte social disponibilizado pela fonte de apoio em função do contexto de adoecimento e tratamento. Na Tabela 3 encontra-se a listagem dos itens

Tabela 3

Itens Sobre Suporte Social Selecionados para Constituir o IRPO

Escala de origem	Item	Carga Fatorial
MOS	Você conta com alguém com quem faz coisas agradáveis.	0,83
	Você conta com alguém com quem possa compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos.	0,82
	Você conta com alguém que o ajude, se precisar ficar de cama.	0,92
	Você conta com alguém para levá-lo/a ao médico.	0,88
	Você conta com alguém para ajudá-la(o) nas tarefas diárias se ficar doente.	0,72
ESS	Você tem recebido apoio de alguém que lhe ajuda a melhorar seu astral.	0,82
	Você tem recebido apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionadas à sua enfermidade.	0,71
	Quão satisfeito você está em relação a esse apoio que tem recebido.	a

Nota. MOS - *Medical Outcomes Study*, adaptada para o português durante o Estudo Pró-Saúde (Griep, Chor, Faerstein, Werneck, & Lopes, 2005), ESS - Escala de Suporte Social para pessoas vivendo com HIV/Aids (Seidl & Tróccoli, 2006).

^a Essa questão aparece em diferentes momentos ao longo da aplicação do ESS, variando a carga fatorial entre 0,81 e 0,48.

4.4.3 Afeto negativo/*distress*.

A NCCN define *distress* como uma experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica (cognitiva, comportamental e emocional), social e/ou espiritual. Como as respostas que caracterizam o elevado *distress* incluem sintomas incapacitantes e intensos, com critérios para distúrbios psicológicos – por exemplo depressão e ansiedade –, frequentemente são utilizadas ferramentas que avaliam o estado de humor para verificar o nível de *distress*. Alguns instrumentos específicos para pacientes com câncer têm sido desenvolvidos e validados. Dentre eles encontra-se a PSSCAN, proposta por Linden et al. (2005), a qual foi alvo do estudo preliminar já mencionado (Apêndice A). Como o fator nomeado *distress* mostrou boa qualidade psicométrica ($\alpha=0,802$), todos os itens que o compõem foram selecionados para integrar o IRPO (Tabela 4). No Apêndice B encontra-se a autorização do autor em relação ao uso da escala.

Tabela 4

Itens sobre distress selecionados para constituir o IRPO

Escala de origem	Item	Carga Fatorial
PSSCAN	Durante a última semana tenho me sentido nervoso(a) e trêmulo(a) por dentro.	0,36
	Durante a última semana tenho sentido que não posso controlar nada.	0,53
	Durante a última semana tenho perdido o interesse por coisas com as quais eu usualmente me importava ou apreciava.	0,52
	Durante a última semana tenho me sentido nervoso e instável.	0,76
	Durante a última semana tenho me sentido tenso(a) e não consigo relaxar.	0,69
	Durante a última semana meus pensamentos estão repetitivos e cheios de coisas assustadoras.	0,63
	Durante a última semana tenho me sentido agitado(a) e achado difícil me acalmar.	0,73
	Recentemente tenho pensado em acabar com a minha vida.	0,33
	No último ano, por duas semanas ou mais, eu me senti triste, desanimado(a) ou deprimido(a).	0,54
Eu tive dois anos ou mais em minha vida onde eu me senti deprimido(a) ou triste na maioria dos dias, mesmo que me sentisse bem algumas vezes.	0,38	

Nota. PSSCAN - *Psychosocial Screening Tool for Cancer* (Linden et al., 2005).

4.4.4 Percepção de doença.

O modelo adotado foi o modelo de autorregulação, o qual estabelece que quanto mais a representação da doença ou tratamentos é percebida como ameaça, maior a percepção de estresse, o impacto afetivo e a necessidade de recursos de enfrentamento (Hoyt & Stanton, 2012). Dentre os

fatores preditores mais presentes encontravam-se a percepção de doença em geral e a percepção negativa da doença, sendo o primeiro denominado assim por incluir os dois possíveis polos (negativo e positivo) que a representação sobre a doença pode assumir.

Para esse construto também não se identificou na literatura instrumentos específicos para pacientes com câncer. Por este motivo, optou-se pelo instrumento desenvolvido a partir do modelo de autorregulação de Leventhal, denominado *Illness Perception Questionnaire* (IPQ), o qual é largamente utilizado em todas as áreas que trabalham com doenças crônicas, incluindo a oncologia.

Utilizou-se a versão breve, desenvolvida por Broadbent et al. (2006), a qual foi validada para a população brasileira por Nogueira (2012). Em sua validação, o fator *representação emocional* apresentou estabilidade e qualidade psicométrica. Este fator inclui itens sobre a representação emocional a saber: efeitos da enfermidade sobre a esfera emocional, preocupações, identidade e consequências do adoecimento na vida, cobrindo boa parte dos fatores preditores identificados na literatura. Os itens selecionados encontram-se listados na Tabela 5.

Tabela 5

Itens Sobre Percepção de Doença Selecionados para Constituir o IRPO.

Escala de origem	Item	Carga Fatorial
Brief IPQ	Quanto a doença afeta a sua vida?	0,83
	Quanto a sua doença o(a) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).	0,79
	Quanto você está preocupado(a) com a sua doença?	0,77
	Quanto você sente sintomas (sinais, reações ou manifestações) da sua doença?	0,76

Os resultados e o material utilizado no estudo piloto encontram-se nos Apêndices D e F, respectivamente, nos quais descreve-se o estudo realizado para validar o conteúdo do IRPO e apresenta-se os termos de consentimento e demais instrumentos utilizados. Tal etapa antecedeu o início da validação fatorial, a qual está apresentada no Estudo 2, em conjunto com a análise de confiabilidade, visando tornar o instrumento mais adequado à população com câncer.

Capítulo 5

Estudo 2: Análise da Dimensionalidade e Fidedignidade do IRPO

– Polos Experimental e Analítico –

Finalizado o instrumento, foi iniciado o processo de verificação da validade da representação comportamental utilizada na composição dos itens. Em outras palavras, foi analisada a correlação entre os itens e verificada a congruência entre a propriedade medida dos objetos e o teste, ou seja, entre o traço latente/construto – percepção de doença, suporte social, enfrentamento, *distress*, adaptação psicológico – e sua representação física – os comportamentos descritos nos itens (Pasquali, 1997).

5.1 Delineamento

Nesta etapa de validação do IRPO, utilizou-se metodologia quantitativa e delineamento transversal, como aplicação dos instrumentos em um único momento. Os dados coletados passaram por análises estatísticas descritivas e inferenciais com o objetivo de verificar pressupostos, realizar análise fatorial e avaliar a consistência interna do instrumento desenvolvido para avaliar risco de má adaptação psicológica.

5.2 Procedimentos de Coleta de Dados

Antes de iniciada a coleta, foi informado aos coordenadores das equipes que atuam no Centro de Câncer sobre a realização da coleta e presença dos auxiliares de pesquisa, assim como às secretárias responsáveis pelo manuseio dos prontuários. Os auxiliares de pesquisa foram treinados em relação aos procedimentos de avaliação, incluindo-se a forma de abordagem e comunicação durante a aplicação dos instrumentos, e como proceder quando fosse identificada necessidade de encaminhar os pacientes para o serviço de psicologia. A coleta foi realizada nos meses de março, abril e maio de 2013.

Por se tratar de um instrumento novo, apesar de quatro construtos terem guiado a construção do IRPO, não havia, até o presente momento, respaldo empírico no que tange ao número de fatores da escala. Por esse motivo, optou-se por seguir a orientação de Field (2009) e Pasquali (2010) quanto à necessidade de uma amostra composta de, pelo menos, cinco a 10 sujeitos para cada item do instrumento. Tendo a IRPO 37 itens, a amostra deveria possuir entre 185 e 370 pacientes. Sendo assim, optou-se por uma amostra composta de 300 pacientes, levando-se em conta que Field (2009) considera que este número é capaz de fornecer soluções de fatores estáveis e Pasquali indica que deve-se trabalhar com amostras compostas de, no mínimo, 200 sujeitos.

Para a aplicação da nova bateria de instrumentos, novamente foram abordados e convidados para participarem da pesquisa pacientes que esperavam por alguma modalidade de atendimento ambulatorial no Centro de Câncer, observando-se os critérios de inclusão e exclusão já

especificados. Antes da aplicação dos instrumentos, os entrevistadores explicavam acerca da pesquisa, realizavam o convite e solicitavam a assinatura do TCLE (Apêndice F). Quando o paciente não conseguia assinar o próprio nome era colhida sua digital. Terminada a entrevista, os dados médico-clínicos dos pacientes eram complementados com informações contidas nos prontuários. A todos os pacientes alfabetizados era dada a opção de responder com ou sem a ajuda.

5.3 Procedimentos de Análise de Dados

Os dados foram submetidos a análises estatísticas descritivas e inferenciais através do *software* estatístico SPSS na versão 19. Em seguida foram verificados os pressupostos das análises estatísticas para realização da análise fatorial e tomada de decisão sobre a permanência ou exclusão de dados. Para facilitar a compreensão do leitor, cada etapa de apresentação dos resultados será precedida pela descrição das análises estatísticas realizadas.

5.4 Instrumentos

A bateria de instrumentos utilizados nessa etapa podem ser encontrados no Apêndice F, sendo eles:

Roteiro de entrevista semiestruturada – Parte 1. Aprimorou-se o roteiro utilizado no estudo piloto (Apêndice E), facilitando a coleta de dados sociodemográficos e médico-clínicos. Nesta entrevista foram obtidas informações sobre: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, tipo de câncer, estadiamento, tempo desde o diagnóstico, dor e presença de limitações físicas.

Escala visual analógica – EVA. Tal ferramenta integrou o roteiro de entrevista semiestruturado. Trata-se de um instrumento desenvolvido para auxiliar na mensuração da intensidade da dor. Consiste de uma linha de 10 cm, com âncoras em ambas as extremidades. Numa delas está o descritor “nenhuma dor” e na outra o descritor “a pior dor possível”. Os sujeitos devem indicar a magnitude da sensação dolorosa marcando um ponto ao longo do comprimento dessa linha, na qual os escores variam de 0 (zero) a 10 (dez). Em função da dificuldade de alguns pacientes, podem ser adicionados descritores verbais ao longo do comprimento da linha, assim como uma escala de dor paralela utilizando expressões faciais e ou cores (Silva & Ribeiro-Filho, 2006).

Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO): Instrumento desenvolvido para identificar pacientes que possam desenvolver ou já estejam vivenciando dificuldades para se adaptar ao diagnóstico e ao tratamento de câncer. A escala foi composta por 37 itens construídos a partir de quatro domínios diferentes – percepção de doença (4 itens), suporte social (8 itens), enfrentamento (15 itens), *distress* (10 itens), tal como descrito no Capítulo 4. Os itens são avaliados por uma escala tipo *Likert* de cinco pontos. Na parte que avalia percepção de doença as alternativas de resposta são: não, um pouco, moderadamente, muito, demais. No restante do instrumento as

alternativas são: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre. Os itens do IRPO, em sua versão anterior à análise fatorial, podem ser visualizados na Tabela 6.

Tabela 6

Apresentação dos Itens que Compuseram a Versão da IRPO Submetida à Análise Fatorial.

Itens	
1	Quanto a doença afeta a sua vida?
2	Quanto você está preocupado(a) com sua doença?
3	Quanto a doença o(a) afeta emocionalmente?
4	Quanto você sente sintomas (manifestações, sinais ou reações) de sua doença?
5	Posso contar com alguém que me ajude a melhorar meu humor, meu astral.
6	Posso contar com alguém com quem fazer coisas agradáveis.
7	Posso contar com alguém para compartilhar minhas preocupações e medos.
8	Posso contar com alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à minha enfermidade
9	Posso contar com alguém que me ajude se ficar de cama.
10	Posso contar com alguém para me levar ao médico.
11	Posso contar com alguém para me ajudar nas tarefas diárias se ficar adoentado(a)/debilitado(a).
12	Me sinto satisfeito(a) em relação ao tipo de apoio recebido.
13	Tento encontrar estratégias (meios, planos, recursos) que me ajudem a lidar com a doença.
14	Sinto que nada do que faço poderá me ajudar.
15	Procuró algo positivo em tudo que está acontecendo.
16	Faço coisas que são importantes para mim, apesar de estar doente.
17	Me nego a acreditar que isto esteja acontecendo desta forma comigo.
18	Conto meus medos e preocupações sobre a doença a um amigo ou parente.
19	Penso que a vida é ruim porque estou doente.
20	Tento aprender a conviver com a doença.
21	Sinto que não há esperança no futuro.
22	Procuró apoio emocional de alguém (família, amigos).
23	Peço ajuda a outras pessoas para lidar melhor com a doença.
24	Peço conselhos a outras pessoas para lidar melhor com a doença.
25	Procuró fazer coisas para esquecer sobre a doença.
26	Tenho receio de que pensamentos ruins ou tristes sobre a doença possam me fazer piorar.
27	Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual
28	Durante a última semana meus pensamentos estão repetitivos e cheios de coisas assustadoras.
29	Durante a última semana tenho me sentido agitado/a e achado difícil me acalmar.
30	Durante a última semana tenho me sentido nervoso/a e trêmulo/a por dentro.
31	Durante a última semana tenho me sentido tenso/a e não conseguido relaxar.
32	Durante a última semana tenho perdido o interesse por coisas com as quais eu usualmente me importava ou apreciava.
33	Durante a última semana tenho sentido que não posso controlar nada.
34	Durante a última semana eu me senti nervoso/a e instável.
35	Recentemente tenho pensado em acabar com a minha vida.
36	No último ano, por duas semanas ou mais, eu me senti triste, desanimado/a ou deprimido/a.
37	Eu tive dois anos ou mais em minha vida onde eu me senti deprimido/a ou triste na maioria dos dias, mesmo que me sentisse bem algumas vezes.

5.5 Resultados

Foram avaliados 300 pacientes de ambos os sexos, média de idade de 48,85 anos (DP = 11,75), que constituiriam uma amostra de conveniência. A maioria dos participantes (N=292) respondeu ao instrumento com auxílio dos entrevistadores para ler os itens e assinalar as respostas,

mesmo após serem informados que poderiam ler e responder sozinhos, utilizando os entrevistadores apenas para sanar possíveis dúvidas. Na Tabela 7 encontram-se os dados sociodemográficos dos participantes.

Tabela 7

Características Sociodemográficas dos Participantes do Estudo 2 (N=300)

Variáveis Sociodemográficas	n	%
Sexo		
Feminino	192	64,0
Masculino	108	36,0
Situação conjugal		
Solteiro	78	26,0
Convívio marital	159	53,0
Divorciado(a)/separado(a)	49	16,3
Viúvo	14	04,7
Escolaridade		
Não alfabetizado	34	11,4
Ensino fundamental incompleto	88	29,3
Ensino fundamental completo	36	12,0
Ensino médio incompleto	21	07,0
Ensino médio completo	84	28,0
Ensino superior incompleto	07	02,3
Ensino superior completo	22	07,3
Pós-graduação	08	02,7
Situação profissional		
Ativo	41	13,7
Nunca trabalhou	14	04,7
Desempregado	55	18,3
Licença médica	29	09,7
Aposentado	66	22,0
Recebendo auxílio doença	88	29,3
Pensionista	07	02,3

A amostra foi composta em sua maioria por mulheres (64%), pessoas em convívio marital (53%), com escolaridade até o nível fundamental incompleto (59,7%) e recebendo alguma modalidade de benefício (63,3%) concedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Quanto aos tratamentos realizados até o momento da pesquisa, constatou-se que a maioria (74,2%) já havia sido submetida a pelo menos duas modalidades terapêuticas, sendo que 31% já tinham se submetido às três modalidades mais comuns de tratamento: radioterapia, quimioterapia e cirurgia. Apenas 3,3% da amostra ainda não havia realizado nenhum tratamento oncológico.

Em relação aos dados médico-clínicos, destaca-se que a informação sobre o tempo desde o diagnóstico até a aplicação do IRPO levou em consideração apenas 257 dos 300 pacientes. Essa

perda de informação ocorreu pela dificuldade do paciente para informar essa data e por não terem sido encontradas nos prontuários registro acerca das datas do diagnóstico. O tempo médio calculado foi 25,82 meses (DP=30,84), com a amplitude variando entre 1 semana e 17 anos (204 meses). Para caracterizar melhor a amostra, criou-se faixas temporais e calculou-se a porcentagem de pacientes em cada uma delas, como pode ser visto na Figura 5.

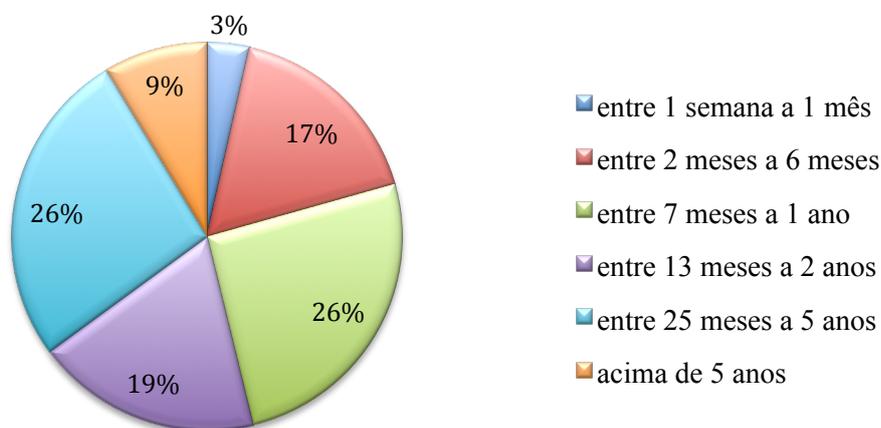


Figura 5. Distribuição (%) dos participantes de acordo com o tempo transcorrido desde o diagnóstico até a participação no Estudo 2 (N=257).

Percebeu-se que apenas 46,3% dos pacientes tiveram o diagnóstico há menos de um ano, 18,7% estavam no segundo ano desde o diagnóstico e 35% foram diagnosticados em período superior a dois anos.

Analisando-se os tipos de câncer prevalentes entre os participantes – como seria esperado em uma amostra composta por maioria feminina –, os mais frequentes foram de mama (32%) e colo do útero (10%). Na Figura 6 encontra-se a distribuição percentual do tipo de câncer identificado entre os participantes, apresentada em ordem, respeitando-se o sentido horário.

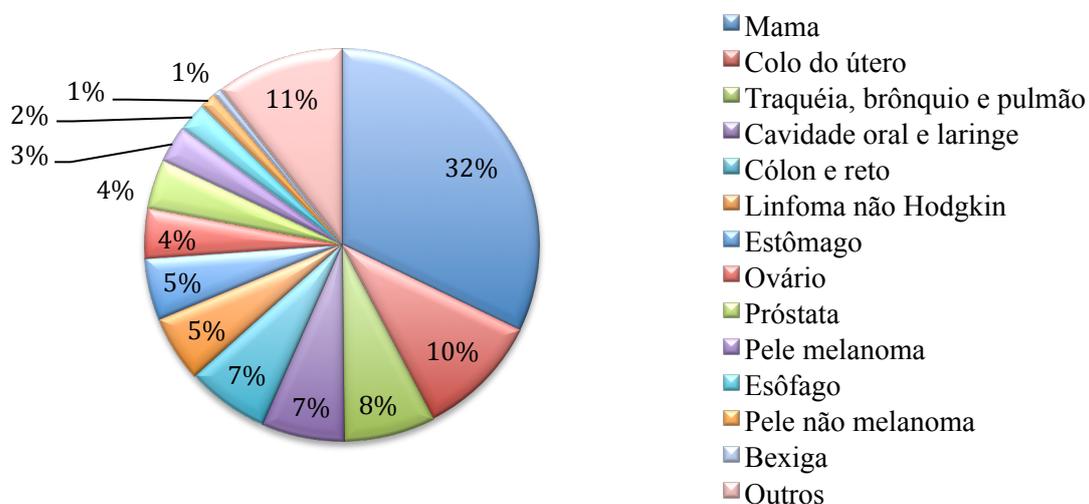


Figura 6. Distribuição (%) dos tipos de câncer dos participantes do Estudo 2 (N=300).

Para controlar a influência do nível de dor no momento da coleta em relação às respostas emitidas, todos os pacientes foram avaliados com a escala EVA, verificando-se que a maioria (51%) encontrava-se sem dor no momento da avaliação. Para representar o nível de dor na amostra e facilitar a visualização do leitor, foram criadas faixas, como pode ser observado na Figura 7. Observou-se que 10% dos entrevistados assinalaram níveis mais altos de dor, superior a 7 da escala EVA.

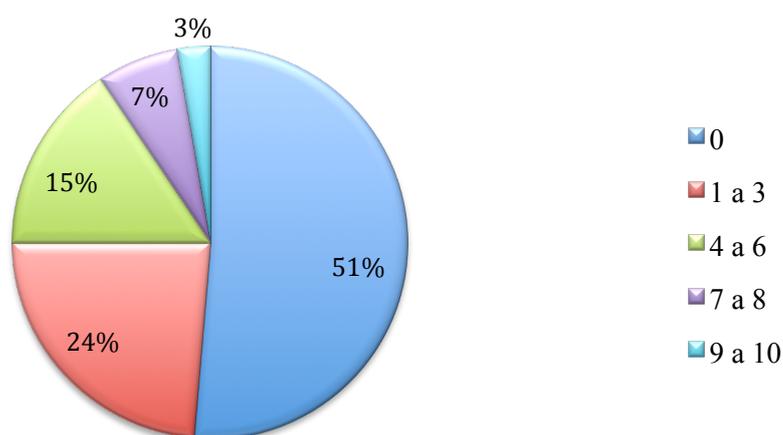


Figura 7. Distribuição (%) do nível de dor dos pacientes no momento da entrevista, avaliado com uso da escala EVA no Estudo 2 (N=300).

5.5.1 Análise fatorial do IRPO.

A análise fatorial é uma técnica utilizada para verificar os padrões de correlações latentes em um grande número de variáveis e determinar se é possível agrupar aquelas que são fortemente correlacionadas em conjuntos menores, denominados fatores. Sendo assim, tal análise possibilita identificar dentre os itens do instrumento aqueles que avaliam uma mesma variável, resumindo os dados de forma a facilitar a interpretação e compreensão dos resultados (Hair et al., 2009). A seguir apresenta-se os resultados obtidos.

5.5.1.1 Fatorabilidade da Matriz.

Não foram identificados casos faltosos acima de 2% para todos os itens, mas constatou-se a presença de 46 indivíduos com casos extremos multivariados ao verificar-se o critério da distância de Mahalanobis. Por esse motivo, optou-se pela exclusão de tais casos, dando continuidade às análises considerando-se 254 casos válidos.

Segundo Field (2009) e Hair et al. (2009), para se proceder à análise fatorial de um instrumento é relevante a presença de cinco a dez participantes por item. Tendo o IRPO 37 itens, seria necessária uma amostra contendo 185 a 370 participantes, tal como já mencionado. Sendo assim, a presença de 254 casos válidos está adequada para a presente análise. O resultado do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) confirmou a adequação da amostra, sendo encontrado um valor

considerado ótimo ($KMO=0,870$), o qual indicou que a análise dos fatores era apropriada para esse conjunto de dados (Field, 2009). No que se refere à análise das comunalidades, não foram identificadas diferenças extremas entre os valores dos itens, indicando que matriz R do instrumento apresentava índices favoráveis para realizar-se a análise fatorial.

Entretanto, na matriz anti-imagem das correlações, o valor da medida individual de adequação da amostra (MSA) de dois itens – 24 ($MSA=0,674$) e 27 ($MSA=0,467$) – estava menor do que 0,7. Como entre 0,6 e 0,7 tal valor é considerado medíocre (Hair et al., 2009), optou-se pela exclusão de ambos, e nova análise foi realizada levando em consideração a permanência de 35 itens. Com tal exclusão, verificou-se aumento no valor do KMO, que passou a ser 0,880.

Em relação à verificação da normalidade, ressalta-se que, apesar de todos os itens apresentarem desvio da normalidade nos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, esse fato não prejudicou a continuidade da análise fatorial por essa ser robusta diante de tais desvios em amostras com mais de 200 sujeitos (Hair et al., 2009).

A presença de intercorrelações entre os itens foi confirmada pelo teste de esfericidade de Bartlett (Valor 4314,673; $p<0,001$), constatando que existiam correlações suficientes para continuar com a análise fatorial. Na análise exploratória do posto da matriz encontrou-se valor do determinante ($d= 6.30E-009$) diferente de zero, indicando que essa não era uma matriz identidade. Ademais, inspecionando-se a matriz de correlações, não foram identificados coeficientes maiores do que 0,90, atestando que não haviam itens altamente correlacionados, ou seja, medindo os mesmos aspectos de um fator (Field, 2009).

Complementando as análises, a média das comunalidades (0,64) indicou boa proporção de variância comum entre os itens, demonstrando a adequabilidade da amostra e dos dados para serem submetidos à análise fatorial (Hair et al., 2009).

Confirmada a fatorabilidade da matriz, avaliou-se o número de fatores que poderiam ser extraídos. Inicialmente utilizou-se o critério de Cattell, inspecionando-se o diagrama de declividade. Como pode ser observado na Figura 8, os dois pontos de inflexão na curva do diagrama sugerem a retenção de três a seis fatores.

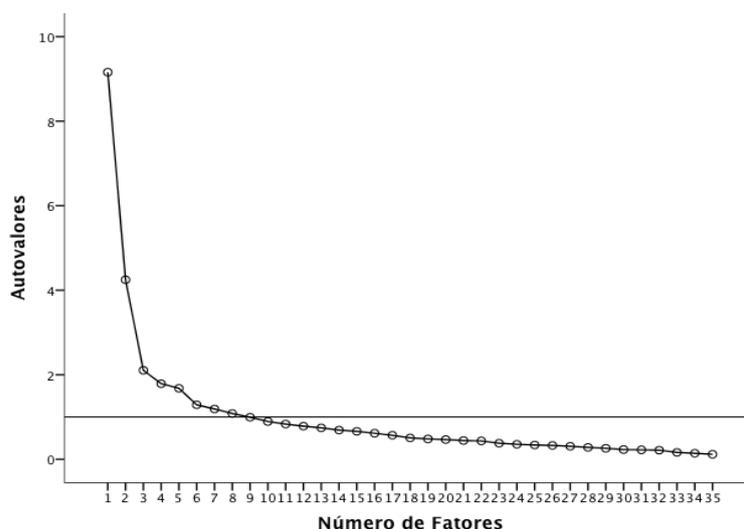


Figura 8. Diagrama de declividade representando a indicação de fatores a serem retidos a partir dos dados obtidos após análise dos componentes principais (N=254).

Para confirmar a quantidade de fatores a serem extraídos, realizou-se a análise paralela através da simulação Monte-Carlo. Optou-se pela análise paralela porque diminui a probabilidade de retenção equivocada de fatores, pois considera-se o erro amostral e minimiza a influência do tamanho da amostra e das cargas fatoriais dos itens (Damásio, 2012). Comparando-se os autovalores dos dados reais com os aleatórios, constatou-se a retenção de cinco fatores, os quais possuíam dados reais com autovalores maiores do que dos dados aleatórios (Tabela 8).

Tabela 8

Resultado da Análise Paralela Utilizando-se Simulação tipo Monte-Carlo (N=254).

Número de Fatores	Autovalor real	Autovalor aleatório
1	9,18	1,76
2	4,44	1,66
3	2,21	1,60
4	1,96	1,53
5	1,68	1,47
6	1,34	1,42

5.5.1.2 Extração dos fatores.

Nesta etapa, realizou-se a extração dos cinco fatores utilizando-se a fatoração dos componentes principais com rotação oblíqua, método *oblimin*, excluindo-se os sujeitos para os quais existissem dados faltosos (*listwise*). Tal método foi escolhido em função da análise de linearidade indicar a existência de intercorrelação entre os itens. Optou-se por suprimir itens com carga fatorial menor que $\pm 0,36$ e estipulou-se que itens presentes em mais de um fator permanecessem naquele onde tivessem maior carga. Cargas fatoriais entre $\pm 0,30$ e $\pm 0,40$ são

aceitáveis em estudos exploratórios como o presente, entretanto os valores acima de $\pm 0,50$ são os geralmente considerados necessários para a significância prática (Hair et al., 2009). Entretanto, segundo Sevens (conforme citado em Field, 2009), em amostras com 200 participantes, elas devem ser maiores que $\pm 0,364$.

Inspecionando a matriz padrão, verificou-se que os itens 17, 21, 25, 26 e 35 apresentaram carga fatorial abaixo de $\pm 0,364$, sendo excluídos do instrumento. Vale ressaltar que apenas cinco, dos 30 itens restantes, apresentaram carga fatorial menor do que $\pm 0,50$. Os 30 itens foram agrupados em cinco fatores distintos, conforme descritos a seguir:

Fator 1: incluídos nove itens (28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36 e 37), provenientes da análise fatorial do PSSCAN, as quais tem por objetivo analisar o nível de *distress*. Dos nove itens, apenas dois (36 e 37) apresentavam carga fatorial menor que $\pm 0,50$.

Fator 2: composto por sete itens que avaliam suporte social emocional (5, 6, 7, 8, 18, 22 e 23). Dos sete itens, apenas um (23) apresentava carga fatorial menor que $\pm 0,50$.

Fator 3: agregou cinco itens (13, 14, 15, 16 e 20) adaptados de instrumentos para avaliar estratégias de enfrentamento, particularmente os relacionados a estratégias ativas. Dos cinco itens, dois (14 e 20) apresentavam carga fatorial menor que $\pm 0,50$.

Fator 4: permaneceram quatro itens (9, 10, 11 e 12) que avaliam suporte social instrumental. Nenhum item apresentou carga fatorial menor que $\pm 0,50$.

Fator 5: composto por cinco itens (1, 2, 3, 4 e 19) relativos à percepção de doença. Dos cinco itens, dois (4 e 19) apresentavam carga fatorial menor que $\pm 0,50$.

O agrupamento de itens em cada fator foi analisado para guiar a elaboração dos rótulos para cada fator, permanecendo as seguintes nomenclaturas:

- Fator 1 = *distress*.
- Fator 2 = suporte social emocional.
- Fator 3 = enfrentamento ativo.
- Fator 4 = suporte social instrumental.
- Fator 5 = percepção negativa da doença.

Avaliando-se a matriz de correlação entre os fatores extraídos, confirmou-se que a escolha por um método de rotação oblíqua foi mais apropriada. Como pode ser observado na Tabela 9, existe um certo grau de intercorrelação entre os fatores.

A análise fatorial permite a exploração dos dados e guia as futuras análises necessárias para complementar a validação de um instrumento de avaliação. Um dos primeiros passos após a finalização da extração dos fatores foi a avaliação do índice de confiabilidade de cada um deles, apresentada a seguir.

Tabela 9

Matriz de Correlações entre os Cinco Fatores Extraídos (N=254).

Fator	1	2	3	4	5
1					
2	-0,066				
3	-0,272	0,204			
4	0,300	-0,320	-0,205		
5	0,464	0,036	-0,250	0,199	

5.5.2 Análise de Confiabilidade.

Para realizar a análise de confiabilidade do IRPO e verificar se a escala reflete o construto que se propõe a medir, optou-se pelo uso do coeficiente *alfa de Cronbach* (α), o qual verifica a consistência interna do instrumento e seus fatores. Este índice reflete o grau de covariância dos itens entre si, sendo valores entre 0,7 e 0,8 considerados um bom valor de α e acima de 0,8 um ótimo valor (Field, 2009). Valores substancialmente mais baixos podem indicar que a escala não é confiável, entretanto, quando são avaliados construtos psicológicos, podem ser esperados valores abaixo de 0,7 em função da diversidade e da complexidade dos construtos que estão sendo medidos. Outro aspecto relativo ao valor do α é sua dependência em relação ao número de itens na escala. À medida em que o número de itens aumenta o valor de α também aumenta. Se a escala tiver fatores/subescalas, estas devem ser avaliadas separadamente para diminuir o impacto do número de fatores.

Durante o cálculo da confiabilidade, itens constituídos por frase invertida, dentro de cada fator, devem ser revertidos para não prejudicar a análise. Por esse motivo, os escores do item 14 foram revertidos ao calcular-se o valor de α para o Fator 3 (enfrentamento ativo).

A seguir, discute-se os resultados da análise de confiabilidade para cada fator do IRPO.

Fator 1 – *distress*. O valor de α foi considerado ótimo ($\alpha= 0,900$). Nenhum item apresentou correlação interitens abaixo de 0,30. O item 37 apresentou correlação item-total abaixo de 0,50 e, com sua exclusão, a análise indicava que o valor de α apresentaria leve aumento ($\alpha=0,902$). Como um dos objetivos da presente análise é a redução no número de itens, optou-se pela exclusão da questão 37.

Fator 2 - suporte social emocional. Também alcançou um ótimo índice de confiabilidade ($\alpha=0,827$). O item 23 apresentou correlações inter itens abaixo de 0,30 e correlação item-total abaixo de 0,50. Como sua exclusão aumentava o valor de α ($\alpha=0,838$), optou-se por ela. O item 18 apresentou correlação item-total 0,489, bem próxima de 0,50, e correlação abaixo de 0,30 com o item 6, entretanto sua exclusão reduzia o valor de α , optando-se pela manutenção.

Fator 3 - enfrentamento ativo. Este fator 3 alcançou um bom índice de confiabilidade ($\alpha=0,706$). Dos cinco itens, três apresentaram correlação item-total abaixo de 0,50, mas acima de 0,30, e algumas correlações inter-itens estavam abaixo de 0,30. Entretanto manteve-se todos os itens porque a exclusão de qualquer um deles contribuiria para redução no valor de α .

Fator 4 - suporte social instrumental. Seu índice de confiabilidade também foi considerado ótimo ($\alpha=0,904$), assim como sua consistência interna. Não houve correlação item-total abaixo de 0,50 nem correlações inter-itens abaixo de 0,30. Todos os itens foram mantidos.

Fator 5 - percepção negativa da doença. Obteve bom nível de confiabilidade ($\alpha=0,773$). Dois dos cinco itens (4 e 19) apresentavam correlação item-total abaixo de 0,50 e algumas correlações inter-item abaixo de 0,30. Como apenas a exclusão do item 4 contribuía para o aumento no valor de α ($\alpha=0,783$), optou-se por sua exclusão.

Para complementar as análises, por ser relevante o estabelecimento de um escore geral para a realização de triagens psicológicas, além dos fatores extraídos, optou-se por criar um fator geral que pudesse favorecer as análises realizadas na prática diária, o qual foi denominado Índice Geral de Risco (IGR). Tal fator, nesta etapa, entretanto, não é a simples soma dos escores nos itens, devendo-se levar em conta a contribuição de cada fator no aumento ou diminuição do risco de má adaptação psicológica. Assim, escores elevados nos fatores *distress* e percepção negativa da doença indicam aumento do risco, enquanto para os demais fatores quanto mais baixo o escore maior o risco (considerando-se a recodificação do item 14). Avaliando-se o nível de confiabilidade do escore geral (IGR), encontrou-se valor considerado ótimo ($\alpha=0,90$), o qual não obteria melhoria com a exclusão de itens.

Ao final das análises, verificou-se que os cinco fatores e o IGR mostraram boas confiabilidade e consistência interna. Na Tabela 10 encontra-se representada a solução fatorial final para o instrumento, que, inicialmente com 37 itens, passou a conter 27. Foram excluídos 7 itens ao longo da análise fatorial e três durante a análise da consistência interna, sendo eles: 4, 17, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 35 e 37.

Tabela 10

Solução Fatorial, Resultado da Extração de Fatores pelo Método Oblimin, com as Cargas Fatoriais, Comunalidades e Alphas de Cronbach dos Fatores do IRPO em Amostra de Pacientes Adultos com Câncer (n = 254).

Itens	Fator						h^2
	1	2	3	4	5	IGR	
34	0,91						0,79
30	0,88						0,78
31	0,85						0,74
29	0,84						0,72
32	0,63						0,64
28	0,63						0,62
33	0,62						0,67
36	0,37						0,62
7		0,69					0,78
22		0,68					0,65
8		0,66					0,76
5		0,61					0,69
18		0,56					0,56
6		0,51					0,70
15			0,56				0,61
13			0,52				0,48
16			0,51				0,58
14			-0,47				0,57
20			0,38				0,56
9				-0,86			0,82
10				-0,83			0,74
11				-0,82			0,77
12				-0,65			0,74
2					0,74		0,71
1					0,65		0,71
3					0,55		0,65
19					0,41		0,56
Número de Itens	08	06	05	04	04	27	
Autovalores	9,16	4,25	2,11	1,79	1,68		
Variância Explicada (%)	24,91	10,94	4,52	3,77	3,37	47,52	
α	0,90	0,83	0,71	0,90	0,77	0,90	

Nota. Fator 1 - *Distress*; Fator 2 - Suporte social emocional; Fator 3 - Estratégias de enfrentamento ativas; Fator 4 - Suporte social instrumental; Fator 5 - Percepção negativa da doença; IGR – Índice Geral de Risco.

Na Tabela 11 podem ser observados os escores médios, obtidos pelo método de soma, para cada fator e para o IGR, bem como o coeficiente de variância, que representa a variabilidade que os escores de cada fator compartilham com os demais fatores do IRPO. Nessa análise foram inseridos todos os indivíduos da amostra, excluídos os casos que continham dados faltosos

Tabela 11

Escores Médios e Desvios-padrão dos Fatores Extraídos da Escala IRPO, Obtidos pelo Método de Soma (N=254)

Fatores	Média	DP	C _v
<i>Distress</i>	19,02	9,12	0,48
Suporte Social Emocional	23,93	5,71	0,24
Enfrentamento Ativo	20,88	4,28	0,20
Suporte Social Instrumental	17,84	3,59	0,20
Percepção Negativa da Doença	10,49	4,02	0,38
IGR	57,84	18,81	0,33

Nota: IGR – Índice Geral de Risco; DP- desvio padrão; C_v - Coeficiente de Variância.

Para verificar se a escala estava refletindo informações contidas na literatura, verificou-se a correlação entre os fatores e entre esses e as variáveis sócio-demográficas. Como pode ser visto na Tabela 12, as correlações estavam de acordo com os dados encontrados na literatura. Maiores níveis de *distress*, Fator 1, estiveram correlacionados com sexo feminino, idade mais jovem, maior nível de dor, menor disponibilidade de suporte social emocional e instrumental, menor uso de estratégias ativas de enfrentamento e percepção negativa da doença.

A presença mais frequente de suporte social emocional correlacionou-se com menor tempo desde o diagnóstico, menor *distress*, menor percepção negativa da doença, uso de estratégias ativas de enfrentamento e maior presença de suporte instrumental.

O enfrentamento ativo foi mais utilizado em pacientes que apresentavam menor nível de *distress*, obtinham mais suporte emocional e instrumental e percebiam a doença de forma menos ameaçadora.

Maior disponibilidade de suporte instrumental correlacionou-se com menor escolaridade, menor tempo desde o diagnóstico, menor número de tratamentos realizados, menor *distress*, maior suporte emocional, uso mais frequente de estratégias de enfrentamento ativas e menor percepção negativa da doença.

Por sua vez, maior percepção negativa da doença teve relação com o afastamento do trabalho e recebimento de benefícios do INSS, maior nível de dor, níveis mais elevados de *distress*, menor uso de estratégias ativas de enfrentamento e menor disponibilidade de suporte social instrumental.

Tabela 12

Correlação de Spearman entre os Fatores e entre Esses e as Variáveis Sociodemográficas e Médico-Clínicas no Estudo 2 (N=254)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 Sexo													
2 Idade	0,11												
3 Escolaridade	-0,14*	-0,24**											
4 Situação Profissional	0,44	0,03	-0,14*										
5 Tempo desde o diagnóstico	-0,10	-0,07	0,01	-0,11*									
6 EVA	-0,10	0,07	0,02	0,04	-0,05								
7 Estado Civil	-0,32	0,29**	-0,12*	0,02	0,00	0,13*							
8 Tratamentos	-0,67	-0,00	-0,01	0,03	0,30**	0,11	-0,00						
9 <i>Distress</i>	-0,20**	-0,90	0,01	0,06	0,05	0,25**	0,01	0,05					
10 Suporte social emocional	-0,15	0,01	-0,09	0,02	-0,15*	-0,08	-0,01	-0,01	-0,23**				
11 Enfrentamento ativo	-0,02	0,06	0,06	-0,03	0,06	-0,08	0,01	-0,02	-0,40**	0,27**			
12 Suporte social instrumental	0,08	0,05	-0,14*	0,02	-0,17**	-0,10	0,01	-0,13*	-0,32**	0,52**	0,32**		
13 Percepção negativa da doença	-0,12	-0,03	-0,10	0,18**	-0,01	0,22**	0,00	0,11	0,546**	-0,13*	-0,41**	-0,20**	

Nota. * Correlação significante no nível 0,05 (2-tailed); ** Correlação significante no nível 0,001 (2-tailed).

Separadamente, realizou-se análise de correlação entre as variáveis sociodemográficas e médico-clínicas e o IGR (Tabela 13). Observou-se correlações negativas significativas entre o IGR e sexo, indicando que o índice é maior para mulheres. O IGR apresentou correlação positiva significativa com nível de dor no momento de resposta ao instrumento.

Tabela 13

Correlação de Spearman entre o Escore Geral (IGR) e as Variáveis Sociodemográficas e Médico-Clínicas (N=254)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Sexo								
2 Idade	0,11							
3 Tratamentos	-0,07	0						
4 Escolaridade	-0,14*	-0,24**	0,01					
5 Sit. profissional	0,04	-0,03	0,03	-0,14*				
6 Temp. diagnóstico	-0,10	-0,03	0,10**	0,01	-0,13*			
7 EVA- Dor	-0,10	0,07	0,11	0,02	0,04	-0,05		
8 IGR	-0,13*	-0,07	0,08	0,01	0,09	0,09	0,22**	

Nota. EVA-Escala Visual Analógica; IGR-Índice Geral de Risco; * Correlação significativa no nível 0.05 (2-tailed); ** Correlação significativa no nível 0.01 (2-tailed).

Tais correlações sugerem que a escala está de acordo com a literatura e que os fatores correspondem à definição conceitual proposta inicialmente.

5.5.3 Normatização do IRPO.

O cálculo do escore de corte do IRPO visa facilitar a interpretação dos resultados obtidos com sua aplicação. Segundo Pasquali (1997), qualquer escore deve ser referido a algum padrão ou norma para ter sentido, permitindo determinar a posição que o respondente ocupa no construto medido e comparar seu escore com os dos demais sujeitos que responderam o instrumento. Nesta etapa de avaliação do IRPO, a padronização do escore será embasada por normas intragrupo, ou seja, referentes a um grupo padrão formado por pacientes com câncer. Nas normas intragrupos, o escore pode ser referenciado em termos do posto percentílico ou do desvio padrão (z) e, não se conhecendo os escores da população, leva-se em conta os escores obtidos em uma amostra representativa.

Para decidir pela norma a ser utilizada, inicialmente foi observado se os escores da amostra no IGR possuíam distribuição normal, e identificou-se assimetria à esquerda, como pode ser constatado na Figura 9, não sendo adequado o cálculo do escore z. Poder-se-ia optar pela transformação dos escores, mas tal estratégia dificultaria o manejo diário do instrumento

durante triagens psicológicas, para as quais quanto mais descomplicado for o cálculo do escore melhor.

Para utilizar o posto percentílico foi necessário, então, estabelecer a porcentagem de todos os sujeitos da amostra que estariam abaixo e acima do escore de corte. Nesse sentido, revisou-se a literatura buscando a prevalência de dificuldades de adaptação em pacientes com câncer e estabeleceu-se como ponto de corte o percentil 60, ou seja, considerou-se que 40% da população apresentaria algum risco de má adaptação psicológica. Para tal, levou-se em consideração as informações listadas a seguir:

- Prevalência de problemas de ajustamento: 30% de dificuldades para se ajustar (Pais-Ribeiro et al., 2010a; Ridder et al., 2008; Sidell, 1997; Stanton, Revenson, & Tennen, 2007); 25% a 30% de desordem de ajustamento (Carlson & Bultz, 2003); 4% e 35% para desordens de ajustamento (Akizuki et al., 2003).
- Prevalência de *distress*: 35% (Carlson & Bultz, 2003); 22% a 58% (National Cancer Institute, 2008); 30% a 50% (Carlson & Bultz, 2003; Faul et al., 2010; NCCN, 2013; Souza, 2009).
- Prevalência de depressão: 15% a 40% , incluindo ansiedade clínica (Sheard & Maguire, 1999); 3% a 23% (Akizuki et al., 2003); 15% a 25% (Gaviria et al., 2007); 10% a 25% (Brown et al., 2009).

Considerou-se que o percentil 60 seria adequado para estabelecer o ponto de corte apesar dos problemas advindos das dificuldades de adaptação mostrarem, como descrito anteriormente, uma prevalência girando em torno de 35%. Tal decisão baseou-se no fato de que 40% é um valor mais leniente e poderia diminuir o risco de serem excluídos sujeitos que apresentassem algum nível de risco de má adaptação, mesmo que incluísse pacientes com menor risco. Em um processo de triagem é mais prejudicial excluir quem pode se beneficiar de algum nível de intervenção do que incluir pessoas com menor necessidade, as quais poderiam ser excluídas em avaliações posteriores (Vodermaier & Millman, 2011). Tal valor será novamente utilizado no Estudo 3, buscando-se confirmar a adequação do ponto de corte quando o IRPO for comparado a uma ferramenta critério.

Sendo assim, calculou-se o percentil 60 para escores obtidos a partir da soma dos itens que compõe o fator geral do IRPO (IGR). Como ilustrado na Figura 9, estabeleceu-se inicialmente o ponto de corte no escore 59, sendo a pontuação mínima 27 pontos e a máxima 135, lembrando que quanto maior a pontuação maior o risco de má adaptação psicológica.

Qualquer escala múltipla, ou seja, com diferentes fatores que juntos medem um mesmo construto, precisa ter sua confiabilidade analisada antes de realizar-se a avaliação de sua validade. As investigações feitas garantiram a adequação do IRPO para prosseguir com

as demais análises (Hair et al., 2009), as quais serão apresentadas no Estudo 3, a saber: análises preditiva e discriminante da escala.

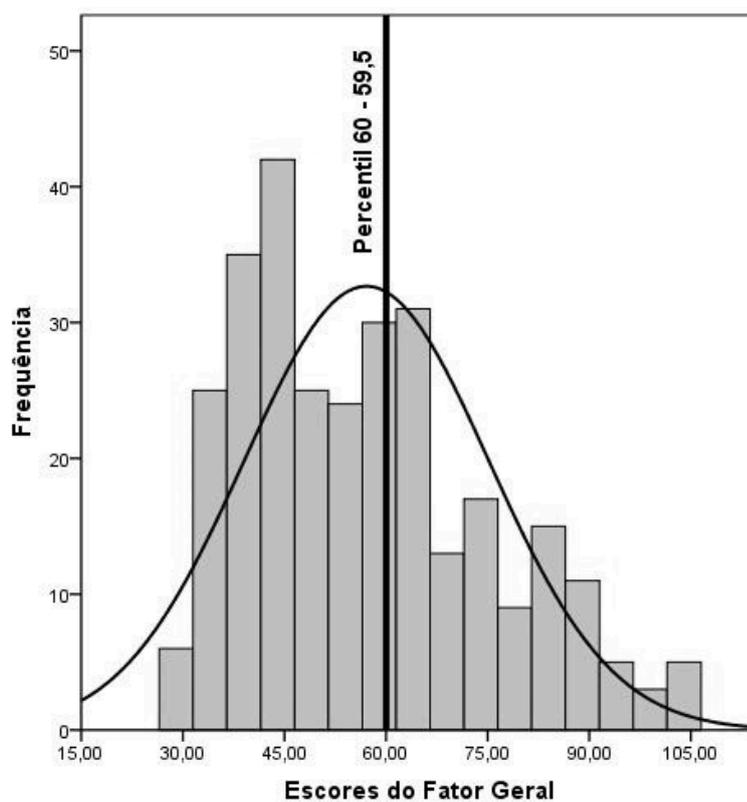


Figura 9. Distribuição dos escores no IGR do IRPO com a representação do ponto de corte no Percentil 60 (N=254).

Capítulo 6

Estudo 3: Análise da Validade Preditiva e Discriminante do IRPO – Polo Analítico

Nessa etapa da pesquisa foi analisada a validade preditiva e discriminante da escala, ou seja o grau em que se correlaciona com um critério pré-estabelecido e que discrimina entre características dos sujeitos da amostra de acordo com as informações presentes na literatura.

Por tratar-se de um instrumento novo e que se propõe a avaliar risco de má adaptação psicológica e não distúrbios psicológicos, não foram encontrados instrumentos semelhantes que poderiam ser utilizados como critérios. Cogitou-se inicialmente em utilizar uma bateria com instrumentos que avaliassem cada fator, entretanto, por ser oneroso para os pacientes responder a variados e longos instrumentos, optou-se por selecionar apenas um – que avaliasse o resultado do processo de ajustamento – e verificar o grau em que o IRPO preveria seu resultado.

A escala escolhida como critério foi a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HAD, por ser utilizada como ferramenta padrão para validação de escalas de triagem psicossocial com pacientes com câncer. Tal escala avalia ansiedade e depressão com menor ênfase em aspectos somáticos, que poderiam ser confundidos com efeitos colaterais dos tratamentos ou sintomas da própria doença. Além do mais, também seu escore geral pode ser utilizado para avaliar presença de desordem referente ao nível global de *distress* (Carey, Noble, Sanson-Fisher, & Mackenzie, 2012; Mitchell, 2010).

6.1 Delineamento

Tal como no Estudo 2, utilizou-se metodologia quantitativa e delineamento transversal, com aplicação do IRPO e do instrumento critério em um único momento. Vale informar que o delineamento inicial previa teste e re-teste de uma mesma amostra em momentos diferentes – início do tratamento e dois meses após. Entretanto, em função de dificuldades institucionais, a entrada de novos pacientes foi suspensa no local onde o estudo estava sendo realizado, e o projeto precisou ser alterado e reavaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Em função do tempo que seria utilizado para solicitar a aprovação das alterações, optou-se por aplicar as escalas em um único momento.

6.2 Procedimentos de Coleta de Dados

Com a equipe do Centro de Câncer já informada sobre a pesquisa e presença dos auxiliares, após a aprovação do adendo enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da UnB, deu-se início à coleta de dados.

Como o foco principal desta etapa era a validação preditiva, o tamanho da amostra foi definido a partir das orientações de Hair et al. (2009) sobre a quantidade de sujeitos necessária para rodar análises de regressão que produzissem resultados generalizáveis. Este autor indica que devem ser avaliados 15 a 20 indivíduos para cada variável independente (preditora) presente no estudo. Considerando que o IRPO é composto por cinco fatores e pelo escore geral (variáveis preditoras), a amostra deveria ser de 75 a 100 pacientes.

Para evitar que possíveis reflexões dos pacientes durante a aplicação do IRPO interferissem nas suas respostas ao instrumento critério (HAD), decidiu-se que esse seria aplicado antes do IRPO. A fim de controlar variáveis que poderiam interferir nos resultados, incluiu-se avaliações quanto ao tipo de tratamento em andamento, presença de efeitos colaterais e existência de acompanhamento psicológico.

Para a aplicação da bateria de instrumentos, foi mantida a mesma orientação do estudo anterior – abordar e convidar pacientes em atendimento ambulatorial no Centro de Câncer, observando-se os critérios de inclusão e exclusão. Explicava-se a pesquisa, e, em caso de aceitarem participar, solicitava-se a assinatura – utilizando escrita ou impressão digital – do TCLE 3 (Apêndice G). Terminada a entrevista, complementava-se as informações faltosas com dados contidos nos prontuários.

A coleta foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2013.

6.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados no Estudo 3 podem ser encontrados no Apêndice G, sendo eles:

Roteiro de entrevista semiestruturada – Partes 1 e 2. Igual ao roteiro de entrevista do Estudo 2, foi desenvolvido para coleta dos dados sociodemográficos e médico-clínicos. Na parte 1 focalizam-se informações sobre sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, tipo de câncer, estadiamento, tempo desde o diagnóstico, dor e presença de limitações físicas. Na parte 2 inclui-se a investigação sobre o tratamento em curso, presença de efeitos colaterais e se realiza ou realizou acompanhamento psicológico. Os dados médico-clínicos eram preenchidos durante a entrevista e complementados com informações contidas nos prontuários dos pacientes.

Escala visual analógica – EVA. Conforme descrita no capítulo anterior.

IRPO. Trata-se da versão do instrumento validada no Estudo 2. A escala passou a ser composta por 27 itens divididos em cinco fatores – percepção negativa da doença (4 itens: 1, 2, 3 e 19; $\alpha=0,77$), suporte social emocional (6 itens: 4, 5, 6, 7, 12 e 13; $\alpha=0,83$), suporte social instrumental (4 itens: 8, 9, 10 e 11; $\alpha=0,90$), enfrentamento ativo (5 itens: 14, 15, 16, 17 e 18; $\alpha=0,71$) e *distress* (8 itens: 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 e 27; $\alpha=0,90$). Além desses fatores, calcula-se o escore geral da escala (IGR; $\alpha=0,90$). Para tal, deve-se inverter o valor

dos domínios suporte social emocional, suporte social instrumental e enfrentamento ativo. No escore geral, quanto maior o valor, maior o risco de má adaptação psicológica. Todos os itens são avaliados por escala *Likert* de cinco pontos.

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD). Instrumento composto por 14 itens avaliados por escala *Likert* de quatro pontos. No Brasil, a HAD foi traduzida e validada por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr. e Pereira (1995). Inicialmente era utilizada apenas para identificar ansiedade e depressão, constando sete itens para cada subescala. Entretanto, atualmente, também é utilizada para avaliar a presença de *distress*. Quando destinada a avaliar desordem de *distress* é considerada uma escala unifatorial, com a soma dos valores dos itens variando entre 0 e 42, tendo o valor 15 como ponto de corte - sensibilidade de 0,87 e especificidade de 0,88 (Jacobsen et al., 2005; Vodermaier & Millman, 2011).

6.4 Procedimentos de Análise de dados

Os dados foram submetidos a análises estatísticas descritivas e inferenciais. Iniciou-se pela verificação dos pressupostos uni e multivariados necessários para análises de regressão e decidiu-se sobre a permanência ou exclusão de dados.

Em seguida foram investigadas as características psicométricas da escala, a saber: verificação das normas referentes ao critério, avaliação da capacidade de discriminar entre os sujeitos da amostra e teste do modelo proposto como base para o desenvolvimento do IRPO.

As respostas dos pacientes foram registradas e analisadas com auxílio dos *Software Microsoft Excel* e SPSS 19.

6.5 Resultados

Foram avaliados 98 pacientes de ambos os sexos, média de idade igual a 48,48 anos (DP = 11,17), variando entre 19 e 65 anos. Na Tabela 14 encontram-se os dados sociodemográficos da amostra.

A amostra, selecionada por conveniência, foi composta por maioria de mulheres (75,5%), pessoas em convívio marital (58,2%), com escolaridade até o nível fundamental incompleto (40,8%) e recebendo alguma modalidade de benefício (68,3%), incluindo proventos durante a licença médica, aposentadoria, auxílio doença e pensão, concedidos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

A amostra no Estudo 3 manteve similaridade com a do Estudo 2 quanto ao número de tratamentos realizados até a entrevista, com a maioria (73,5%) já tendo se submetido a pelo menos duas modalidades terapêuticas, enquanto 30,5% se submeteram a pelo menos três: cirurgia, quimioterapia e radioterapia (22,4%). Percentual menor de pacientes fizeram quatro procedimentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, 6,1%) e três

procedimentos (cirurgia, quimioterapia e hormonioterapia, 2%). Apenas 5,1% da amostra não havia realizado nenhum tratamento oncológico até o momento da pesquisa.

Tabela 14

Características Sociodemográficas dos Participantes do Estudo 3 (N=98)

Variáveis Sociodemográficas	n	%
Sexo		
Feminino	74	75,5
Masculino	24	24,5
Estado Civil		
Solteiro	23	23,5
Convívio marital	57	58,2
Divorciado(a)/separado(a)	14	14,3
Viúvo	04	04,1
Escolaridade		
Não alfabetizado	07	07,1
Ensino fundamental incompleto	40	40,8
Ensino fundamental completo	08	08,2
Ensino médio incompleto	08	08,2
Ensino médio completo	25	25,5
Ensino superior incompleto	04	04,1
Ensino superior completo	03	03,1
Pós-graduação	03	03,1
Situação profissional		
Ativo	04	04,1
Nunca trabalhou	09	09,2
Desempregado	18	18,4
Licença médica	11	11,2
Aposentado	22	22,4
Recebendo auxílio doença	33	33,7
Pensionista	01	01,0

Quanto aos dados médico-clínicos, apenas para um paciente não foi possível averiguar o tempo desde o diagnóstico. O tempo médio calculado foi 25 meses (DP=39,26), similar à amostra do Estudo 2, com a amplitude variando entre uma semana a 27 anos (324 meses).

Utilizou-se faixas temporais para caracterizar melhor o tempo desde o diagnóstico, como pode ser visto na Figura 10. Verificou-se que 52% dos pacientes foram diagnosticados há menos de um ano, 19% estavam no segundo ano desde o diagnóstico e 28% tinham mais de dois anos de diagnóstico.

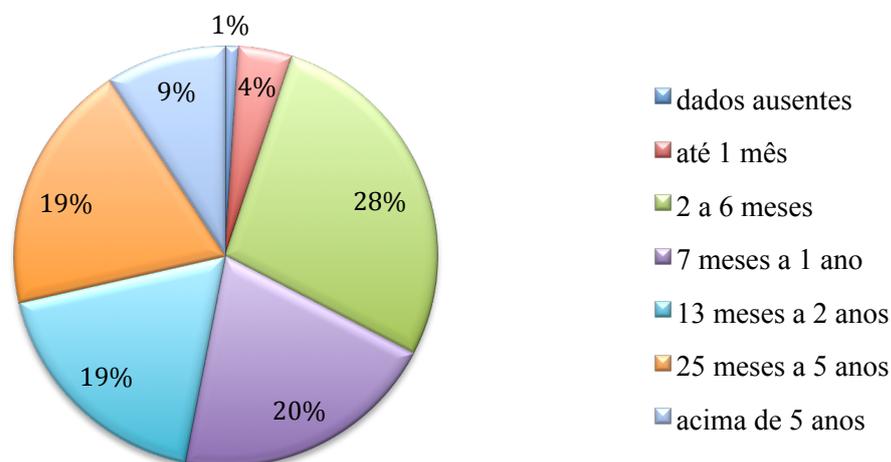


Figura 10. Distribuição (%) de pacientes (N=98) de acordo com o tempo transcorrido desde o diagnóstico até a participação no Estudo 3.

Novamente manteve-se similaridade com a amostra do Estudo 2 quanto aos tipos de câncer, sendo os mais frequentes mama (33%) e colo do útero (10%). Na Figura 11 encontra-se a distribuição percentual do tipo de câncer identificado entre os participantes, apresentada em ordem, respeitando-se o sentido horário.

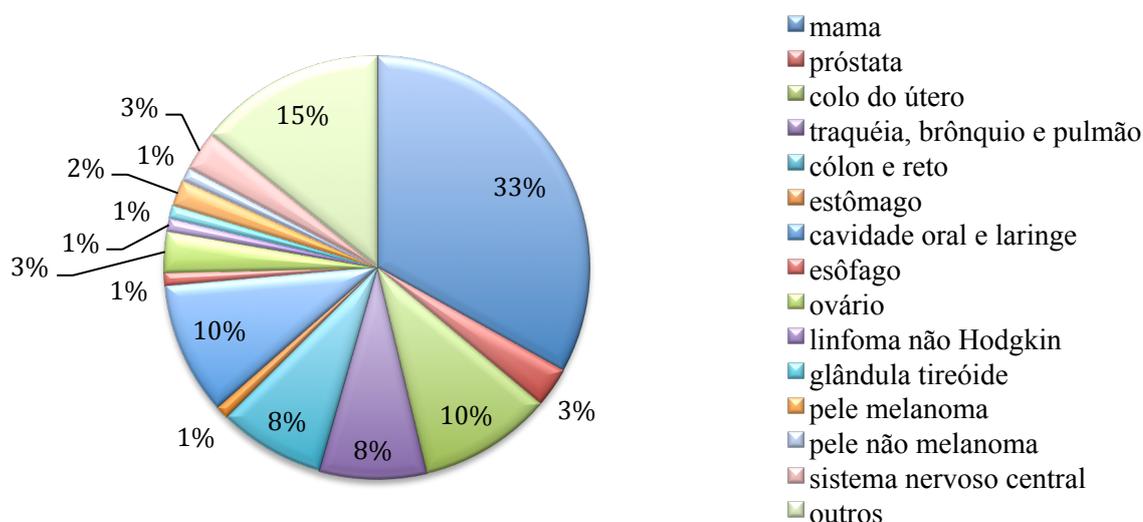


Figura 11. Distribuição (%) do tipos de câncer dos participantes do Estudo 3 (N=98).

Em relação ao nível de dor avaliado com a escala EVA, também a maioria (68%) encontrava-se sem dor no momento da avaliação, como pode ser observado nas faixas de níveis de dor representadas na Figura 12.

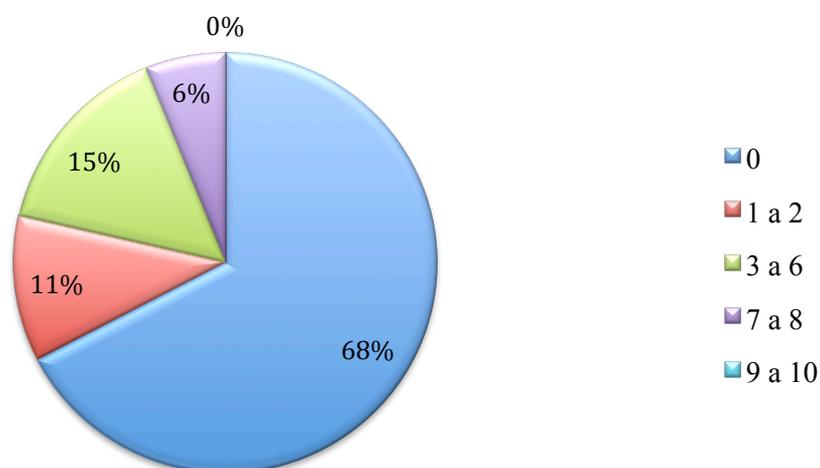


Figura 12. Distribuição (%) do nível de dor dos pacientes no momento da entrevista, avaliado com uso da escala EVA no Estudo 3 (N=98).

No Estudo 3 também foram coletadas informações sobre o tratamento em curso no momento da entrevista, incluindo-se aqui pacientes em fase pós-cirúrgica. Prevaleram pacientes em quimioterapia (33%) ou apenas realizando consultas (31%), não estando em tratamento no momento da entrevista (Figura 13).

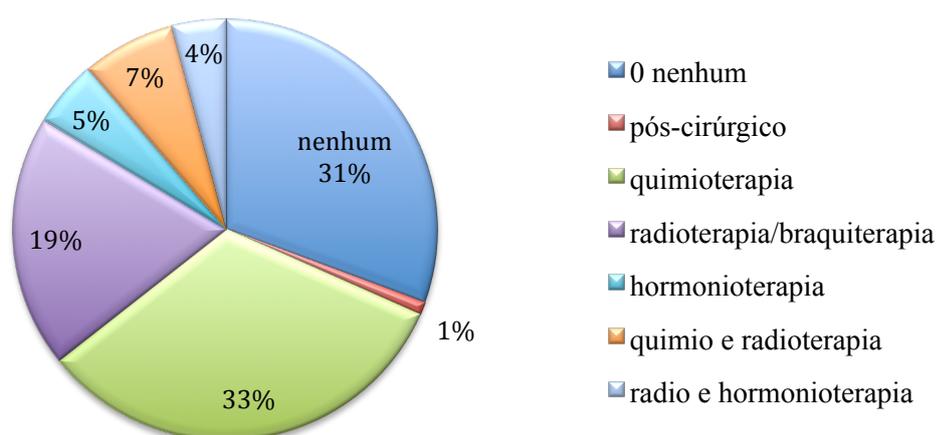


Figura 13. Distribuição (%) dos tratamentos em curso dos participantes do Estudo 3 (N=98).

Os participantes também foram questionados sobre a presença de sintomas ou efeitos colaterais dos tratamentos, identificando-se que 49% não apresentavam queixas, mas que os demais relatavam presença de sintomas e efeitos colaterais. Na Figura 14 ilustra-se a quantidade de sintomas relatados.

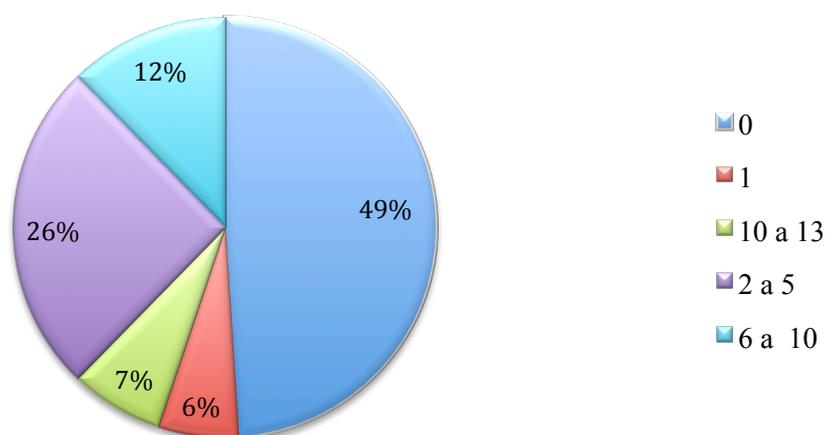


Figura 14. Distribuição (%) de pacientes por quantidade de sintomas relatados no momento da entrevista durante o Estudo 3 (N=98).

Em relação ao estadiamento clínico no momento do diagnóstico, houve dificuldade de recuperar tal informação nos prontuários, a qual foi identificada para 58 dos 98 participantes e 74% pacientes apresentavam estadiamento avançado (III e IV), conforme ilustrado na Figura 15.

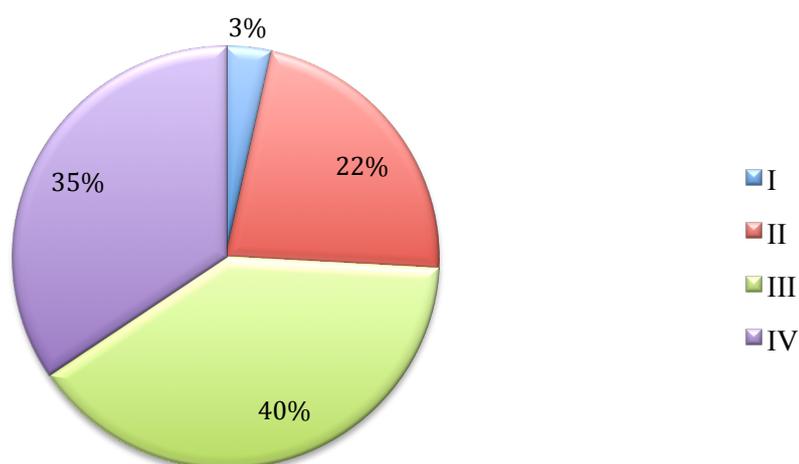


Figura 15. Distribuição (%) de participantes do Estudo 3 por estadiamento do câncer ao diagnóstico (N=58).

Ao final da entrevista semiestruturada, questionava-se também sobre a realização de acompanhamento psicológico ao longo do tratamento. Verificou-se que apenas 30 (31%) dos 98 pacientes utilizaram essa modalidade terapêutica em algum momento desde o diagnóstico.

Novamente a maioria dos participantes (n=92) preferiu responder ao instrumento com auxílio dos entrevistadores para ler os itens e assinalar as respostas.

6.5.1. Análise dos pressupostos para análises de regressão.

A seguir estão apresentadas as análises estatísticas realizadas após a aplicação das escalas HAD e IRPO. Não se constatou a presença de casos faltosos acima de 2% para todos os itens, mas foram identificados sujeitos com dados extremados univariados (N=5) e, utilizando-se o critério da distância de Mahalanobis, identificou-se os *outliers* multivariados (N=3). Por esse motivo, oito casos foram excluídos da amostra e permaneceram 90 casos válidos. Tal exclusão não prejudicou a continuidade das análises, para as quais seriam necessários um mínimo de 75 participantes. Vale ressaltar que o tamanho da amostra também mostrou-se adequado para a obtenção de tamanhos de efeito médios ($\pm 0,30$) com nível de significância (α) de 0,01 ou 0,05 (Field, 2009; Hair et al., 2009).

Não foram identificados níveis altos de colinearidade entre as variáveis preditoras. Analisando-se tal pressuposto verificou-se: ausência de correlações acima de 0,90 na matriz de correlações; fator de inflação da variância (FIV) de cada variável abaixo de cinco; estatística tolerância de cada variável acima de 0,20. Tais informações são apresentadas na Tabela 15.

Tabela 15

Valores de Tolerância e Fatores de Inflação da Variância (FIV) das Variáveis Predictoras

	Tolerância	FIV
<i>Distress</i>	0,565	1,771
Suporte Social Emocional	0,590	1,696
Enfrentamento Ativo	0,589	1,697
Suporte Social Instrumental	0,755	1,325
Percepção Negativa da Doença	0,506	1,975

Variável dependente: HAD score geral.

Nota. Utilizou-se a média ponderada das variáveis preditoras.

Quanto à distribuição dos dados do IRPO, novamente observou-se assimetria à esquerda (assimetria positiva), a qual também ocorreu em relação à HAD. A maioria das variáveis preditoras apresentaram desvio de normalidade, entretanto, o fator geral da HAD apresentou distribuição normal (Kolmogorov-Smirnov = 0,87; gl = 90; $p=0,087$), sendo adequado seu uso na regressão como variável critério (Tabela 16).

Satisfeitas as suposições exigidas, iniciaram-se as análises para verificar o funcionamento do instrumento em uma nova amostra (N=98) e testar o modelo proposto.

Tabela 16

Teste de Normalidade para as Variáveis do Estudo 3

	Kolmogorov- Smirnov	gl	<i>p</i>	Shapiro- Wilk	gl	<i>p</i>
<i>Distress</i>	0,099	90	0,031	0,936	90	<i>p</i> <0,001
Suporte Social Emocional	0,143	90	<i>p</i> <0,001	0,889	90	<i>p</i> <0,001
Enfrentamento Ativo	0,202	90	<i>p</i> <0,001	0,85	90	<i>p</i> <0,001
Suporte Social Instrumental	0,371	90	<i>p</i> <0,001	0,577	90	<i>p</i> <0,001
Percepção Negativa	0,07	90	0,200	0,984	90	0,361
IGR	0,117	90	0,004	0,938	90	<i>p</i> <0,001
HAD ansiedade	0,087	90	0,088	0,971	90	0,044
HAD depressão	0,133	90	<i>p</i> <0,001	0,946	90	0,001
HAD <i>distress</i>	0,087	90	0,087	0,968	90	0,024

6.5.2 Avaliação da estabilidade da estrutura fatorial.

Com a finalidade de testar se os dados iniciais seriam reproduzidos em uma nova amostra da mesma população, realizou-se nova análise fatorial do IRPO e os resultados foram comparado aos do Estudo 2. Vale informar que no Estudo 3 utilizou-se a rotação *Varimax* por se tratar de um instrumento que já apresentou evidências de validade e não mais de uma análise exploratória (Pasquali, 2010).

Verificou-se boa estabilidade da estrutura fatorial e da consistência interna, apesar da diminuição no tamanho da amostra e da influência que a mudança nos estímulos durante a avaliação pode causar, lembrando que no Estudo 2 o instrumento era constituído por mais itens do que os utilizados no Estudo 3. A seguir encontram-se as Tabelas 17 e 18 contendo os resultados das comparações realizadas entre os resultados das análises fatorial e de confiabilidade dos resultados do IRPO nos dois estudos.

Tabela 17

Comparação dos Resultados da Análise Fatorial Realizada Após a Aplicação do IRPO nos Estudos 2 (N=254) e 3 (N=90)

Fator/Estudo	Itens (n)	Composição do Fator	Variância Explicada (%)
Distress E2	08	20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 e 27	24,91
Distress E3	07	20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26	23,45
SS Emocional E2	06	4, 5, 6, 7, 12 e 13	10,94
SS Emocional E3	09	4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14 e 15	12,38
Enfrentamento E2	05	14, 15, 16, 17 e 18	4,52
Enfrentamento E3	04	16, 17, 18 e 19	3,60
SS Instrumental E2	04	8, 9, 10 e 11	3,77
SS Instrumental E3	03	8, 9 e 10	5,50
Percepção Negativa da doença E2	04	1, 2, 3 e 19	3,37
Percepção Negativa da doença E3	04	1, 2, 3 e 27	4,43
IGR E2			47,52
IGR E3			49,37

Nota. No Estudo 2 utilizou-se rotação *oblimin* e no 3 *varimax*.; E2 = Estudo 2 e E3 = Estudo 3; SS – Suporte social.

A estrutura fatorial obtida no Estudo 2, com uma amostra maior, mostrou-se mais representativa dos fatores e continuou sendo utilizada no Estudo 3. Na Tabela 18, considerando-se tal estrutura, encontra-se a comparação entre os índices de confiabilidade nos Estudos 2 e 3.

Tabela 18

Comparação do Índice de Confiabilidade do IRPO nos Estudos 2 (N=254) e 3 (N=90)

		Fatores do IRPO											
		Distress		Suporte S. Emocional		Enfrentamento Ativo		Suporte S. Instrumental		Percepção Negativa da doença		IGR	
		E2	E3	E2	E3	E2	E3	E2	E3	E2	E3	E2	E3
α		0,90	0,86	0,83	0,83	0,71	0,64	0,90	0,90	0,77	0,69	0,90	0,88

Nota. Suporte S. = Suporte social; E2 = Estudo 2 e E3 = Estudo 3.

Em relação às médias obtidas em cada fator nos diferentes estudos também observou-se similaridade, como pode ser observado na Tabela 19.

Tabela 19

Comparação entre as Médias Ponderadas Após a Aplicação do IRPO nos Estudos 2 (N=254) e 3 (N=90)

Fatores	Estudo 2 (N=254)			Estudo 3 (N=90)		
	Média	Desvio padrão	C _v ¹	Média	Desvio padrão	C _v ¹
<i>Distress</i>	2,37	1,16	0,49	2,23	0,95	0,43
Suporte Social Emocional	4,03	0,92	0,23	4,15	0,80	0,19
Enfrentamento Ativo	4,22	0,81	0,19	4,40	0,64	0,15
Suporte Social Instrumental	4,49	0,86	0,19	4,74	0,52	0,11
Percepção Negativa da Doença	2,68	1,01	0,38	2,53	0,79	0,31
IGR	2,06	0,64	0,31	2,34	0,36	0,16

Nota. Fatores extraídos de acordo com as cargas fatoriais. ¹C_v - Coeficiente de Variância.

6.5.3 Validade preditiva e análise do modelo proposto.

Visando avaliar o grau em que a versão final do IRPO correlacionava-se com os resultados da HAD e seria capaz de prever o desenvolvimento de desordem de *distress*, comparou-se os resultados obtidos com a aplicação das duas escalas. Foram realizadas análises de correlação e regressão múltipla, considerando-se o escore geral da HAD (*distress*) como variável critério. Verificou-se também se os dados sociodemográficos e médico-clínicos afetavam os resultados obtidos.

Inicialmente foram analisadas as correlações entre as variáveis sociodemográficas e médico-clínicas e os fatores da HAD e do IRPO, apresentadas na Tabela 20. Verificou-se que as correlações refletiram informações reiteradamente demonstradas na literatura científica quanto a maior prevalência de dificuldades psicológicas no sexo feminino e na presença de maior nível de dor, e que pessoas em convívio marital recebem mais suporte instrumental.

Em relação ao enfrentamento ativo, este relacionou-se com menores escores de *distress* na HAD e no IGR do IRPO, confirmando que estratégias ativas relacionam-se positivamente com adaptação favorecem o processo de ajustamento.

Destaca-se, para dar seqüência às análises, a existência de correlações entre os fatores da HAD e do IRPO, as quais estão de acordo com a literatura e não ultrapassaram 0,80, indicando ausência de multicolinearidade (Tabachnick & Fidell, 2001). Durante as análises de regressão, as variáveis sexo e nível de dor foram incluídas por serem as únicas significativamente correlacionadas com a variável critério, ou seja, com o nível de *distress* avaliado pela HAD.

Após a verificação dos pressupostos teóricos realizou-se regressões lineares (RL) e múltipla padrão (RM), de acordo com cada caso, a fim de verificar a relação de predição entre os fatores do IRPO e a variável critério.

Tabela 20

Correlação de Spearman entre as Variáveis Analisadas no Estudo 3 (N=98)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1 Sexo	1															
2 Idade	0,06	1														
3 Estado Civil	0,17	0,21*	1													
4 Escolaridade	-0,11	-0,01	-0,02	1												
5 Situação Profissional	0,08	0,06	0,08	-0,17	1											
6 Nível de Dor	-0,12	0,01	-0,02	-0,00	0,12	1										
7 Estadiamento	0,29	-0,16	-0,11	0,21	-0,19	-0,03	1									
8 HAD ansiedade	-0,37**	0,00	0,01	-0,06	-0,03	0,35**	-0,34*	1								
9 HAD depressão	-0,37**	-0,01	-0,12	-0,01	-0,05	0,17	-0,23	0,50**	1							
10 HAD <i>distress</i>	-0,43**	-0,02	-0,09	-0,05	-0,05	0,28**	-0,28	0,82**	0,89**	1						
11 IRPO <i>distress</i>	-0,21*	0,04	0,13	-0,28**	0,01	0,23*	-0,16	0,61**	0,49**	0,62**	1					
12 IRPO SS Emocional	0,12	0,13	0,10	-0,09	0,06	0,03	-0,05	-0,22*	-0,32**	-0,32**	-0,23*	1				
13 IRPO Enfrent. Ativo	0,09	0,22*	0,08	0,07	0,07	-0,12	-0,01	-0,32**	-0,41**	-0,43**	-0,36**	0,54**	1			
14 IRPO SS Instrumental	0,28**	0,06	0,23*	-0,09	0,10	0,06	0,06	-0,20*	-0,39**	-0,36**	-0,23*	0,52**	0,40**	1		
15 IRPO P. Neg. Doença	-0,22*	-0,01	-0,08	-0,07	0,11	0,20*	-0,23	0,64**	0,57**	0,69**	0,54**	-0,21*	-0,32**	-0,23*	1	
16 IRPO IGR	-0,27**	-0,08	-0,04	-0,13	-0,02	0,15	-0,10	0,56**	0,61**	0,68**	0,75**	-0,70**	-0,70**	-0,57**	0,62**	1

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; SS=Suporte Social; Enfrenta. = Enfrentamento; P. Neg. Doença= Percepção Negativa da Doença.

Inicialmente analisou-se a contribuição do modelo geral contendo todos os fatores do IRPO, verificando-se que os fatores suporte social emocional e suporte social instrumental não contribuíam diretamente para a explicação das mudanças no nível de *distress*, como pode ser constatado na Tabela 21.

Tabela 21

Modelo de Previsão do Escore Geral da HAD a Partir dos Fatores do IRPO (N=90)

Variável Antecedente (Fatores do IRPO)	HAD <i>Distress</i>			
	Modelo 1			
	B	Beta	t	95%CI
<i>Distress</i>	2,102**	0,282**	3,372**	[0,862;2,242]
Suporte Social Emocional	- 0,019	- 0,002	- 0,024	[-1,59;1,552]
Enfrentamento Ativo	- 2,203*	- 0,198*	- 2,255*	[- 4,146;- 0,261]
Suporte Social Instrumental	- 0,633	- 0,046	- 0,592	[- 2,759;1,494]
Percepção Negativa da Doença	4,336**	0,48**	5,908**	[2,876;5,795]
R			0,771	
R ²			0,594	
R ² ajustado			0,570	

Nota. Método Entrada Forçada; R – Coeficiente de regressão; R² – Coeficiente de determinação; B – Gradiente de Inclinação; t – Teste t-student; Sig. – Grau de significância; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

O modelo composto pelos fatores *distress*, enfrentamento ativo e percepção negativa da doença explica 59,4% da variação nos escore geral da HAD, sendo considerado um bom preditor. A diferença entre o valor de R² e R² ajustado informou que na população geral provavelmente esse modelo explique 2,4% menos de variância. Ainda, a mudança na variância forneceu uma razão *F* maior do que um e significativa ($F_{(5,84)} = 24,573$; $p < 0,001$).

6.5.3.1 Ajuste do modelo.

O ajuste do modelo foi considerado bom, indicando que pode ser generalizado para outras populações de pacientes com câncer. Para chegar a essa conclusão analisou-se os resíduos após a execução da análise de regressão e verificou-se que satisfaziam as suposições de independência dos termos de erro, homocedasticidade da variância e linearidade do fenômeno (Figura 16), como também que não existia autocorrelação entre eles (Durbin-Watson = 2,135).

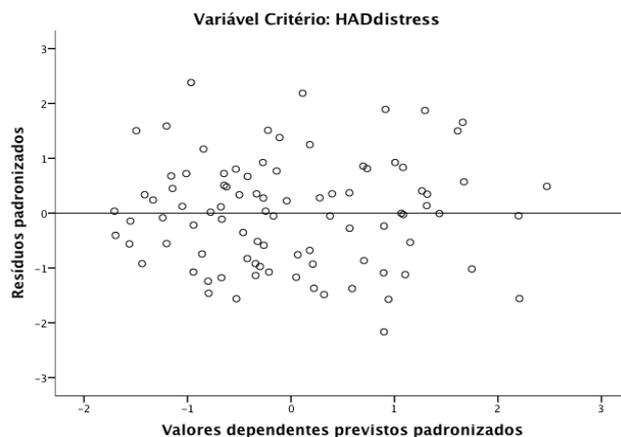


Figura 16. Análise gráfica dos resíduos padronizados obtidos a partir das análises do modelo de regressão geral dos fatores do IRPO no Estudo 3. Fatores: enfrentamento ativo, percepção negativa da doença e *distress*.

Os resíduos também apresentaram distribuição normal, como observado na Figura 17 e confirmado nos testes de normalidade – KS (0,062; $gl = 90$; $p = 0,200$) e SW (0,985; $gl = 90$; $p = 0,389$).

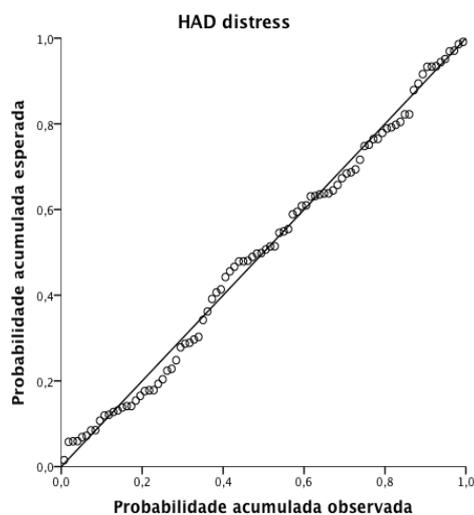


Figura 17. Diagrama de probabilidade normal dos resíduos obtidos a partir das análises do modelo de regressão no Estudo 3, fatores: enfrentamento ativo, percepção negativa da doença e *distress*.

6.5.3.2 Análise do efeito de mediação.

Os fatores relativos ao suporte social pareciam não colaborar para o modelo, contrariando informações contidas na literatura. Após verificar que, individualmente, ambos previam mudanças no escore geral da HAD (Tabela 22), optou-se por verificar se poderiam existir relações de mediação que explicassem tal resultado.

Tabela 22

Análise da Contribuição Individual dos Fatores na Previsão do Distress

Variável antecedente	HAD <i>distress</i>		
	R ²	B	Beta
IRPO <i>distress</i>	0,360**	4,478**	0,600**
Suporte Social Emocional	0,067*	-2,297*	-0,258*
Enfrentamento Ativo	0,198**	-4,938**	-0,445**
Suporte Social Instrumental	0,040*	-2,741*	-0,0199*
Percepção Negativa da doença	0,463**	6,145**	0,681**

Notas. R² - Coeficiente de determinação; B - Gradiente de Inclinação; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Verificou-se, então, que os fatores suporte social emocional e instrumental prediziam significativamente o fator Enfrentamento Ativo (Tabela 23) e analisou-se se este poderia estar funcionando como mediador do efeito dos fatores relativos ao suporte social.

Tabela 23

Análise da Contribuição Individual dos Fatores Suporte Social Emocional e Instrumental na Variância dos Demais Fatores Incluídos no Modelo de Regressão

Variável antecedente	IRPO <i>distress</i>		Enfrentamento Ativo		Percepção Negativa da Doença	
	R ²	B	R ²	B	R ²	B
SS Emocional	0,051*	-0,269	0,310*	0,447**	0,170	-0,127
SS Instrumental	0,039	-0,365	0,091***	0,375***	0,006	-0,116

Nota. R² - Coeficiente de determinação; B - Gradiente de Inclinação; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; *** $p < 0,005$.

Em uma relação de mediação, o efeito que a variável antecedente possui sobre a variável critério enfraquece ou é neutralizado no momento que a variável mediadora é inserida no modelo (Tabachnick & Fidell, 2001; Vieira, 2009). Para testar o modelo de mediação, foram realizadas regressões multivariadas utilizando-se o método *enter*. Como apresentado na Tabela 24, as análises indicaram que o fator Enfrentamento Ativo mediava o efeito dos fatores Suporte Social Emocional e Suporte Social Instrumental, diminuindo os valores de B e Beta, como também os tornando não significativos.

Tabela 24

Análises de Regressão Múltipla para Verificar Relações de Mediação

Variáveis	HAD <i>distress</i>			
	R ²	B	Beta	Sig.
Passo 1				
Suporte Social Emocional ¹	0,067	-2,297	-0,258	0,014
Passo 2				
Suporte Social Emocional ¹	0,198	-0,132	-0,015	0,898
Enfrentamento Ativo ²		-4,846	-0,437	<i>p</i> <0,001
Passo 1				
Suporte Social Instrumental ¹	0,04	-2,741	-0,199	0,049
Passo 2				
Suporte Social Instrumental ¹	0,203	-0,980	-0,071	0,480
Enfrentamento Ativo ²		-4,699	-0,423	<i>p</i> <0,001

Nota. ¹Variável antecedente; ² Variável mediadora; R² - Coeficiente de determinação; B - Gradiente de Inclinação; Sig. - Grau de significância. **p*<0,05.

6.5.4 Análise das hipóteses.

Neste tópico serão apresentados os argumentos sobre as relações entre os construtos estudados, avaliando-se as hipóteses inicialmente propostas, considerando o escore geral da HAD como variável critério, representativa dos níveis de *distress*, e capaz de identificar a presença de desordem emocional.

Hipótese 1 - A percepção de doença, o suporte social, o repertório de enfrentamento, o nível de distress atual são variáveis preditoras do nível de distress patológico.

As análises realizadas confirmaram que, individualmente, os fatores do IRPO referentes a esses construtos comportaram-se como preditores de mudança nos escores de *distress* da HAD. Ademais, em conjunto, também observou-se bom ajuste do modelo de previsão, levando-se em conta a diminuição do efeito do suporte social, tanto emocional quanto instrumental, devido à mediação do fator enfrentamento ativo.

Hipótese 2 - Suporte social relaciona-se negativamente com distress.

Hipótese 3 - Estratégias adaptativas de enfrentamento relacionam-se negativamente com distress.

Hipótese 4 - Percepção negativa da doença relaciona-se positivamente com distress.

As hipóteses 3, 4 e 5 também foram satisfeitas, de acordo com as análises de correlação apresentadas anteriormente, confirmando as informações contidas na literatura e a adequação do modelo proposto, conforme discutido anteriormente.

Hipótese 5 - É possível calcular um escore único para avaliar o risco de má adaptação psicológica a partir de variáveis que descrevem seu processo (suporte social, enfrentamento e percepção de doença) e resultado (distress).

Para verificar tal hipótese, realizou-se análise de regressão linear para verificar o comportamento do escore geral (IGR) do IRPO em relação ao da HAD (*distress*), como apresentado na Tabela 25. Observou-se que o IGR, apesar da redução em relação ao modelo geral dos fatores, é capaz de prever, de forma significativa, 47% das mudanças no nível de *distress* avaliado pela HAD. Tal relação de previsão, permitirá, como será apresentado mais adiante, calcular um escore de corte para o IRPO baseado no da HAD.

Tabela 25

Modelo de Previsão do Escore Geral da HAD a Partir do Escore Geral do IRPO (N=90)

Variável Antecedente	HAD <i>distress</i>				
	B	Beta	t	F (1,88)	Sig.
IGR	0,344	0,686	8,843	78,191	$p < 0,001$
R			0,686		
R ²			0,470		
R ² ajustado			0,464		

Nota. R - Coeficiente de regressão; R² - Coeficiente de determinação; B - Gradiente de Inclinação; t - Teste t-student ; F – Razão F; Sig. - Grau de significância.

Tal como no modelo geral dos fatores, esse modelo de regressão apresentou bom ajuste e capacidade de generalização, com os resíduos satisfazendo as suposições de independência dos termos de erro, homocedasticidade da variância, linearidade do fenômeno e normalidade – KS (0,045; gl= 90; $p= 0,200$) e SW (0,982; gl = 90; $p=0,260$) – como também apresentou valor *Durbin-Watson* (2,026) próximo de 2. Na Figura 18 estão representados pressupostos satisfeitos para o modelo em questão. Sendo assim, confirmou-se a hipótese 6.

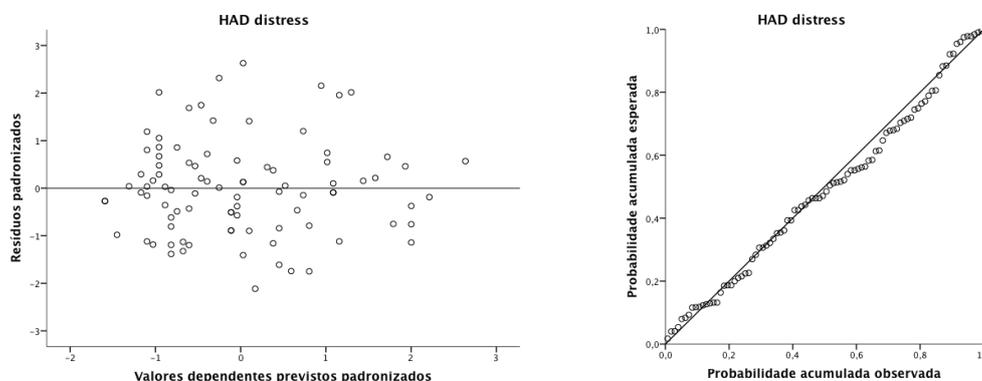


Figura 18. Análise gráfica dos resíduos padronizados obtidos a partir das análises do modelo de regressão utilizando o escore geral do IRPO no Estudo 3.

Hipótese 6 - Variáveis sociodemográficas e médico-clínicas interferem no efeito das variáveis independentes suporte social, enfrentamento, percepção de doença e distress na previsão do ajustamento psicológico do paciente com câncer

Em relação à hipótese 7, verificou-se que apenas as variáveis sexo e nível de dor se correlacionaram com o escore geral da HAD e por esse motivo foram as únicas avaliadas em relação ao modelo de regressão geral dos fatores. Vale lembrar que não foi possível identificar o estadiamento clínico de toda a amostra, impedindo a análise adequada dessa variável.

Incluindo-se passo a passo as variáveis sexo e nível de dor no modelo geral dos fatores, percebeu-se que apenas a variável sexo melhorava a previsão realizada, conforme apresentado na Tabela 26. Assim, sendo o beta para sexo negativo, confirmou-se que níveis de *distress* no HAD aumentam em pessoas do sexo feminino, considerando-se a forma como essa variável foi dicotomizada.

Tabela 26

Análises de Regressão Múltipla para Avaliar a Inclusão das Variáveis Sexo e Nível de Dor no Modelo Geral dos Fatores

Variáveis	HAD <i>distress</i>			
	R ²	B	Beta	Sig.
Passo 1				
<i>Distress</i>		2,151	0,288	0,001
Enfrentamento	0,592	-2,356	-0,212	0,005
Percepção Negativa da doença		4,305	0,477	<i>p</i> <0,001
Passo 2				
<i>Distress</i>		1,889	0,252	0,002
Enfrentamento	0,649	-2,340	-0,211	0,003
Percepção Negativa da doença		4,007	0,444	<i>p</i> <0,001
Sexo ¹		-3,940	-0,246	<i>p</i> <0,001
Passo 3				
<i>Distress</i>		1,842	0,247	0,002
Enfrentamento	0,659	-2,311	-0,208	0,003
Percepção Negativa da doença		3,931	0,435	<i>p</i> <0,001
Sexo ¹		-3,895	-0,244	<i>p</i> <0,001
Dor		0,294	0,099	0,128

Nota. ¹ Variável dicotômica (0=mulher; 1=homem); R² - Coeficiente de determinação; B - Gradiente de Inclinação; Sig. - Grau de significância.

Essa última hipótese foi parcialmente confirmada para a variável sexo, a qual não alterou o efeito dos fatores do IRPO, mas agregou capacidade explicativa ao modelo proposto. As análises indicaram que pessoas do sexo feminino parecem mais vulneráveis ao desenvolvimento de desordem de *distress*.

O modelo de regressão incluindo a variável sexo, apresentado no passo 2 da Tabela 26, manteve a tendência dos modelos já apresentados, mostrando bom ajuste e capacidade de

generalização. Os resíduos satisfizeram as suposições necessárias (Figura 19): independência dos termos de erro, homocedasticidade da variância, linearidade do fenômeno, normalidade – KS (0,056; $g1= 90$; $p= 0,200$) e SW (0,986; $g1 = 90$; $p=0,476$), *Durbin-Watson* (2,143) próximo de 2.

Em relação à hipótese 7, confirmou-se apenas a influência da variável sexo.

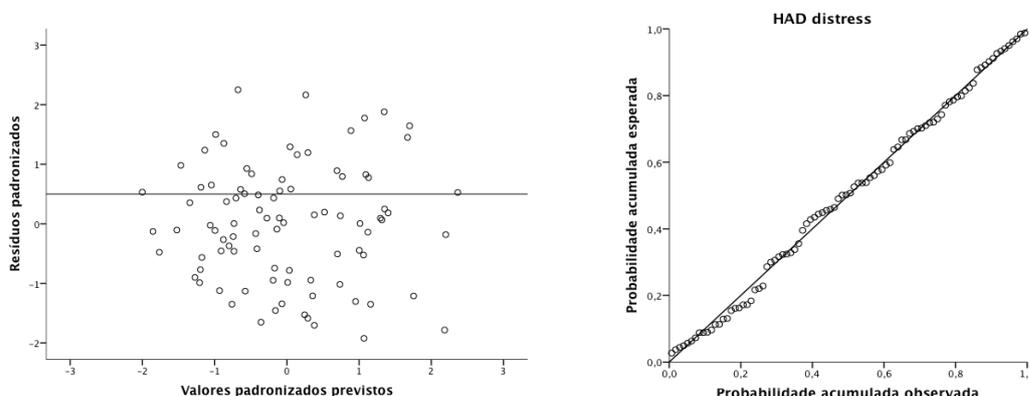


Figura 19. Análise gráfica dos resíduos padronizados obtidos a partir das análises do modelo de regressão incluindo a variável sexo e fatores do IRPO - enfrentamento ativo, percepção negativa da doença e *distress*.

6.5.5 Análise do modelo teórico de adaptação ao câncer proposto.

Testadas as hipóteses e a validade preditiva do IRPO, o modelo teórico, inicialmente desenvolvido, foi ajustado para incorporar os resultados obtidos após realizadas as análises de regressão.

Em relação ao modelo desenvolvido após a revisão de literatura, confirmou-se que as variáveis enfrentamento ativo e percepção negativa da doença, transformadas em fatores que compuseram o IRPO, preveem diretamente o nível de *distress* dos pacientes com câncer, assim como a variável sexo colabora para a explicação desse nível. Por outro lado, as variáveis suporte social emocional e instrumental tiveram seu efeito mediado pela variável enfrentamento, ou seja, quando avaliadas isoladamente são preditoras do nível de *distress*, mas quando avaliadas em conjunto com enfrentamento ativo, o efeito dependerá dos resultados dessa outra variável.

A seguir encontra-se a Figura 20, na qual é apresentado o modelo final, baseado nos dados empíricos obtidos após validação fatorial e preditiva do IRPO. Para a composição da Figura 19, foram inseridos dados contidos na(s) Tabela(s) 22 e 24.

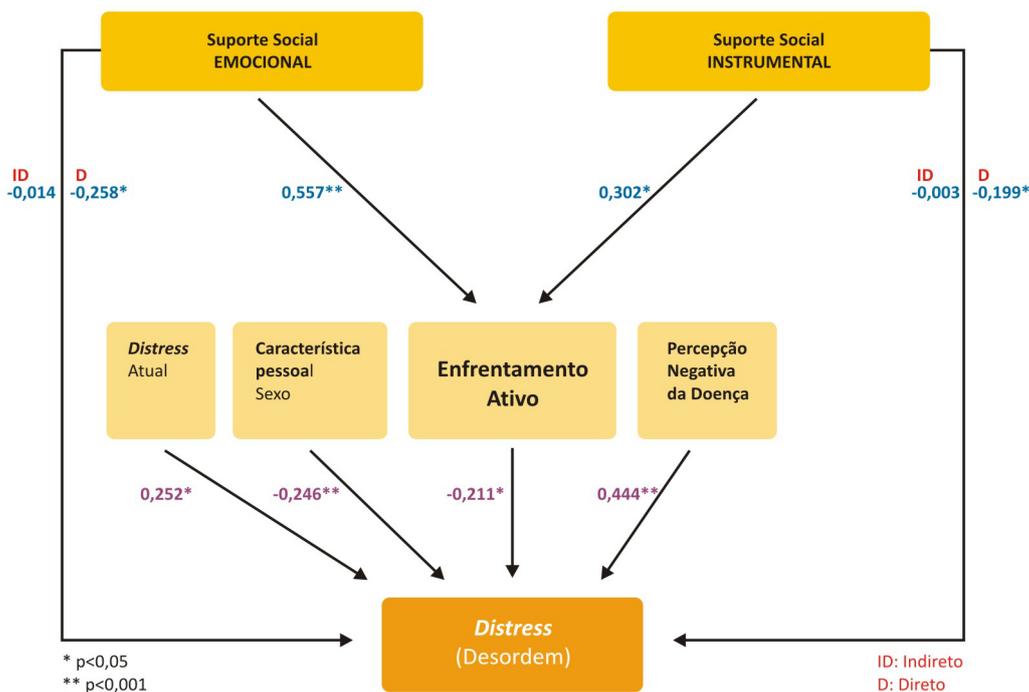


Figura 20. Ilustração do processo de ajustamento ao câncer, incluindo os valores de *Beta*, segundo o modelo empírico testado através de análises de regressão múltipla a partir dos fatores do IRPO (Estudo 3).

6.5.6 Padronização do ponto de corte do IRPO.

Para favorecer a uniformidade na interpretação dos escores, desde o Estudo 2 foram realizados esforços no sentido de estabelecer o ponto de corte do IRPO, o qual deveria ser fácil e rápido de calcular em situações de triagem. Para tal, repetiu-se o uso da norma intragrupo e acrescentou-se análises de regressão linear para verificar o ponto de corte em relação ao escore geral da HAD (norma referente à critério).

Antes de descrever as análises, vale relatar que novamente não foi identificada normalidade na distribuição do escore geral do IRPO (IGR), a qual continuou sendo qui-quadrática (assimetria à esquerda), indicando que essa pode ser característica da população estudada.

Como no Estudo 2, o posto percentílico 60 foi utilizado para indicar o ponto de corte. Analisando-se a frequência das pontuações maiores ou igual a 15 no escore geral da HAD, identificou-se a prevalência de 35,7% de transtorno de *distress*. Tal resultado confirmou a adequação do percentil escolhido, pois, como já ressaltado, pontos de corte mais lenientes aumentam a sensibilidade dos instrumentos.

O IGR no Estudo 3 variou entre 30 e 99 e, de acordo com o percentil 60, estabeleceu-se como ponto de corte o escore 55 (Figura 21).

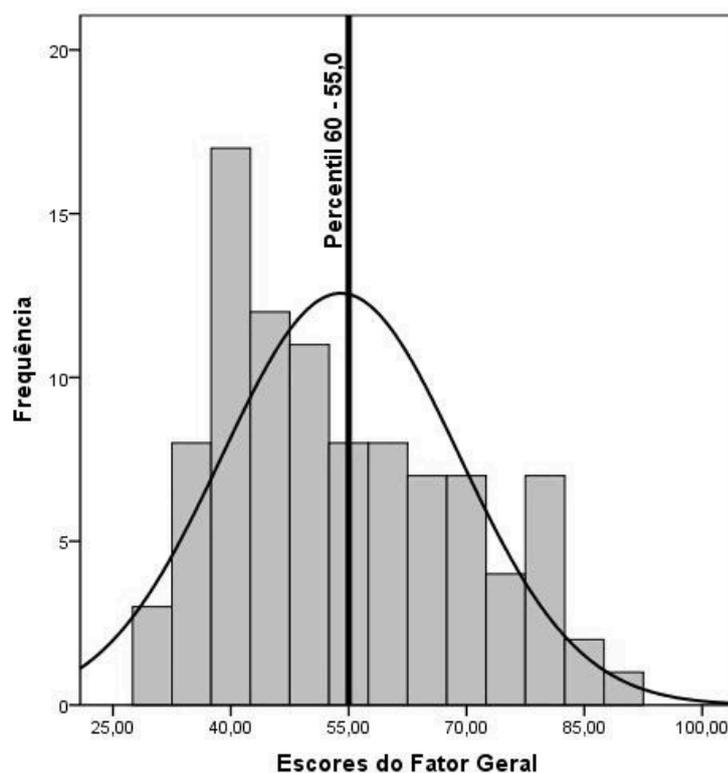


Figura 21. Distribuição dos escores no fator geral do IRPO (IGR) com a representação do ponto de corte no Percentil 60 (N=90).

Ampliando-se as análises, foi gerada uma reta de regressão entre o IGR e a HAD. Considerou-se, para definir o ponto correspondente no IRPO, que o escore de corte na HAD é o valor 15 (Jacobsen et al., 2005). Sendo assim, como ilustrado na Figura 22, de acordo com a norma referente à critério, o ponto de corte no IRPO foi o escore 56. Por não haver escore zero em ambos os instrumentos, manteve-se a constante da equação, o que explica o ponto no qual a reta se inicia (Hair et al., 2009).

Ressalta-se que a sensibilidade e a especificidade do IRPO não puderam ser adequadamente analisadas em função da ausência de instrumento similar e pela impossibilidade de reavaliar a mesma população ao longo do tempo, como inicialmente previsto.

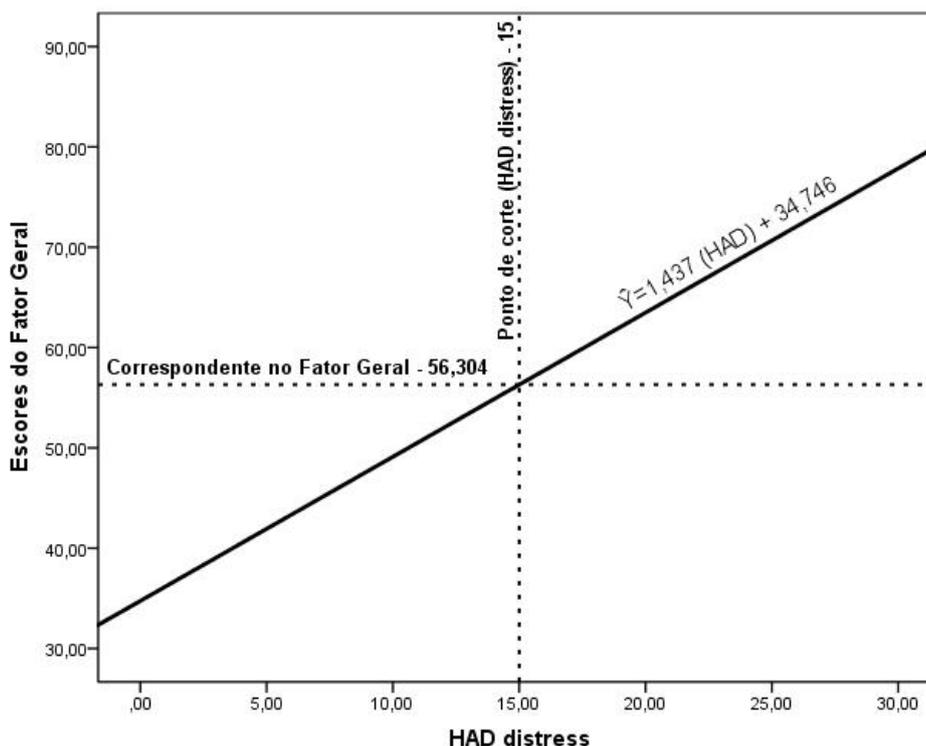


Figura 22. Retas de regressão entre o fator geral do IRPO (IGR) e o escore geral da HAD (*distress*) no Estudo 3 (N= 90).

6.5.7 Análise da validade discriminante.

Um dos objetivos dessa análise é avaliar se o IRPO é capaz de discriminar entre pacientes oncológicos com diferentes características sociodemográficas e médico-clínicas, e verificar se essas diferenças refletem os dados da literatura.

Para tal, realizou-se análises de comparação de grupos utilizando-se os testes não paramétricos, uma vez que os grupos tinham discrepâncias de participantes. Para as variáveis categóricas que apresentavam mais de dois grupos, foi realizado o teste *Kruskal-Wallis* (W). Em caso de diferenças significativas, adotou-se o teste de Bonferroni para controle do erro Tipo I, e a análise *post hoc* foi realizada no rank das medidas (Conover, 1981). Para as variáveis categóricas dicotômicas, foi utilizado o teste de Mann-Whitney (U). Em todas as análises, testes bicaudais com o valor de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

As comparações levaram em conta as médias no IRPO e no HAD para variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nível educacional, situação profissional) e médico-clínicas (tempo desde o diagnóstico, nível de dor, tratamentos oncológicos realizados anteriormente, tratamentos oncológicos em curso, presença de comorbidades e realização de acompanhamento psicológico).

Não foram identificadas diferenças significativas, tanto na HAD quanto no IRPO, nas médias dos escores em função das seguintes variáveis: idade, nível educacional, situação

profissional, tempo desde o diagnóstico, tratamentos oncológicos realizados anteriormente, tratamentos oncológicos em curso e presença de comorbidades. Os demais grupos de variáveis serão comentados a seguir.

Em relação ao sexo do paciente, como ilustrado na Tabela 27, verificou-se que as mulheres apresentaram escores significativamente maiores em todos os fatores da HAD. No IRPO obtiveram significativamente menor escore no fator suporte social instrumental e maior escore nos fator *distress*, culminando em um IGR significativamente maior do que no sexo masculino.

Tal resultado indica que a disponibilidade de suporte instrumental pode ser uma importante variável para explicar porque, repetidamente, na literatura aponta-se que mulheres desenvolvem mais desordens emocionais e possuem maior dificuldade para se adaptar.

Tabela 27

Diferenças de Médias para os Fatores do IRPO e da HAD de Acordo com o Sexo dos Participantes do Estudo 3 (n = 90)

	Feminino (N=66)		Masculino (N=24)	
	M	DP	M	DP
IRPO				
<i>Distress</i> (U=580,50; Z= 1,934; p=0,054)	18,65	7,66	14,92	4,90
Suporte Social Emocional (U=730,00; Z= 0,570; p=0,577)	24,61	5,05	25,46	4,26
Enfrentamento Ativo (U=749,50; Z= 0,399; p=0,693)	21,83	3,43	22,46	3,43
Suporte Social Instrumental (U=576,50; Z= 2,370; p=0,016)	18,71	2,24	19,67	1,09
Percepção Negativa da Doença (U=593,00; Z= 1,825; p=0,070)	10,12	3,16	8,67	2,50
IGR (U=552,50; Z= 2,187; p=0,027)	54,62	14,65	47,00	11,29
HAD				
Ansiedade (U=401,00; Z= 3,57; p<0,001)	7,65	3,64	4,54	3,01
Depressão (U=420,50; Z= 3,40; p<0,001)	7,29	4,34	3,79	3,27
<i>Distress</i> (U=347,00; Z= 4,07; p<0,001)	14,94	6,89	8,33	5,30

Nota. U - Mann-Whitney U

Sobre o nível de dor, observou-se apenas diferenças significativas nas médias do escore geral e fator ansiedade da HAD, como pode ser observado na Tabela 28. Curiosamente, em relação aos pacientes sem dor, no momento da pesquisa, apenas os pacientes que indicaram nível de dor baixo (1 a 3) e moderado (4 a 6) apresentaram ansiedade significativamente mais alta, o que não

aconteceu para os pacientes com nível elevado de dor.

Tabela 28

Diferenças de Médias para os Fatores do IRPO e da HAD de acordo com o Nível de Dor dos Participantes do Estudo 3 (n = 90)

	Nível de Dor - EVA							
	0 (N=62)		1 a 3 (N=10)		4 a 6 (N=13)		7 a 8 (N=05)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
IRPO								
<i>Distress</i> (W ₍₂₎ = 5,512; p=0,133)	16,55	6,82	22,30	8,19	19,92	7,51	17,40	6,31
SS Emocional (W ₍₂₎ = 4,711 p=0,198)	24,55	4,98	24,00	3,33	26,62	5,12	25,40	5,08
Enfrentamento Ativo (W ₍₂₎ = 1,113; p=0,776)	22,23	3,20	21,50	3,03	21,62	3,45	21,20	3,90
SS Instrumental (W ₍₂₎ = 4,678; p=0,192)	18,81	2,23	18,50	2,22	19,92	0,28	19,40	0,89
P. Negativa da Doença (W ₍₂₎ = 3,275; p=0,363)	9,36	2,59	10,90	4,58	10,69	2,84	9,60	5,03
IGR (W ₍₂₎ = 3,632; p=0,312)	51,32	14,14	60,20	13,41	53,00	13,29	52,00	18,07
HAD								
Ansiedade (W ₍₂₎ = 16,676 p<0,001)	5,82	3,22	10,20*	3,55	9,31*	3,84	6,00	3,81
Depressão (W ₍₂₎ = 1,499; p=0,693)	5,90	4,00	7,30	4,32	7,69	5,77	6,60	5,03
<i>Distress</i> (W ₍₂₎ = 7,890; p=0,043)	11,73	6,29	17,50*	7,00	17,00*	8,53	12,60	8,14

Nota. W - Teste de Kruskal Wallis; * Bonferroni p<0,05 Comparação EVA= 0.
SS. – Suporte social; P. = Percepção.

A última comparação realizada foi se havia diferença entre as médias dos pacientes que estavam ou tinham estado em acompanhamento psicológico ao longo do tratamento e aqueles que não realizaram tal modalidade de tratamento, segundo informações fornecidos (Tabela 29).

Os pacientes em acompanhamento apresentaram significativamente maior média em todos os fatores da HAD, mas não no IRPO. Utilizando-se a comparação de médias, avaliou-se também as diferenças entre as médias dos participantes em função de estarem ou não no grupo considerado de risco pelo IRPO – score igual ou maior que 55 no IGR. Nessa etapa, além dos demais testes relatados, para verificar se havia diferenças significativas no cruzamento de variáveis categóricas, utilizou-se teste qui-quadrado (Qui²).

Tabela 29

Diferenças de Médias para os Fatores do IRPO e da HAD de acordo com a Realização de Acompanhamento Psicológico dos Participantes do Estudo 3 (n = 88)

	Em acompanhamento psicológico (N=30)		Sem acompanhamento psicológico (N=58)	
	M	DP	M	DP
IRPO				
<i>Distress</i> (U=732,00; Z= 1,281; p=0,222)	18,43	6,64	16,93	7,36
Suporte Social Emocional (U=785,00; Z= 0,754; p=0,446)	25,60	4,22	24,41	5,18
Enfrentamento Ativo (U=824,50; Z= 0,413; p=0,683)	21,83	3,45	22,14	3,09
Suporte Social Instrumental (U=718,50; Z= 1,616; p=0,106)	18,630	2,12	19,140	2,01
Percepção Negativa da Doença (U=739,00; Z= 1,159; p=0,247)	10,27	3,29	9,40	2,93
IGR (U=799,00; Z= 0,625; p=0,545)	53,63	14,64	51,64	14,07
HAD				
Ansiedade (U=641,50; Z= 2,018; p=0,044)	7,77	3,41	6,17	3,74
Depressão (U=521,50; Z= 3,079; p=0,002)	8,03	3,93	5,32	4,22
<i>Distress</i> (U=547,00; Z= 2,847; p=0,004)	15,80	6,49	11,50	6,82

Nota. U - Mann-Whitney U

Nas comparações, os indivíduos foram agrupados, como realizado anteriormente, de acordo com as variáveis sociodemográficas e médico-clínicas. Apenas a variável sexo apresentou diferenças nas médias com nível de significância próximo a 0,05, indicando alguma tendência para identificar-se mulheres com maior risco de má adaptação psicológica do que homens (Tabela 30).

Tabela 30

Diferenças de Médias entre Mulheres e Homens, que Participaram do Estudo 3, em Função do Escore Indicativo de Risco no IRPO (n = 90)

Sexo	Grupo de Risco (Qui ² ₍₁₎ = 3,533; p=0,060)		Total
	Não	Sim	
Feminino	38 (57,6%)	28 (42,4%)	66
Masculino	19 (79,2%)	05 (20,8%)	24
Total	58 (63,3%)	32 (36,7%)	90

Nota. Teste Qui-quadrado.

6.6 Orientações e Normas para Utilização do IRPO

Trata-se de uma escala desenvolvida e validada para avaliar pacientes com qualquer tipo de câncer, adultos (maiores de 18 anos), que ainda não tenham iniciado tratamento paliativo exclusivo.

No presente estudo, como a maioria dos pacientes, independente da escolaridade, preferiu que a escala fosse aplicada pelo entrevistador, não há dados referentes ao seu uso autoaplicado. Sendo assim, quando aplicada pelo profissional, a escala apresentou boa aceitação e compreensão em todos os níveis de escolaridade, não havendo restrições nesse sentido.

Para facilitar a correção, as pontuações em cada item foram reorganizadas, sem mudar o estímulo que direciona a resposta, recodificando as questões para que o maior escore em cada item esteja contribuindo para aumentar o risco de má adaptação psicológica, não havendo mais necessidade de reverter os escores. No Apêndice H encontra-se a estrutura final do IRPO.

O Índice Geral de Risco (IGR) é um indicador de risco de má adaptação psicológica, variando entre 27 e 135, e tendo como ponto de corte valores iguais ou maiores que 55. A pontuação em cada item deverá ser somada para calcular o índice geral de risco. O mesmo deverá ser realizado para cada fator, os quais informam sobre o nível de prejuízo em cada preditor de adaptação, podendo ser utilizados para direcionar o tipo de intervenção necessária para minimizar o risco do paciente. Também no Apêndice H, junto com a versão final do IRPO, encontra-se um crivo de correção estruturado para registro dos resultados da escala e disponibilização dos mesmos em prontuários, tornando-os acessíveis aos demais membros da equipe.

Em ambientes hospitalares, frequentemente não estão disponíveis espaços individualizados ou recursos humanos suficientes para que as triagens psicológicas aconteçam de forma regular e em ambiente delimitado. Por esse motivo, a escala foi validada com os pacientes sendo avaliados em ambientes onde permaneciam em contato com outras pessoas, reproduzindo a realidade do dia a dia institucional. Importante enfatizar que, caso o paciente concorde com a avaliação, apesar da presença de outras pessoas, a escala deve ser respondida unicamente por ele, sendo solicitado aos acompanhantes que não interfiram durante a aplicação do IRPO.

Capítulo 7

Discussão

O IRPO foi desenvolvido considerando-se que o processo de ajustamento é dinâmico e que o uso de escalas que avaliam apenas resultados específicos – ansiedade, depressão, *distress* – tem se mostrado inadequado para identificar pacientes que poderão apresentar dificuldades para se adaptar. Autores sinalizam que, mesmo aqueles que conseguirão se adaptar, poderão apresentar algum nível de sofrimento em determinados momentos do tratamento. Da mesma forma, a ausência de *distress* não é necessariamente um sinal de adaptação adequada (Boot et al., 2010; Carey et al., 2012; Stanton et al., 2007; Zabora et al., 2001).

Para discutir os resultados alcançados ao longo dos três estudos realizados para validar e padronizar o uso da escala, esse capítulo foi dividido em tópicos de acordo com os estudos realizados.

7.1 Estudo 1: Elaboração do Instrumento – Polo Teórico.

A construção da escala buscou integrar, como orientam Pais-Ribeiro et al. (2010b) e Zabora et al. (2001), variáveis psicossociais e resultados do processo de ajustamento. Entretanto, a escala não incluiu variáveis sistêmicas (demográficas, médico-clínicas), as quais foram consideradas apenas durante as análises estatísticas.

Vários autores apontaram que determinadas variáveis poderiam ser utilizadas nas avaliações para prever se os pacientes conseguiriam se adaptar efetivamente (Folkman & Greer, 2000; Linden et al., 2005; Zabora et al., 2001). Contudo, o universo de variáveis psicossociais e de resultado é bastante amplo e foi necessário delimitar aquelas que seriam incluídas no instrumento. Para tal, a revisão de literatura mostrou-se bastante proveitosa, possibilitando a seleção apropriada de construtos envolvidos no processo de ajustamento e direcionando a escolha dos itens para compor o IRPO. Incluindo-se apenas artigos empíricos, garantiu-se a seleção de construtos que mostraram relação efetiva com o processo de ajustamento.

A validade de conteúdo de uma escala depende da suficiência com que o construto em questão é representado pelos fatores e itens que o compõe, sendo importante um bom conhecimento sobre a teoria que embasa o teste, como também uma construção adequada de itens que expressem o construto avaliado (Nunnally, 1970). Nos 77 artigos selecionados na revisão, as variáveis mais frequentemente indicadas como preditoras de adaptação foram: afetividade negativa/*distress*, enfrentamento, suporte social e percepção negativa da doença. Em relação às demais variáveis identificadas, optou-se por não incluir as menos citadas ou que apresentassem resultados ambíguos, como *locus* de controle.

Para cada variável incluída no IRPO, um grupo de itens foi elaborado. Os instrumentos dos quais foram retirados os itens para compor o IRPO foram cuidadosamente selecionados, levando-se

em conta a literatura sobre pacientes com câncer e a pertinência teórica em relação aos construtos. Os itens buscaram representar aspectos das variáveis selecionadas que apresentassem correlação com o processo de ajustamento, como também observou-se as cargas fatoriais para que fossem escolhidos aqueles mais bem relacionados às variáveis.

O instrumento inicial contou com 37 itens, mas apenas 27 permaneceram após as análises realizadas. Tal redução no número de itens, além de esperada era desejada, tornando a aplicação do IRPO mais rápida e viável, o que é desejável em contextos de serviços de saúde. O aprimoramento da escala teve início com a verificação da compreensão dos itens por 15 pacientes com diferentes níveis de escolaridade e idade, buscando obter informações sobre a compreensão e dificuldade para responder o instrumento. As informações coletadas conduziram as modificações no instrumento, incluindo principalmente mudanças em alguns termos. No geral a escala foi considerada fácil e rápida de responder – em média nove minutos e tempo máximo de 15 minutos – sendo uma escala breve e compatível com o uso em triagens psicológicas, para as quais orienta-se gastar menos de 20 minutos (Pirl, 2010).

Vale lembrar que o objetivo do IRPO não é realizar diagnóstico, devendo ser breve, de fácil compreensão e preenchimento, válida, confiável, de correção breve e de interpretação simples (Bultz et al., 2011; Sellick & Edwardson, 2007). Por esse motivo, prima-se para que tenha um número de itens suficientes para representar os construtos sem onerar a avaliação. Sua aplicação, portanto, pode e deve ser complementada por outras avaliações e instrumentos, diante da necessidade de diagnóstico e de mais informações para subsidiar intervenções psicológicas.

Para a análise semântica dos itens, foi importante registrar a opinião dos pacientes, como também dos entrevistadores, pois esses últimos conseguiram sinalizar dificuldades que os pacientes não mencionavam, diminuindo o impacto da desajustabilidade social (Gouveia, Guerra, Sousa, Santos, & Costa, 2009) durante a avaliação. Após adequar o instrumento, facilitando sua compreensão, no Estudo 2 investiu-se na validação fatorial e análise da confiabilidade, atendendo a objetivos da pesquisa

7.2 Perfil dos Participantes nos Estudos de Validação: Estudos 2 e 3

A amostra avaliada no Estudo 2 contou com 300 participantes, no entanto, para as análises estatísticas, houve necessidade de excluir 46 pacientes. A idade média da amostra também representou satisfatoriamente a população estudada, dado que a partir dos 45 anos aumenta-se a incidência de variados tipos de câncer. Em relação aos dados sociodemográficos, como esperado para um hospital público, predominaram pacientes com menor nível de escolaridade e, tratando-se de pacientes com histórico de câncer, a maioria estava aposentada ou recebendo auxílio doença.

O tempo médio desde o diagnóstico foi 25,82 meses, sendo incluídos pacientes recém diagnosticados (um mês) e aqueles na fase de controle da doença. Sendo assim, a maioria dos participantes já havia realizado alguma modalidade terapêutica, com apenas 3,3% não tendo

realizado tratamento após o diagnóstico. Além da constituição da amostra ser bastante diversificada, seu perfil refletiu – com exceção da baixa frequência de câncer de próstata –, as estimativas de câncer no Distrito Federal para 2014 (Brasil, 2013). Provavelmente o menor número de câncer de próstata seja explicado porque as modalidades terapêuticas oferecidas no Centro de Câncer do HUB não incluem cirurgia, o principal tratamento para esse tipo de câncer. As características descritas possibilitam inferir que o IRPO foi testada em uma amostra que representa satisfatoriamente a população com câncer atendida em hospitais públicos.

A amostra estudada no Estudo 3 se mostrou adequada para as análises realizadas e apresentou constituição muito similar à amostra anterior em quase todas as variáveis sociodemográficas e médico-clínicas: maioria feminina, em convívio marital, com baixo nível de escolaridade, afastados do trabalho, tendo realizado pelo menos dois tipos de tratamento e com tempo médio desde o diagnóstico de 25 meses.

A aplicação do IRPO continuou bem aceita pelos pacientes, mesmo aqueles relatando dor durante a entrevista e, novamente, percebeu-se preferência pela aplicação da escala pelo entrevistador. Confirmou-se a impressão obtida no Estudo 2 sobre a aceitabilidade e disponibilidade dos pacientes para a realização de avaliações psicológicas breves, mesmo em salas de uso comum.

Nesta etapa também avaliou-se os tratamentos atuais e a presença de efeitos colaterais, verificando-se heterogeneidade nos tratamentos realizados (incluindo ausência de tratamento no momento da entrevista) e que aproximadamente metade da amostra (49%) não tinha queixas a esse respeito. O percentual de pacientes sem queixas a respeito de efeitos colaterais foi maior do que a de pacientes que não estavam realizando tratamento no momento da entrevista, demonstrando que alguns pacientes em tratamento não relataram efeitos colaterais.

Em relação ao estadiamento, dentre os 58 identificados, predominaram os mais avançados, refletindo o perfil de pacientes atendidos em serviço médico público. Houve dificuldade para identificar o estadiamento em função da ausência de registros médico ou por, frequentemente, o prontuário não estar disponível para consulta no setor responsável. Esses aspectos indicam falhas no processo de registro em documentos dos pacientes, bem como dificuldades no acesso a prontuários pela equipe, devendo ser discutidos pelos profissionais, visando redundar em mudanças de práticas no serviço, já que trazem prejuízos à qualidade da atenção prestada.

Dos pacientes entrevistados, 31% relataram estar em acompanhamento psicológico no Centro de Câncer, dado que reflete a taxa de adesão (43%) ao serviço de psicologia avaliada em 2009, considerando-se que parte dos pacientes avaliados estavam em consulta de controle e que nesse serviço são acompanhados aqueles que estão em vigência de tratamento.

A similaridade entre os dados sociodemográficos e médico-clínicos nos dois estudos reforçam a percepção de que a segunda amostra, apesar de menor, também foi representativa da população estudada.

7.3 Estudo 2: Análise da Dimensionalidade e Fidedignidade do IRPO

O IRPO apresentou bons resultados quando realizada a análises dos componentes principais e fatorial, esperando que fossem encontrados os quatro fatores distintos que nortearam sua construção. Entretanto, diferente do inicialmente teorizado, os itens que avaliavam suporte social se dividiram em dois fatores, representando as duas dimensões de suporte social funcional discutidas na literatura (Arora et al., 2007; Seidl & Tróccoli, 2006). Assim, no instrumento, construído a partir de quatro construtos, cinco fatores emergiram – percepção negativa da doença, suporte social instrumental, suporte social emocional, enfrentamento ativo e *distress*.

Dentre os 10 itens que foram excluídos, sete pertenciam a variável enfrentamento e representavam comportamentos de esquiva, negação, desesperança, busca de suporte social e uso da fé. Surpreendentemente, permaneceram apenas itens relacionados ao enfrentamento ativo da doença, o qual, conforme discutido na literatura, tem relação bem estabelecida com o processo de ajustamento (Hack & Degner, 2004; Stanton et al., 2007). Para o papel da fé (Gall et al., 200; Travado et al., 2010; Wildes et al., 2009) e da negação (Lara, 2006; Souza, 2009) os resultados costumam ser dependentes do contexto e da fase da doença. Desesperança pode ser mais um resultado do que uma estratégia. O papel da estratégia busca de suporte social, por outro lado, está bem estabelecido na literatura, entretanto permaneceram no instrumento apenas dois itens, que foram deslocados para o fator suporte social emocional.

Dois itens que avaliavam *distress* também foram excluídos, sendo aqueles que na análise da PSSCAN apresentaram menor carga fatorial. Em relação ao item sobre ideação suicida, o qual provavelmente não se relaciona ao processo de ajustamento, ressalta-se a importância de avaliar esse aspecto em pacientes com câncer quando identificado risco elevado de má adaptação. Sugere-se a escolha de uma escala de risco de suicídio para compor os protocolos de triagem e serem utilizadas em situações específicas.

Os itens que compuseram cada fator não foram integralmente os mesmos hipotetizados no início da pesquisa, mas não houve prejuízos para a interpretação dos fatores, os quais continuaram refletindo os construtos teorizados, refinando-os. Em relação ao suporte social, houve apenas uma separação de acordo com as dimensões teóricas do construto. Sendo assim, não foram extraídos fatores que mesclassem conceitos ou não fossem interpretáveis.

O resultados mostraram que a versão final do IRPO possui uma estrutura fatorial parcimoniosa e adequada, composta por 27 itens distribuídos em cinco fatores, todos com bom índice de confiabilidade ($\alpha > 0,70$), apesar de dois deles (suporte social instrumental e percepção negativa da doença) serem constituídos por apenas quatro itens, o que poderia contribuir para a redução no valor do α (Hair et al., 2009; Field, 2009), mas tal fato não ocorreu. O índice geral de risco do IRPO (IGR) também apresentou bom índice de confiabilidade e confirmou que não haveria necessidade de excluir outros itens.

As análises de correlação refletiram os dados da literatura sobre *distress*, confirmando que mulheres (Brocken et al., 2010), pessoas mais jovens (Brocken et al., 2010; Goulia et al., 2012; Talley et al., 2008), presença de dor (Brocken et al., 2010; Wong-Kim & Bloom, 2005), suporte social inadequado (Arora et al., 2007; Gilbar & Zusman, 2007; Roberts et al., 2006; Santos et al., 2006; Smith et al., 2010; Walker et al., 2006), percepção negativa ou ameaçadora da doença (Roberts et al., 2006; Rozema et al., 2009; Soares et al., 2000) e menos uso de estratégias ativas de enfrentamento (Smith et al., 2010; Stanton et al., 2007; Trask et al., 2003; Walker et al., 2006) relacionavam-se significativamente com aumento nos níveis dessa variável. Também, como aponta a literatura, as duas dimensões de suporte social mostraram relação inversa e significativa com o tempo desde o diagnóstico, corroborando que os pacientes tendem a receber mais suporte no período inicial do tratamento (Arora et al., 2007).

Vale ressaltar a correlação positiva significativa entre percepção negativa da doença e afastamento do trabalho, mesmo havendo recebimento de benefícios do INSS. Tal achado sinaliza que o benefício não suplanta o incômodo causado pela necessidade de afastamento do trabalho, muito frequente após o diagnóstico de câncer. Tal afastamento acaba desencadeando dificuldades em função da ruptura nas atividades cotidianas; de sensações de inutilidade, menos valia e dependência; da diminuição nos recursos financeiros e declínio no padrão de vida (Silva & Santos, 2010). Entretanto, nas classes menos favorecidas habitualmente atendidas em hospitais públicos, o trabalho que exige esforço físico é muito comum, dificultando a continuidade das atividades laborativas durante o tratamento, o que poderia ser viável caso executassem tarefas mais intelectuais. Estudos sobre os efeitos dos diferentes tipos de câncer e seus tratamentos em função da modalidade de atividade laborativa exercida poderia ajudar a compreender melhor tal relação e contribuir para a elaboração de políticas públicas que auxiliassem na reabilitação após o adoecimento por câncer.

Apesar das correlações descritas acima entre os fatores do IRPO e os dados sociodemográficos e médico-clínicos, apenas as variáveis sexo e dor correlacionaram-se significativamente com o fator geral (IGR) do instrumento, sinalizando que mulheres e pessoas com dor apresentaram maior risco de má adaptação psicológica.

De acordo com os resultados apresentados, os padrões de correlação observados demonstraram evidências de validade do IRPO. O resultados relativos ao ponto de corte do IRPO, estabelecido no Estudo 2, será abordado mais adiante quando forem discutidos os resultados sobre a padronização da escala no Estudo 3.

7. 4 Estudo 3: Análise da Validade Preditiva e Discriminante do IRPO

Nesse estudo, a impossibilidade de testar uma mesma amostra em momentos diferentes prejudicou a realização de análises para verificar o nível de sensibilidade e especificidade da escala. Entretanto, o rearranjo metodológico permitiu avaliar o IRPO e compará-lo com uma ferramenta

critério aplicada em conjunto, utilizando análises de regressão para verificar sua validade preditiva. Responderam ao instrumento 98 pacientes, mas, como oito foram excluídos, a amostra utilizada para as análises foi composta por 90 indivíduo. Tal redução, entretanto, não afetou a realização das análises de regressão, principalmente pelos dados satisfazerem os pressupostos necessários.

Merece destaque que os escores dos participantes continuaram apresentando distribuição assimétrica à esquerda no Estudo 3, tanto para os dados do IRPO quando da HAD. Essa tendência parece ser característica da população, com a maioria concentrada nos escores mais baixos de ambos os instrumentos, confirmando resultados de estudos sobre prevalência de desordem emocional em pacientes com câncer, os quais indicam que a maioria dos pacientes consegue lidar com o adoecimento sem desenvolver transtornos mentais ou níveis elevados de *distress* (Acosta et al., 2003; Akizuki et al., 2003; Brown et al., 2009; Carlson & Bultz, 2003; Faul et al., 2010; Gaviria et al., 2007; Iconomou et al., 2004; National Cancer Institute, 2008; Pasquini & Biondi, 2007; Sellick & Edwardson, 2007; Sheard & Maguire, 1999; Telch & Telch, 1986).

Quando avaliada, a estabilidade da estrutura fatorial mostrou-se satisfatória, mantendo elevada similaridade com os resultados alcançados no Estudo 2. A consistência interna dos fatores, incluindo o escore geral, novamente apresentou índices moderados a elevados, confirmando a adequação do conteúdo do IRPO (Nunnally, 1970). Apenas o fator Enfrentamento Ativo teve índice inferior a 0,70 no Estudo 3, mas acima de 0,60, sendo ainda considerado satisfatório, principalmente por se tratar de uma amostra menor que a primeira e de um fator com poucos itens (Hair et al., 2003). Entretanto, estudos propondo a elaboração de novos itens pode ser uma estratégia interessante, caso se pretenda aumentar a confiabilidade e a capacidade explicativa desse fator.

Os resultados apresentados nas análises fatorial e de consistência interna, tanto no Estudo 2 quanto no 3, assim como o fato das correlações entre os fatores se comportarem conforme esperado, refletindo a literatura, corroboraram para confirmar a validade de construção do IRPO. Vale citar que também identificou-se estabilidade nas médias dos fatores entre as duas amostras.

Os próximos passos direcionaram-se para a análise da validade preditiva, para o teste do modelo utilizado e para a avaliação do nível de generalização dos resultados do IRPO para outras amostras. A validade preditiva é um aspecto importante para o nível de confiança de uma escala que será utilizada em triagens psicológicas (Nunnally, 1970).

A escolha da escala critério, para avaliar a validade preditiva, foi realizada com base na literatura sobre triagens psicológicas em pacientes com câncer. Tal escala não deve ser confundida com o IRPO, pois medem construtos diferentes. Entretanto, deve haver uma relação razoável de correspondência entre elas, mas não maior do que 0,90, o que significaria que os instrumentos são muito semelhantes e que não seria necessário desenvolver o IRPO (Nunnally, 1967). Sendo assim, por avaliarem construtos diferentes, não esperava-se um ajuste perfeito nas análises de regressão realizadas, mas níveis moderados de previsão.

A ferramenta critério utilizada nessa etapa foi a HAD, uma escala reiteradamente utilizada para validar instrumentos de triagem, mas que em alguns estudos mostra melhor resultado na identificação de pacientes oncológicos com depressão do que com ansiedade ou *distress* (Vodermaier & Millman, 2011). Nessa população o uso do escore geral da HAD para avaliar *distress* ou, como alguns autores preferem, desordens emocionais, tem mostrado melhores resultados quando o ponto de corte é 15 (Jacobsen et al., 2005). A HAD foi escolhida porque não foram identificados instrumentos que avaliassem o mesmo construto para o qual o IRPO foi desenvolvido. Ademais, seu escore geral consegue detectar níveis de desordens emocionais que podem representar a presença de dificuldades para se adaptar após o diagnóstico de câncer (Vodermaier & Millman, 2011).

O nível de correspondência entre os escores gerais das duas escalas foi bom – houve correlação positiva significativa ($r_s=0,68$; $p<0,001$) entre eles – indicando que a HAD foi uma escolha adequada como ferramenta critério. Observou-se, também, similaridade no comportamento dos fatores da HAD e do IRPO quando comparadas suas relações com variáveis sócio-demográficas e médico-clínicas.

A variável sexo mostrou correlação negativa significativa com os dois escores gerais (HAD: $r_s=-0,43$; $p<0,001$ / IRPO: $r_s=-0,27$; $p<0,001$) e com o fator percepção negativa da doença ($r_s=-0,22$; $p<0,001$), apontando que as mulheres possuem maior risco de má adaptação, maior nível de *distress* e maior percepção negativa da doença. Tal dado também foi encontrado no Estudo 2 e, conforme discutido anteriormente, reflete a literatura. Em relação ao sexo, verificou-se correlação positiva ($r_s=0,28$; $p<0,001$) com o fator suporte social instrumental do IRPO, indicando eventual maior disponibilidade dessa modalidade de suporte para o sexo masculino. Santos et al. (2004), durante a validação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) para pacientes com câncer, também identificaram que homens mostram maior satisfação com o suporte social global. Essa informação pode ser um importante indicador de que pacientes do sexo feminino poderiam se beneficiar de intervenções para melhorar a qualidade do suporte oferecido por seus cuidadores.

Da mesma forma que na validação da ESSS, o fator suporte social instrumental mostrou correlação significativa com estado civil ($r_s=0,23$; $p<0,05$), ou seja, pessoas em convívio marital tendem a receber mais suporte do que as demais. Curiosamente, o suporte social emocional recebido não mostrou relação com tais variáveis. Tal informação pode sinalizar que essa modalidade de suporte é equivalente para ambos os sexos, sendo mais dependente das habilidades de comunicação do próprio paciente e das pessoas que convivem este. Como salientam Santos et al. (2004), as pessoas próximas ao paciente, principalmente os familiares, também podem estar em situação de *distress* e necessitando de apoio, gerando desequilíbrio entre o dar e o receber, o que pode afetar a satisfação dos pacientes com o suporte social.

A presença de dor mostrou correlação positiva com o escore geral da HAD ($r_s=0,28$; $p<0,001$), indicando que o aumento nos níveis de dor reflete no nível de *distress*. Em relação ao

IRPO, o nível de dor mostrou correlação positiva apenas com o fator percepção negativa da doença ($r_s=0,20$; $p<0,001$), sinalizando que a presença de dor contribui para piorar a percepção de doença, mas que outros fatores precisariam se somar a esse para aumentar o risco de má adaptação psicológica.

As análises de correlações informaram que o IRPO novamente reproduziu as informações da literatura, confirmou os resultados obtidos no Estudo 2 e se comportou de forma coerente com os resultados da ferramenta critério.

Quando realizadas as análises de regressão para avaliar o modelo teórico que guiou a estruturação do IRPO, verificou-se que seus fatores em conjunto conseguiram prever 59,4% da variância no escore de *distress* da HAD. Na análise de regressão, utilizando-se o IGR, tal taxa de previsão reduziu para 47%, o que pode ser explicado pela existência de correlação entre os fatores, de variância compartilhada entre eles e pela relação de mediação que foi identificada entre enfrentamento ativo e suporte social e instrumental. Considerando a complexidade do construto adaptação, tal nível de previsão pode ser considerado bom. Principalmente porque testes que preveem moderadamente o critério podem, frequentemente, acarretar elevada e importante melhoria na performance média durante a realização de triagens na população alvo. Na maioria dos problemas de previsão normalmente espera-se taxas razoáveis de correlação (Nunnally, 1970). Na prática, tal informação indica que o IRPO é capaz de identificar adequadamente pacientes com risco de má adaptação, favorecendo que sejam encaminhados para intervenções psicológicas, tanto pacientes que já estejam com alguma desordem emocional, como aqueles que estão em risco.

Um dado interessante foi identificar que a contribuição dos dois fatores que avaliam suporte social era mediada pelo fator enfrentamento ativo, o qual interferia na relação que apresentavam individualmente com o nível de *distress*. Uma variável mediadora estabelece “como” ou “por quê” uma variável prediz ou causa o resultado de outra (Feitosa, 2007), ou seja, o suporte social altera o enfrentamento e este determina alterações no *distress*. Autores apontam que, por conta da natureza do processo de ajustamento a situações estressoras, o suporte social é um mediador do impacto do estressor sobre o enfrentamento, influenciando nas respostas que serão utilizadas (Hoyt & Stanton, 2012; Santos, 2004; Sidell, 1997; Underwood, 2000). Essas, por sua vez, mediam a efetividade do suporte social, a qual dependerá do quanto o enfrentamento será apropriado para lidar com as demandas de cada situação (Cohen & Wills, 1985; Wootten et al., 2007).

Buscando melhorar o modelo de previsão, conforme as hipóteses inicialmente elaboradas, verificou-se seu comportamento com a inclusão das duas variáveis que se correlacionaram significativamente com o escore geral da HAD – sexo e dor. Apenas a variável sexo contribuiu para o melhorar o modelo que passou a apresentar taxa de previsão de 65%. Nesse sentido, sugere-se que em outros estudos se avalie a possibilidade e efetividade de criar pontos de corte diferenciados para homens e mulheres, o que não foi possível no presente estudo em razão do

tamanho da amostra, que seria insuficiente para representar adequadamente cada sexo em uma análise de regressão.

Ao longo das análises do modelo proposto, verificou-se que este apresentava bom ajuste e capacidade de generalização para outras amostras de pessoas com câncer. De acordo com os resultados encontrados, o modelo teórico proposto foi revisto para incluir as informações identificadas. Como o objetivo do IRPO foi desenvolver um instrumento para avaliação de risco de má adaptação psicológica, ao final permaneceram variáveis preditoras que explicam parte do processo de ajustamento e podem ser úteis para a realização de triagens psicológicas – suporte social (instrumental e emocional), modalidade de enfrentamento, percepção de doença e nível de sofrimento emocional atual (*distress*). Tal modelo não propõe uma explicação absoluta acerca do construto adaptação, a qual dificilmente seria abrangida por um instrumento, dada a complexidade do fenômeno, nem esgota as possibilidades de variáveis que poderiam ser utilizadas para auxiliar em processos de triagem. O objetivo do IRPO é oferecer uma alternativa de triagem psicológica que possibilite a oferta de intervenções preventivas e oportunas pelos psicólogos que atuam em equipes de oncologia.

Os índices de confiabilidade interna, alcançado tanto pelos fatores do IRPO quanto pelo IGR, também satisfizeram o critério estabelecido em âmbito nacional pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), a partir do qual considera-se que instrumentos com α iguais ou acima de 0,70 possuem bom nível de precisão e que são excelentes aqueles com nível igual ou superior a 0,80 (CFP, 2003).

Como em toda medida psicométrica, a seleção de pacientes a partir dos resultados do IRPO não será isenta de erros, pois o ser humano é complexo e suas reações psicológicas são multideterminadas, e as respostas são obtidas por autorrelato. Para tentar minimizar possíveis problemas na sensibilidade e especificidade da escala, procurou-se estabelecer um ponto de corte que refletisse a literatura e se adequasse à amostra estudada. No Estudo 2 e 3 foram feitas análises levando-se em conta o percentil 60, considerando que 40% da população poderia estar em risco de má adaptação. Para complementar as análises, o ponto de corte do escore geral da ferramenta critério (15) foi utilizado para conhecer qual seria o ponto de corte do IGR no IRPO que poderia prevê-lo. Em todas as análises verificou-se proximidade entre os pontos de corte sugeridos: 59 (norma intragrupo - Estudo 2); 55 (norma intragrupo - Estudo 3); e 56 (norma referente a critério - Estudo 3). A maior diferença entre os pontos de corte encontrados ocorreu utilizando-se a norma intragrupos. Entretanto, a diferença entre o escore 59 e 55 pode ocorrer em função de apenas uma questão, já que o IRPO utiliza escala *Likert* de cinco pontos e, como discutido anteriormente, houve diferença nos estímulos presentes na duas aplicações. Essa proximidade entre os pontos de corte identificados utilizando-se o percentil 60, baseado na literatura, e a previsão em relação ao instrumento critério, baseada na análise de regressão, reassegura que a escolha de qualquer um deles poderia ser apropriada. Entretanto, primando pela sensibilidade do instrumento, optou-se por

manter o ponto de corte no escore geral 55, pois em instrumentos de triagem esse aspecto é mais importante que a especificidade, conforme destacado por Vodermaier e Millman (2011).

Em relação à validade discriminante, tanto o IRPO quanto a HAD apresentaram dificuldade para discriminar entre diferentes grupos de variáveis médico-clínicas e sociodemográficas, indicando que talvez tais diferenças não estejam presentes na amostra estudada.

Em variados estudos pacientes mais jovens são indicados como aqueles com maior índice de distúrbios emocionais. Entretanto, no Estudo 3 participaram pacientes adultos em diferentes fases do tratamento e, como discutido por Schroevers et al. (2009), apenas no início do tratamento tendeu-se a identificar diferenças nos sintomas depressivos em função da idade. Quando esses autores acompanharam por oito anos uma mesma amostra, tais diferenças deixaram de ser encontradas. Apesar da inexistência de diferenças entre os grupos, considerando-se os escores gerais, verificou-se correlação significativa entre idade e enfrentamento ativo, indicando que idades mais elevadas estiveram associadas ao aumento do uso de estratégias ativas de enfrentamento, dado também verificado no estudo de Schroevers et al. (2009).

Quanto ao estadiamento, tipo de tratamento e a presença de efeitos colaterais, o fato de não encontrar diferenças entre os grupos converge com informações contidas na literatura que apontam que a gravidade da doença, o tipo de câncer (Costa & Pakenham, 2011) e o estadiamento (Costa & Pakenham, 2011) representam o contexto estressor ao qual o paciente precisará se adaptar, não sendo variáveis que determinam como será o processo de ajustamento. Além do mais, a grande variabilidade da amostra levou a formação de vários grupos de comparação com pequeno número de sujeitos, o que pode ter colaborado para dificultar a identificação de diferenças.

Novamente, as variáveis sexo e dor foram as únicas que mostraram resultados expressivos. Mulheres apresentaram no IRPO significativamente mais *distress*, menos suporte instrumental e maior risco psicológico. Na HAD constituíram o grupo com maiores escores em todos os fatores. Como discutido anteriormente, deve-se refletir sobre a necessidade de criar escores diferenciados para homens e mulheres nessa população, e de elaborar intervenções que aumentem a oferta de suporte instrumental para o sexo feminino.

Em relação às comparações de médias considerando-se os resultados na EVA, as diferenças sinalizaram que pacientes com níveis baixos a moderados de dor são mais ansiosos do que aqueles que estavam sem dor ou, até mesmo, dos que relataram nível elevado de dor. É possível que esses últimos pacientes possuam lesões com as quais convivem há algum tempo, conhecendo sua causa e acabando por adaptarem-se, não apresentando, em geral, distúrbio de ansiedade. Os fatores do IRPO não identificaram tal diferença, provavelmente por analisarem características mais estáveis do que situacionais, como a presença de dor no momento da entrevista.

A HAD conseguiu identificar diferenças entre o grupo de pacientes que tinha usufruído ou estava tendo atendimento psicológico ao longo do tratamento e aquele que não tinha recebido essa modalidade de atenção, indicando que o serviço de psicologia é frequentado por pacientes já com

desordens de ansiedade e depressão ou, considerando o escore geral, de *distress*. Não foi identificada diferença significativa para os fatores do IRPO entre esses dois grupos, sugerindo que pacientes sem acompanhamento tem risco semelhante àqueles em acompanhamento, porém, por ainda não terem desenvolvido nenhuma desordem, não buscaram nem foram encaminhados para o serviço de psicologia. Esse resultado confirmou a percepção de que o atendimento psicológico tem sido procurado prioritariamente por pacientes apresentando desordens emocionais, mas que pacientes que não buscaram essa modalidade de atendimento também poderiam se beneficiar por apresentarem risco de má adaptação. Tal contexto evidencia a necessidade de ampliar o acesso ao serviço de psicologia e de propor ações profiláticas.

Tais propostas precisarão contar com o apoio da equipe multiprofissional, pois nem todo paciente adere ao encaminhamento ao serviço de psicologia em função de fatores como não perceber essa necessidade, achar que deve lidar com o câncer por conta própria (Mitchell, 2010), ou mesmo devido a crenças de que psicólogo é um profissional para pessoas com doenças mentais graves. Em geral, há desconhecimento sobre como tal modalidade de assistência poderia auxiliar no processo de ajustamento em contextos de enfermidades crônicas, sendo fundamental que a equipe de saúde conheça os aspectos envolvidos na triagem psicológica e colabore no sentido de sensibilizar pacientes e cuidadores para aceitarem ajuda em relação às suas cognições, emoções e comportamentos.

A triagem é apenas o primeiro momento de uma ampla relação de ajuda, na qual inclui-se avaliações mais minuciosas sobre as necessidades psicológicas dos pacientes e seus familiares, como também intervenções diferenciadas para cada demanda identificada. Como ressaltam Mitchell et al. (2008) e Carey et al. (2012), o sucesso do tratamento psicológico não depende apenas da triagem, mas de todo o processo que se segue a ela. Ademais, o momento da triagem não é único e rígido, sendo que a identificação de pacientes em risco de má-adaptação deverá ocorrer ao longo de todo o tratamento e do acompanhamento. Os fatores do IRPO apresentaram boa confiabilidade e elevadas cargas fatoriais, podendo funcionar como guias para direcionar as avaliações e intervenções que serão realizadas. Em outros estudos, e mesmo na prática clínica em saúde, sugere-se que o IRPO seja testado como parâmetro de eficácia de intervenções e como indicador de progresso dos pacientes ao longo das diferentes etapas do tratamento.

Capítulo 8

Considerações Finais

O desenvolvimento de um instrumento de triagem psicológica não tem o intuito de responder a todos os problemas relacionados ao encaminhamento e adesão dos pacientes com câncer aos serviços de psicologia. Todavia, não deixa de ser o primeiro contato que muitos pacientes terão com essa especialidade e uma oportunidade para sensibilizá-los para as possíveis contribuições do atendimento psicológico. Uma ferramenta de triagem que dialogue com eles a respeito de variáveis que fazem parte do seu dia a dia – indo além de questões sobre o nível de sofrimento psicológico –, também pode ajudá-los a compreender a abrangência do serviço oferecido, que se coaduna com a concepção biopsicossocial do processo saúde-doença.

Como salientado anteriormente, um dos aspectos que deve ser levado em conta ao se escolher uma ferramenta de triagem é sua aceitação por parte dos pacientes (Mitchell et al., 2012). Tal aspecto não foi questionado durante as entrevistas, deixando uma lacuna a esse respeito. Entretanto, quando estabelecida a metodologia de coleta de dados – decidindo-se que os pacientes seriam entrevistados nas salas de uso comum do ambulatório –, pode-se indiretamente verificar se tal aceitação refletiria na participação, pois as entrevistas foram realizadas no mesmo ambiente e de maneira similar ao proposto para o uso do IRPO. Durante a realização da pesquisa percebeu-se boa aceitação e grande colaboração dos pacientes com os entrevistadores, sinalizando que a maioria dos pacientes estavam receptivos a este tipo de abordagem. Surpreendentemente, apenas três dos pacientes entrevistados (2,3%) preferiram responder a escala sem auxílio, sendo solicitada a leitura das questões mesmo por aqueles que possuíam maior nível de escolaridade, apesar da aplicação ter ocorrido com a proximidade de outras pessoas. Em todas as entrevistas, quando possível, procurava-se manter um tom de voz baixo, para evitar a exposição do paciente e, caso fosse percebido algum incômodo em relação a responder as perguntas na presença de terceiros, questionava-se se gostaria de interromper a avaliação.

Outro fator que corroborou para confirmar a aceitação em relação ao instrumento, foi o fato dos pacientes com nível elevado de dor escolherem responder a todas as questões do IRPO, mesmo quando informados que poderiam optar por interromper a entrevista a qualquer momento, caso assim desejassem. Ademais, em vários momentos os entrevistadores se depararam com expressões de gratidão pela atenção despendida e *feedbacks* positivos quanto à importância de fazerem tais perguntas sobre a vida deles após o adoecimento.

Pelos motivos acima listados, apesar de não questionar-se diretamente sobre a aceitação do IRPO, pode-se constatar que a ferramenta foi bem acolhida pela maioria dos pacientes. Houve poucos casos de recusa em participar, entretanto as mesmas não foram contabilizadas. Em estudos futuros pode ser interessante manter maior controle sobre esse aspecto, registrando recusas e entrevistando os participantes sobre a experiência de responder o IRPO. Todavia, o foco do

presente trabalho era a validação do instrumento, de modo que tal aspecto poderia ser melhor estudado posteriormente.

Para os objetivos inicialmente traçados, o delineamento utilizado nos três estudos foi satisfatório, apesar de não ter permitido verificar o nível de especificidade e sensibilidade do IRPO. Tal impossibilidade ocorreu em função de problemas institucionais que inviabilizaram a coleta conforme a primeira proposta. Situações que ocasionam o fechamento temporário das “portas de entrada” em serviços de saúde público infelizmente são comuns e pesquisas realizadas em ambiente não controlado precisam lidar com tais contingências. O formato adotado posteriormente continuou possibilitando a validação do IRPO, o teste do modelo que embasou sua construção e o estabelecimento do seu ponto de corte.

O desenvolvimento da IRPO procurou levar em conta orientações contidas na literatura sobre cuidados e estratégias que o pesquisador deve adotar, para conseguir representar adequadamente o construto que se deseja avaliar. A busca de preditores que emergiram de pesquisas empíricas sobre a adaptação de pacientes com câncer, possibilitou uma seleção mais precisa, diferentemente caso fossem consideradas todas as variáveis relacionadas a processos de ajustamento ao câncer. A lista de preditores refletiu bastante as informações contidas em diferentes estudos sobre adaptação a doenças crônicas, incluindo o câncer, sobressaindo variáveis amplamente discutidas: percepção de doença, suporte social, enfrentamento, sofrimento emocional.

A revisão de literatura realizada no Estudo 1 possibilitou a sistematização de informações que, além de contribuírem para a construção do modelo teórico que embasou o IRPO, indicaram aspectos que devem ser trabalhados para auxiliar na adaptação dos pacientes com câncer na prática diária. Nesse sentido, os fatores do instrumento podem ser bons indicadores para que as intervenções sejam direcionadas às áreas na qual o paciente apresenta maior vulnerabilidade.

A proposta de utilizar um instrumento de triagem que não seja destinado à identificação de distúrbios psicológicos, mas sim de características sinalizadoras de risco de má adaptação, aponta para uma nova perspectiva na atenção ao paciente com câncer – a prevenção. Psico-oncologistas têm investido por longa data em estudos sobre o impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, já havendo vasto conhecimento sobre o quanto sua saúde mental é afetada e os cuidados que são necessários quando isso ocorre. Por outro lado, há algum tempo percebe-se aumento em estudos sobre quais pacientes são mais ou menos vulneráveis psicologicamente. Entretanto, tal conhecimento ainda não havia sido utilizado para construir um instrumento que agregasse esse novo conhecimento, sendo comum o uso de baterias de instrumentos que acabam sobrecarregando os serviços e o próprio paciente.

A relevância do IRPO está na sua capacidade de realizar uma avaliação econômica, mas eficaz, tendo em vista seus objetivos, bem aceita pelo paciente e focada em aspectos que comprovadamente mostraram relação com o processo de ajustamento. Ademais, trata-se de um

instrumento que mostrou adequadas validade e consistência interna em duas diferentes amostras que representavam satisfatoriamente a população atendida no serviço onde o estudo foi realizado.

Os resultados das análises após a aplicação do IRPO, paralelamente à ferramenta critério (HAD), confirmaram o caráter multidimensional da adaptação ao câncer, com nenhum fator explicando isoladamente o nível de *distress* identificado com a HAD. A variável sexo se somou a esses fatores, contribuindo significativamente para a previsão e aumentando a capacidade explicativa do modelo proposto. É incontável a quantidade de estudos indicando a diferença entre mulheres e homens no que diz respeito ao enfrentamento de situações aversivas e desenvolvimento de dificuldades psicológicas e psiquiátricas. O estabelecimento de escores diferenciados de acordo com o sexo do paciente poderia futuramente contribuir para aumentar a especificidade do IRPO, sugerindo-se a inclusão dessa análise em estudos que proponham a avaliação de sua precisão.

A estrutura fatorial da IRPO correspondeu parcialmente à proposta inicial de quatro fatores, havendo a subdivisão do fator suporte social de acordo com suas dimensões – instrumental e emocional. Tal fato chamou atenção para a relevância de cada dimensão, as quais parecem influenciar separadamente diferentes aspectos do processo de ajustamento ao câncer. Ainda em relação ao suporte social, verificou-se que seu efeito foi mediado pelo fator enfrentamento ativo. Demonstrou-se o papel das duas modalidades de apoio social no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, como também que, provavelmente, o suporte social influencia no processo de ajustamento através das mudanças que desencadeia na forma do paciente lidar com as demandas relacionadas à doença e aos tratamentos. Tal resultado indica a importância de trabalhar com a rede de suporte social dos pacientes, para que desenvolvam capacidade de cuidar de acordo com as necessidades do paciente, mas também para que aprendam como favorecer o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adaptativas no paciente.

O escore geral do IRPO (IGR) mostrou boa capacidade preditiva na análise de regressão linear realizada, apresentando bom índice de explicação. Sendo assim, pode-se considerar que o IGR é capaz de contribuir para aumentar a chance de identificação dos pacientes com risco de má adaptação psicológica, utilizando-se o escore de corte proposto (55). Estudos futuros precisam ser realizados para verificar a eficácia dessa ferramenta após sua implementação em diferentes serviços de psico-oncologia, mantendo-se um monitoramento sobre os resultados alcançados e avaliando-se sua contribuição efetiva na prática diária.

Talvez estudos com monitoramento dos resultados obtidos com as triagens também ajudem a compreender as necessidades dos serviços em relação aos recursos humanos necessários para dar conta das demandas psicológicas identificadas. Ademais, podem orientar os psicólogos na escolha de intervenções a ser incluídas nas rotinas para ajudar em relação às vulnerabilidades mais frequentemente verificadas em sua clientela.

Ressalta-se, entretanto, que a triagem por si só não é a resposta para a resolução das dificuldades psicológicas dos pacientes, ela apenas indica o caminho que as equipes podem seguir.

Os resultados dependerão da capacidade do serviço de psicologia para absorver os pacientes avaliados, da capacitação desses profissionais e da colaboração das demais equipes com quem trabalham. Tais equipes também poderão se beneficiar consultando os registros em prontuário dos resultados do IGR para direcionar melhor suas ações às necessidades de cada pessoa. Ademais, dado o estigma da psicologia, a postura da equipe em relação à triagem poderá ser um importante diferencial no que diz respeito à adesão dos pacientes ao encaminhamento para atendimento psicológico.

Inicialmente a escala foi elaborada para ser utilizada prioritariamente por profissionais da psicologia, os quais dominam melhor as teorias e técnicas de intervenção referentes às variáveis utilizadas em sua construção. Entretanto, estudos futuros podem avaliar a efetividade de disponibilizar o IRPO para outras áreas da saúde com o intuito de ajudarem na triagem de pacientes que serão encaminhados para o serviço de psicologia.

Assim, conclui-se que o IRPO é um instrumento de triagem psicológica validado empiricamente, capaz de identificar pacientes com câncer que possuem risco de má adaptação psicológica, sendo útil para o estabelecimento de protocolos de intervenção que favoreçam tanto o tratamento como a prevenção de desordens emocionais ao longo do tratamento do câncer. Espera-se que essa ferramenta contribua para a prática diária dos profissionais que atuam em psico-oncologia, como também para os pacientes que necessitam de ajuda para lidar com essa doença que é grave, mas que pode ser melhor enfrentada mediante adequado suporte psicológico, mesmo quando seu desfecho é a morte.

Referências

- Abreu-Rodrigues, M., & Seidl, E. M. F. (2009). A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia*, 18(40), 279-288.
- Acosta, C. D. P., Jablonski Jr., R., Horta, B. L., Sousa, P. L. R., & Silva, R. A. (2003). Qualidade de vida em pacientes neoplásicos: estudo transversal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 258-263.
- Akizuki, N., Akechi, T., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Okamura, M., Nakano, T., ... Uchitomi, Y. (2003). Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer*, 97(10), 2605-2613.
- Almanza-Muñoz, J., Romero-Romo, J. I., & Holland, J. (1999). Espiritualidade y detección de "distress" en Psico-Oncología. *Oncología Clínica*, 4, 246-250.
- Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 1066-1074.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Arora, N. K., Finney Rutten, L. J., Gustafson, D. H., Moser, R., & Hawkins, R. P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16(5), 474-486.
- Baken, D. M., & Woolley, C. (2011). Validation of the Distress Thermometer, Impact Thermometer and combinations of these in screening for distress. *Psycho-Oncology*, 20, 609-614.
- Baker-Glenn, E. A., Park, B., Granger, L., Symonds, P., & Mitchell, A. J. (2011). Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: Validation of a simple help question. *Psycho-Oncology*, 20, 525-531.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo: edição revista e ampliada* (1ª ed.). São Paulo: Edições.
- Barrera, M., Hancock, K., Rokeach, A., Cataudella, D., Atenafu, E., Johnston, D., ... Greenberg, C. (2014). External validity and reliability of the psychosocial assessment tool (PAT) among Canadian parents of children newly diagnosed with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 61(1), 165-170.
- Bauwens, S., Baillon, C., Distelmans, W., & Theuns, P. (2009). The 'Distress Barometer': Validation of method of combining the Distress Thermometer with a rated complaint scale. *Psycho-Oncology*, 18, 534-542.
- Bettencourt, B. A., Talley, A. E., Molix, L., Schlegel, R., & Westgate, S. J. (2008). Rural and urban breast cancer patients: Health locus of control and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 17(9), 932-939.

- Book, K., Marten-Mittag, B., Henrich, G., Dinkel, A., Scheddel, P., Sehlen, S., ... Herschbach, P. (2011). Distress screening in oncology – evaluation of the Questionnaire on Distress in Cancer Patients – short form (QSC-R10) in a German sample. *Psycho-Oncology*, 20(3), 287-293
- Boot, J. S., Holcombe, C., & Salmon, P. (2010). Positive adjustment to breast cancer: Development of a disease-specific measure and comparison of women diagnosed from 2 weeks to 5 years. *Psycho-Oncology*, 19(11), 1187-1194.
- Botega, N. J., Bio, M. r. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr, C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29, 359-363.
- Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (2013). *Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil*. Retirado de <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24012014.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria No. 3.535 de 02 de Setembro de 1998, Diário Oficial da União - Sessão 1.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer-coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10(1), 1-18.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637.
- Brocken, P., Prins, J. B., Dekhuijzen, P. N. R., & Heijden, H. F. M. v. d. (2012). The faster the better? A systematic review on distress in the diagnostic phase of suspected cancer, and the influence of rapid diagnostic pathways. *Psycho-Oncology*, 21, 1-10.
- Brown, L. F., Kroenke, K., Theobald, D. E., Wu, J., & Tu, W. (2009). The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psycho-Oncology*, 19(7), 734-741.
- Bultz, B. D., & Holland, J. C. (2006). Emotional distress in patients with cancer: The sixth vital sign. *Psychosocial Oncology*, 3(5), 311-314.
- Bultz, B. D., Groff, S. L., Fitch, M., Blais, M. C., Howes, J., Levy, K., & Mayer, C. (2011). Implementing screening for distress, the 6th vital sign: A Canadian strategy for changing practice. *Psycho-Oncology*, 20, 463-469.
- Calais, S. L., Carrara, K., Brum, M. M., Batista, K., Yamada, J. K., & Oliveira, J. R. S. (2007). Stress entre calouros e veteranos de jornalismo. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 69-77.
- Carey, M., Noble, N., Sanson-Fisher, R., & Mackenzie, L. (2012). Identifying psychological morbidity among people with cancer using the Hospital Anxiety and Depression Scale: Time to revisit first principles? *Psycho-Oncology*, 21, 229-238.

- Carlson, L. E., & Bultz, B. D. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(8). Retirado de <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-1-8.pdf>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies – a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283.
- Cerqueira, A. T. d. A. R. (2000). O conceito e metodologia de coping: existe consenso e necessidade? Em R. R. Kerbauy (Ed.), *Sobre comportamento e cognição - conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (Vol. 5, pp. 279-289). Santo André: ESETEc.
- Christie, K. M., Meyerowitz, B. E., Giedzinska-Simons, A., Gross, M., & Agus, D. B. (2009). Predictors of affect following treatment decision-making for prostate cancer: Conversations, cognitive processing, and coping. *Psycho-Oncology*, 18(5), 508-514.
- Cícero, V., Lo Coco, G., Gullo, S., & Lo Verso, G. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 18(10), 1045-1052.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social Support and Health*. Academic: Orlando.
- Cohen, F. (1987). Measurement of coping. In Kasl S.V. & Cooper, C.L. (Eds.), *Research methods in stress and health psychology* (pp. 283-305). New York: John Wiley & Sons.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the bufferin hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Cohen, S., Underwood, L., & Gottlieb, B. (2000). *Social support measurement and interventions: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford.
- Compas, B. E., Stoll, M. F., Thomsen, A. H., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J. E., & Krag, D. N. (1999). Adjustment to breast cancer: Age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54, 195-203.
- Conover, W. J. (1981). Rank transformations as a bridge between parametric and nonparametric statistics. *The American Statistician*, 35(3), 124-129.
- Conselho Federal de Psicologia - CFP (2003). *Anexo A da Resolução 02/2003*. Retirado de <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/03/formul%C3%A1rio-anexo-res-02-03.pdf>
- Costa, R. V., & Pakenham, K. I. (2011). Associations between benefit finding and adjustment outcomes in thyroid cancer. *Psycho-Oncology*, 21(7), 737-744.
- Crothers, M. K., Tomter, H. D., & Garske, J. P. (2005). The relationships between satisfaction with social support, affect balance, and hope in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(4), 103-118.

- Culver, J. L., Arena, P. L., Antoni, M. H., & Carver, C. S. (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: Comparing african americans, hispanics and non-hispanic whites. *Psycho-Oncology*, 11(6), 495-504.
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228.
- den Heijer, M., Seynaeve, C., Vanheusden, K., Duivendoorn, H. J., Bartels, C. C. M., Menke-Pluymers, M. B. E., & Tibben, A. (2011). Psychological distress in women at risk for hereditary breast cancer: The role of family communication and perceived social support. *Psycho-Oncology*, 20(12), 1317-1323.
- Deno, M., Tashiro, M., Miyashita, M., Asakage, T., Takahashi, K., Saito, K., & Ichikawa, Y. (2012). The mediating effects of social support and self-efficacy on the relationship between social distress and emotional distress in head and neck cancer outpatients with facial disfigurement. *Psycho-Oncology*, 21(2), 144-152.
- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., ... Carnicke Jr., C. L. M. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *The JAMA Network Reader*, 249(6),751-757.
- Devine, D., Parker, P. A., Fouladi, R. T., & Cohen, L. (2003). The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 12(5), 453-462.
- Esplen, M. J., Cappelli, M., Wong, J., Bottorff, J., Hunter, J., Carroll, J., ... Meschino, W. (2013). Development and validation of a brief screening instrument for psychosocial risk associated with genetic testing: a pan-Canadian cohort study. *BMJ open*, 3(3). Retirado de <http://bmjopen.bmj.com/content/3/3/e002227.full.pdf+html>
- Faria, J. B. de, & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Faul, L. A., Jim, H. S., Williams, C., Loftus, L., & Jacobsen, P. B. (2010). Relationship of stress management skill to psychological distress and quality of life in adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 19(1), 102-109.
- Feitosa, F. B. (2007). *Habilidades sociais e desempenho acadêmico: processos cognitivos como moderadores e mediadores* (Tese de Doutorado). Retirado de http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_actioN=&co_obra=154071
- Fiamoncini, R. L., & Fiamoncini, R. E. (2003). O stress e a fadiga muscular: fatores que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. *Revista Digital*, 66. Retirado de <http://www.efdeportes.com/efd66/fadiga.htm>
- Field, A. (2009). *Descobrimdo a estatística usando o SPSS* (2 ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-oncology*, 9(1), 11-19.
- Font, A. (1994). Cáncer y calidad de vida. *Anuario de Psicología*, 61, 41-50.
- Frick, E., Fegg, M. J., Tyroller, M., Fischer, N., & Bumeder, I. (2007). Patients' health beliefs and coping prior to autologous peripheral stem cell transplantation. *European Journal of Cancer Care*, 16(2), 156-163.
- Fulcher, C. D., & Gosselin-Acomb, T. K. (2007). Distress assessment: Practice change through guideline implementation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(6), 817-821.
- Gall, T. L., & Cornblat, M. W. (2002). Breast cancer survivors give voice: A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(6), 524-535.
- Gall, T. L., Guirguis-Younger, M., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(11), 1165-1178.
- Gandini, R. d. C., Martins, M. d. C. F., & Pedrosa, E. C. M. (2008). Mini-mac - escala de ajustamento mental para o câncer: estrutura fatorial. *Psicologia em Estudo*, 13, 169-177.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F., & Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas em pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápéutico. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 20, 50-75.
- Gilbar, O., & Zusman, A. (2007). The correlation between coping strategies, doctor-patient/spouse relationships and psychological distress among women cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 16(11), 1010-1018.
- Gimenes, M. d. G. G. (1994). Definição, foco de estudo e intervenção. In M. M. Carvalho (Ed.), *Introdução à Psicooncologia* (pp. 35-36). Campinas, SP: Editorial Psy.
- Gimenes, M. d. G. G. (1997). A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psicooncologia. In M. d. G. G. Gimenes (Ed.), *A mulher e o câncer* (pp. 325). São Paulo: Editorial Psy.
- Goulia, P., Papadimitriou, I., Machado, M. O., Mantas, C., Pappa, C., Tsianos, E., ... Hyphantis, T. (2012). Does psychological distress vary between younger and older adults in health and disease? *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 120-128.
- Gouveia, V. V., Guerra, V. M., Sousa, D. M. F. de, Santos, W. S., & Costa, J. de M. (2009). Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne: evidências de sua validade fatorial e consistência interna. *Avaliação Psicológica*, 8(1), 87-98.
- Grassi, L., Travado, L., Moncayo, F. L., Sabato, S., & Rossi, E. (2004). Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: Findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *Journal of Affective Disorders*, 83(2-3), 243-248.

- Greco, L. A., & Hart, T. A. (2006). Diabetes Acceptance and Action Scale for Children and Adolescents (DAAS). In J. Ciarrochi & L. Bilich (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy. Measures Package: Process measures of potential relevance to ACT* (pp. 137-140). University of Wollongong, Austrália.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C. S. (2005). Validade de construto de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 703-714.
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskiavaara, P., & Hietanen, P. (2007). Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psycho-Oncology*, 16(12), 1100-1110.
- Hack, T. F., & Degner, L. F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13(4), 235-247.
- Hack, T. F., Pickles, T., Ruether, J. D., Weir, L., Bultz, B. D., Mackey, J., & Degner, L. F. (2010). Predictors of distress and quality of life in patients undergoing cancer therapy: Impact of treatment type and decisional role. *Psycho-Oncology*, 19(6), 606-616.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise Multivariada de Dados* (6ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Hamama-Raz, Y. (2012). Does psychological adjustment of melanoma survivors differs between genders? *Psycho-Oncology*, 21(3), 255-263.
- Hamama-Raz, Y., Solomon, Z., Schachter, J., & Azizi, E. (2007). Psychological adjustment of melanoma survivors: The contribution of hardiness, attachment, and cognitive appraisal. *Psycho-Oncology*, 16(4), 287-294.
- Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 408-418.
- Henselmans, I., Sanderman, R., Baas, P. C., Smink, A., & Ranchor, A. V. (2009). Personal control after a breast cancer diagnosis: Stability and adaptive value. *Psycho-Oncology*, 18(1), 104-108.
- Hjörleifsdóttir, E., Hallberg, I. R., Bolmsjö, I. A., & Gunnarsdóttir, E. D. (2006). Distress and coping in cancer patients: Feasibility of the Icelandic version of BSI 18 and the WOC-CA questionnaires. *European Journal of Cancer Care*, 15(1), 80-89.
- Holland, J. C., Breitbart, P. B. J., Lederberg, M. S., Loscalzo, M. J. & McCorkle, R. (Eds.) (2010). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
- Horgan, O., Holcombe, C., & Salmon, P. (2010). Experiencing positive change after a diagnosis of breast cancer: A grounded theory analysis. *Psycho-Oncology*, 20(10), 1116-1125.
- Hou, W. K., Lam, W. W., & Fielding, R. (2009). Adaptation process and psychosocial resources of Chinese colorectal cancer patients undergoing adjuvant treatment: A qualitative analysis. *Psycho-Oncology*, 18(9), 936-944.

- Howsepian, B. A., & Merluzzi, T. V. (2009). Religious beliefs, social support, self-efficacy and adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, *18*(10), 1069-1079.
- Hoyt, M. A., & Stanton, A. L. (2012). Adjustment to chronic illness. In A. Baum, T. A. Revenson & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 219-246). New York: Psychology Press.
- Iconomou, G., Koutras, V. M. A., Iconomou, A. V., & Kalofonos, H. P. (2004). Prospective assessment of emotional distress, cognitive function, and quality of life in patients with cancer treated with chemotherapy. *Cancer*, *101*(2), 404-411.
- Jacobsen, P. B., Donovan, K. A., Trask, P. C., Fleishman, S. B., Zabora, J., Baker, F., & Holland, J. C. (2005). Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer*, *103*(7), 1494-1502.
- Kallay, E., Degi, C. L., & Vincze, A. E. (2007). Dysfunctional attitudes, depression and quality of life in a sample of Romanian Hungarian cancer patients. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, *7*(1), 95-106.
- Kenne Sarenmalm, E., Öhlén, J., Odén, A., & Gaston-Johansson, F. (2008). Experience and predictors of symptoms, distress and health-related quality of life over time in postmenopausal women with recurrent breast cancer. *Psycho-Oncology*, *17*(5), 497-505.
- Kim, S. J., Rha, S. Y., Song, S. K., Namkoong, K., Chung, H. C., Yoon, S. H., ... Kim, K. R. (2011). Prevalence and associated factors of psychological distress among Korean cancer patients. *General hospital psychiatry*, *33*(3), 246-252.
- Kocaman, N., Kutlu, Y., Özkan, M., & Özkan, S. (2007). Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *Journal of Clinical Nursing*, *16*(3a), 6-16.
- Kohno, Y., Maruyama, M., Matsuoka, Y., Matsushita, T., Koeda, M., & Matsushima, E. (2009). Relationship of psychological characteristics and self-efficacy in gastrointestinal cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *19*(1), 71-76.
- Kornblith, A. B., Powell, M., Regan, M. M., Bennett, S., Krasner, C., Moy, B., ... Winer, E. (2007). Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology*, *16*(10), 895-903.
- Kroenke, K., Zhong, X., Theobald, D., Wu, J., Tu, W., & Carpenter J. S. (2010). Somatic symptoms in patients with cancer experiencing pain or depression: Prevalence, disability, and health care use. *Archives of Internal Medicine*, *170*(18), 1686-1694.
- Krupski, T. L., Kwan, L., Fink, A., Sonn, G. A., Maliski, S., & Litwin, M. S. (2006). Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, *15*(2), 121-131.
- Lam, W. W. T., Bonanno, G. A., Mancini, A. D., Ho, S., Chan, M., Hung, W. K., & Fielding, R. (2010). Trajectories of psychological distress among chinese women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *19*(10), 1044-1051.

- Lam, W. W., & Fielding, R. (2007). Is self-efficacy a predictor of short-term post-surgical adjustment among chinese women with breast cancer? *Psycho-Oncology*, *16*(7), 651-659.
- Lam, W. W., Fielding, R., & Ho, E. Y. (2005). Predicting psychological morbidity in chinese women after surgery for breast carcinoma. *Cancer*, *103*(3), 637-646.
- Lara, S. C. V. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Revista Diversitas – Perspectivas em Psicologia*, *2*(2), 241-257.
- Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, *38*(3), 245-254.
- Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, *38*(3), 245-254.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., & Devins, G. (2009). Emotional distress impacts fear of the future among breast cancer survivors not the reverse. *Journal of Cancer Survivorship*, *3*(2), 117-127.
- Lechner, S. C., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weaver, K. E., & Phillips, K. M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(5), 828-840.
- Legg, M., Occhipinti, S., Ferguson, M., Dunn, J., & Chambers, S. K. (2010). When peer support may be most beneficial: The relationship between upward comparison and perceived threat. *Psycho-Oncology*, *20*(12), 1358-1362.
- Lehto, U. S., Ojanen, M., & Kellokumpu-Lehtinen, P. (2005). Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology*, *16*(5), 805-816.
- Lima, E. D. R. P., Lima, A. P., & Ferraz, A. F. (2006). Características demográficas e clínicas de adaptação psicossocial entre mulheres com câncer de mama. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, *10*(4), 382-386.
- Linden, W., Vodermaier, A., McKenzie, R., Barroetavena, M. C., Yi, D., & Doll, R. (2009). The Psychosocial Screen for Cancer (PSSCAN): Further validation and normative data. *Health and Quality of Life Outcomes*, *7*(16). Retirado de <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-7-16.pdf>
- Linden, W., Yi, D., Barroetavena, M. C., MacKenzie, R., & Doll, R. (2005). Development and validation of a psychosocial screening instrument for cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, *3*(54). Retirado de <http://www.hqlo.com/content/3/1/54>
- Lintz, K., Moynihan, C., Steginga, S., Norman, A., Eeles, R., Huddart, R., ... Watson, M. (2003). Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. *Psycho-Oncology*, *12*(8), 769-783.

- Livneh, H. (2000). Psychosocial adaptation to cancer: The role of coping strategies. *Journal of Rehabilitation, 66*(2), 40-49.
- Llull, D. M., Zamier, J., & García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF, 8*(2), 175-182.
- Love, A. W., Scealy, M., Bloch, S., Duchesne, G., Couper, J., Macvean, M., ... Kissane, D. W. (2008). Psychosocial adjustment in newly diagnosed prostate cancer. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42*(5), 423-429.
- Luckett, T., Butow, P. N., King, M. T., Oguchi, M., Heading, G., Hackl, N. A., ... Price, M. A. (2010). A review and recommendations for optimal outcome measures of anxiety, depression and general distress in studies evaluating psychosocial interventions for English-speaking adults with heterogeneous cancer diagnoses. *Support Care Cancer, 18*, 1241-1262.
- Matsuoka, Y., Nakano, T., Inagaki, M., Sugawara, Y., Akechi, T., Imoto, S., ... Uchitomi, Y. (2002). Cancer-related intrusive thoughts as an indicator of poor psychological adjustment at 3 or more years after breast surgery: A preliminary study. *Breast Cancer Res Treat, 76*(2), 117-124.
- Matthews, E. E., & Cook, P. F. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology, 18*(7), 716-726.
- Mazanec, S. R., Daly, B. J., Douglas, S. L., & Musil, C. (2011). Predictors of psychosocial adjustment during the post-radiation treatment transition. *Western Journal of Nursing Research, 33*(4), 540-559.
- Miller, C. T., & Kaiser, C. R. (2008). A theoretical perspective on coping with stigma. *Journal of Social Issues, 57*(1), 73-92.
- Mitchell, A. J., Kaar, S., Coggan, C., & Herdman, J. (2008). Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders - preferences of cancer specialists and non-specialists. *Psycho-Oncology, 17*(226-236).
- Mitchell, A. J. (2010). Screening procedures for psychosocial distress. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. s. Lederberg, M. J. Loscalzo & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 389-396). New York: Oxford University Press.
- Moreira, H., Silva, S. n., & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças, 9*(1), 165-184.
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2009). The role of appearance investment in the adjustment of women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 19*(9), 959-966.
- Nairn, R. C., & Merluzzi, T. V. (2003). The role of religious coping in adjustment to cancer. *Psycho-Oncology, 12*(5), 428-441.

- National Cancer Institute (2008). *PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board*.
Retirado de <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/adjustment/HealthProfessional/page1>.
- National Comprehensive Cancer Network. (2012). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management* (Versão 3.2012). Retirado de http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf
- National Comprehensive Cancer Network (2013). *Adjustment to cancer: Anxiety and distress (PDQ)*. Retirado de <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/adjustment/Patient/page1>
- Nicholas, D. R., & Veach, T. A. (2000). The psychosocial assessment of the adult cancer patient. *Professional Psychology: Research & Practice*, 31(2), 206-215.
- Nunnally, J. C. (1967). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Nunnally, J. C. (1970). *Introduction to Psychological Measurement*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Nogueira, G. S. (2012). *Adaptação e validação do Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) para a cultura brasileira*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal.
- Oh, S., Meyerowitz, B. E., Perez, M. A., & Thornton, A. A. (2007). Need for cognition and psychosocial adjustment in prostate cancer patients and partners. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(1), 1-19.
- Ohaeri, B. M., Ofi, A. B., & Campbell, O. B. (2012). Relationship of knowledge of psychosocial issues about cancer with psychic distress and adjustment among breast cancer clinic attendees in a Nigerian teaching hospital. *Psycho-Oncology*, 21(4), 419-426.
- Okuyama, T., Endo, C., Seto, T., Kato, M., Seki, N., Akechi, T., ... Hosaka, T. (2008). Cancer patients' reluctance to disclose their emotional distress to their physicians: A study of Japanese patients with lung cancer. *Psycho-Oncology*, 17(5), 460-465.
- Pais-Ribeiro, J. L., Diana Ramos, & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-MAC). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 231-247.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., Vilhena, E., Martins, A., & Martins-da-Silva, A. (2010a). Estrutura da boa vida em pessoas com doença crónica. In I. Leal, & J. Pais-Ribeiro (Ed.). *Psicologia da saúde: sexualidade género e saúde* (pp. 137-146). Lisboa: Edições ISPA.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., Vilhena, E., Martins, A., & Martins-da-Silva, A. (2010b). O ajustamento à doença crónica: aspectos conceptuais. In I. Leal, & J. Pais-Ribeiro (Eds.). *Psicologia da saúde: sexualidade género e saúde* (pp.147-156). Lisboa: Edições ISPA.

- Pandey, M., Devi, N., Thomas, B. C., Vinod Kumar, S., Krishnan, R., & Ramdas, K. (2007). Distress overlaps with anxiety and depression in patients with head and neck cancer. *Psycho-Oncology*, *16*(6), 582-586.
- Pandey, M., Thomas, B. C., Ramdas, K., & NandaMohan, V. (2006). Factors influencing distress in Indian cancer patients. *Psycho-Oncology*, *15*(6), 547-550.
- Parker, P. A., Baile, W. F., de Moor, C., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, *12*(2), 183-193.
- Pasquali, L. (1997). *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista Psicologia Clínica*, *25*(5). Retirado de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/conc255a.htm>
- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Pasquali, L. (2011). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação* (4ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Pasquini, M., & Biondi, M. (2007). Depression in cancer patients: A critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, *3*(2). Retirado de <http://www.cpementalhealth.com/content/pdf/1745-0179-3-2.pdf>
- Peçanha, D. L. N. (2008). Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença. In V. A. d. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács et al. (Eds.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 645). São Paulo: Summus.
- Pirl, W. F. (2010). Instruments in Psycho-Oncology. In J. C. Holland, P.B.J. Breitbart, M. S. Lederberg, M.J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-oncology* (pp. 119-130). New York: Oxford University Press.
- Reuter, K., Raugust, S., Marschner, N., & Harter, M. (2007). Differences in prevalence rates of psychological distress and mental disorders in inpatients and outpatients with breast and gynaecological cancer. *European Journal of Cancer Care*, *16*(3), 222-230.
- Reynolds, J. S., & Perrin, N. A. (2004). Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer. *Health Psychology*, *23*(4), 425-430.
- Ridder, D. d., & Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: Is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review*, *21*(2), 205-240.
- Ridder, D. d., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, *372*, 246-255
- Roberts, K. J., Lepore, S. J., & Helgeson, V. (2006). Social-cognitive correlates of adjustment to prostate cancer. *Psycho-Oncology*, *15*(3), 183-192.
- Rozema, H., Vollink, T., & Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology*, *18*(8), 849-857.

- Santana, J. J. R. A. d., Zanin, C. R., & Maniglia, J. V. (2008). Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia, 18*, 371-384.
- Santos, C. I. S. V. a. d. B., Ribeiro, J. P., & Lopes, C. (2004). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças, 4*(2), 185-204.
- Santos, C. I. S. V. a. d. B., Ribeiro, J. P., & Lopes, C. (2006). Estudo de adaptação da escala de ajustamento mental ao cancro de um familiar (EAMC-F). *Psicologia, Saúde & Doenças, 7*(1), 29-55.
- Scheppingen, C. v., Schroevers, M. J., Smink, A., Linden, Y. M. v. d., Mul, V. r. E., Langendijk, J. A., ... Sanderman, R. (2011). Does screening for distress efficiently uncover meetable unmet needs in cancer patients? *Psycho-Oncology, 20*, 655-663.
- Schou, I., Ekeberg, O., & Ruland, C. M. (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psycho-Oncology, 14*(9), 718-727.
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2009). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology, 19*(1), 46-53.
- Schroevers, M. J., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2004). The role of age at the onset of cancer in relation to survivors' long-term adjustment: A controlled comparison over an eight-year period. *Psycho-Oncology, 13*(10), 740-752.
- Scioli, A., McClelland, D. C., Weaver, S., & Madden, E. M. (2000). Coping strategies and integrative meaning as moderators of chronic illness. *International Journal of Aging & Human Development, 51*, 115-136.
- Seidl, E. M. F., Zannon, M. L. C. & Tróccoli, B.T. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 17* (3), 225-234.
- Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22*, 317-326.
- Sellick, S. M., & Edwardson, A. D. (2007). Screening new cancer patients for psychological distress using the hospital anxiety and depression scale. *Psycho-Oncology, 16*(6), 534-542.
- Sharpe, L. S., & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine, 62*, 1153-1166.
- Sheard, T., & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: Results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer, 80*(11), 1770-1780.
- Sidell, N. L. (1997). Adult adjustment to chronic illness: A review of the literature. *Health and Social Work, 22*(1), 5-1.

- Silva, G., & Santos, M. A. dos (2010). Estressores pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo. *Revista Latina Americana de Enfermagem*, 18(4), Retirado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_05.pdf
- Silva, S. M., Moreira, H. C., & Canavarro, M. C. (2011). Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: The buffering role of posttraumatic growth. *Psycho-Oncology*, 21(4), 409-418.
- Silva, J. A. d., & Ribeiro-Filho, N. P. (2006). Mensuração da dor clínica: escalas unidimensionais. In J. A. d. Silva & N. P. Ribeiro-Filho (Eds.), *Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática* (pp. 327-348). Riberão Preto: FUNPEC.
- Smith, A. B., Selby, P. J., Velikova, G., Stark, D., Wright, E. P., Gould, A., & Cull, A. (2002). Factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale from a large cancer population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 165-176.
- Smith, S. K., Herndon, J. E., Lysterly, H. K., Coan, A., Wheeler, J. L., Staley, T., & Abernethy, A. P. (2010). Correlates of quality of life-related outcomes in breast cancer patients participating in the Pathfinders pilot study. *Psycho-Oncology*, 20(5), 559-564.
- Soares, M. A., Moura, M. d. J., Carvalho, M., & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, afetividade e estratégias de coping na doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 19-25.
- Soler-Vila, H., Kasl, S. V., & Jones, B. A. (2003). Prognostic significance of psychosocial factors in African-American and white breast cancer patients: A population-based study. *Cancer*, 98(6), 1299-1308.
- Souza, J. R. (2009). *Estudo sobre avaliação de eficácia terapêutica em oncologia: grupo psicoeducacional "Aprendendo a Enfrentar"* (Dissertação de Mestrado). Retirada do Repositório Institucional da Universidade de Brasília. (<http://hdl.handle.net/10482/4592>)
- Sparrenberger, F., Santos, I. d., & Lima, R. d. C. (2003). Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. *Revista de Saúde Pública* 37, 434-439.
- Stanton, A. L., & Revenson, T. A. (2011). Adjustment to chronic disease: Progress and promise in research. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 241-268). New York: Oxford University Press.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592. Retirado de <http://psych.annualreviews.org>
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Analysis*. Need Heights: Allyn & Bacon.
- Taylor, K. L., Lamdan, R. M., Siegel, J. E., Shelby, R., Hrywna, M., & Moran-Klimi, K. (2002). Treatment regimen, sexual attractiveness concerns and psychological adjustment among African American breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11(6), 505-517.

- Telch, C. F., & Telch, M. J. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(6), 802-808.
- Terol, M. C., Roig, S. L., Marín, J. R., Pastor, M. A., Giral, M. S. M., Aragón, M. M., ... Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología, 16*(2), 111-122.
- Trask, P. C., Paterson, A. G., Trask, C. L., Bares, C. B., Birt, J. & Maan, C. (2003). Parent and adolescent adjustment to pediatric cancer: Associations with coping, social support, and family function. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 20*(1), 36-47.
- Travado, L., Grassi, L., Gil, F., Martins, C., Ventura, C., & Bairradas, J. (2010). Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. *Palliative and Supportive Care, 8*(4), 405-413.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, K. G. (1996). The relationships between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin, 119*, 488-531.
- Uchitomi, Y., Akechi, T., Fujimori, M., Okamura, M., & Ooba, A. (2003). Mental adjustment after surgery for non-small cell lung cancer. *Palliative and Supportive Care, 1*(1), 61-70.
- Underwood, P.W. (2000). Social Support: The promise and the reality. In V.H. Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice* (pp. 367-391). London: Sage Publications, Inc.
- Vahdaninia, M., Omidvari, S., & Montazeri, A. (2009). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(3), 355-361.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica, 3*(XXV), 479-488.
- Vargas, S., Wohlgemuth, W. K., Antoni, M. H., Lechner, S. C., Holley, H. A., & Carver, C. S. (2009). Sleep dysfunction and psychosocial adaptation among women undergoing treatment for non-metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology, 19*(6), 669-673.
- Vieira, V. A. (2009). Moderação, mediação, moderadora-mediadora e efeitos indiretos em modelação de equações estruturais: uma aplicação no modelo de desconfirmação de expectativas. *Revista de Administração, 44*(1), 17-33.
- Vodermaier, A., & Millman, R. D. (2011). Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer, 19*, 1899-1908.
- Walker, M. S., Zona, D. M., & Fisher, E. B. (2006). Depressive symptoms after lung cancer surgery: Their relation to coping style and social support. *Psycho-Oncology, 15*(8), 684-693.

- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & R., H. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing illness perceptions. *Psychology and Health, 11*, 431-446.
- Whitford, H. S., Olver, I. N., & Peterson, M. J. (2008). Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psycho-Oncology, 17*(11), 1121-1128.
- Wildes, K. A., Miller, A. R., de Majors, S. S., & Ramirez, A. G. (2009). The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *Psycho-Oncology, 18*(8), 831-840.
- Wong-Kim, E. C., & Bloom, J. R. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology, 14*(7), 564-573.
- Wooten, A. C., Burney, S., Foroudi, F., Frydenberg, M., Coleman, G., & Ng, K. T. (2007). Psychological adjustment of survivors of localised prostate cancer: Investigating the role of dyadic adjustment, cognitive appraisal and coping style. *Psycho-Oncology, 16*(11), 994-1002.
- Xavier, A. T. F., Ataíde, M. B. C., Pereira, F. G. F., & Nascimento, V. D. (2010). Análise de gênero para o adoecer de câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem, 63*(6), 921-926.
- Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., & Hooker, C. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology, 10*, 19-28.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Jacobsen, P., Curbow, B., Piantadosi, S., Hooker, C., ... Derogatis, L. (2001). A new psychosocial screening instrument for use with cancer patients. *Psychosomatics, 42*(3), 241-246.
- Ziegler, L., Hill, K., Neilly, L., Bennett, M. I., Higginson, I. J., Murray, S. A., & Stark, D. (2011). Identifying psychological distress at key stages of the cancer illness trajectory: A systematic review of validated self-report measures. *Journal of Pain and Symptom Management, 41*(3), 619-636.

Apêndices

Apêndice A - Estudo preliminar

Análise da Validade da Escala *Psychosocial Screen for Cancer* (PSSCAN)

O processo de adaptação e validação dessa ferramenta, autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CEP-FS), perpassou o mestrado da autora, mas foi finalizado ao longo do doutorado. Tal instrumento se propõe a identificar pacientes oncológicos com elevado nível de *distress* e apresentar informações sobre a rede de suporte social e percepção de qualidade de vida. Inicialmente considerado uma boa fonte para identificar pacientes com risco de desenvolver *distress*, após validado, seria utilizado para verificar a eficácia de um programa de acompanhamento psicológico composto de diferentes estratégias para intervir com pacientes de acordo com o nível de *distress*.

Durante o processo de validação verificou-se que a PSSCAN necessitava de ajustes que permitissem, além da identificação do nível de *distress* dos pacientes, uma melhor análise sobre as variáveis que poderiam interferir no processo de ajustamento do paciente ao tratamento. Os domínios suporte social e percepção de qualidade de vida da PSSCAN não apresentaram bons parâmetros psicométricos, diferente do fator *distress*, o qual mostrou-se adequado para avaliar o nível de sofrimento atual dos pacientes. Por esse motivo, a avaliação do fator *distress* foi escolhida para compor a nova ferramenta, sendo seu uso devidamente autorizado pelos autores.

A seguir encontra-se descrito o processo de análise fatorial da PSSCAN.

Instrumento

Psychosocial Screening Tool for Cancer (PSSCAN): Trata-se de uma escala multidimensional, composta por 21 itens que se dividem em três partes que avaliam seis diferentes dimensões. A primeira parte (A) possui seis itens que mensuram percepção de suporte social e suporte social desejado. A segunda (B) possui cinco itens que avaliam a qualidade de vida global (QV) e QV em número de dias debilitados. Já a terceira (C) parte possui 10 itens, dos quais uma metade avalia ansiedade e a outra depressão, utilizando escala *Likert* de cinco pontos. Os autores da ferramenta sugeriram pontos de corte apenas para a terceira parte do instrumento, sendo eles: a) escore igual ou maior que 11 indica desordem de ansiedade ou de depressão; b) escore entre oito e 11 indica depressão ou ansiedade sub-clínicos; c) escore abaixo de 8 indica ausência de ansiedade ou depressão (Linden et al., 2005; Linden et al., 2009). A seguir encontra-se a descrição detalhada da PSSCAN.

Parte A: Avalia o construto suporte social, sendo composta pelos domínios suporte social total e suporte social desejado:

Suporte social total (5 itens) – Avalia os suportes instrumental e emocional disponíveis para o paciente. Os itens são respondidos com sim ou não, computando um ponto a cada resposta que indique a presença de suporte social. O escore máximo neste domínio é cinco.

Suporte social desejado (1 item) – Mensura quanto suporte emocional o paciente deseja receber. É formado por apenas um item, avaliado com escala de 0 a 10 (“não, nunca” até “sempre”), o que permite variabilidade nesta categoria.

Parte B: Avalia o construto qualidade de vida, sendo composta pelos domínios qualidade de vida percebida e qualidade de vida em dias.

Qualidade de vida percebida (2 itens) – Procura avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de forma mais genérica. O escore máximo neste domínio é 20 pontos, mensurados em uma escala de 0 a 10 (“muito ruim” a “excelente”), permitindo variabilidade nessa categoria.

Qualidade de vida em dias (3 itens) – Avalia a quantidade de dias prejudicados pela presença de mal-estar físico e psicológico, assim como a quantidade de dias que o indivíduo ficou afastado das suas atividades rotineiras devido algum mal-estar físico ou psicológico. É solicitado que o paciente informe quantos dias ruins ele teve nos últimos 30 dias em cada item.

Parte C: Avalia o construto *distress*, sendo composta pelos domínios ansiedade e depressão.

Ansiedade (5 itens) – Os autores da PSSCAN consideram esta variável diretamente relacionada ao nível de *distress*. É avaliada com escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = de modo nenhum; 2 = um pouco; 3 = apenas moderadamente; 4 = completamente; 5 = demais), e seus escores variam entre 5 e 25.

Depressão (5 itens) – Domínio também considerado diretamente relacionado ao nível de *distress*. Da mesma forma que o domínio ansiedade, é avaliado por escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = de modo nenhum; 2 = um pouco; 3 = apenas moderadamente; 4 = completamente; 5 = demais), tendo escores variando entre 5 e 25.

Os autores, concentrando-se no uso mais clínico da escala, optaram pela combinação dos escores nas três partes do instrumento para avaliar o nível de *distress* e verificar a necessidade de suporte psicossocial, sendo indicado auxílio para: (a) pacientes com elevados escores para ansiedade/depressão, independentemente da avaliação do suporte social; (b) pacientes com moderado aumento na ansiedade/depressão, porém isolados socialmente e/ou com baixa qualidade de vida; (c) pacientes, independentemente dos outros escores, que apresentem elevada pontuação no item 19, referente à tentativa de suicídio.

Para facilitar a compreensão da análise do instrumento, na Tabela A1 encontra-se a definição e codificação dos itens da PSSCAN.

Tabela A1

Definição e Codificação dos Itens da PSSCAN

Rótulo	Itens
SS1	Você mora com alguém?
SS2	Quando você precisa existe alguém que possa ajudá-lo em tarefas diárias como ir a padaria, cozinhar para você ou te dar uma carona?
SS3	Você tem contato regular com amigos ou parentes?
SS4	Você perdeu seu cônjuge ou parceiro nos últimos anos?
SS5	Você conta com alguém que lhe oferece ajuda emocional?
SS6	O quanto você quer e precisa de algum tipo de ajuda com suas emoções?
QV7	Você diria que sua saúde em geral é
QV8	Você diria que sua qualidade de vida em geral é
QV9	Por quanto dias nos últimos 30 dias você apresentou dificuldades físicas?
QV10	Por quanto dias nos últimos 30 dias você se sentiu mal emocionalmente?
QV11	Por quanto dias nos últimos 30 dias dificuldades físicas ou emocionais te afastaram das suas atividades cotidianas, dos seus cuidados pessoais, do trabalho ou do lazer?
A12	Durante a última semana tenho me sentido nervoso(a) e trêmulo(a) por dentro.
D13	Durante a última semana tenho sentido que não posso controlar nada.
D14	Durante a última semana tenho perdido o interesse por coisas com as quais eu usualmente me importava ou apreciava.
A15	Durante a última semana tenho me sentido nervoso e instável.
A16	Durante a última semana tenho me sentido tenso(a) e não consigo relaxar.
A17	Durante a última semana meus pensamentos estão repetitivos e cheios de coisas assustadoras.
A18	Durante a última semana tenho me sentido agitado(a) e achado difícil me acalmar.
D19	Recentemente tenho pensado em acabar com a minha vida.
D20	No último ano, por duas semanas ou mais, eu me senti triste, desanimado(a) ou deprimido(a).
D21	Eu tive 2 anos ou mais em minha vida onde eu me senti deprimido(a) ou triste na maioria dos dias, mesmo que me sentisse bem algumas vezes.

Nota. SS=suporte social; QV=qualidade de vida; A=ansiedade; D=depressão.

Procedimento para Coleta de Dados

Semanalmente, às segundas-feiras, é realizado no CACON/HUB uma atividade multiprofissional, denominada “ambulatório de acolhimento”, destinada a receber e orientar pacientes que iniciarão o tratamento clínico oncológico. Todo paciente que ingressa no serviço de oncologia participa, sendo orientado a vir acompanhado por familiares. Neste dia, antes das palestras oferecidas pela equipe multiprofissional, o paciente era avaliado pela equipe de psicologia.

A avaliação era realizada com auxílio de um entrevistador treinado, não sendo necessário ser alfabetizado para responder o instrumento. Todo resultado advindo dessa avaliação foi registrado no prontuário do paciente, buscando informar aos demais membros da equipe sobre o nível de sofrimento emocional/*distress* do paciente e contribuir para melhorar a interação paciente-equipe, ampliando as possibilidades de auxílio às suas necessidades. Também foi criado um banco de dados para registrar as respostas ao instrumento e favorecer sua análise.

Resultados

Entre maio de 2009 e setembro de 2011, foram avaliados 812 pacientes com idade média de 54,82 anos (DP= 14,589), sendo 529 mulheres (65%) e 283 homens (35%). Destes 812 pacientes, 53 (6,4%) não completaram todo o instrumento e foram excluídos da amostra de validação, permanecendo ao final 759 pacientes.

Os pacientes avaliados estavam em sua maioria em relacionamentos estáveis (60,1%), havendo ainda 14,7% solteiros, 12,9% separados e 12,3% viúvos. Quanto ao nível de escolaridade, predominou na amostra pacientes com até o primeiro grau completo (41,6%), seguidos de pacientes com até o segundo grau completo (25,2%), pacientes não alfabetizados (23,2%), pacientes com até o terceiro grau (8%) e pós graduados (2%).

Com o auxílio do *software* SPSS 20.0 foi realizada a análise fatorial do instrumento e da consistência interna dos fatores. A análise do instrumento iniciou-se com a verificação dos pressupostos estatísticos para confirmar a fatorabilidade da matriz e constatar a adequação do tamanho da amostra.

Tamanho da amostra.

Segundo Field (2009), para realizar-se a análise fatorial de um instrumento é relevante a presença de cinco a 10 participantes por item. Tendo a PSSCAN 21 itens, seria necessária uma amostra que tivesse pelo menos entre 105 e 210 participantes. Sendo assim, a amostra (N= 759) é considerada adequada para proceder à análise fatorial.

Normalidade.

Todas as variáveis avaliadas apresentaram desvio de normalidade, mostrando diferença estatisticamente significativa da curva normal ($p=0,000$) nos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. No entanto, a análise fatorial é robusta diante de desvios de normalidade, não havendo prejuízos para a análise do instrumentos.

Fatorabilidade da matriz.

Foi realizada a análise exploratória do posto da matriz encontrando-se um valor do determinante (0,026) maior do que 0,00001, indicando ausência de multicolinearidade ou singularidade. Confirmando a fatorabilidade da matriz, verificou-se que o valor KMO (KMO = 0,844) estava acima de 0,8, sendo considerado ótimo e indicando que o conjunto de dados estava apropriado para a realização da análise fatorial.

Também foi realizado o teste de esfericidade Bartlett para testar a hipótese nula de que a matriz de correlações da população é uma matriz identidade. Se confirmada, esta hipótese indicaria fraca correlação entre as variáveis e independência entre elas. Como na análise de fatores é necessário que as variáveis se relacionem, espera-se a matriz seja significativamente diferente da matriz de identidade, o que foi confirmado para o conjunto de dados do PSSCAN ($p<0,001$).

Analisados os pressupostos, conclui-se que a matriz R do instrumento PSSCAN mostrou índices muito favoráveis à realização da análise fatorial.

Extração dos fatores.

O processo de análise fatorial iniciou-se com a análise dos componentes principais para verificar quantos fatores de fato a matriz empírica comporta. A determinação do número de fatores foi realizada a partir da análise do diagrama de declividade (Figura A1) e posterior análise paralela utilizando o *software* MonteCarlo. Observando-se o diagrama de declividade, verificou-se a possibilidade de seis fatores, entretanto, com a realização da análise paralela, pode-se limitar em quatro o número de fatores a serem extraídos na análise fatorial.

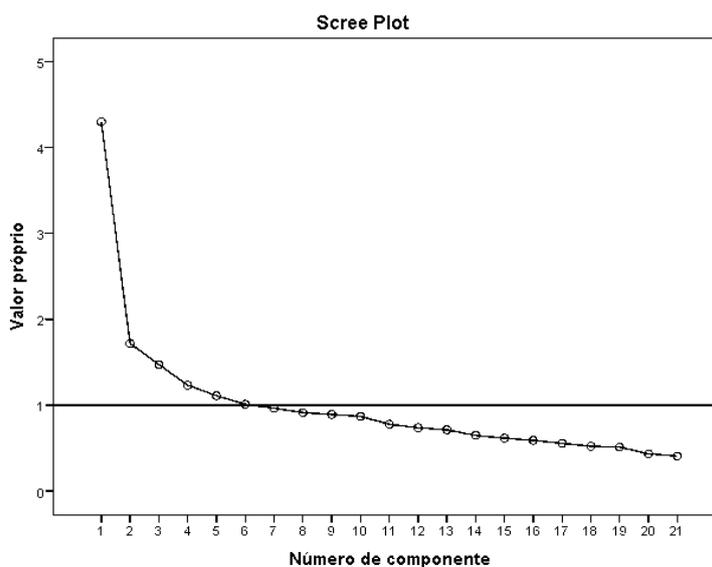


Figura A1. Diagrama de declividade para os dados obtidos durante o processo de validação da PSSCAN com uma amostra de pacientes iniciando o acompanhamento em um centro de oncologia (N=759).

Verificou-se também a variação total explicada pelos fatores. Retendo-se quatro fatores explicava-se 41,54% da variância total, retendo-se seis esse valor aumentava para 51,639%. Entretanto, manteve-se a opção de extrair quatro fatores em função do resultado obtido com a análise paralela.

A seguir, realizou-se a extração dos quatro fatores com fatoração de eixo principal. Como esperava-se que os fatores fossem correlacionados, utilizou-se a rotação *oblimin direto*, com supressão de itens com carga fatorial menores que 0,30.

Como pode ser observado na Tabela A2, no fator 1 foram incluídos todas as questões da Parte C, incluindo em um mesmo fator itens que avaliam ansiedade e depressão. No fator 2, foram incluídos os três itens utilizados para avaliar qualidade de vida em dias. O fator 3 foi formado por três dos cinco itens que avaliavam suporte social. Já no fator 4 ficaram apenas os dois dos três itens utilizados para avaliar a percepção de qualidade de vida. Os itens SS3, SS4 e SS6 não atingiram carga mínima exigida em nenhum fator e foram excluídos.

Tabela A2

Matriz Padrão para Análise Fatorial com Rotação Oblimin Direto da PSSCAN (N=812)

Itens da Escala	Fatores			
	1	2	3	4
A15	0,76			
A18	0,73			
A16	0,69			
A17	0,63			
D20	0,54			
D13	0,53			
D14	0,52			
D21	0,38			
A12	0,36			
D19	0,33			
SS6				
QV9		0,75		
QV11		0,54		
QV10		0,45		
SS2			0,46	
SS1			0,34	
SS5			0,33	
SS3				
QV7				0,65
QV8				0,47
SS4				

Nota. Supressão de fatores < 0,30.

De acordo com os componentes de cada fator, procurando conservar a proposta de Linden et al. (2005), foram adotados os seguintes rótulos para cada fator:

- Fator 1 = *distress*.
- Fator 2 = qualidade de vida em dias.
- Fator 3 = suporte social.
- Fator 4 = percepção de qualidade de vida.

Vale ressaltar que na matriz de correlações entre os fatores (Tabela A3) as correlações entre eles estava abaixo de 0,30. Por este motivo, conjecturou-se que a solução da rotação *Varimax* seria mais apropriada para o presente conjunto de dados. Entretanto, por haver ainda 5% de covariância entre os fatores na matriz residual, decidiu-se por continuar as análises sem modificar o tipo de rotação.

Tabela A3

Sumário das Intercorrelações entre os Fatores Extraídos no PSSCAN

Fator	1	2	3	4
1				
2	0,011			
3	- 0,130	- 0,022		
4	- 0,292	0,122	0,197	

Método de extração: Fatoração do Eixo Principal. Método de rotação:
Oblimin com normalização de Kaiser

Análise de Confiabilidade.

A análise de fidedignidade visa verificar precisamente quanto um teste consegue medir sem erros uma variável. Existem diferentes maneiras de realizar tal análise – teste com uma única amostra, dois testes paralelos aplicados à mesma amostra em uma mesma ocasião e o mesmo teste aplicado em duas ocasiões diferentes – sem prejuízos para a estimação da fidedignidade (Pasquali, 1997).

Para o presente estudo, optou-se pela aplicação do teste em uma única amostra e utilizou-se a análise do coeficiente *alfa* de Cronbach (α), o qual reflete o grau de covariância dos itens entre si e serve como indicador da consistência interna do instrumento (Pasquali, 1997). Segundo Field (2009), é aceitável que o valor de alfa esteja entre 0,7 e 0,8. Entretanto, o autor salienta que no caso de construtos psicológicos podem ser esperados valores abaixo de 0,7 em função da diversidade dos construtos que estão sendo medidos. Neste caso, cabe ao pesquisador justificar a manutenção do uso de uma escala que possua *alfa* menor que 0,7.

Para a análise do coeficiente *alfa*, Cronbach, segundo Field (2009), orienta que, caso existam subescalas no questionário, o α deve ser calculado separadamente para cada uma delas. Seguindo tal orientação, a seguir encontram-se os resultados do coeficiente *alfa* (α) para cada fator.

O Fator 1, no qual agruparam-se os 10 itens que avaliam depressão e ansiedade (A12, D13, D14, A15, A16, A17, A18, D19, D20, D21), apresentou boa confiabilidade ($\alpha= 0,802$). Seus itens representam reações fisiológicas e aspectos cognitivos relativos ao diagnóstico de depressão ou ansiedade, como também presença de ideação suicida.

O Fator 2 agrupou os itens que avaliavam qualidade de vida em dias (QV9, QV10 e QV11) e teve sua confiabilidade global considerada moderada ($\alpha= 0,604$). Nenhum item apresentou correlação item-total abaixo de 0,30.

O Fator 3, composto pelos itens SS1, SS2 e SS5 que avaliam suporte social, teve baixa confiabilidade global ($\alpha= 0,298$). Neste fator, verificou-se que a retirada do item SS5 aumentaria valor de α para 0,306. Observou-se também que para todos os itens o valor da correlação item-

total corrigida estão abaixo de 0,30, indicando uma consistência interna ruim. Por esse motivo, considerou-se que este fator necessita de revisão.

No Fator 4 foram agrupados os itens QV7 e QV8, obtendo moderada confiabilidade global ($\alpha = 0,582$). A “correlação item-total corrigida” entre os dois fatores que compuseram este fator estava acima de 0,40, indicando boa consistência interna.

Análise das Correlações.

Buscando compreender melhor a relação entre os fatores e entre esses e as variáveis sócio-demográficas, realizou-se a análise de correlação de *Spearman*, com exclusão por lista de sujeitos com dados faltantes (Tabela A4).

Foram identificadas associações significativas entre o nível de *distress* e as variáveis sexo ($r = -0,258$; $p < 0,01$) e idade ($r = -0,163$; $p < 0,01$), como também com os fatores suporte social ($r = -0,096$; $p < 0,01$) e percepção de qualidade de vida ($r = -0,33$; $p < 0,01$). Tal resultado indica que maiores níveis de *distress* estão associados com sexo feminino, pessoas mais novas, pior percepção de qualidade de vida e pacientes com pior rede de suporte social.

Tabela A4

Sumário das Intercorrelações entre os Fatores da PSSCAN e entre os Fatores e as Variáveis Sociodemográficas Sexo, Idade, Situação Conjugal e Escolaridade

Variáveis	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
1. <i>Distress</i>				
2. QV em dias	0,013			
3. Suporte Social	- 0,097**	- 0,032		
4. Percepção de QV	- 0,339**	0,024	0,057	
Sexo	- 0,258**	- 0,063	0,107**	- 0,038
Idade	- 0,164**	- 0,048	- 0,016	- 0,025
Situação conjugal	- 0,034	0,020	0,191**	0,028
Escolaridade	- 0,002	0,021	0,021	0,087*

Nota. Intercorrelações para pacientes oncológicos de um hospital universitário (N=719) avaliados com a PSSCAN e questionário sociodemográfico. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

O Fator 3, relativo ao suporte social, mostrou significativa correlação positiva com sexo ($r = 0,106$; $p < 0,01$) e situação conjugal ($r = 0,190$; $p < 0,01$), indicando que a taxas maiores de suporte social estão relacionadas ao sexo masculino e convivência com companheiro(a).

O Fator 4, percepção de qualidade de vida, mostrou correlação positiva significativa com o nível de escolaridade ($r = 0,086$; $p < 0,05$), sinalizando que pessoas com maior escolaridade tendem a perceber-se com melhor qualidade de vida.

O Fator 2, qualidade de vida em dias, não apresentou associação com nenhuma outra variável.

Comentários Finais

Terminadas as análises, apenas o Fator 1 mostrou boa qualidade psicométrica, enquanto os demais fatores poderiam se beneficiar de revisão para melhorar sua estrutura. Destaca-se que no final do ano de 2009, após iniciada a coleta de dados para validação do PSSCAN no Brasil, uma nova versão da ferramenta foi lançada, trazendo alterações nos conteúdos da parte A e B e manutenção da parte C, confirmando os resultados da presente análise, os quais sugerem que apenas a parte C, constituída pelos itens do fator 1, possui adequada precisão.

Apêndice B – Autorização do Autor para Uso da PSSCAN

4/3/2014

Gmail - PSSCAN



juciléia Souza <jujucileia@gmail.com>

PSSCAN

1 mensagem

Wolfgang Linden <wlinden@psych.ubc.ca>
Para: jujucileia@gmail.com

21 de setembro de 2012 00:30

Dear Ms Souza,
please do not apologize for your English; it is quite effective and given that my Portuguese does not exceed 'obrigad' and 'bom dia', I have nothing to brag about. However, please accept my apologies for the slow response. I am not dead and my e-mail does work! Unfortunately, however, our new academic year started 2 weeks ago with many new responsibilities, I get 50+ e-mails per day and have to constantly prioritize. I also did not answer quickly because I could not do anything useful for you in just 1 or 2 sentences.

Thanks for sharing your results with us. Your findings make sense to me. I am attaching a number of papers we have written since 2005 that used PSSCAN and they might help you in your work.

Your Factor 1 is what we would call distress; anxiety and depression always correlate between .6 and .8 and it was therefore predictable that you would get a strong integrating factor. I had earlier executed a principal component analysis and found the same as you (we did not publish this; it was part of the initial item derivation and validation process).

Feel free to use PSSCAN items to create a new scale but if you intentionally cluster the anxiety and depression items together, give the scale a new name; just give us credit for being the source of the items.

Of course you are free to add new items but that especially calls for giving the scale a new name. I warn you though to add something on coping. Coping is a very messy, confusing concept. Obviously one cannot cope with cancer because you cannot directly influence cell growth. You would have to be very specific and have many, many specific questions like: how do you cope with fear of recurrence? How do you cope with fatigue? How do you cope with income loss when you cannot work?. how do you cope with surgical pain after breast cancer surgery? A strategy that is effective for fear of recurrence may not work at all for financial problems.

I have frequently heard the suggestion to cluster the items into a single distress factor but I don't want to do this despite the high inter-correlations. The reason for my desire to keep anxiety and depression separate is that they do not change in synchrony over time; each has its own trajectory (I know this because we now have longitudinal data tracking change over one year). Anxiety tends to decrease fairly soon after diagnosis whereas mean depression scores are fairly stable or even increase over time. These differential trajectories would get washed together if you have only a single factor.

Given that you plan more work on measurement, I urge you to measure what patients actually want. A patient may be anxious but still not seek therapy, another is distressed over money problems and needs help but that is not something a psychologist usually tries to solve. These questions are of particular interest to clinicians. I think I have somewhere on my computer the whole technical report we wrote on a Canadian Consensus on Screening and measurement. If I find, I will enclose it.

Please send me your Portuguese translation of PSSCAN as you used it. It is for my records.

Good luck with your work !
Cordially
Wolfgang Linden

8 anexos

CAPO Survivorship_Guideline_Sept2011.pdf
1315K

CASUN 2006.pdf
170K

Generic% 20Final% 20SURVIVOR_UnmetNeeds% 20Questionnaire_% 20Oct2009.pdf

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=351d20ff75&view=pt&sq=linden&q=s=true&search=query&th=139e6e0bb791e30c&siml=139e6e0bb791e30c>

1/2

Apêndice C – Relação de Preditores Identificados por Artigo (N=77)

Referência	Objetivos	Sujeitos	Preditores Identificados	
			Fatores de Proteção	Fatores de Risco
Arora, Finney Rutten, Gustafson, Moser, & Hawkins (2007)	Avaliar a percepção de utilidade de pacientes com câncer de mama a respeito do suporte recebido; verificar se ocorre mudança no suporte ao longo do tratamento; explorar a influencia do suporte na qualidade de vida e percepção de autoeficácia.	246 mulheres com ca de mama	suporte emocional	
Bettencourt, Talley, Molix, Schlegel, & Westgate (2008)	Examinar a relação entre três tipos de locus de controle e sua influência no ajustamento psicológico de pacientes com câncer de mama da área rural e urbana.		área rural + outro poderoso; locus de controle interno	área urbana + outro poderoso; área urbana + acaso
Boot, Holcombe, & Salmon (2010)	Desenvolver e validar uma forma de avaliar ajustamento em mulheres com câncer de mama; comparar o ajustamento de acordo com o tempo desde o diagnóstico; determinar se o ajustamento positivo é distinto de ansiedade e depressão.	156 mulheres com ca de mama	enfrentamento; <i>distress</i>	
Brown, Kroenke, Theobald, Wu, & Tu (2009)	Examinar a relação entre ansiedade e depressão com qualidade de vida em pacientes com câncer.	405 pacientes com dor, depressão ou ambos		depressão; ansiedade
Christie, Meyerowitz, Giedzinska-Simons, Gross, & Agus (2009)	Examinar a associação entre o comportamento de tomada de decisão e o ajustamento emocional após o tratamento em pacientes com câncer de próstata.	57 homens com câncer de próstata	discutir abertamente o tratamento; busca de suporte social para tomada de decisão	
Cicero, Coco, Gullo, & Lo Verso (2009)	Avaliar estilos de apego e percepção de suporte social e verificar a influencia na adaptação.	96 pacientes	satisfação com o suporte social	estilo de apego ansioso
Costa, & Pakenham (2011)	Examinar a relação entre achar benefícios após o diagnóstico e o processo de ajustamento.	154 pacientes com câncer de tireoide e 32 parceiros	encontrar benefícios (ressignificar positivamente)	<i>distress</i>
Crothers, Tomter, & Garske (2005)	Investigar a relação entre a satisfação do pacientes com seu suporte social e suas emoções e níveis de esperança.		satisfação com o suporte	

Culver, Arena, Antoni, & Carver (2002)	Avaliar a experiência de mulheres brancas não hispânicas, hispânicas e afro americanas no estágio inicial de câncer de mama, com foco no nível de <i>distress</i> e nas estratégias de enfrentamento.	131 mulheres com ca de mama	aceitação	estratégias de evitação
den Heijer, Seynaeve, Vanheusden, Duivenvoorden, Bartels, Menke-Pluymers, et al. (2011)	Compreender como a comunicação na família e o suporte social estão relacionados ao <i>distress</i> psicológico em mulheres com risco para câncer de mama hereditário.	248 mulheres com risco genético para ca de mama	comunicação aberta com os familiares (busca de s. social)	baixa percepção de suporte social
Deno, Tashiro, Miyashita, Asakage, Takahashi, Saito, et al. (2012)	Examinar como o suporte social e a percepção de auto-eficácia mediam o relacionamento entre <i>distress</i> social e <i>distress</i> emocional.	225 pacientes com ca de cabeça e pescoço	suporte dos amigos; suporte dos familiares; morar com familiares	<i>distress</i> social
Devine, Parker, Fouladi, & Cohen (2003)	Examinar o ajustamento psicológico entre indivíduos com câncer avançado (renal ou melanoma metastáticos).	53 pacientes (29 - carcinoma renal, 24 - melanoma)	suporte social	pensamentos intrusivos; estratégias de evitação
Faul, Jim, Williams, Loftus, & Jacobsen (2010)	Examinar a relação entre habilidades para manejo de estresse e <i>distress</i> psicológico em pacientes encaminhados para tratamento quimioterápico.	110 pacientes em pré QT	Estratégias de manejo de estresse	
Frick, Fegg, Tyroller, Fischer, & Bumeder (2007)	Determinar a associação entre locus de controle, atribuição de causalidade e enfrentamento em pacientes submetidos a transplante autólogo.	126 pacientes transplantados	locus de controle externo; percepção de controle sobre a doença	
Gall, & Cornblat (2002)	Descrever fatores religiosos/espirituais relatados por sobreviventes de câncer de mama, procurando compreender o papel no ajustamento, especialmente significado do adoecimento, atitudes de vida e crescimento pessoal.	39 mulheres	suporte social; enfrentamento religioso	
Gall, Guirguis-Younger, Charbonneau, & Florack (2009)	Explorar o uso de estratégias de enfrentamento religiosas ao longo do tempo e sua relação com o nível de <i>distress</i> e bem-estar emocional em resposta ao diagnóstico, tratamento e reestabelecimento do câncer de mama.	93 mulheres com ca de mama e 160 com tumor benigno	busca de suporte religioso (enfrentamento religioso positivo)	enfrentamento religioso negativo (blasfemar contra Deus, descontentamento espiritual, suplicas)
Gilbar, & Zusman (2007)	Explorar se o modelo de relacionamento médico-paciente impacta no nível de <i>distress</i> de mulheres com câncer e seus maridos e se existe correlação entre estratégias de enfrentamento e o relacionamento médico-paciente.	57 díades - paciente e parceiro		estratégias focadas na emoção

Grassi, Travado, Moncayo, Sabato, & Rossi (2004)	Examinar a taxa de morbidade psicológica e variáveis relacionadas em pacientes com câncer.	277 pacientes ambulatoriais		desesperança; preocupação ansiosa; percepção de doença
Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskivaara, & Hietanen (2007)	Investigar a associação entre senso de coerência e <i>distress</i> em pacientes com câncer e seus parceiros.	123 díades - paciente e parceiro	elevado senso de coerência	elevado <i>distress</i> ao diagnóstico
Hack, & Degner (2004)	Avaliar a relação entre o uso de estratégias de aproximação ou evitação durante a fase de diagnóstico e início dos tratamentos adjuvante com o ajustamento psicológico três anos depois.	55 mulheres com estadiamento I ou II de ca de mama.	foco na resolução de problemas	resignação; passividade; descarga emocional; depressão; deixar as decisões para médicos
Hack, Pickles, Ruether, Weir, Bultz, Mackey, et al. (2010)	Examinar o relacionamento entre tipos de tratamento para câncer de mama e de próstata, o papel na toma de decisões e bem-estar psicossocial	1057 pacientes (627 mulheres e 430 homens)		passividade na tomada de decisões; idade mais jovem
Hamama-Raz (2012)	Examinar a existência de diferença de gênero no ajustamento psicológico de sobreviventes de melanoma.	300 pacientes com melanoma	ser casada(o)	estilos de apego evitativo; estilo de apego ansioso; estadiamento avançado
Hamama-Raz, Solomon, Schachter, & Azizi (2007)	Examinar a contribuição do enfrentamento e estilo de apego no ajustamento psicológico de paciente sobreviventes de melanoma.	300 pacientes com melanoma	ser casado(a); ter empregado; hardiness (estratégia ativa)	Estilos de apego evitativo; estilo de apego ansioso; estadiamento avançado; doença como ameaça
Henselmans, Sanderman, Baas, Smink, & Ranchor (2009)	Avaliar o impacto da quimioterapia na percepção de controle, e examinar o efeito do estresse no controle pessoal de mulheres com câncer de mama	64 díades - paciente e parceiro	percepção de controle pessoal	pacientes mais jovens <i>distress</i>
Hjörleifsdóttir, Hallberg, Bolmsjö, & Gunnarsdóttir (2006)	Testar a viabilidade de do Inventário breve de sintomas (BSI) e do Inventário de formas de enfrentamento – versão câncer (WOS-CA) dentro do contexto da Islândia. Explorar o <i>distress</i> psicológico e as e estratégias de enfrentamento, com ênfase no gênero e tipo de tratamento.	40 pacientes		Realizar quimioterapia

Horgan, Holcombe, & Salmon (2010)	Explorar quando mulheres com câncer percebem mudanças positivas; do que essas mudanças consistem; como elas emergiram e de quais aspectos da experiência com o câncer de mama; quais fatores sociais e individuais provavelmente influenciaram seu desenvolvimento.	20 mulheres com câncer de mama	aceitação; reflexões sobre o sofrimento(foco na emoção); reflexões sobre manejo do câncer (foco no problema)	
Hou, Lam, & Fielding (2009)	Examinar como os pacientes chineses com câncer colo retal se adaptam ao diagnóstico e tratamento; suas percepção da evolução dos recursos psicológicos e funções ao longo da experiência; e a dinâmica entre os desdobramentos no contexto médico e a utilização de recursos psicológicos.	16 pacientes	atribuir causa ao destino (locus de controle externo); pragmatismo (foco no problema); otimismo	falhas na rede de suporte social
Howsepian, & Merluzzi (2009)	Investigar a função das crenças religiosas, estudando sua relação com outras variáveis, tais como suporte social, autoeficácia e ajustamento psicológico ao câncer.	164 pacientes	percepção de autoeficácia; suporte social	pacientes mais jovens; elevado impacto da doença
Kallay, Degi, & Vincze (2007)	Investigar a relação entre depressão, atitudes disfuncionais e seus efeitos na qualidade de vida.	376 pacientes hospitalizados		depressão; pacientes mais velhos
Kenne Sarenmalm, Öhlén, Odén, & Gaston-Johansson (2008)	Explorar os sintomas de <i>distress</i> experienciados e preditores de <i>distress</i> e qualidade de vida ao longo do tempo em mulheres com câncer de mama recorrente.	56 mulheres com ca de mama		múltiplos sintomas; história prévia de depressão e ansiedade; depressão
Kim, Rha, Song, Namkoong, Chung, Yoon, et al. (2011)	Investigar a prevalência e os fatores associados ao <i>distress</i> psicológico entre pacientes com câncer coreanos. Classificar doenças mentais entre pacientes com <i>distress</i> significativa.	295 pacientes		sexo feminino; baixa escolaridade; pior performance status
Kohno, Maruyama, Matsuoka, Matsushita, Koeda & Matsushima, (2009)	Examinar o relacionamento entre características psicológicas e percepção de autoeficácia.	52 pacientes	percepção de autoeficácia para regulação emocional; realizar atividades diárias	
Kornblith, Powell, Regan, Bennett, Krasner, Moy, et al. (2007)	Testar se existe diferenças significativas no ajustamento entre jovens sobreviventes de câncer de mama e endométrio.	252 mulheres com ca de mama ou endométrio		pacientes mais jovens

Krupski, Kwan, Fink, Sonn, Maliski, & Litwin (2006)	Determinar se menor espiritualidade em homens no estágio inicial de câncer de próstata está associada com pior qualidade de vida geral ou relacionada à saúde, ou saúde psicossocial.	287 homens com ca de próstata		menor espiritualidade; falta de percepção de significado na vida
Lam, & Fielding (2007)	Verificar se <i>distress</i> pela insatisfação com cirurgia é minimizado por percepção de autoeficácia.	367 pacientes		expectativas não realistas
Lam, Fielding, & Ho (2005)	Verificar se <i>distress</i> pós cirúrgico é previsto por expectativas negativas, dificuldades e envolvimento na tomada de decisões.	367 pacientes		expectativas não realistas; dificuldade na tomada de decisão
Lam, Bonanno, Mancini, Ho, Chan, Hung, et al. (2010)	Examinar o padrão de <i>distress</i> psicológico no primeiro ano após diagnóstico de câncer de mama.	285 mulheres com ca de mama	otimismo; satisfação com a equipe médica	dificuldade para tomar decisões; dificuldade para manejar sintomas
Lebel, Rosberger, Edgar, & Devins (2009)	Examinar o relacionamento entre medo do futuro e <i>distress</i> , pensamentos intrusivos e evitação entre pacientes com câncer de mama.	146 mulheres com estadiamento inicial de ca de mama		<i>distress</i>
Lechner, Carver, Antoni, Weaver, & Phillips (2006)	Examinar a relação atual e prospectiva entre encontrar benefícios a partir do adoecimento e outros resultados.	230 pacientes	percepção menos ameaçadora da doença; resignificação da doença; enfrentamento religioso	
Legg, Occhipinti, Ferguson, Dunn, & Chambers (2010)	Examinar como a percepção de ameaça pode moderar os efeitos psicológicos da comparação positiva com outros pacientes dentro de um programa de autoajuda.	251 pacientes		percepção de doença como ameaça
Lehto, Ojanen, & Kellokumpu-Lehtinen (2005)	Investigar o impacto de fatores do processo de estresse psicológico na qualidade de vida três meses após o diagnóstico de melanoma ou câncer de mama.	72 pacientes com melanoma e 103 com ca de mama	busca de suporte social; percepção de suporte social; percepção mais positiva da doença	pacientes mais jovens; comportamentos de fuga e esquiva
Lima, Lima, & Ferraz (2006)	Examinar correlatos de adaptação psicossocial, demográficos e clínicos em mulheres em tratamento de câncer de mama.	120 mulheres com ca de mama	filhos adultos em casa; maior escolaridade; melhor renda	mudanças no trabalho; estadiamento avançado
Lintz, Moynihan, Steginga, Norman, Eeles, Huddart, et al. (2003)	Investigar necessidades de suporte em homens com câncer de próstata e níveis de morbidade psicológica e qualidade de vida associados à doença.	210 homens com ca de próstata		estadiamento avançado; ser mais jovem; ser casado; diagnóstico recente

Love, Scealy, Bloch, Duchesne, Couper, Macvean, et al. (2008)	Apresentar dados de estudo longitudinal sobre ajustamento psicológico em homens nos estágios iniciais de câncer de próstata e avançado PCA, após o diagnóstico, comparado a homens da comunidade.	367 homens com ca de próstata e 169 homens da comunidade		estadiamento avançado
Matsuoka, Nakano, Inagaki, Sugawara, Akechi, Imoto, et al. (2002)	Verificar se sintomas de estresse pós traumático, especialmente pensamentos intrusivos, podem ser associados com <i>distress</i> psicológico e ajustamento após três ou mais anos após cirurgia na mama.	74 mulheres com ca de mama		pensamentos intrusivos; preocupação ansiosa
Matthews, & Cook (2009)	Examinar o relacionamento entre otimismo e bem-estar emocional e o papel desses mediadores separadamente e tomados em conjunto.	93 pacientes	otimismo	
Moreira, Silva, & Canavarro (2009)	Analisar o papel do investimento na aparência nos resultados de ajustamento, ou seja, qualidade de vida, ajustamento emocional (depressão e ansiedade) e medo de avaliações negativas.	117 mulheres com ca de mama	investimento na aparência	avaliar-se a partir da aparência
Moreira, Silva, & Canavarro (2008)	Conhecer a qualidade de vida e o ajustamento psicossocial de mulheres com câncer de mama em duas fases distintas: fase de diagnóstico e fase de sobrevida.	56 sem ca, 32 recém diagnosticadas, 58 sobreviventes		proximidade de procedimento cirúrgico; expectativas negativas
Nairn, & Merluzzi (2003)	Testar modelo de ajustamento ao câncer no qual suporte social, impacto da doença e enfrentamento religioso impactam no ajustamento, o que seria mediado pela percepção de autoeficácia.	292 pacientes	enfrentamento religioso	
Oh, Meyerowitz, Perez, & Thornton (2007)	Examinar o relacionamento entre necessidade de compreender o significado do mundo, ajustamento, e comunicação.	106 homens com ca de próstata e suas parceiras.	boa comunicação com a equipe	
Ohaeri, Ofi, & Campbell (2011)	Conhecer as preocupações psicossociais do câncer de mama e sua associação com <i>distress</i> psíquico e ajustamento entre mulheres atendidas no hospital de ensino da Nigéria.	63 mulheres com ca de mama		estigma da doença; baixa autoeficácia; mudanças no trabalho
Okuyama, Endo, Seto, Kato, Seki, Akechi, et al. (2008)	Explorar as preocupações dos pacientes sobre a revelação das suas emoções para os médicos, e investigar os fatores associados.	104 pacientes		dificuldade para expressar emoções

Pandey, Devi, Thomas, Vinod Kumar, Krishnan, & Ramdas (2007)	Avaliar a relação entre <i>distress</i> , ansiedade e depressão.	123 pacientes		menor classe social; <i>distress</i> emocional; <i>distress</i> social; <i>distress</i> familiar; <i>distress</i> geral
Pandey, Thomas, Ramdas, & NandaMohan (2006)	Identificar <i>distress</i> em pacientes com câncer em tratamento curativo na Índia.	103 pacientes	ser casada(o); maior nível educacional	estadiamento avançado; realizar mais de um tratamento concomitantemente
Parker, Baile, Moor, & Cohen (2003)	Determinar se suporte social e situação conjugal são independentemente e individualmente associadas com qualidade de vida e ajustamento psicológico.	351 pacientes	ser casada(o); percepção de suporte social,	sexo feminino; ser mais jovem; menor nível educacional; estar em tratamento; recorrência da doença
Reuter, Raugust, Marschner, & HÄRter (2007)	Comparar o <i>distress</i> psicológico, prevalência de desordens mentais e qualidade de vida em pacientes com câncer de mama e ginecológico em tratamento ambulatorial ou internadas.	132 mulheres (66 - internadas e 66 -ambulatoriais)		Necessidade de internação
Reynolds, & Perrin (2004)	Examinar o papel do suporte desejado e indesejado no ajustamento psicossocial.	79 mulheres com ca de mama	satisfação com o suporte social	incompatibilidade entre suporte recebido e desejado
Roberts, Lepore, & Helgeson (2006)	Examinar se o suporte social pode aumentar a qualidade de vida relacionada a saúde.	89 homens com ca de próstata	suporte social	pensamentos intrusivos
Rozema, Vollink, & Lechner (2009)	Examinar a relação entre representações da doença, estratégias de enfrentamento e percepção de saúde de pacientes tratadas para câncer de mama.	119 mulheres com ca de mama	percepção de controle da doença	estadiamento avançado; pior representação emocional da doença
Santana, Zanin, & Maniglia (2008)	Avaliar as estratégias de enfrentamento, a rede e o apoio social.	22 pacientes com ca de cabeça e pescoço	apoio social	
Schou, Ekeberg, & Ruland (2005)	Investigar o relacionamento entre otimismo e pessimismo e qualidade de vida.	165 mulheres com ca de mama	espírito de luta; otimismo	desesperança/desamparo; pessimismo
Schroevers, Helgeson, Sanderman, & Ranchor (2009)	Examinar a relação entre suporte emocional no período do diagnóstico e a experiência de consequências positivas com a doença, denominada crescimento pós-traumático.	206 sobreviventes de câncer	apoio emocional	
Schroevers, Ranchor, & Sanderman (2004)	Explorar o papel da idade no ajustamento de sobreviventes ao câncer.	155 sobreviventes de câncer	idade mais jovem	

Sellick, & Edwardson (2007)	Descrever o processo utilizado para coletar informações sobre <i>distress</i> e como estas informações tem sido utilizadas pela equipe, e o que aprendeu-se sobre os pacientes atendidos.	4281 pacientes	ter companheiro	gênero feminino; mais jovem
Silva, Moreira, & Canavarro (2011)	Examinar o crescimento pós traumático em mulheres com câncer de mama e explorar seu papel na mediação da percepção de impacto da doença, <i>distress</i> emocional e qualidade de vida	78 mulheres com ca de mama	qualidade de vida psicológica; qualidade de vida social	ser mais jovem; percepção negativa sobre o impacto da doença
Smith, Herndon, Lyerly, Coan, Wheeler, Staley, et al. (2010)	Explorar o relacionamento entre recursos psicossociais desenvolvidos com a intervenção denominada "Pathfinders" e resultados alcançados.	44 mulheres com ca de mama	suporte social; percepção de autoeficácia; enfrentamento ativo; espiritualidade; otimismo	
Soares, Moura, Carvalho, & Baptista (2000)	Explorar a relação entre ajustamento emocional, enfrentamento, afetividade e percepção de doença.	40 pacientes		piores percepção de doença; afetividade negativa
Taylor, Lamdan, Siegel, Shelby, Hrywna, & Moran-Klimi (2002)	Avaliar as consequências dos diferentes regimes de tratamento nas preocupações sobre atratividade sexual, e o impacto dessas preocupações no ajustamento psicológico.	91 mulheres com ca de mama	bem-estar psicológico inicial	sensação de baixa atratividade sexual
Travado, Grassi, Gil, Martins, Ventura, & Bairradas (2010)	Avaliar a fé/espiritualidade e seu efeito nas implicações psicológicas do câncer.	323 pacientes	espiritualidade	
Uchitomi, Akechi, Fujimori, Okamura, & Ooba (2003)	Descrever o curso do ajustamento mental de pacientes após cirurgia.	262 pacientes com ca de pulmão		desesperança/desamparo; insatisfação com s. social; baixo nível educacional; depressão ao diagnóstico; estadiamento avançado
Vahdaninia, Omidvari, & Montazeri (2009)	Investigar o impacto do diagnóstico de câncer de mama e seu tratamento no <i>distress</i> psicológico de pacientes com câncer de mama.	167 mulheres com ca de mama	ser solteira	fadiga; viuvez; dor; menor nível educacional
Vargas, Wohlgemuth, Antoni, Lechner, Holley, & Carver (2009)	Determinar a frequência de distúrbios do sono em mulheres antes da terapia adjuvante para câncer de mama, e se grande transtorno do sono prediz piores resultados funcionais.	240 mulheres com ca de mama		transtorno do sono

Walker, Zona, & Fisher (2006)	Examinar se e quais estilos de enfrentamento e de suporte social são preditores de sintomas depressivos.	119 pacientes	aceitação; reinterpretação positiva; busca de suporte social	ser mais jovem; negação; evitação; suporte instrumental diretivo
Whitford, Olver, & Peterson (2008)	Examinar como o bem-estar espiritual e suas subescalas podem associar-se com os estilos de ajustamento ao câncer.	449 pacientes	bem-estar físico; bem-estar social; bem-estar familiar; espiritualidade	desesperança/desamparo
Wildes, Miller, Majors & Ramirez (2009)	Avaliar a associação entre religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida relacionada à saúde.	117 mulheres com ca de mama	religiosidade/espiritualidade	
Wong-Kim, & Bloom (2005)	Determinar a importância relativa de variáveis biológicas, psicológicas e sociais na depressão.	331 mulheres com ca de mama	suporte social emocional	dor; baixa autoestima; idade mais jovem
Wooten, Burney, Foroudi, Frydenberg, Coleman, & Ng (2007)	Investigar com a qualidade de vida é afetada por: distúrbios do humor, sintomas residuais do tratamento, percepção de doença e enfrentamento.	167 homens com ca de próstata	ajustamento marital	estratégias focadas na emoção; doença como ameaça; sintomas físicos

Apêndice D – Estudo Piloto: Validação do Conteúdo do IRPO

Após elaborado o instrumento, foi necessário identificar itens que não estavam adequados para sua aplicação na população que seria avaliada. Para tal, foi realizado um estudo piloto que verificou a clareza da linguagem utilizada na formulação dos itens.

Os entrevistadores foram treinados, recebendo informações sobre o IRPO e sobre os procedimentos envolvidos na coleta de dados – leitura e assinatura do TCLE-1, aplicação da versão inicial do IRPO, preenchimento da entrevista semiestruturada e dos instrumentos “Questionário de avaliação por entrevistadores” e “Questionário de avaliação por pacientes”. Tanto o TCLE quanto os instrumentos utilizados no estudo piloto encontram-se no Apêndice D.

Descrição dos instrumentos:

Roteiro de entrevista semiestruturada – Parte 1: Desenvolvido com a finalidade de coletar dados sociodemográficos e médico-clínicos dos pacientes. Nesta entrevista obtinha-se os seguintes dados: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, tipo de câncer, estadiamento, tempo desde o diagnóstico, dor e presença de limitações físicas.

Questionário de avaliação por pacientes: Questionário a ser respondido pelos pacientes após aplicação do IRPO, registrando-se informações sobre a percepção quanto o tempo utilizado para preencher o questionário; o nível de dificuldade para responder; sua compreensão em relação aos itens.

Questionário de avaliação por entrevistadores: Questionário a ser respondido pelos entrevistadores após a aplicação do IRPO, registrando o tempo utilizado para o paciente preencher o questionário; o nível de dificuldade que o paciente apresentou; sua percepção sobre o nível de compreensão do paciente em relação aos itens.

Os pacientes foram selecionados após consulta aos prontuários no momento em que aguardavam para realizar alguma modalidade consulta ambulatorial. Procurou-se identificar pacientes com diferentes níveis de escolaridade para ter entre os respondentes desde indivíduos não alfabetizados até pessoas com nível superior.

Os pacientes eram convidados a participar e, aceitando, solicitava-se a assinatura do TCLE - 1. Em seguida, junto com o paciente preenchia-se a entrevista semiestruturada, o IRPO e o “Questionário de avaliação por paciente”. Durante a aplicação do IRPO, o entrevistador marcava o tempo utilizado pelo paciente para responder à escala. Após, o entrevistador respondia sobre sua percepção a respeito de cada aplicação utilizando o “Questionário de avaliação por entrevistadores”. A avaliação da percepção do entrevistador foi uma estratégia escolhida para diminuir o efeito da desajustabilidade social sobre as respostas dos pacientes no momento de avaliar o IRPO.

Resultados

Responderam ao instrumento piloto pacientes (N=15), de ambos os sexos, idade média de 43,47 anos (DP=11,01), com diferentes níveis de escolaridade. Os dados sociodemográficos dos

pacientes encontram-se na Tabela D1.

Tabela D1

Características Sociodemográficas e Clínico-Médicas dos Participantes do Estudo 1 (N=15)

Características	N	%
Sexo		
Feminino	8	53,3
Masculino	7	46,7
Estado Civil		
Solteiro	2	13,3
Convívio marital	8	53,3
Divorciado(a)/separado(a)	4	26,7
Viúvo	1	06,7
Escolaridade		
Não alfabetizado	1	06,7
Ensino fundamental incompleto	6	40,0
Ensino fundamental completo	3	20,0
Ensino médio incompleto	1	06,7
Ensino médio completo	3	20,0
Ensino superior incompleto	1	06,6
Situação profissional		
Ativo	2	13,3
Desempregado	5	33,4
Licença médica	3	20,0
Aposentado	2	13,3
Recebendo auxílio doença	3	20,0

Em relação ao tempo utilizado para responder ao instrumento, os pacientes levaram, em média, nove minutos (DP= 4), com um paciente respondendo em menos de cinco minutos, 12 demorando entre cinco e 10 minutos e dois pacientes gastando mais de 15 minutos.

Procurando compreender quais variáveis poderiam interferir no tempo utilizado para responder ao questionário, investigou-se a correlação entre o tempo com: sexo, idade, escolaridade e nível de dor durante a aplicação. Para tal, optou-se pelo uso do coeficiente de correlação de *Spearman*, pelos dados não terem distribuição normal, utilizando-se a variável escolaridade dicotomizada em “não alfabetizados e até o nível fundamental” e “a partir do nível médio”. Tal análise constatou que não houve correlação significativa entre estas variáveis e a quantidade de tempo utilizada para responder ao questionário, contrariando a expectativa de que o nível de escolaridade pudesse interferir. Provavelmente, o auxílio dos entrevistadores com a leitura das questões no momento da aplicação minimiza possíveis dificuldades para responder rapidamente às questões. Entretanto, vale informar que os dois pacientes que utilizaram mais de 15 minutos para

responder foram o mais velho da amostra e a única não alfabetizada. Ainda, sobre o tempo utilizado, no questionário para avaliação do instrumento pelos pacientes, a maior parte dos pacientes (7) considerou o questionário rápido de responder, seis consideraram moderado, um considerou muito rápido e outro demorado.

Analisando as respostas ao questionário de avaliação para pacientes, observou-se que a maioria deles (10) não referiu dificuldade com algum item em particular. Dentre os itens apontados pelos cinco pacientes com dificuldade, encontravam-se: 14 (N=1), 17 (N=1), 19 (N=2), 20 (N=1), 26 (N=1) e 37 (N=1).

Em relação à dificuldade geral para responder o instrumento: seis pacientes não relataram dificuldade; seis tiveram assinalaram sentir um pouco de dificuldade, mas conseguir responder tudo; dois tiveram dificuldade, mas conseguiram responder tudo; um informou que teve dificuldade e deixou questões sem responder. Apesar das dificuldades assinaladas, os pacientes em geral não apontaram palavras difíceis de compreender, havendo apenas dois participantes com dificuldade em algumas palavras, como apresentado na Tabela D2.

Verificando as respostas ao questionário de avaliação, elaborado para os entrevistadores analisarem o momento da aplicação, pode-se ampliar a compreensão a respeito das dificuldades dos pacientes. Apenas dois pacientes foram apontados com maior nível de dificuldade (acima de 7). Entretanto, para os entrevistadores, quatorze pacientes mostraram dificuldade para compreender algumas questões, sendo elas: 11 (N=1), 13 (N=4), 14 (N=10), 17 (N=4), 19 (N=3), 20 (N=4), 21 (N=4) e 26 (N=5). Pode-se notar que houve congruência entre as observações do entrevistadores com as dos pacientes em relação às questões 14, 17, 19, 20 e 26. Os entrevistadores constataram também que seis pacientes tiveram dificuldade para compreender algumas palavras, sendo elas: estratégia (N=5), recusa (N=4) e frequência (N=1).

Apesar da questão 14 ser a única com mais de 50% de concordância quanto a sua dificuldade, de acordo com as observações dos entrevistadores, optou-se por melhorar a redação dos itens para os quais foi indicada alguma dificuldade tanto pelos pacientes quanto pelos entrevistadores. Na Tabela D2 encontram-se compiladas as dificuldades relacionadas a cada questão como também as modificações realizadas para melhorar a redação de cada item e torná-los mais claros para facilitar a compreensão dos pacientes.

O instrumento finalizado foi, então, submetido a análise fatorial (estudo 2).

Tabela D2

Descrição das Dificuldades Identificadas nos Itens de Acordo com a Percepção dos Entrevistadores e dos Pacientes Avaliados no Estudo 1 (N=15)

Item	Pacientes com dificuldade (n)		Dificuldades identificadas	Nova redação
	Pac.*	Entr.**		
11	-	1	Considerar que estar doente é diferente de estar debilitado, não sendo necessária ajuda apenas por ter uma doença.	para ajudá-lo(a) nas tarefas diárias se ficar adoentado(a)/debilitado(a).
13	-	4	Não compreender o significado de “estratégias”.	Tento encontrar estratégias (meios, planos, recursos) que me ajudem a lidar com a doença.
14	1	10	Demorar a entender o conteúdo do item pela presença de uma negativa.	Sinto que nada do que faço poderá me ajudar.
17	1	4	Não compreender o significado de “recusa”.	Me nego a acreditar que isto esteja acontecendo desta forma comigo.
19	2	3	Demorar a entender o conteúdo do item pela presença de uma negativa.	Penso que a vida é ruim porque estou doente.
20	1	4	A palavra viver foi associada com aceitação e satisfação.	Tento aprender a conviver com a doença.
21	-	4	O som da preposição “sem” remeteu ao verbo “ter”, afetando as repostas.	Sinto que não há esperança no futuro.
26	1	5	Existência de duplicidade na frase, pois evitam pensar, mas não pelo motivo apontado.	Tenho receio de que pensamentos ruins ou tristes sobre a doença possam me fazer piorar.
37	1	2	Sentiram-se pesados por recordar um momento difícil em sua vida.	Não foi realizada alteração por ausência de problema na redação do item.

Nota: *número de pacientes que relatou dificuldade para responder o item. **número de pacientes que foram considerados pelo entrevistador como tendo dificuldade no item.

Apêndice E – Instrumentos Utilizados no Estudo Piloto

Termos de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE 1

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: Validação de um Instrumento para Avaliar a Necessidade de Atendimento Psicológico de Pacientes Oncológicos. Tal projeto é realizado por Juciléia Souza, como parte do seu doutorado no Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

O objetivo desta pesquisa é desenvolver um questionário de avaliação/triagem que possibilite reconhecer se os pacientes em tratamento oncológico possuem risco de desenvolver algum tipo de dificuldade emocional que possa prejudicar seu bem-estar durante o tratamento para, assim, poder encaminhá-los ao atendimento psicológico.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através da resposta a uma entrevista, na qual serão perguntadas informações sobre você e sua doença, e a uma escala, que foi desenvolvida para identificar fatores que possam gerar dificuldades emocionais durante o tratamento do câncer. Como deseja-se saber o quanto a escala é adequada, também solicitaremos sua opinião sobre ela. Ainda, para complementarmos as informações sobre cada paciente, será necessário que autorize o acesso às informações sobre seu problema de saúde contidas no prontuário. Informamos que as entrevistas e o questionário serão aplicados em conjunto, caso você concorde e assine esse termo de consentimento, e o prontuário será consultado depois.

Não existem respostas certas ou erradas, apenas procuramos saber como você se encontra no momento. Informamos que, caso sinta qualquer incômodo ou constrangimento, poderá se recusar a responder qualquer uma das questões, como também poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Sua participação é voluntária, isto é, não havendo custos para o(a) senhor(a) e nem pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Esclarecemos, que em nenhum caso sua identidade será revelada durante a divulgação dos resultados da pesquisa. Todos os dados e materiais utilizados nesta pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a psicóloga Juciléia Rezende Souza. Ela poderá ser contatada na divisão de psicologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), telefone: 35411302, em horário comercial, ou através do seu celular: 91451222.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Participante: Nome / assinatura

Juciléia Rezende Souza - Psicóloga CRP: 01-7239
Pesquisadora Responsável

Auxiliar de Pesquisa
Nome e assinatura

Brasília, ___ de _____ de _____

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

PARTE 1

Data:	Registro:	
Nome:		
Sexo: ()F ()M	Data de nascimento:	Idade: anos
Estado civil: () solteiro(a) () convívio marital () divorciado(a)/separado(a) () viúvo(a)	Escolaridade: () não alfabetizado () Ens. fund. incompleto () Ens. fund. completo () Ens. médio incompleto () Ens. Médio completo () Ens. sup. incompleto () Ens. sup. completo () Pós-graduação	Situação profissional: () ativo () nunca trabalhou () desempregado () licença médica () aposentado
Tipo de câncer:		Estadiamento:
Tempo desde o diagnóstico:	Tratamentos anteriores:	Co-morbidade com outras doenças: () sim () não Qual?
<p>Dor (resultado na escala EVA):</p> <div style="text-align: center;">  <p>ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA</p> </div> <p>* Apontou: () número; () carinha; () cor.</p>		
Telefones para contato:		

IRPO Piloto

() Autoaplicada () Aplicada pelo entrevistador

Para conhecermos mais sobre você e a forma como está lidando com essa etapa da sua vida, depois do adoecimento, faremos algumas perguntas. **IMPORTANTE** - As perguntas devem ser respondidas apenas por você ou com ajuda de um membro da equipe. Por favor, responda cada pergunta abaixo marcando um X na resposta apropriada.

Não há respostas certas ou erradas.

Parte A - Escolha a alternativa que melhor represente a maneira como você **percebe** seu adoecimento:

1	Quanto a doença afeta a sua vida?	Não afeta em nada	Afeta um pouco	Afeta moderadamente	Afeta muito	Afeta demais
		1	2	3	4	5

2	Quanto você está preocupado(a) com sua doença?	Não estou preocupado	Um pouco preocupado	Moderadamente preocupado	Muito preocupado	Demasiadamente preocupado
		1	2	3	4	5

3	Quanto a doença o(a) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).	Não me afeta	Afeta-me um pouco	Afeta-me moderadamente	Afeta-me muito	Afeta-me demais
		1	2	3	4	5

4	Quanto você sente sintomas (manifestações, sinais ou reações) de sua doença?	Não sinto sintomas	Sinto um pouco	Sinto moderadamente	Sinto muito	Sinto sintomas graves demais
		1	2	3	4	5

Parte B - Indique a frequência do suporte que recebe de familiares e amigos, **se você precisar**:

		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
5	Posso contar com alguém que me ajude a melhorar meu humor, meu astral.	1	2	3	4	5
6	Posso contar com alguém com quem fazer coisas agradáveis.	1	2	3	4	5
7	Posso contar com alguém para compartilhar minhas preocupações e medos.	1	2	3	4	5
8	Posso contar com alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à minha enfermidade.	1	2	3	4	5
9	Posso contar com alguém que me ajude, se precisar ficar de cama.	1	2	3	4	5
10	Posso contar com alguém para me levar ao médico.	1	2	3	4	5
11	Posso contar com alguém que me ajude nas tarefas diárias se ficar doente.	1	2	3	4	5
12	Me sinto satisfeito(a) em relação ao tipo de apoio recebido.	1	2	3	4	5

Parte C - Em relação ao seu problema de saúde atual, indique a frequência dos seguintes comportamentos:		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
13	Tento encontrar estratégias que me ajudem a lidar com a doença.	1	2	3	4	5
14	Sinto que não tem nada que possa fazer para me ajudar.	1	2	3	4	5
15	Procuo algo positivo em tudo que está acontecendo.	1	2	3	4	5
16	Faço coisas que são importantes para mim, apesar de estar doente.	1	2	3	4	5
17	Me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo desta forma comigo.	1	2	3	4	5
18	Conto meus medos e preocupações sobre a doença a um amigo ou parente.	1	2	3	4	5
19	Penso que a vida não pode ser boa porque estou doente	1	2	3	4	5
20	Tento aprender a viver com a doença.	1	2	3	4	5
21	Me sinto sem esperança no futuro.	1	2	3	4	5
22	Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos).	1	2	3	4	5
23	Peço ajuda a outras pessoas para lidar melhor com a doença	1	2	3	4	5
24	Peço conselhos a outras pessoas para lidar melhor com a doença.	1	2	3	4	5
25	Procuo fazer coisas para esquecer a doença.	1	2	3	4	5
26	Evito ter pensamentos ruins ou tristes sobre a doença por receio que isto me faça piorar.	1	2	3	4	5
27	Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	1	2	3	4	5

Parte D - Por favor, responda cada pergunta na opção mais apropriada para você.		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
28	Durante a última semana meus pensamentos estão repetitivos e cheios de coisas assustadoras	1	2	3	4	5
29	Durante a última semana tenho me sentido agitado e achado difícil me acalmar	1	2	3	4	5
30	Durante a última semana tenho me sentido nervoso/a e trêmulo por dentro	1	2	3	4	5
31	Durante a última semana tenho me sentido tenso e não consigo relaxar	1	2	3	4	5
32	Durante a última semana tenho perdido o interesse por coisas com as quais eu usualmente me importava ou apreciava	1	2	3	4	5
33	Durante a última semana tenho sentido que não posso controlar nada	1	2	3	4	5

Parte D - Por favor, responda cada pergunta na opção mais apropriada para você.

		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
34	Durante a última semana tenho me sentido nervoso e instável.	1	2	3	4	5
35	Recentemente tenho pensado em acabar com a minha vida	1	2	3	4	5
36	No último ano , por duas semanas ou mais, eu me senti triste, desanimado ou deprimido	1	2	3	4	5
37	Eu tive dois anos ou mais em minha vida onde eu me senti deprimido ou triste na maioria dos dias, mesmo que me sentisse bem algumas vezes	1	2	3	4	5

Tempo utilizado para preencher o questionário: _____ minutos.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO POR PACIENTE

1. Você considerou que o tempo necessário para preencher o questionário foi:
- Muito rápido
 - Rápido
 - Moderado
 - Demorado
 - Muito demorado

2. Quanta dificuldade você teve para responder o questionário?
- Não tive nenhuma dificuldade
 - Tive um pouco de dificuldade, mas consegui responder tudo
 - Tive dificuldade, mas consegui responder tudo
 - Tive dificuldade e deixei questões sem responder
 - Tive muita dificuldade, mas consegui responder tudo
 - Tive muita dificuldade e deixei algumas questões sem responder

- Se teve dificuldade, conte o que aconteceu:

3. Teve alguma(s) questão(s) que foi difícil compreender? Não Sim
a. Se sim, qual e por quê?

4. Teve alguma(s) palavra(s) que foi difícil compreender? Não Sim
b. Se sim, qual? Tem alguma sugestão de outra para colocar no lugar?

5. Gostaria de fazer algum comentário sobre o questionário?

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO POR ENTREVISTADOR

1. Tempo utilizado para preencher o questionário

- () Respondeu o questionário muito rapidamente - menos que 5 minutos.
 () Respondeu o questionário rapidamente - de 5 a 10 minutos
 () Demorou um pouco para responder o questionário - de 10 a 15 minutos
 () Demorou muito para responder o questionário - mais que 15 minutos.

2. Quanta dificuldade o paciente teve para responder o questionário?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma											Extrema dificuldade

Justifique _____

3. Houve questões difíceis para o paciente compreender?

- a. () Não () Sim. Quais? (justifique)

4. Teve alguma(s) palavra(s) que o paciente teve dificuldade de compreender?

- a. () Não () Sim. Quais? (justifique)

5. Gostaria de fazer algum comentário sobre o questionário?

Apêndice F – Instrumentos Utilizados no Estudo 2

Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE2

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: Validação de um Instrumento para Avaliar a Necessidade de Atendimento Psicológico de Pacientes Oncológicos. Tal projeto é realizado por Juciléia Souza, como parte do seu doutorado no Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

O objetivo desta pesquisa é desenvolver um questionário de avaliação/triagem que possibilite reconhecer se os pacientes em tratamento oncológico possuem risco de desenvolver algum tipo de dificuldade emocional que possa prejudicar seu bem-estar durante o tratamento para, assim, poder encaminhá-los ao atendimento psicológico.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através da resposta a uma entrevista, na qual serão perguntadas informações sobre você e sua doença, e a uma escala, que foi desenvolvida para identificar fatores que possam gerar dificuldades emocionais durante o tratamento do câncer. Para complementarmos as informações sobre cada paciente, será necessário que autorize o acesso às informações sobre seu problema de saúde contidas no prontuário. Informamos que as entrevistas e o questionário serão aplicados em conjunto, caso você concorde e assine esse termo de consentimento, e o prontuário será consultado depois.

Não existem respostas certas ou erradas, apenas procuramos saber como você se encontra no momento. Informamos que, caso sinta qualquer incômodo ou constrangimento, poderá se recusar a responder qualquer uma das questões, como também poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Sua participação é voluntária, isto é, não havendo custos para o(a) senhor(a) e nem pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Esclarecemos, que em nenhum caso sua identidade será revelada durante a divulgação dos resultados da pesquisa. Todos os dados e materiais utilizados nesta pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a psicóloga Juciléia Rezende Souza. Ela poderá ser contatada na divisão de psicologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), telefone: 35411302, em horário comercial, ou através do seu celular: 91451222.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Participante: Nome / assinatura

Juciléia Rezende Souza - Psicóloga CRP: 01-7239
Pesquisadora Responsável

Auxiliar de Pesquisa
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - PARTE 1

Data:	Registro:	
Nome:		
Sexo: ()F ()M	Data de nascimento:	Idade: anos
Estado civil: 1. () solteiro(a) 2. () convívio marital 3. () divorciado(a)/separado(a) 4. () viúvo(a)	Escolaridade: 1. () não alfabetizado 2. () Ens. fund. incompleto 3. () Ens. fund. completo 4. () Ens. médio incompleto 5. () Ens. Médio completo 6. () Ens. sup. incompleto 7. () Ens. sup. completo 8. () Pós-graduação	Situação profissional: 1. () ativo 2. () nunca trabalhou 3. () desempregado 4. () licença médica 5. () aposentado 6. () auxílio doença 7. () pensionista
Tipo de câncer:		Estadiamento:
Tempo desde o diagnóstico:	Tratamentos anteriores: 1. () cirurgia 2. () QT 3. () RxT 4. () Cirurgia e QT 5. () Cirurgia e RxT 6. () Cirurgia, QT e RxT 7. () QT e RxT 8. outros:	Co-morbidade com outras doenças: () sim () não Qual?
Dor (resultado na escala EVA): <div style="text-align: center;">  <p style="text-align: center;">ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA</p> </div>		
Telefones para contato:		

IRPO – Versão Inicial

() Autoaplicada () Aplicada pelo entrevistador

Para conhecermos mais sobre você e a forma como está lidando com essa etapa da sua vida, depois do adoecimento, faremos algumas perguntas. **IMPORTANTE** - As perguntas devem ser respondidas apenas por você ou com ajuda de um membro da equipe. Por favor, responda cada pergunta abaixo marcando um X na resposta apropriada.

Não há respostas certas ou erradas.

Parte A - Escolha a alternativa que melhor represente a maneira como você **percebe** seu adoecimento:

1	Quanto a doença afeta a sua vida?	Não afeta em nada	Afeta um pouco	Afeta moderadamente	Afeta muito	Afeta demais
		1	2	3	4	5

2	Quanto você está preocupado(a) com sua doença?	Não estou preocupado/a	Um pouco preocupado/a	Moderadamente preocupado/a	Muito preocupado/a	Demasiadamente Preocupado/a
		1	2	3	4	5

3	Quanto a doença o(a) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).	Não me afeta	Afeta-me um pouco	Afeta-me moderadamente	Afeta-me muito	Afeta-me demais
		1	2	3	4	5

4	Quanto você sente sintomas (manifestações, sinais ou reações) de sua doença?	Não sinto sintomas	Sinto um pouco	Sinto moderadamente	Sinto muito	Sinto sintomas graves demais
		1	2	3	4	5

Parte B - Indique a frequência do suporte que recebe de familiares e amigos, **se você precisar**:

		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
5	Posso contar com alguém que me ajude a melhorar meu humor, meu astral.	1	2	3	4	5
6	Posso contar com alguém com quem fazer coisas agradáveis.	1	2	3	4	5
7	Posso contar com alguém para compartilhar minhas preocupações e medos.	1	2	3	4	5
8	Posso contar com alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à minha enfermidade.	1	2	3	4	5
9	Posso contar com alguém que me ajude, se precisar ficar de cama.	1	2	3	4	5
10	Posso contar com alguém para me levar ao médico.	1	2	3	4	5
11	Posso contar com alguém que me ajude nas tarefas diárias se ficar adoentado(a)/debilitado(a).	1	2	3	4	5
12	Me sinto satisfeito(a) em relação ao tipo de apoio recebido.	1	2	3	4	5

Parte C - Em relação ao seu problema de saúde atual, indique a frequência dos seguintes comportamentos:		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
13	Tento encontrar estratégias (meios, planos, recursos) que me ajudem a lidar com a doença	1	2	3	4	5
14	Sinto que nada do que faço poderá me ajudar.	1	2	3	4	5
15	Procuro algo positivo em tudo que está acontecendo.	1	2	3	4	5
16	Faço coisas que são importantes para mim, apesar de estar doente.	1	2	3	4	5
17	Me nego a acreditar que isto esteja acontecendo desta forma comigo.	1	2	3	4	5
18	Conto meus medos e preocupações sobre a doença a um amigo ou parente.	1	2	3	4	5
19	Penso que a vida é ruim porque estou doente.	1	2	3	4	5
20	Tento aprender a conviver com a doença.	1	2	3	4	5
21	Sente que não há esperança no futuro.	1	2	3	4	5
22	Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos).	1	2	3	4	5
23	Peço ajuda a outras pessoas para lidar melhor com a doença.	1	2	3	4	5
24	Peço conselhos a outras pessoas para lidar melhor com a doença.	1	2	3	4	5
25	Procuro fazer coisas para esquecer a doença.	1	2	3	4	5
26	Tenho receio de que pensamentos ruins ou tristes sobre a doença possam me fazer piorar.	1	2	3	4	5
27	Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.	1	2	3	4	5

Parte D - Por favor, responda cada pergunta na opção mais apropriada para você.		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
28	Durante a última semana meus pensamentos estão repetitivos e cheios de coisas assustadoras.	1	2	3	4	5
29	Durante a última semana tenho me sentido agitado/a e achado difícil me acalmar.	1	2	3	4	5
30	Durante a última semana tenho me sentido nervoso/a e trêmulo/a por dentro.	1	2	3	4	5
31	Durante a última semana tenho me sentido tenso/a e não conseguido relaxar.	1	2	3	4	5
32	Durante a última semana tenho perdido o interesse por coisas com as quais eu usualmente me importava ou apreciava.	1	2	3	4	5

Parte D - Por favor, responda cada pergunta na opção mais apropriada para você.

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
33	Durante a última semana tenho sentido que não posso controlar nada.				
34	Durante a última semana tenho me sentido nervoso/a e instável.				
35	Recentemente tenho pensado em acabar com a minha vida.				
36	No último ano , por duas semanas ou mais, eu me senti triste, desanimado/a ou deprimido/a.				
37	Eu tive dois anos ou mais em minha vida onde eu me senti deprimido/a ou triste na maioria dos dias, mesmo que me sentisse bem algumas vezes.				

Muito obrigada!

Apêndice G – Instrumentos Utilizados no Estudo 3

Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE3

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: Desenvolvimento de escala para triagem psicológica de pacientes oncológicos a partir do processo de adaptação.

O objetivo desta pesquisa é desenvolver um questionário de avaliação/triagem que possibilite reconhecer se os pacientes em tratamento oncológico possuem algum tipo de sofrimento emocional que possa prejudicar seu bem-estar ao longo do tratamento e, assim, poder encaminhá-los para atendimento psicológico.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através da resposta a uma entrevista, na qual serão perguntadas informações sobre você e sua doença, ao questionário, que foi desenvolvido para saber se existe algum tipo de sofrimento emocional, a outro questionário que avalia o nível ansiedade e depressão, e da permissão para coletarmos informações sobre seu problema de saúde no prontuário. Hoje, uma entrevista e um questionário serão aplicados em conjunto, caso você concorde e assine esse termo de consentimento, e o prontuário será consultado depois. Daqui a três meses, ligaremos para o(a) senhor(a) e perguntaremos que dia virá ao hospital e se poderá, neste dia, responder novamente ao questionário, às perguntas sobre o seu tratamento e ao questionário que avalia seu nível de ansiedade e depressão.

Não existem respostas certas ou erradas, apenas procuramos saber como você se encontra no momento. Informamos que, caso sinta qualquer incômodo ou constrangimento, poderá se recusar a responder qualquer uma das questões, como também poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Sua participação é voluntária, isto é, não havendo custos para o(a) senhor(a) e nem pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Esclarecemos, que em nenhum caso sua identidade será revelada durante a divulgação dos resultados da pesquisa. Todos os dados e materiais utilizados nesta pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a psicóloga Juciléia Rezende Souza. Ela poderá ser contatada na divisão de psicologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), telefone: 35411302, em horário comercial, ou através do seu celular: 91451222.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Participante: Nome / assinatura

Juciléia Rezende Souza - Psicóloga CRP: 01-7239
Pesquisadora Responsável

Auxiliar de Pesquisa
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

Entrevista Semiestruturada - Parte 1 e 2

Data:		Registro:
Nome:		
Sexo: () F () M	Data de nascimento:	Idade: anos
Estado civil: 5. () solteiro(a) 6. () convívio marital 7. () divorciado(a)/separado(a) 8. () viúvo(a)	Escolaridade: 9. () não alfabetizado 10. () Ens. fund. incompleto 11. () Ens. fund. completo 12. () Ens. médio incompleto 13. () Ens. Médio completo 14. () Ens. sup. incompleto 15. () Ens. sup. completo 16. () Pós-graduação	Situação profissional: 8. () ativo 9. () nunca trabalhou 10. () desempregado 11. () licença médica 12. () aposentado 13. () auxílio doença 14. () pensionista
Tipo de câncer:		Estadiamento:
Tempo desde o diagnóstico (meses): Data do diagnóstico:	Tratamentos anteriores (marcar mais de uma opção quando necessário): 0. () nenhum 9. () cirurgia 10. () QT 11. () RxT/Braquiterapia 12. () hormonioterapia 13. outros: _____	Co-morbidade com outras doenças: () sim () não Qual?
Dor (resultado na escala EVA):		
<p style="text-align: center;">ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA</p>		
Telefones para contato:		

Parte 2

Tratamento(s) em curso no momento:	Acompanhamento psicológico:
0. () nenhum 1. () cirurgia 2. () QT 3. () RxT/Braquiterapia 4. () hormonioterapia 5. outros: _____	0-()sim 1-()não
Efeitos colaterais percebidos com o tratamento atual:	
<input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> vômitos <input type="checkbox"/> fadiga <input type="checkbox"/> alopecia (perda de cabelo) <input type="checkbox"/> insônia <input type="checkbox"/> diarreia <input type="checkbox"/> constipação <input type="checkbox"/> mudanças no apetite <input type="checkbox"/> pele seca/coceira <input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> mudanças na pele e unhas <input type="checkbox"/> mudanças no urinar <input type="checkbox"/> inchaço <input type="checkbox"/> mudanças na boca e garganta (mucosite, aftas) <input type="checkbox"/> outros:	

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD

Este questionário nos ajudará a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases e marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA**. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

<p>A 1) Eu me sinto tenso/a ou contraído/a: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p>	<p>D 8) Eu estou lento/a para pensar e fazer as coisas: 3 () Quase sempre 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p>
<p>D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes: 0 () Sim, do mesmo jeito que antes 1 () Não tanto quanto antes 2 () Só um pouco 3 () Já não sinto mais prazer em nada</p>	<p>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: 0 () Nunca 1 () De vez em quando 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre</p>
<p>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer: 3 () Sim, e de um jeito muito forte 2 () Sim, mas não tão forte 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 0 () Não sinto nada disso</p>	<p>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: 3 () Completamente 2 () Não estou mais me cuidando como deveria 1 () Talvez não tanto quanto antes 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p>
<p>D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Atualmente um pouco menos 2 () Atualmente bem menos 3 () Não consigo mais</p>	<p>A 11) Eu me sinto inquieto/a, como se eu não pudesse ficar parado/a em lugar nenhum: 3 () Sim, demais 2 () Bastante 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim</p>
<p>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Raramente</p>	<p>D 12) Fico esperando animado/a 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</p>
<p>D 6) Eu me sinto alegre: 3 () Nunca 2 () Poucas vezes 1 () Muitas vezes 0 () A maior parte do tempo</p>	<p>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: 3 () A quase todo momento 2 () Várias vezes 1 () De vez em quando 0 () Não sinto isso</p>
<p>A 7) Conseguo ficar sentado/a à vontade e me sentir relaxado/a: 0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca</p>	<p>D 14) Conseguo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa: 0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca</p>

IRPO – Segunda Versão

() Autoaplicada () Aplicada pelo entrevistador

Para conhecermos mais sobre você e a forma como está lidando com essa etapa da sua vida, depois do adoecimento, faremos algumas perguntas. **IMPORTANTE** - As perguntas devem ser respondidas apenas por você ou com ajuda de um membro da equipe. Por favor, responda cada pergunta abaixo marcando um X na resposta apropriada.

Não há respostas certas ou erradas.

Parte A - Escolha a alternativa que melhor represente a maneira como você **percebe** seu adoecimento:

1	Quanto a doença afeta a sua vida?	Não afeta em nada	Afeta um pouco	Afeta moderadamente	Afeta muito	Afeta demais
		1	2	3	4	5

2	Quanto você está preocupado(a) com sua doença?	Não estou preocupado/a	Um pouco preocupado/a	Moderadamente preocupado/a	Muito preocupado/a	Demasiadamente Preocupado/a
		1	2	3	4	5

3	Quanto a doença o(a) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).	Não me afeta	Afeta-me um pouco	Afeta-me moderadamente	Afeta-me muito	Afeta-me demais
		1	2	3	4	5

Parte B - Indique a frequência do suporte que recebe de familiares e amigos, **se você precisar**:

		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
4	Posso contar com alguém com quem fazer coisas agradáveis.	1	2	3	4	5
5	Posso contar com alguém para compartilhar minhas preocupações e medos.	1	2	3	4	5
6	Posso contar com alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à minha enfermidade.	1	2	3	4	5
7	Posso contar com alguém que me ajude a melhorar meu humor, meu astral.	1	2	3	4	5
8	Posso contar com alguém que me ajude, se precisar ficar de cama.	1	2	3	4	5
9	Posso contar com alguém para me levar ao médico.	1	2	3	4	5
10	Posso contar com alguém que me ajude nas tarefas diárias se ficar adoentado(a)/debilitado(a).	1	2	3	4	5
11	Me sinto satisfeito(a) em relação ao tipo de apoio recebido.	1	2	3	4	5

Parte C - Em relação ao seu problema de saúde atual, indique a frequência dos seguintes comportamentos:		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
12	Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos).	1	2	3	4	5
13	Conto meus medos e preocupações sobre a doença a um amigo ou parente.	1	2	3	4	5
14	Tento encontrar estratégias (meios, planos, recursos) que me ajudem a lidar com a doença.	1	2	3	4	5
15	Procuo algo positivo em tudo que está acontecendo.	1	2	3	4	5
16	Faço coisas que são importantes para mim, apesar de estar doente.	1	2	3	4	5
17	Tento aprender a conviver com a doença.	1	2	3	4	5
18	Sinto que nada do que faço poderá me ajudar.	1	2	3	4	5
19	Penso que a vida é ruim porque estou doente.	1	2	3	4	5

Parte D - Por favor, responda cada pergunta na opção mais apropriada para você.		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
20	Durante a última semana meus pensamentos estão repetitivos e cheios de coisas assustadoras.	1	2	3	4	5
21	Durante a última semana tenho me sentido agitado/a e achado difícil me acalmar.	1	2	3	4	5
22	Durante a última semana tenho me sentido nervoso/a e trêmulo/a por dentro.	1	2	3	4	5
23	Durante a última semana tenho me sentido tenso/a e não conseguido relaxar.	1	2	3	4	5
24	Durante a última semana tenho perdido o interesse por coisas com as quais eu usualmente me importava ou apreciava.	1	2	3	4	5
25	Durante a última semana tenho sentido que não posso controlar nada.	1	2	3	4	5
26	Durante a última semana tenho me sentido nervoso/a e instável.	1	2	3	4	5
27	No último ano , por duas semanas ou mais, eu me senti triste, desanimado/a ou deprimido/a.	1	2	3	4	5

Muito obrigada!

Apêndice H – Modelo Final do IRPO com Crivo de Correção

Indicador de Risco Psicológico em Oncologia - IRPO

Para conhecermos mais sobre você e a forma como está lidando com essa etapa da sua vida, depois do adoecimento, faremos algumas perguntas. **IMPORTANTE** - As perguntas devem ser respondidas apenas por você ou com ajuda de um membro da equipe. Por favor, responda cada pergunta abaixo marcando um X na resposta apropriada.

Não há respostas certas ou erradas.

Parte A

Escolha a alternativa que melhor represente a maneira como você **percebe** seu adoecimento:

1. Quanto a doença afeta a sua vida?

()1	()2	()3	()4	()5
Não afeta em nada	Afeta um pouco	Afeta moderadamente	Afeta muito	Afeta Demais

2. Quanto você está preocupado(a) com sua doença?

()1	()2	()3	()4	()5
Não estou preocupado/a	Um pouco preocupado/a	Moderadamente preocupado/a	Muito preocupado/a	Preocupado/a

3. Quanto a doença o(a) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).

()1	()2	()3	()4	()5
Não me afeta	Afeta um pouco	Afeta-me moderadamente	Afeta-me muito	Afeta-me demais

Parte B

Indique a frequência do suporte que recebe de familiares e/ou amigos, **se você precisar**:

4. Posso contar com alguém com quem fazer coisas agradáveis.

()5	()4	()3	()2	()1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

5. Posso contar com alguém para compartilhar minhas preocupações e medos.

()5	()4	()3	()2	()1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

6. Posso contar com alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à minha enfermidade.

()5	()4	()3	()2	()1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

7. Posso contar com alguém que me ajude a melhorar meu humor, meu astral.

()5	()4	()3	()2	()1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

8. Posso contar com alguém que me ajude, se precisar ficar de cama.

()5	()4	()3	()2	()1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

9. Posso contar com alguém para me levar ao médico.

()5	()4	()3	()2	()1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

10. Posso contar com alguém que me ajude nas tarefas diárias se ficar adoentado(a)/debilitado(a).

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

11. Me sinto satisfeito(a) em relação ao tipo de apoio recebido.

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

Parte C

Em relação ao seu **problema de saúde atual**, indique a frequência dos seguintes comportamentos:

12. Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos).

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

13. Conto meus medos e preocupações sobre a doença a um amigo ou parente.

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

14. Tento encontrar estratégias (meios, planos, recursos) que me ajudem a lidar com a doença.

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

15. Procuro algo positivo em tudo que está acontecendo.

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

16. Faço coisas que são importantes para mim, apesar de estar doente.

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

17. Tento aprender a conviver com a doença.

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

18. Sinto que nada do que faço poderá me ajudar.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

19. Penso que a vida é ruim porque estou doente.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

Parte D

Por favor, responda cada pergunta na opção mais apropriada para você.

20. Durante a última semana meus pensamentos estão repetitivos e cheios de coisas assustadoras.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

21. Durante a última semana tenho me sentido agitado/a e achado difícil me acalmar.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

22. Durante a última semana tenho me sentido nervoso/a e trêmulo/a por dentro.

()1	()2	()3	()4	()5
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

23. Durante a última semana tenho me sentido tenso/a e não conseguido relaxar.

()1	()2	()3	()4	()5
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

24. Durante a última semana tenho perdido o interesse por coisas com as quais eu usualmente me importava ou apreciava.

()1	()2	()3	()4	()5
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

25. Durante a última semana tenho sentido que não posso controlar nada.

()1	()2	()3	()4	()5
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

26. Durante a última semana tenho me sentido nervoso/a e instável.

()1	()2	()3	()4	()5
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

27. No último ano, por duas semanas ou mais, eu me senti triste, desanimado/a ou deprimido/a.

()1	()2	()3	()4	()5
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

Muito obrigada!

TRIAGEM PSICOLÓGICA

Data: _____

Nome: _____ Sexo:

feminino masculino

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos

Estado Civil: solteiro(a) convívio marital divorciado(a)/separado(a) viúvo(a)

Escolaridade: não alfabetizado Ens. fund. incompleto Ens. fund. completo

Ens. médio incompleto Ens. médio completo Ens. sup. incompleto Ens. sup. completo

Indicador de Risco Psicológico em Oncologia - IRPO

	Itens	Amplitude	Total
Percepção de Doença	1, 2, 3 e 19	4 – 20	
Suporte Social Emocional	4, 5, 6, 7, 12 e 13	6 – 30	
Suporte Social Instrumental	8, 9, 10 e 11	4 – 20	
Enfrentamento Ativo	14, 15, 16, 17 e 18	5 – 25	
<i>Distress</i> Atual	20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 e 27	8 – 40	
IGR (Índice Geral de Risco)	ponto de corte: 55	5 – 135	

Necessidade de encaminhamento para atendimento psicológico:

Sim

Não

Assinatura e Carimbo do Responsável pela Avaliação