

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

RODRIGO DOS SANTOS LUGÃO

**A SAÚDE MENTAL E A PSICOTERAPIA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS:
CONTRIBUIÇÕES PARA AÇÕES POLÍTICAS E SOCIAIS**

VITÓRIA/ES
2014

RODRIGO DOS SANTOS LUGÃO

**A SAÚDE MENTAL E A PSICOTERAPIA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS:
CONTRIBUIÇÕES PARA AÇÕES POLÍTICAS E SOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Hebert Wilson Santos Cabral.

VITÓRIA/ES
2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

L951s Lugão, Rodrigo dos Santos, 1974-
 A saúde mental e a psicoterapia em pacientes oncológicos:
 contribuições para ações políticas e sociais / Rodrigo dos Santos
 Lugão. – 2014.
 86 f. il.

Orientador: Herbert Wilson Santos Cabral.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Neoplasia. 2. Oncologia. 3. Políticas públicas. I. Cabral,
Herbert Wilson Santos. II. Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

RODRIGO DOS SANTOS LUGÃO

**A SAÚDE MENTAL E A PSICOTERAPIA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS:
CONTRIBUIÇÕES PARA AÇÕES POLÍTICAS E SOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em ____ de _____ de 2014.

Prof. Dr. Hebert Wilson Santos Cabral
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Prof.^a. Dr.^a. Mônica Cola Cariello Brotas Correa
Universidade de Vila Velha – UVV

Dedico esta obra a todos aqueles que lutaram contra o câncer e que sentiram a dor, não somente em seus corpos, mas em seus sentimentos, suas emoções e em suas almas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte que me sustenta, aos meus pais, que com honra, trabalho e honestidade me auxiliaram na viagem até aqui, aos meus irmãos que foram meus companheiros, ao meu filho por quem luto todos os dias, à minha namorada por suportar minha ausência quando necessário, à minha família que é meu esteio, aos residentes que me ajudaram na coleta de dados, aos cirurgiões da equipe que me auxiliaram, aos meus amigos pelo incentivo, à minha amiga Thais Azevedo de Oliveira pela ajuda na revisão do texto, ao meu amigo e agora meu mestre Dr. Hebert Wilson Santos Cabral e a todos aqueles que foram aqui furtados de seu agradecimento...

E se eles querem meu sangue, terão o meu
sangue só no fim. E se eles querem meu corpo,
só se eu estiver morto, só assim.

(Cidade Negra)

RESUMO

O câncer é atualmente um dos grandes problemas em saúde pública no país. A alta incidência, o grande número de casos avançados no momento do diagnóstico e a precariedade dos serviços prestados à maioria dos pacientes, podem contribuir para a má evolução da doença em alguns casos. Reconhecer o comprometimento da saúde mental dos portadores de câncer no período pré-operatório é fundamental, pois condutas direcionadas poderão melhorar o curso do tratamento. O objetivo do trabalho foi avaliar, a saúde mental de pacientes com neoplasia, buscando verificar a indicação de abordagem especializada, analisando a presença de comprometimento da saúde mental, a presença e os fatores associados ao *distress* e a necessidade de abordagem especializada com instrumento de rastreio aplicáveis como o MHI-5, o Termômetro de Distress e o Questionário de Epstein. O desenho do estudo foi transversal, descritivo, prospectivo, no qual foram avaliados, através da aplicação de questionários de avaliação de saúde mental, 29 pacientes portadores de neoplasia maligna, com indicação de tratamento cirúrgico, no período pré-operatório, na seguinte ordem: o Mental Health Inventory-5 (MHI-5), com objetivo de identificar a presença de alteração da saúde mental, o termômetro de *distress* (TD) que é constituído por dois elementos, um para análise do nível de *distress* e o outro para identificar as possíveis causas, e o Epstein Mental Health Inventory (EMHI) destinado a identificar pessoas com possíveis problemas de saúde mental que necessitam de encaminhamento a especialistas. As comparações múltiplas foram realizadas pelos teste qui-quadrado seguido de testes de comparação de proporções “Tukey/Bonferroni. Nos resultados, 32% dos pacientes apresentavam algum grau de comprometimento da saúde mental na aplicação do MHI-5. A presença do *distress* foi identificada em 43% da amostra sendo os principais fatores relacionados a sua presença os problemas familiares, físicos e emocionais, presentes em 82%, 82% e 79%, respectivamente, dos entrevistados, na aplicação do TD. Segundo a aplicação do EMHI, 61% da amostra necessitam de um suporte especializado com profissionais da área. Os métodos de rastreio foram capazes de identificar os pacientes com alteração do estado mental frente à doença e aqueles com indicação de apoio de profissionais especializados, o que pode ser relevante no âmbito de políticas de saúde mental no apoio a esses pacientes.

Palavras-chave: neoplasia, pré-operatório, oncologia, políticas públicas, saúde mental.

ABSTRACT

Cancer is currently one of the major public health problems in the country. The high incidence, the large number of advanced cases at time of diagnosis and the precarious nature of the services provided to most patients, may contribute to the poor prognosis of the disease in some cases. Recognize the commitment of the mental health of cancer patients in the preoperative period is critical, as directed behaviors may improve the course of treatment. The objective was to assess the mental health of patients with cancer, seeking to verify the indication specialized approach, analyzing the presence of mental health disorders, the presence and the factors associated with distress and the need for specialized approach to screening tool applicable as the MHI-5, the Distress Thermometer and Epstein Questionnaire. The study design was cross-sectional, descriptive, prospective, which evaluated through questionnaires of mental health evaluation, 29 patients with malignancy, with an indication for surgical treatment, preoperative period, in the following order: the mental health Inventory-5 (MHI-5), in order to identify the presence of changes in mental health, distress thermometer (DT) which consists of two elements, one for analysis of the level of distress and the other to identify possible causes, and the Epstein mental health Inventory (EMHI) to identify people with possible mental health problems that require referral to specialists. Multiple comparisons were performed by qui-square test followed by a comparison of proportions "Tukey / Bonferroni tests. In the results, 32% of patients had some degree of mental health disorders in implementing the MHI-5. The presence of distress was identified in 43% of the sample being the main factors related to their presence the family, physical and emotional problems present in 82%, 82% and 79%, respectively, of respondents in the application of TD. According to the application of EMHI, 61% of the sample require a specialized support with professionals. The screening methods were able to identify patients with altered mental state towards the disease and those indicating support of skilled professionals, which may be relevant in the context of policies of mental health as important in supporting these patients.

Keywords: neoplasia, preoperative, oncology, public policies, mental health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Parâmetros sociodemográficos: gênero	44
Gráfico 2 – Parâmetros sociodemográficos: emprego	46
Gráfico 3 – Parâmetros sociodemográficos: local de atendimento	48
Gráfico 4 – Parâmetros sociodemográficos: tabagismo	48
Gráfico 5 – Parâmetros sociodemográficos: etilismo	49
Gráfico 6 – Resultado do MHI-5	54
Gráfico 7 – Resultado do Termômetro de <i>distress</i>	57
Gráfico 8 – Problemas Práticos.....	59
Gráfico 9 – Problemas Familiares	60
Gráfico 10 – Problemas Emocionais	61
Gráfico 11 – Presença de Espiritualidade	62
Gráfico 12 – Problemas Físicos	63
Gráfico 13 – Indicação de Psicoterapia	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise de parâmetros sociodemográficos: idade	44
Tabela 2 – Análise de parâmetros sociodemográficos: estado civil	45
Tabela 3 – Análise de parâmetros sociodemográficos: escolaridade	45
Tabela 4 – Análise de parâmetros sociodemográficos: jornada de trabalho ...	46
Tabela 5 – Análise de parâmetros sociodemográficos: tempo de trabalho	47
Tabela 6 – Análise de parâmetros sociodemográficos: tempo de trabalho no mesmo emprego	47
Tabela 7 – Respostas à pergunta n. 1 do MHI-5	50
Tabela 8 – Respostas à pergunta n. 2 do MHI-5	51
Tabela 9 – Respostas à pergunta n. 3 do MHI-5	51
Tabela 10 – Respostas à pergunta n. 4 do MHI-5.....	51
Tabela 11 – Respostas à pergunta n. 5 do MHI-5.....	52
Tabela 12 – Análise da primeira pergunta do EMHI	65
Tabela 13 – Análise da segunda pergunta do EMHI	66
Tabela 14 – Análise da terceira pergunta do EMHI	66
Tabela 15 – Análise da quarta pergunta do EMHI	67
Tabela 16 – Análise da quinta pergunta do EMHI	67
Tabela 17 – Análise da sexta pergunta do EMHI	68
Tabela 18 – Análise da sétima pergunta do EMHI	68
Tabela 19 – Análise da oitava pergunta do EMHI	68
Tabela 20 – Análise da nona pergunta do EMHI.....	69
Tabela 21 – Análise da décima pergunta do EMHI	69
Tabela 22 – Relação do comprometimento da saúde mental com a necessidade de psicoterapia	70

LISTA DE SIGLAS

ASCO	American Society of Clinical Oncology
CF	Constituição Federal
EMHI	Epstein Mental Health Inventory
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MHI	Mental Health Inventory
MHI-5	Mental Health Inventory-5
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
OMS	Organização Mundial de Saúde
SBPO	Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia
SNC	Serviço Nacional de Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD	Termômetro de <i>Distress</i>
UICC	União Internacional de Controle do Câncer

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 SÍNTESE HISTÓRICA DO CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL	17
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE APÓS A CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1988)	21
2.3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA PSICO-ONCOLOGIA	28
3 METODOLOGIA	36
3.1 DA PESQUISA	36
3.2 SUJEITOS DA PESQUISA	36
3.2.1 Critérios de Inclusão	37
3.2.2 Critérios de Exclusão	37
3.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	37
3.4 COLETA DE DADOS	38
3.4.1 Análise dos Dados	41
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	42
4 DISCUSSÃO E RESULTADOS	43
4.1 DOS PARÂMETROS SOCIODEMOGRÁFICOS	43
4.2 RASTREIO DE SAÚDE MENTAL	49
4.2.1 Classificação pela escala utilizada	53
4.3 RASTREIO DO ESTRESSE	55
4.3.1 Frequências de presença ou não de estresse pela escala	57
4.3.2 Descrição dos fatos impactantes na presença de estresse	58
4.4 PRINCIPAL TIPO DE TRANSTORNO MENTAL OBSERVADO	65
4.4.1 Indicação de Psicoterapia	70
5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	79
APÊNDICE A – Fluxograma do Desenho Experimental	80
ANEXOS	81
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82

ANEXO B – Formulário de Pesquisa: Questionário Sociodemográfico	83
ANEXO C – Questionário de Avaliação de Saúde Mental	84

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que o câncer deve ser analisado como um problema de saúde pública, tendo em vista ser a segunda causa de morte por doença no mundo ocidental (BRASIL, 2007).

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimava que no ano de 2012, ocorreriam 518.510 novos casos de câncer (BRASIL, 2007). Desta forma, várias ações têm sido tomadas e portarias baixadas para o melhor manejo da problemática em questão.

As ações nacionais de controle do câncer estão estabelecidas na Portaria do Ministério da Saúde n. 2.439 de 8 de dezembro de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) e estabeleceu diretrizes para o controle do câncer, desde a prevenção primária até os cuidados paliativos. A supramencionada Portaria destaca ainda, a necessidade de desenvolver mecanismos e parâmetros de avaliação do impacto em curto, médio e longo prazo das ações e serviços prestados em todos os níveis de atenção à saúde.

Acerca do tema, merece destaque também a Portaria do Ministério da Saúde n. 741 de 19 de dezembro de 2005 que definiu a criação dos Centros e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades, estimando que para cada 1.000 novos casos de câncer, 600 doentes necessitarão de procedimentos cirúrgicos; descreve ainda, em suas disposições gerais, a necessidade de uma estrutura física e funcional mínima dos serviços hospitalares gerais, que deve contar, dentre outros, com apoio multidisciplinar, incluindo a psiquiatria e a psicologia clínica, que estão correlacionadas ao âmbito da saúde mental.

Segundo Costa Júnior (2001), desde as épocas mais remotas, é sabido que fatores psicológicos podem interferir nos processos de desenvolvimento de doenças; estudos recentes (ARAÚJO et al., 2009; COSTA JÚNIOR, 2001; DECAT, 2010; LOURENÇÃO et al., 2010) permitem apontar evidências de que a resposta psicológica do paciente ao câncer constitui uma variável significativa sobre os resultados do tratamento, podendo, inclusive, afetar a duração de sua sobrevivência. Sendo assim, Costa Júnior

(2001) destaca a área de estudo da psico-oncologia, que compreende a interface entre a psicologia e a oncologia como ferramenta facilitadora no processo de enfrentamento de eventos estressantes, relacionados com o diagnóstico e o tratamento da doença neoplásica.

Neste contexto, Araújo et al. (2009) diz que a alta prevalência de transtornos psiquiátricos em oncologia pode ser compreendida em razão da intensidade com que os enfermos convivem com a angústia, a dor, o desfiguramento, a dependência, o isolamento, o luto, a separação, as perdas e a morte, além de terem que suportar os efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia, se não bastasse, ainda restam as frequentes internações hospitalares, os altos gastos financeiros e as mudanças que atingem também suas famílias.

O supracitado autor destaca a popularidade e a abrangência do termo estresse, bem como a sua vinculação com alguns transtornos psiquiátricos e cita que pesquisadores da área de oncologia encontraram no termo *distress* uma boa forma de se referir especificamente ao estresse vivenciado pelo paciente iniciado na fase de diagnóstico do câncer. Sendo *distress* definido como uma experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica, social e/ou espiritual, que oscila entre a percepção da própria vulnerabilidade, tristeza, fantasias e medo frente ao desconhecido e reações mais intensas como depressão, ansiedade, pânico, crises existenciais e isolamento social (ARAÚJO et al., 2009).

A literatura descreve vários instrumentos que podem ser utilizados para avaliação e abordagem da saúde mental. Dentre eles tem-se o Mental Health Inventory (MHI) e sua versão reduzida o Mental Health Inventory-5 (MHI-5); o termômetro de *Distress* e o Epstein Mental Health Inventory (EMHI) que visam o rastreio (*screening*) da saúde mental (através da descrição do nível da qualidade de vida cognitiva e emocional) e da qualidade de vida (compreendida como a percepção individual sobre a própria posição na vida, dentro do contexto social e cultural, e em referência aos próprios objetivos e expectativas), identificação de fatores associados que contribuem para a desestruturação psicossocial e a indicação de auxílio de profissionais como meio de reestabelecimento de sua autonomia. O MHI (Mental Healthy Inventory) é um questionário de auto-resposta, desenvolvido pela Health Insurance Study da Rand

Corporation (instituto de pesquisa sem fins lucrativos, situado na Califórnia que busca contribuir com as decisões de implantação de políticas no setor público e privado), objetivando a investigação epidemiológica, com vistas a avaliar a Saúde Mental numa perspectiva que incluía tanto dimensões positivas (tais como: autonomia, autodeterminação e integração) como negativas (por exemplo, presença de sentimentos e pensamentos negativos em relação a si próprio. O MHI-5, sua versão simplificada, tem o propósito de avaliar o mesmo constructo conforme Ribeiro (2001).

O termômetro de *Distress* faz parte do protocolo proposto pela National Comprehensive Cancer Network (NCCN) e a American Society of Clinical Oncology (ASCO), para diagnosticar e tratar o *distress*, denominado *Distress Management*, sendo testado e validado no Brasil por Araújo, Laros e Decat (2009) com resultados indicando uma sensibilidade de 82% e uma especificidade de 98% do instrumento para avaliar o *distress* psicológico.

Por fim, o Epstein Mental Health Inventory (EMHI) consiste em um questionário desenvolvido com o objetivo de identificar a necessidade de psicoterapia na população em geral, rastreando condições de desordens mentais; foi avaliado por Cabral et al. (2012), concluindo-se a importância da utilização do instrumento na ampliação da capacidade de rastreio, investigação e auxílio na avaliação clínica diagnóstica e indicação terapêutica, sendo esta última de fundamental relevância e insubstituível.

Portanto, os instrumentos citados, utilizados em vários estudos, podem ser aplicados na abordagem de pacientes oncológicos, no período pré-operatório, com vistas a ampliar o arsenal propedêutico de avaliação e terapêutico, das diversas condições de saúde mental que afetam a população em questão, bem como de estabelecer condutas que possam melhorar de forma expressiva o manejo da doença, desde o pré-operatório (MICELI, 1998; VEIT, 2000, LOURENÇÃO et al., 2010).

Com as avaliações e condutas, espera-se ainda, devolver a autonomia individual do paciente, além de reinseri-lo na população produtiva (LOURENÇÃO et al., 2010), com sua capacidade de trabalho ativa e plena além de interação social ampla (restaurados em períodos mais curtos com retorno às atividades laborativas e ambientação mais

precocemente).

O objetivo geral da pesquisa consiste em avaliar no período pré-operatório, o comprometimento da saúde mental de pacientes com neoplasia, buscando verificar a indicação de abordagem especializada, destacando-se como objetivos específicos: avaliar a presença de comprometimento da saúde mental; avaliar a presença e os fatores associados ao *distress*; verificar a necessidade de abordagem especializada nos portadores de câncer com comprometimento da saúde mental; discutir acerca das políticas públicas em saúde, especificamente as que se relacionam à oncologia e à saúde mental.

Justificam a relevância do presente estudo: o alto número de cirurgias oncológicas realizadas, a presença de diretrizes governamentais que incentivam e apoiam a abordagem integral do portador de doenças neoplásicas, o desenvolvimento da psico-oncologia e de instrumentos metodológicos simples de baixo custo na identificação das alterações de saúde mental e a necessidade de desenvolvimento e inovações em políticas públicas específicas.

Deste modo, a dissertação organiza-se em três capítulos. O primeiro capítulo corresponde à fundamentação teórica, momento em que buscou-se realizar uma revisão de literatura acerca das políticas públicas de saúde destinadas ao câncer no Brasil. O segundo capítulo destina-se à descrição do processo metodológico da pesquisa, bem como ao detalhamento do seu desenho experimental. No terceiro e último capítulo, apresentaram-se os resultados da pesquisa e a discussão através do confronto com resultados de estudos anteriores.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Objetivando a melhor compreensão do tema fez-se necessária a revisão de literatura, abordando a contextualização histórica do controle do câncer no Brasil, das políticas públicas pertinentes ao assunto e traçando algumas considerações acerca da psico-oncologia.

2.1 SÍNTESE HISTÓRICA DO CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2013a), nas primeiras décadas do século XX, enquanto as políticas de saúde no Brasil voltavam-se ao controle das endemias, nos países desenvolvidos o câncer ascendia entre as doenças de maior taxa de mortalidade. Nesta época, era tido como uma doença inevitavelmente fatal, o que motivou o desenvolvimento no imaginário individual e social de uma série de medos intensos relacionados ao câncer.

Os crescentes números de mortalidade decorrentes do câncer nos Estados Unidos e na Europa fizeram com que, em 1920, haja a inclusão de propostas para uma política anticâncer na legislação sanitária brasileira (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013b). O Decreto n. 14.354, proposto por Carlos Chagas, estabelecia rubrica específica para o câncer nos impressos óbitos distribuídos em farmácias, delegacias de saúde e inspetorias, bem como a notificação compulsória, visando medidas sanitárias eficientes.

Objetivando elaborar o primeiro plano anticâncer brasileiro, apresentado em 1922 no Primeiro Congresso Nacional dos Práticos, o médico obstetra Fernando Magalhães, recolheu dados referentes à população operária do Distrito Federal (na época Rio de Janeiro), nas Casas de Misericórdia e concluiu, de forma pioneira, a relação entre câncer e substâncias como alcatrão, resinas e parafinas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013b).

Ainda segundo o Instituto Nacional do Câncer (2013b), neste Congresso definiu-se que o câncer consistia em um desafio a ser enfrentado pela agenda do governo, migrando desta maneira de responsabilidade exclusiva da área médica para um

problema de saúde pública, acompanhando as tendências internacionais (especialmente pensadores alemães e franceses, que entendiam o câncer como um processo sanitário gerenciado pelo Estado).

Gradativamente, surgiam novas tecnologias que permitiam o combate às neoplasias, tais como: eletrocirurgia, Raio-X e radium; fato que colaborou para impulsionar as políticas profiláticas do câncer no Brasil, modificando, progressivamente, o paradigma de doença incurável para recuperável. Embora, já entendido como problema de saúde pública, coube à iniciativa privada, em 1922 a criação do primeiro centro destinado à luta contra o câncer no país, tratava-se do Instituto de Radium, em Belo Horizonte (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013b).

Apenas na década de 30, durante o Governo Provisório, que investimentos foram realizados com vistas à construção de complexo hospitalar destinado ao tratamento e ao estudo do câncer (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013b). Getúlio Vargas, em 1937, assina o Decreto-Lei n. 378 e cria o Centro de Cancerologia, no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro (que mais tarde, daria origem ao Instituto Nacional de Câncer – INCA). Em 1941, é criado o Serviço Nacional de Câncer (SNC) que destinava-se a organizar, orientar e controlar a campanha de câncer em todo o país, de acordo com o Decreto-Lei n. 3.643, o que conferiu ao projeto anticâncer, caráter nacional.

No ano de 1946, a recém-fundada Organização Mundial de Saúde propõe uma nova definição de saúde, ampliando este conceito para além da ausência de doenças, mas também como o completo bem estar físico, social e mental. Dessa forma, o Serviço Nacional de Câncer passou a atuar com vistas à prevenção e ao diagnóstico precoce da doença. Esta mudança de foco fez com que, em 1951, as políticas de câncer ganhassem visibilidade entre a população, e por conseguinte, a atenção dos legisladores que, por sua vez, passam a garantir suporte orçamentário adequado para a expansão da campanha anticâncer no Brasil, bem como da conclusão do Hospital-Instituto Central (posteriormente, INCA), inaugurado em 1957, no Rio de Janeiro, por Juscelino Kubitschek (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013b).

Com o fortalecimento do papel do Serviço Nacional de Câncer, pesquisadores da

política anticâncer passam a relacionar a epidemiologia da doença às condições ambientais, à extensão territorial e aos contrastes do país (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013b). Em decorrência do progresso das iniciativas do Serviço Nacional de Câncer, a partir de 1965, realizaram-se reuniões anuais de representantes de organizações ligadas à campanha anticâncer objetivando uma política unificada de atuação em todo o país, o que foi institucionalizado pelo Decreto n. 61.698, de dezembro de 1967, da Campanha Nacional de Combate ao Câncer.

No final da década de 1960 renasce no país a concepção da medicina liberal (entendendo o câncer como problema individual). Neste período, o Plano Nacional de Saúde, transfere o INCA (esfera executiva do SNC) ao Ministério da Educação, o que deixou à iniciativa privada um imenso e rentável campo de incursão médico-cirúrgica, além disso, o vocábulo câncer passa a ser substituído por doenças crônico-degenerativas, a fim da dissociação com a morbidez (I INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013b).

É importante mencionar que o acesso à saúde no Brasil até a década de 1980, era restrito aos trabalhadores vinculados ao sistema previdenciário por meio de relações de empregos formais e regulares, dessa maneira, a assistência médico-hospitalar era provida pelos Institutos Previdenciários, de competência estadual, que ofertavam à classe trabalhadora os serviços médicos, além de aposentadorias e pensões. A Nação, através de seus Ministérios, atuava nas campanhas de vacinação e erradicação de doenças (entendidas como saúde pública e destinadas a todos), além da prestação de assistência médica e hospitalar aos indigentes (os que eram excluídos da cobertura dos Institutos Previdenciários). Assim, o sistema de saúde brasileiro se desenvolveu de forma dual e fragmentada.

Em 1970, como consequência da nova política implantada houve fortalecimento do privado em detrimento do público, resultando no crescimento da rede hospitalar privada no País (o modelo assistencial privilegiava a compra de serviços de fornecedores privados), na decadência do INCA e na extinção do Serviço Nacional de Câncer, que foi transformado em Divisão Nacional do Câncer pelo Decreto n. 66.623, de caráter técnico-normativo, vinculada à Secretaria de Assistência Médica do Ministério da Saúde. Prevalendo no Brasil, o modelo assistencial direcionado à cura

individual, até a década de 1980.

Em decorrência da crise do petróleo de 1970, o contexto econômico e social é agravado, aumentando-se os problemas sociais, fortalecendo os movimentos que defendiam melhoras em diversos âmbitos e a redemocratização. No que diz respeito à saúde, algumas medidas de caráter compensatório foram tomadas e destinavam-se às populações menos favorecidas, por exemplo, reforçaram-se as ações no âmbito da atenção primária, tentando-se encontrar um equilíbrio entre a demanda de inclusão ao acesso à saúde e a viabilidade financeira.

O enfoque no atendimento primário basearia o modelo de saúde idealizado a partir da Reforma Sanitária Brasileira, que se organizou no final da década de 1970. A Reforma Sanitária pleiteava a reconfiguração do sistema de saúde no Brasil, de acordo com o princípio da universalidade (quer dizer, expandir o acesso a todos), além disso, a Reforma Sanitária objetivava: melhorar a eficiência, a qualidade e a satisfação dos destinatários, propiciar a viabilidade financeira do sistema, criar novas funções para o Estado no que diz respeito à implantação de políticas públicas de saúde, privilegiar a atenção básica de saúde, como um sistema de referência.

Na década de 80, é aplicada uma técnica administrativa até então inédita no Brasil, denominada cogestão, o que aprimorou o controle de câncer no país. Consistia em uma combinação administrativa e financeira entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social para a implantação de programas da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, destacando entre eles o Programa de Oncologia (Pro-Onco), o que originou a necessidade de unificar a produção de informações em câncer, estruturando e ampliando as bases técnicas nacionais (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013b).

Mas, é somente em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, que ocorrem mudanças significativas na estrutura sanitária brasileira (FLEURY; OVERNEY, 2008). A partir daí, passa-se a caracterizar os serviços e as ações de saúde como de relevância pública, além de definir seu referencial político básico. Estabelece-se o Sistema Único de Saúde, diretriz concebida pela Constituição e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 1990). No que diz respeito ao câncer, no

conjunto de demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), coube papel importante ao INCA (agente diretivo na política nacional no controle de câncer no Brasil).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE APÓS A CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1988)

Na década de 1980, há um processo de redemocratização política, e a saúde passa a ser encarada como uma questão de interesse político, estando vinculada com a democracia (FLEURY; OVERNEY, 2008). Neste contexto é que surge o movimento sanitário, que apresentava como principais propostas:

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local, através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2001, p. 109)

Acompanhando as tendências do movimento sanitário, a Constituinte de 1988 consagrou à saúde título de direito fundamental social, ao elencá-la no artigo 6º, pertencente ao Título: Dos Direitos e Garantias Fundamentais, como se observa a seguir: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988).

Sendo que, o direito à saúde, neste caso, não se refere apenas ao direito ao acesso à medicina curativa. Trata-se de um conceito muito mais abrangente, e, refere-se à saúde física e mental, que começa com a medicina preventiva, com o esclarecimento e a educação da população, higiene, saneamento básico, condições dignas de moradia e de trabalho, lazer, alimentação saudável e adequada para o desenvolvimento sadio da vida, campanhas de vacinação, dentre outras (MAGALHÃES, 2002).

Ressalta-se que, conceder a um direito, o caráter de fundamental significa afirmar a sua estrita ligação com os direitos humanos (SARLET, 2001), já que os direitos fundamentais correspondem a um conjunto de normas que objetivam proteger os bens jurídicos mais sensíveis na proteção da dignidade humana (um princípio basilar na Carta Magna e entendida em sua concepção kantiana).

A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988 consagrou o Estado Democrático de Direito, restando assegurados o exercício dos direitos individuais e sociais. Porém, a concretização dos direitos sociais se dará através da implantação das políticas públicas.

A Constituição estabelece no artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, a saber: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 117). E, corroborando com o que prevê a Constituição Federal, o artigo 2º da Lei n. 8.080 de 1990 afirma que: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988, p. 117) preocupou-se também em definir um modelo de atenção à saúde da população, para possibilitar o exercício pleno do direito fundamental supramencionado. Dessa forma, conceitua o Sistema Único de Saúde (SUS) no artigo 198, a saber:

Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III – participação da comunidade.

§ 1º – O sistema único de saúde será financiado, nos termos do Art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Merece destaque o disposto no inciso II do supramencionado artigo, no que tange ao atendimento integral (sentido mais amplo de saúde); à luz da sociedade atual, a norma constitucional específica é assegurada ao nosso povo?

O legislador constituinte preocupou-se em definir um modelo de atenção à saúde voltado às necessidades da população, buscando resgatar o compromisso do Estado com o bem-estar social, especificamente no que diz respeito à saúde coletiva,

consolidando-a como um direito de cidadania.

No entanto, embora as previsões constitucionais representem um grande avanço para o Estado Democrático de Direito, ainda há muito a ser conquistado através das políticas sociais. No cenário atual imperam filas no atendimento e o acesso a recursos são limitados, o que não condiz com o princípio do SUS da universalidade e com o princípio consagrado no artigo 5º da Constituição Federal, o da igualdade. O paciente com câncer tem que enfrentar um enorme tempo de espera para marcação de consultas com os generalistas (já que, normalmente, a entrada no Sistema Único de Saúde se dá por meio das Unidades Básicas), e, após, aguardar novamente para o encaminhamento para os especialistas.

Embora possa ser suscitado o debate de como ser igual em um país tão amplo geograficamente, com diversas culturas e contrastes? O supramencionado artigo 5º, da Constituição Federal, estabelece que todos são iguais perante à lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. Contudo, a igualdade de que trata o artigo deve ser interpretada conforme o pensamento aristotélico, ou seja, tratar os iguais, igualmente e os desiguais, desigualmente na medida de sua desigualdade.

A Constituição Federal estabeleceu a implantação de um sistema de saúde universal, todavia, delegou a regulamentação deste sistema à legislação infraconstitucional, sendo assim, a implementação do Sistema Único de Saúde só se tornou possível com a regulamentação da Lei n. 8.080 de 1990, que dispôs sobre os serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de estabelecer o funcionamento do SUS. Sendo assim, o governo federal universalizou o acesso ao Sistema Único de Saúde, que passou a ser acessível a todos os cidadãos brasileiros.

Destaca-se, também, os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, de acordo com o art. 7º da Lei n. 8.080 de 1990, a saber: universalidade, significa que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todos igualmente; equidade, princípio baseado na justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, ou seja, todos têm direito à prestação de saúde que se fizer necessária; integralidade,

diz respeito à consideração da pessoa como um todo, e por isso, as ações em saúde deverão atender a todas suas necessidades; hierarquização, conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; participação popular, democratização dos processos decisórios; descentralização política administrativa, consolidada na municipalização das ações de saúde.

A respeito da pesquisa, considerou-se uma população específica, a integrada pelos portadores de câncer, dessa forma, objetiva-se analisar as políticas específicas vigentes no país e o estado mental desta população, tomando por embasamento as portarias do Ministério da Saúde que normatizam o assunto.

No que tange à saúde, esta deve ser tratada como política social tendo em vista que se destina à “Reprodução dos indivíduos e das coletividades” (FLEURY; OUVENEY, 2008, p. 23). Em conformidade com os mencionados autores, ao inserir a política de saúde como política social:

[...] uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. (FLEURY; OUVENEY, 2008, p. 23)

Para Fleury e Ouverney (2008, p. 39), a política social de saúde se encontra na “Interface entre Estado, sociedade e mercado”, e a sua construção, bem como sua dinâmica de funcionamento devem observar alguns aspectos, que eles enumeram como: definição de finalidades da política; construção e emprego de estratégias, planos, instrumentos e técnicas; desempenho simultâneo de papéis políticos e econômicos diferentes; elaboração de arenas, canais e rotinas para orientação dos processos decisórios; assimilação, contraposição e compatibilização de diferentes projetos sociais; desenvolvimento, reprodução e transformação dos marcos institucionais e formação de referenciais éticos e valorativos da vida social.

Referente às políticas de câncer, atualmente, estão endossadas na Portaria n. 741 de 19 de dezembro de 2005, do Ministério da Saúde, que determina como deverão ser constituídos os serviços prestadores de atendimento ao paciente com câncer, no qual a integralidade é regulamentada em serviços multiprofissionais.

Além disso, considerando o disposto na Constituição Federal acerca da saúde em seus artigos 196 a 200, bem como as Leis Orgânicas da Saúde n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, o Ministério da Saúde, incluiu ao SUS a Política Nacional de Atenção Oncológica, através da publicação da Portaria n. 2.439 de 8 de dezembro de 2005.

A Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005a) contempla as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos a serem inseridas na rede de atenção oncológica do SUS, em todas as unidades federadas, com o intuito de garantir qualidade no atendimento, maior efetividade e eficiência no controle do câncer, além de reduzir o quadro de morbimortalidade (PARADA et al., 2008).

Ou seja, é responsabilidade do Estado desenvolver estratégias voltadas a prevenção, diagnóstico e tratamento dos pacientes com câncer, além disso, tão importante quanto prevenir, é promover a qualidade de vida dos pacientes, prevenindo fatores de riscos, reduzindo os danos e protegendo a vida, a fim de garantir a saúde mental dos pacientes com câncer.

As propostas da Política Nacional de Atenção Oncológica pretendem proporcionar aos pacientes atendimento integral e humanizado; e, asseguram a necessidade de múltiplas modalidades de tratamento (além do oncológico) nos diferentes momentos de evolução da doença, tendo em vista que, quando o indivíduo é acometido por câncer cria-se uma situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2007).

Atualmente, deve-se entender o câncer como um problema de saúde pública que requer abordagem multidisciplinar e interdisciplinar (todos complementares e interdependentes), visando a realização de diagnósticos precoces e o cuidado na prevenção do câncer e na promoção da saúde, a fim de se reduzir a mortalidade e de melhorar a qualidade de vida do paciente (SILVA, GIARDINETTO, 2012). O que se busca com esta ação multidisciplinar é a melhora dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, como também a possibilidade de oferecer o conforto necessário àqueles que estão em fase paliativa de tratamento.

As políticas públicas destinadas à atenção oncológica devem estar de acordo com a realidade e a necessidade de cada região, para atender as reais demandas e suprir os recursos humanos, materiais e sociais. Deve-se visar a reinserção social, a autonomia e a independência do paciente, a fim de melhorar sua qualidade de vida, já que o processo de adoecimento e hospitalização desencadeiam rupturas no seu cotidiano (SILVA; GIARDINETTO, 2012).

No que concerne à saúde mental, o Sistema Único de Saúde adotou reformulação política estabelecida em 1986 na VIII Conferência Nacional da Saúde, na qual se propôs a reforma sanitária e a institucionalização dos pacientes com transtornos mentais, construindo-se espaços de tratamentos mais humanizados e terapêuticos. No entanto, ao abordar saúde mental nos pacientes com câncer, não encontra-se um programa específico e especializado destinado ao atendimento das demandas psíquicas, espirituais, familiares desta gama crescente de pacientes (FLEURY; OVERNEY, 2008).

Ressalta-se que, ainda há dificuldade de estabelecer áreas de confluência entre os programas setoriais da Saúde Mental e da Oncologia. Ambos os programas se estruturam de forma diferenciada, uma vez que optaram por centros de referência especializados como ordenadores da rede de Saúde Mental e de Oncologia, faltando uma rede claramente organizada.

Hoje, a Saúde Mental busca sua inserção na atenção básica, enquanto a Oncologia se mantém distante da porta de entrada do SUS, normalmente mantendo os cuidados únicos e exclusivos ao hospital. Essa forma diferenciada de implantar a atenção pode ajudar na compreensão da discussão relativa às ações no campo da Saúde Mental não se encontrarem ligadas na política de Oncologia, e vice versa (NARDI; RAMMINGER, 2012).

Ainda na discussão da integralidade dos Programas de Saúde Mental e Saúde Oncológica, em 2006, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2010), que fortaleceu a implantação de uma política integrada com diálogos em diversas áreas do saber científico e dos setores governamentais e privados, buscando o compromisso e a corresponsabilidade quanto à qualidade de

vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. Além disso, o Programa Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) prevê a intercessão das diferentes políticas em saúde, com ações que visem integrá-las para facilitar a interação das instancias do SUS.

Em contrapartida, mesmo com as tentativas de integração entre os programas especializados, observam-se as fragilidades do SUS na articulação entre eles. É necessária a construção de uma rede de atenção à saúde oncológica, que deve ser constituída, além dos serviços de saúde, de equipamentos jurídicos, de lazer, cultura, educação e espiritualidade, isto é, cuidando da saúde integral (CAÇAPAVA; COLVERO; PEREIRA, 2009).

Quando se fala em saúde integral, não se trata apenas da ausência de doença, e sim do melhor bem estar físico, mental e social, de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (SEGRE; FERRAZ, 1997). Dessa forma, não basta tratar o paciente no serviço especializado objetivando apenas os aspectos físicos da saúde do indivíduo, sem cuidar dos aspectos psíquicos e psicossociais.

A importância da saúde psíquica é encontrada nos principais artigos científicos que abordam o câncer. Estudos recentes (VEIT; CARVALHO, 2010; ARAÚJO; LAROS; DECAT, 2009) mostram que o sistema imunológico é fortemente afetado por sentimentos e que determinadas atitudes psicológicas podem influenciar positivamente nosso sistema de defesa.

Em outras palavras, além de benefícios ao paciente, é possível que o tratamento médico seja melhor tolerado e que possa contribuir para as possibilidades de autocura e autorecuperação, quando a psicoterapia está associada à terapêutica médica (LOURENÇÃO et al., 2010; VEIT; CARVALHO, 2010). Sendo assim, avaliar e tratar a saúde mental deve ser parte integrante do tratamento do câncer.

Na literatura é possível encontrar inúmeros instrumentos capazes de avaliar a saúde mental, como o Mental Health Inventory (MHI), questionário de rastreio da saúde mental; o termômetro de *distress*, protocolo para diagnosticar e tratar o *distress*; e, Epstein Mental Health Inventory (EMHI), questionário para identificar a necessidade de psicoterapia, rastreando condições de desordens mentais. Estes instrumentos

facilitam a atuação dos profissionais de saúde, pois permitem a identificação das necessidades de cada paciente, bem como a verificação da melhor terapêutica clínica para cada caso e cada tipo de câncer (CABRAL et al., 2012).

Pacientes querem ser tratados como pessoas, não como doenças; necessitam ser observados como um todo, incluindo os aspectos físico, emocional, social e espiritual. Ignorar qualquer dessas dimensões torna a abordagem do paciente incompleta (PERES et al., 2007).

Ainda com relação à importância e os benefícios da saúde integral, tem se tornado cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde, os cuidados com a saúde espiritual. A saúde espiritual tem sido utilizada como fonte de cuidados paliativos (PERES et al, 2007), que abrange as dimensões do ser humano para além das dimensões físicas e emocionais, reconhecendo a espiritualidade como fonte de grande bem estar, de qualidade de vida e de resiliência.

Portanto, faz-se necessária uma reflexão a respeito da integralidade proposta pelas políticas públicas do SUS, quer dizer, estão essas políticas atingindo os pacientes que necessitam de tratamento especializado, como os serviços de oncologia? É importante pensar na política social também como fator de proteção e concretização do direito do paciente a ser tratado em seu todo (não por partes separadas), em sua complexidade a fim de se garantir sua dignidade. Conforme dados do Instituto Nacional do Câncer, a prevenção e o controle de câncer estão entre os mais importantes desafios de saúde pública da atualidade.

2.3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA PSICO-ONCOLOGIA

Entende-se por psico-oncologia, a área de interseção entre a psicologia e a oncologia, cabendo-lhe o estudo das variáveis psicológicas e comportamentais envolvidas no processo de adoecimento e cura e nas intervenções ao longo de todo este procedimento.

O câncer, possivelmente, continua sendo a doença mais temida, já que, para grande

parte da população seu diagnóstico significa uma aproximação direta com a morte, a dor, a incurabilidade e a mutilação (SILVA; MELO-SANTOS, 2008).

Quando o indivíduo é diagnosticado com câncer, está em uma situação de fragilidade e vulnerabilidade. Passa a conviver com situações de difícil manejo: o medo da morte, do sofrimento, do desfiguramento, da dor; e esses medos são responsáveis por imenso sofrimento psíquico que, na maioria dos casos, não se restringe ao paciente, abrangendo-se aos familiares e amigos (VEIT; CARVALHO, 2010; ARAÚJO; LAROS; DECAT, 2009; LOURENÇÃO et al., 2010).

Dessa forma, faz-se necessária a abordagem sintética de alguns conceitos, tais como: resiliência, vulnerabilidade e *coping*. De acordo com Taboada et al. (2006, p. 105) resiliência consiste "Na capacidade que alguns indivíduos apresentam de superar as adversidades da vida".

A organização elaborada por Deslandes e Junqueira (2003) acerca da resiliência, destaca-a em três perspectivas temáticas, a saber: resiliência enquanto um processo de adaptação e superação; resiliência como um fator inato ou como um fator adquirido e resiliência como algo circunstancial ou uma característica permanente.

Assim, no aspecto da resiliência enquanto processo de adaptação e superação Taboada (2006, p. 106) explica:

Pensar na resiliência pelo viés "apesar da adversidade" nos remete a um esforço do sujeito manter suas características anteriores ao conflito assistido (adaptação), ou ainda, retornar ao estado de equilíbrio (homeostase/alostase) anterior ("bounce back"). Essa capacidade seria fruto tanto de características pessoais dos indivíduos quanto do estabelecimento de vínculos afetivos e de confiança destes com o meio. [...] Já no viés "através da adversidade" encontramos a resiliência atuando de tal forma que o sujeito é caracterizado por um conjunto de qualidades ora resultantes do processo resiliente, ora propiciadores do mesmo. [...] Logo, a resiliência enquanto modo de superação de situações conflitantes traz consigo a possibilidade da experiência traumática ser elaborada simbolicamente, para que, futuramente, sirva como subsídio para novas situações estressantes.

Ressalta-se que, nesse contexto, o sujeito é dotado de características/qualidades que o auxiliam na otimização dos recursos utilizados em situações adversas, por exemplo: otimismo, iniciativa, paciência, alto nível de autoestima e de autoconhecimento, entre outros.

Pelo enfoque da resiliência enquanto fator inato (característica intrínseca da natureza humana) ou fator adquirido (quer dizer, característica construída socialmente através da interação com o ambiente), há um consenso que estabelece que os fatores ambientais e as relações sociais tem fundamental importância para a efetivação da resiliência.

A resiliência é analisada enquanto característica circunstancial ou permanente, a esse respeito, define-se:

[...] a resiliência enquanto uma característica permanente, estamos lidando com um traço de personalidade que, teoricamente, se mantém ao longo da vida, fazendo com que o indivíduo identificado como resiliente possa se recuperar rapidamente de qualquer experiência traumática que venha a ocorrer. [...] Outro modo de entender a resiliência encontra-se no foco circunstancial. Aqui, a resiliência é entendida enquanto uma força, uma estratégia, um conjunto de habilidades utilizado em determinado contexto por determinado indivíduo para lidar com determinada adversidade. Não se trata de ser ou não resiliente, pois resiliência não é uma característica de personalidade, mas sim um conjunto de ações movidas por determinados pensamentos e atitudes relativos ao momento (TABOADA et al., 2006, p. 107).

Corroborando com o entendimento supracitado está o pensamento de Deslandes e Junqueira (2003, p. 229), a saber: “Nesse sentido, não podemos falar de indivíduos resilientes, mas de uma capacidade do sujeito de, em determinados momentos e de acordo com as circunstâncias, lidar com a adversidade, não sucumbindo a ela.”

Realizadas as considerações acima acerca de resiliência, importante se faz tratar a respeito do *coping*, visto que esta definição é extremamente similar à da resiliência, todavia, pode-se dizer que *coping* consiste no conjunto de mecanismos usados pelos indivíduos como forma de adaptação às circunstâncias adversas. Lazarus e Folkman (1984, p. 141-2) definem *coping* como:

[...] constantes mudanças cognitivas e comportamentais na tentativa de administrar demandas específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas pelo sujeito como excedendo ou sobrecarregando os recursos pessoais. [...] [o] foco de atenção está no que a pessoa está fazendo ou pensando no momento atual, presente, em contraste com o que a pessoa habitualmente faz, fazia ou deveria fazer, que é o foco das teorias relacionadas a traços de personalidade. Pensamentos ou ações de *coping* são sempre encaminhados para condições particulares.

Entende-se assim a resiliência como "O estudo das pessoas que se adaptam/superam as adversidades" (TABOADA et al., 2006, p. 109), enquanto o *coping* consiste no "Estudo das estratégias utilizadas pelas pessoas frente às adversidades" (TABOADA et al., 2006, p. 109).

No estudo da resiliência há que se considerar os fatos geradores do estresse que aumentam a probabilidade do indivíduo apresentar dificuldades e desenvolver outros problemas (TABOADA, 2006); essas situações são denominadas fatores de risco que consistem em:

[...] toda a sorte de eventos negativos na vida, e que, quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais (YUNES et al., 2001, p. 24).

Menciona-se, todavia, que a presença de consequências negativas advindas de fatores de risco depende da associação a outros fatores, por exemplo os fatores de proteção, entendidos como: "O conjunto de influências que modificam e melhoram a resposta de um indivíduo quando este está exposto a algum perigo que predispõe a um resultado não adaptativo" (TABOADA et al., 2006, p. 110).

Os fatores de proteção são capazes de proteger os sujeitos em situação de risco dos efeitos negativos da mesma e podem ser tanto ambientais como individuais. É através do equilíbrio entre os fatores de risco e proteção que se desenvolve a resiliência.

Em oposição aos fatores de proteção, está a vulnerabilidade, esta consiste no aumento da probabilidade de um indivíduo exposto ao risco apresentar distúrbios comportamentais. A vulnerabilidade pode estar ligada com a depressão e a baixa autoestima, entre outros.

Tem-se, assim, a teia de eventos que envolvem o processo da resiliência. Esta ocorre frente a uma situação de risco, onde fatores de proteção podem auxiliar o resultado adaptativo do sujeito, enquanto que, se este apresentar maior vulnerabilidade em relação à situação de risco presente, as chances de insucesso também são maiores. (TABOADA et al., 2006, p. 111).

Importante mencionar que o sofrimento emocional, colabora, muitas vezes para a pior evolução da doença, pois pode prejudicar a adesão aos tratamentos, além disso, situações prolongadas de estresse podem resultar em funcionamento inadequado do

sistema imunológico (LOURENÇÃO et al., 2010).

Além disso, por ser uma doença de caráter crônico, exige ajustes nos variados âmbitos da vida do paciente, devendo ser considerados os fatores emocionais, físicos, cognitivos, comportamentais e interpessoais (VEIT; CARVALHO, 2010).

No tratamento da doença, os pacientes oncológicos e seus familiares enfrentam um longo percurso que se inicia no diagnóstico e passa aos tratamentos e reabilitação ou não, podendo levar os pacientes até a morte ou a cura, reinserção social e luto; dessa forma, com frequência, se torna necessária a intervenção psicossocial adequada.

Segundo Decat (2008, p. 17-8):

[...] de modo geral, formaliza-se que o início da Psico-Oncologia data de meados de 1970, quando o impacto do diagnóstico, os sentimentos de medo e perda começaram a ser estudados e trabalhados. Gradualmente, percebeu-se que aspectos psicossociais estavam envolvidos na incidência, evolução e remissão do câncer. Equipes formadas por psiquiatras e psicólogos começaram a ser requisitadas por oncologistas, inicialmente com o objetivo de auxiliar o médico a informar o diagnóstico ao paciente e à família. Em pouco tempo, a Psico-Oncologia tornou-se uma subespecialidade que alguns autores julgaram pertencer à Oncologia e outros à Psicologia. Dessa forma, surge uma contribuição para: cuidados clínicos dos doentes e familiares; prevenção de transtornos psiquiátricos, problemas psicossociais, controle de sintomas (ansiedade, depressão, *delirium*, *distress*, dor e fadiga) e cuidados paliativos; pesquisas correlacionando mudança de comportamentos, estilo de vida e hábitos na redução do risco para desenvolver o câncer; estudos de comportamentos e atitudes que assegurem a detecção precoce.

O processo de tratamento em si, desencadeia perdas na qualidade de vida do paciente, considerando não só os sintomas da doença, como também as consequências dos efeitos adversos dos tratamentos de quimio e radioterapia (SAWADA et al., 2009).

Há que se considerar, ainda, que a própria comunicação de más notícias constitui parte integrante da assistência médica e deve ser realizada com zelo pelo profissional de saúde, destaca-se como uma estratégia eficaz, o uso do Protocolo Spikes (LECH et al., 2013), que delimita seis passos na orientação do profissional no momento da transmissão da má notícia, a saber: preparo do ambiente (*setting*), percepção (*perception*), convite ao diálogo (*invitation*), conhecimento ou transmissão da informação (*knowledge*), empatia (*emphaty*), apresentação de estratégia e resumo (*strategy and summary*).

Além disso, a dor, as incertezas associadas ao tratamento, as mudanças na função social e na imagem corporal, são fatores que concedem maior vulnerabilidade de pacientes e familiares para os transtornos de ordem psicológica (CONTEL et al., 2000).

A esse respeito, estudos recentes evidenciaram que a adesão aos tratamentos está associada a fatores sociais e psicológicos, surgindo daí a necessidade do desenvolvimento da psico-oncologia como área da saúde (VEIT; CARVALHO, 2010), pois a psico-oncologia:

[...] procura estudar as duas dimensões psicológicas presentes no diagnóstico do câncer: 1) o impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, sua família e profissionais de saúde envolvidos em seu tratamento; 2) o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e na sobrevivência ao câncer. (HOLLAND, 1990, p. 11)

A psico-oncologia nasceu em Nova Iorque, nos Estados Unidos, no Memorial Sloan Kettering Hospital, centro médico especializado em câncer, tendo como primeira preocupação a definição de origens e causas da doença (VEIT; CARVALHO, 2010).

Giemenes (1994, p. 46) formulou uma definição para a psico-oncologia, endossada pela Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia, a saber:

A Psico-Oncologia representa a área de interface entre a Psicologia e a Oncologia e utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico proveniente da Psicologia da Saúde para aplicá-lo:

- 1) Na assistência ao paciente oncológico, sua família e profissionais de Saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença;
- 2) Na pesquisa e no estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência, da recuperação e do tempo de sobrevivência após o diagnóstico do câncer;
- 3) Na organização de serviços oncológicos que visem ao atendimento integral do paciente, enfatizando de modo especial a formação e o aprimoramento dos profissionais da Saúde envolvidos nas diferentes etapas do tratamento.

Assim, surgiram diversos estudos explorando fatores genéticos, ambientais, sociais e psíquicos que poderiam ser associados à doença, na busca de um nexo de causalidade. Os resultados desses estudos apontaram para a associação de fatores biopsicossociais presentes na instalação de neoplasias (BARBOSA et al., 2004; MARQUES, 2004). Atualmente, agregaram-se a esses fatores os aspectos espirituais, que se referem ao significado das experiências vividas (FORNAZARI et al., 2010; PERES et al., 2007).

O câncer é uma doença multicausal e por este motivo, requer uma abordagem interdisciplinar e multidisciplinar, a fim de que as diversas perspectivas componham um enfoque mais completo para que todos os aspectos do adoecimento possam ser considerados e tratados, objetivando-se a cura (LOURENÇÃO et al., 2010).

Os diversos fatores (biológicos, sociais, espirituais e psicológicos) são interdependentes, por isso, são necessárias intervenções em cada uma dessas dimensões. Segundo Peres et al. (2007), não se pode dispensar tratamento apenas a um órgão, enquanto o doente é o um indivíduo (que no processo de adoecimento e tratamento enfrenta diversos conflitos de ordem racional e afetiva).

A psico-oncologia possibilita a potencialização dos efeitos dos tratamentos médicos, ao capacitar o doente para a utilização de seus recursos mentais de maneira adequada com vistas a reforçar o tratamento oncológico. Nesse sentido, há comprovação de eficácia de pacientes que participavam de grupos de atendimento psicossocial, visando a melhoria da qualidade de vida (SPIEGEL et al., 1989), assim como, de pacientes participantes de grupos de aconselhamento – notou-se menor incidência de depressão, melhora do vigor físico e do sistema imunológico (FAWSY et al., 1993).

Mesmo nas situações em que a perspectiva de cura se torna inviável, a psico-oncologia tem muito a oferecer, como por exemplo: atenção às necessidades do paciente como modo de preservação da qualidade de vida enquanto existir, reconhecimento e atendimento às manifestações de sofrimento social, espiritual, físico, moral, psíquico do paciente, bem como auxílio aos familiares (VEIT; CARVALHO, 2010).

O Brasil, desde o ano de 1994, conta com a Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO), criada com o objetivo de reunir profissionais e estudantes da área de saúde e áreas afins para o estudo, a divulgação e o desenvolvimento da Psico-Oncologia em todo o território nacional, visando à promoção de saúde. Embora seja uma área recente, a psico-oncologia trata de problemas antigos, universais e de grande relevância para o êxito no tratamento do câncer (VEIT; CARVALHO, 2010).

3 METODOLOGIA

Realizada a revisão de literatura, passa-se a apresentar a metodologia adotada na presente pesquisa.

3.1 DA PESQUISA

Trata-se de estudo transversal, descritivo, prospectivo, no qual foram avaliados, através da aplicação de questionários de avaliação de saúde mental, pacientes portadores de qualquer neoplasia maligna, com indicação de tratamento cirúrgico, no período pré-operatório.

O estudo foi realizado no ambulatório de Cancerologia Cirúrgica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória e no Centro de Oncologia da UNIMED, ambos localizados na cidade de Vitória, no Espírito Santo.

A proposição da pesquisa visou trazer benefícios aos participantes, uma vez que os dados colhidos puderam demonstrar a realidade da saúde mental dos pacientes em seu ambiente de vida, expressando a qualidade da saúde mental e permitindo a proposta de ações para melhoria de desvios de padrões aceitáveis no ambiente clínico.

Buscou-se identificar a situação da qualidade da saúde mental dos pacientes com neoplasia que tivessem indicação cirúrgica de tratamento, como forma de possibilitar a elaboração de medidas específicas para a melhora de sua condição mental pré-operatória.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram estudados pacientes adultos (maiores de 18 anos), de ambos os sexos, de qualquer etnia, com indicação de tratamento cirúrgico de neoplasias, em caráter eletivo, conveniados do Sistema Único de Saúde e de convênios de saúde privados

ou clientela particular.

3.2.1 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão utilizados no estudo foram: pacientes com neoplasia maligna comprovada histopatologicamente e indicação cirúrgica eletiva, avaliados por qualquer um dos médicos especialistas em cancerologia cirúrgica dos locais de pesquisa acima indicados; e, com idade superior a 18 anos, alfabetizados ainda que sem nenhuma escolaridade e com capacidade cognitiva e entendimento para responder o questionário.

3.2.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os pacientes analfabetos ou sem capacidade cognitiva de entendimento para responder o questionário, após explicações ou instruções.

3.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O cálculo amostral utilizou a ferramenta de Santos (2012) que consiste em uma calculadora amostral aleatória simples, online, na qual são inseridos a população total exposta, a magnitude do efeito, o nível de significância estatística e o poder estatístico.

Estudos oferecem embasamento teórico para afirmar que de 30 a 40% dos pacientes em tratamento oncológico apresentam experiências emocionais desagradáveis intensas, sendo este percentual a magnitude do efeito. A previsão inicial era que o grupo de especialistas obteria uma média de seis pacientes com neoplasia por semana. Durante o período de coleta de dados de seis meses esperávamos ter uma população operada de até 150 sujeitos. Considerou-se o poder estatístico de 90% e um nível de significância de 5%, a amostra seria de 96 indivíduos.

Porém, levando-se em consideração o caráter de viabilidade e o tempo de

desenvolvimento da pesquisa, seguindo o cronograma de liberação após a avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa local, a amostra teve que ser reduzida e constituiu-se por 28 participantes: sendo 14 participantes (50%) do sexo masculino e 14 participantes (50%) do sexo feminino.

No que diz respeito à Instituição Hospitalar acolhedora, 78,6% (22 indivíduos) foram avaliados no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, enquanto 21,4% (6 indivíduos) foram avaliados no Centro de Oncologia da UNIMED de Vitória.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre os meses de Novembro de 2013 a Janeiro de 2014, após a obtenção da aprovação nos Comitês de Ética e Pesquisa e da qualificação do projeto de pesquisa.

No presente estudo foram utilizados como instrumentos metodológicos: questionário sociodemográfico, rastreio da saúde mental (por avaliação do MHI-5), rastreio de estresse (termômetro de *distress*); e questionário Epstein Mental Health Inventory (EMHI), este último com o intuito de observar o principal tipo de transtorno mental e a necessidade de psicoterapia.

Os dados foram recolhidos pelo pesquisador. Na ocasião da proposta de participação na pesquisa, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, bem como da garantia da confidencialidade e do anonimato das suas respostas, em seguida, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram analisados parâmetros clínicos aplicáveis na anamnese durante a consulta dos pacientes; levando-se em consideração que os custos das consultas médicas são cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), assim como pelos convênios particulares de saúde, para a realização da presente dissertação não houveram custos extras nem a necessidade de financiamento do projeto.

Os sujeitos deste estudo compreenderam pacientes com câncer, com diagnóstico

confirmado por exame histopatológico, provenientes do Sistema Único de Saúde, matriculado na Instituição Hospitalar ou atendido em consultório. Na primeira consulta, os pacientes foram examinados pelo médico especialista em cancerologia cirúrgica, ocasião em que realizaram-se anamneses e exames físicos completos.

Avaliou-se também os exames dos pacientes (realizados em outros serviços), sendo solicitados exames de estadiamento da doença e pré-operatório, incluindo riscos cirúrgico e cardiológico. Em seguida, orientações sobre a doença foram fornecidas e agendaram-se as consultas de retorno com a liberação dos pacientes;

Na segunda consulta (de retorno), avaliou-se os resultados dos exames, corrigindo as alterações detectadas e definindo o estadiamento clínico da doença baseada na União Internacional de Controle do Câncer (UICC), 7ª. edição, fornecendo informações sobre a cirurgia a ser realizada e agendando-a;

Propôs-se a participação na pesquisa, explicando o contexto do estudo, informando sobre o sigilo e o anonimato, e apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo A); Em caso de aceitação do paciente na participação da pesquisa, procedeu-se a assinatura do TCLE. O pesquisador preencheu o questionário sociodemográfico (anexo B) para obtenção dos parâmetros: nome, gênero, idade, profissão, estado civil, filhos (indicando a quantidade), escolaridade, uso de álcool ou tabaco, vínculo empregatício (indicando a carga horária diária e a existência de vínculos empregatícios múltiplos), tempo de atuação na profissão e o meio de transporte utilizado.

Procedeu-se, então, a aplicação do Mental Health Inventory-5 (MHI-5), trata-se de uma versão reduzida do MHI desenvolvido por Veit e Werw em 1983. É uma versão rápida, utilizada tanto isoladamente, como teste de rastreio (*screening*), como parte integrante de questionários de avaliação de saúde ou qualidade de vida. Constitui-se por cinco itens que representam quatro dimensões da saúde mental, a saber: ansiedade, depressão, perda de controle emocional-comportamental e bem estar psicológico. Foi aplicado ao entrevistado na forma de cinco itens relacionados ao mês anterior à data da resposta do paciente (anexo C, parte I). As questões estão distribuídas numa escala de Likert de acordo com o nível de concordância com uma

afirmação. As respostas são pontuadas de um a seis da seguinte forma: os itens um e três de forma crescente e os itens dois, quatro e cinco de forma decrescente. Ao final, somam-se as pontuações obtendo-se o raw score que pode variar de 5 a 30. Aplicando-se o raw score na fórmula abaixo obtemos a pontuação final:

Cálculo da pontuação final

$$\text{Domínio} = \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes(somatório)}}{\text{Variação (Score Range = 25)}} - \text{Limite inferior(=5)} \times 100$$

Variação (Score Range = 25)

Tabela de Interpretação por domínio

Domínio	Limite Inferior	Variação
Saúde Mental	5	25

Fonte: (CABRAL et al., 2012)

Para o estudo da saúde mental, pontuações mais altas são desejáveis e indicam a experiência de bem-estar psicológico e ausência de sofrimento psicológico durante o mês anterior. O valor pontuação final ≤ 52 é classificado como alterado e indicativo de alteração de saúde mental e > 52 é classificado como normal e indicativo de normalidade de saúde mental (RIBEIRO, 2001);

Em seguida, aplicou-se o termômetro de *distress*. Este instrumento faz parte de um protocolo proposto pela National Comprehensive Cancer Network (NCCN) e pela American Society of Clinical Oncology (ASCO) a partir de 1997, para o diagnóstico e tratamento do *distress* (*Distress Management*). Constitui-se por dois elementos: um para análise do nível de *distress*, outro para identificar as possíveis causas (anexo C, parte II). Sendo assim, o termômetro de *distress* é representado pela figura de um termômetro, na qual o paciente marca o nível de estresse em uma escala numérica que parte do valor zero (equivalente a **sem estresse**) até o valor 10 (correspondente ao **nível máximo de estresse**). O segundo elemento é composto por uma lista de problemas que contém 35 itens, distribuídos em cinco grupos, voltados para o reconhecimento de possíveis causas do *distress*, mesmo que estas não estejam associadas ao diagnóstico ou ao tratamento em si (ARAÚJO, 2009 e GIGLIO, 2012);

Por fim, aplicou-se o Epstein Mental Health Inventory (EMHI), desenvolvido por Robert Epstein e baseado na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de

Transtornos Mentais (DSM-IV), compêndio no qual médicos americanos se baseiam para realizar diagnósticos. Consiste em questionário destinado a identificar pessoas com possíveis problemas de saúde mental que necessitam de encaminhamento a especialistas. Composto por 54 questões que avaliam 18 categorias de disfunção, a saber: abuso de substâncias, psicose, depressão, mania, transtorno bipolar, outros transtornos de humor, fobia, fobia social, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade generalizada, outros transtornos de ansiedade, desordens relacionadas, transtorno sexual, transtorno alimentar, transtorno de controle de impulsos, transtorno de personalidade e transtornos somatoformes. De acordo com os itens assinalados no teste, o indivíduo é orientado quanto a necessidade de busca por tratamento com profissional especializado. Dessa forma, este não é um teste com objetivo de diagnóstico, mas auxilia na orientação dele (EPSTEIN; MUZZATTI, 2011).

Recentemente, o mesmo autor apresentou um artigo constando o EMHI traduzido para o português, com 30 questões agrupadas em 10 categorias principais de rastreio da saúde mental pelo EMHI, que foi o utilizado no presente estudo (anexo C, parte III); Após preenchimento, os formulários foram recolhidos e os pacientes liberados. Conforme detalhamento no fluxograma do desenho experimental (APÊNDICE A).

3.4.1 Análise dos Dados

Procedeu-se a análise dos dados pela estatística descritiva qualitativa e quantitativa. As comparações múltiplas entre as variáveis e/ou grupos representados por frequência foram analisadas por meio de teste qui-quadrado seguido de testes de comparação de proporções Tukey/Bonferroni.

Utilizando-se dos dados obtidos, foram elaboradas planilhas no software Excel 2011, sendo estes analisados através do pacote estatístico SPSS 17.0. O índice de confiança adotado foi de 95% e o $p < 0,05$.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa, em todo o seu curso, não interviu na rotina dos médicos especialistas em cancerologia cirúrgica no que se refere à avaliação e conduta tanto no pré, quanto no intra e no pós-operatório. Os exames complementares necessários e as medidas de apoio multidisciplinares visando o bem estar físico e psíquico dos pacientes foram adotados no ambiente de pesquisa, dessa forma, não houve risco para os participantes. Destaca-se que, os instrumentos metodológicos aplicados são de domínio universal. Houve também a preocupação e o comprometimento do pesquisador em preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa e divulgar os resultados apenas em sua dissertação ou em publicações e eventos científicos. O presente estudo foi endossado pelos Comitês de Ética das instituições envolvidas.

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

A amostra estudada na presente dissertação constitui-se em 28 indivíduos, dos quais: 14 do sexo masculino e 14 do sexo feminino. A média de idade foi de 55,4 anos, variando de 29 a 81 anos, com mediana de 54 anos. Desses indivíduos: 22 eram pacientes do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória e 6 eram pacientes do Centro de Oncologia da UNIMED Vitória.

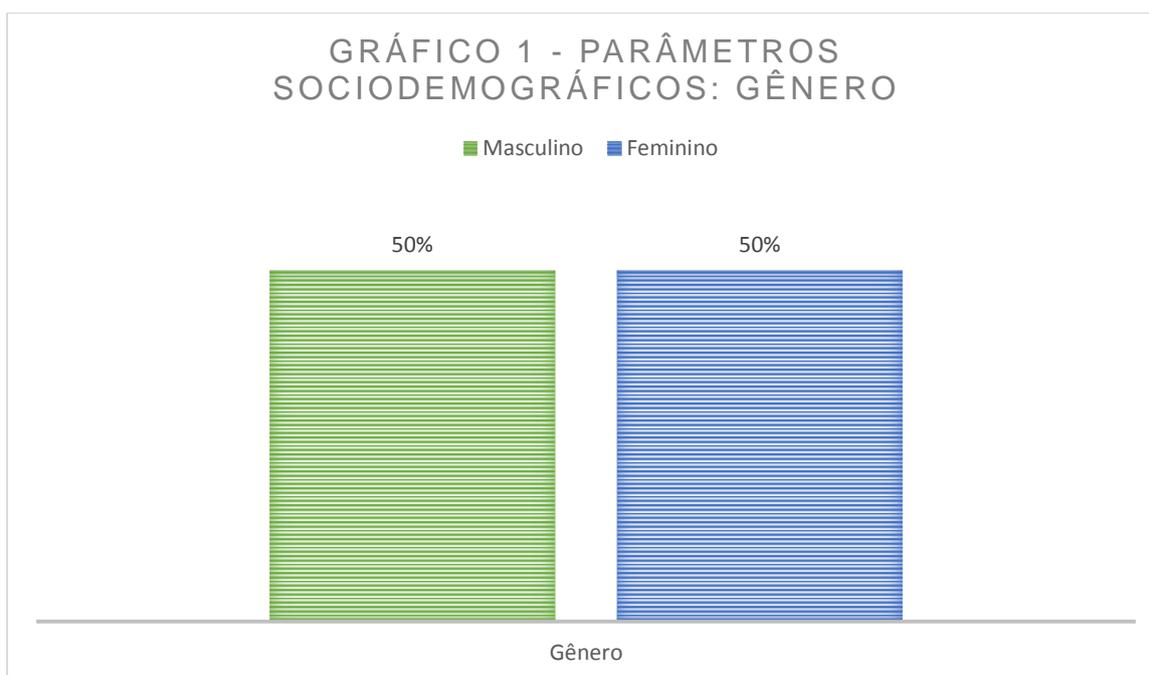
Ressalta-se que a totalidade da amostra respondeu e firmou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para o alcance dos objetivos propostos na pesquisa foram avaliados: variáveis sociodemográficas, hábitos de tabagismo e uso de álcool (aplicação de questionário sociodemográfico); rastreio da saúde mental (aplicação e avaliação do Mental Health Inventory-5 – MHI-5); rastreio de estresse (aplicação do termômetro de *distress*); identificação do principal tipo de transtorno psíquico observado e indicação de psicoterapia (aplicação do Epstein Mental Health Inventory – EMHI); conforme passa-se a detalhar a seguir.

4.1 DOS PARÂMETROS SOCIODEMOGRÁFICOS

Na análise do gênero, após a apuração dos dados apresentaram-se os seguintes percentuais: da totalidade da amostra, ou seja, 28 indivíduos: 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino, conforme representado no Gráfico 1.

Confrontando com dados levantados na literatura, na estimativa de novos casos de câncer para 2014 do INCA, onde evidenciam um percentual bruto total entre homens e mulheres de 52% e 48%, respectivamente, evidencia-se uma amostra homogênea e de acordo com as estatísticas publicadas gráficas seguintes:



Fonte: Elaborado pelo autor

Quanto a idade dos participantes, procedeu-se a inserção dos participantes em grupos de faixa etária, a saber:

Tabela 1 – Parâmetros sociodemográficos: idade

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
18 a 30 anos	1	3,4	3,6
31 a 50 anos	8	27,6	28,6
51 a 60 anos	7	24,1	25,0
61 a 70 anos	9	31,0	32,1
Acima de 70 anos	3	10,3	10,7
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

O percentual mais alto na faixa etária está entre 61 a 70 anos de idade, equivalendo a 32,1%; enquanto o mais baixo está na faixa etária de 18 a 30 anos, correspondendo a 3,6% da amostra. Há uma identidade percentual na amostra com a evolução natural da doença, uma vez que espera-se uma incidência maior da doença em faixas etárias mais elevadas. Na análise de Decat (2010), 62,1% dos pacientes tinham mais de 52 anos de idade, o que torna sua amostra com idade coincidente com a do presente estudo, na qual 67,8% dos entrevistados tinham mais que 50 anos.

O estado civil foi analisado, destacando-se na amostragem os seguintes percentuais: 21,4% solteiros, 60,7% casados, 7,1% separados, 3,6% divorciado e 7,1% viúvo, conforme os dados da tabela:

Tabela 2 – Parâmetros sociodemográficos: estado civil

ESTADO CIVIL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Solteiro	6	20,7	21,4
Casado	17	51,6	60,7
Separado	2	6,9	7,1
Divorciado	1	3,4	3,6
Viúvo	2	6,9	7,1
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

Na amostra de Decat (2010), 11,2% eram solteiros, 63,9% casados, 13% divorciados e 11,9% viúvos. Comparando com a amostra analisada, encontram-se taxas equivalentes, embora na amostra de Decat (2010), a população de solteiros tenha sido maior.

Após a análise dos parâmetros referentes ao gênero, à idade e ao estado civil, passou-se aos relacionados à escolaridade, a maior parte dos entrevistados tem o ensino médio completo (32,1%). Em contrapartida, o percentual se apresenta idêntico entre aqueles sem nenhuma escolaridade e os que possuem ensino superior completo (7,1%), conforme demonstrado na tabela:

Tabela 3 – Parâmetros sociodemográficos: escolaridade

ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Nenhuma	2	6,9	7,1
Básico Incompleto	6	20,7	21,4
Básico Completo	4	13,8	14,3
Médio Incompleto	4	13,8	14,3
Médio Completo	9	31	32,1
Nível Técnico	1	3,4	3,6
Superior Completo	2	6,9	7,1
Total	28	96,6	100

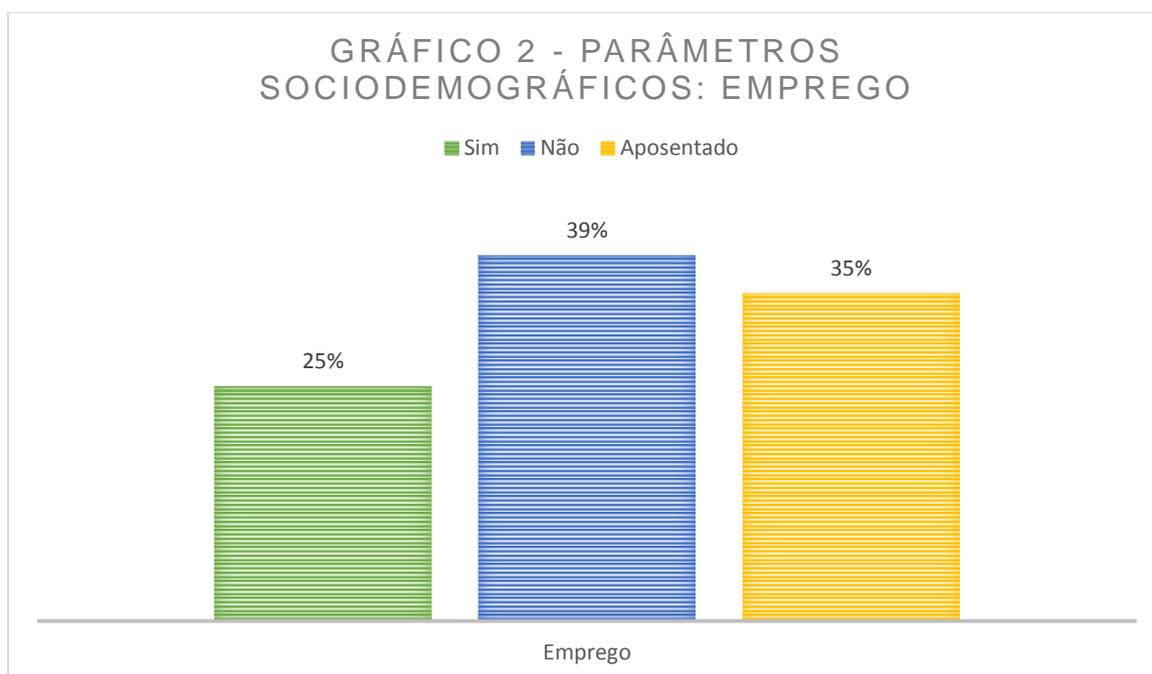
Fonte: Elaborada pelo autor

Decat (2010), descreve um percentual da amostra de 5,3% correspondente aos pacientes sem nenhuma escolaridade, aqueles com ensino fundamental e médio somando 35,5% e com nível superior e ou pós graduação de 59,2%. Percebe-se uma nítida diferença entre as amostras, onde há um nível de escolaridade muito alto na amostra do autor.

Explica-se esta diferença no fato de os dados da pesquisa terem sido coletados em

uma instituição particular onde impera o atendimento à particulares e conveniados de planos de saúde, o que é o inverso da amostra analisada. A maioria dos pacientes integrantes da amostra foram atendidos pelo Sistema Único de Saúde num hospital de caráter filantrópico.

Em relação ao vínculo empregatício (emprego fixo), 25% dos participantes responderam ter este tipo de vinculação, enquanto 39,3% responderam não ter e 35,7% são aposentados, conforme tabela e gráfico apresentados abaixo:



Fonte: Elaborado pelo autor

O próximo parâmetro sociodemográfico analisado referiu-se ao tempo diário destinado ao trabalho (jornada), 53,6% dos integrantes da amostra não responderam este quesito, dessa forma, os que responderam foram qualificados em: aqueles que trabalham de 4 a 8 horas por dia, equivalendo a 32,1% da amostra; os que trabalham mais de 8 horas por dia, correspondendo ao percentual de 14,3.

Tabela 4 – Parâmetros sociodemográficos: jornada de trabalho

JORNADA DE TRABALHO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
De 4 a 8 horas	9	31	32,1
Mais de 8 horas	4	13,8	14,3
Não responderam	15	51,7	53,6
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

Em seguida, utilizou-se o parâmetro sociodemográfico referente ao tempo de trabalho, 42,9% dos participantes não respondeu a este questionamento; as respostas foram classificadas nos seguintes grupos: de 1 a 5 anos de trabalho (3,6% da amostra), de 6 a 10 anos de trabalho (7,1% da amostra) e mais de 10 anos de trabalho (equivalente a 46,4% da amostra).

Tabela 5 – Parâmetros sociodemográficos: tempo de trabalho

TEMPO DE TRABALHO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
De 1 a 5 anos	1	3,4	3,6
De 6 a 10 anos	2	6,9	7,1
Mais de 10 anos	13	44,8	46,4
Não respondeu	12	41,4	42,9
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

Em seguida, utilizou-se o parâmetro sociodemográfico referente ao tempo de trabalho no mesmo emprego, obtendo-se os seguintes dados:

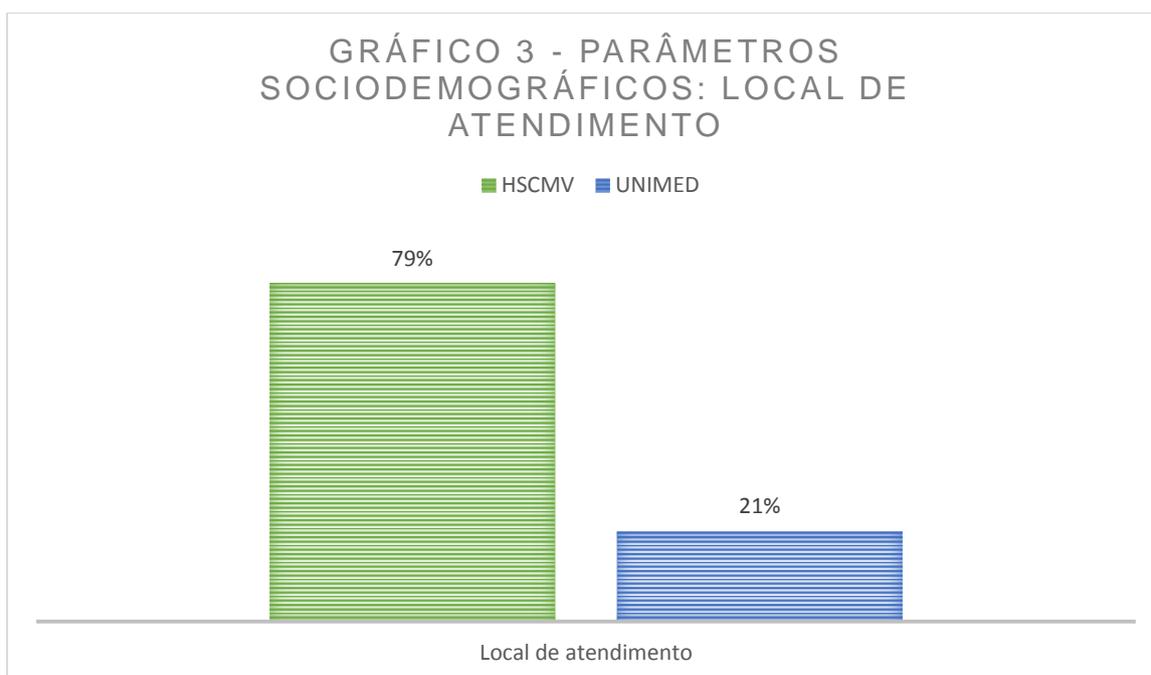
Tabela 6 – Parâmetros sociodemográficos: tempo de trabalho no mesmo emprego

TEMPO DE TRABALHO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
De 1 a 5 anos	4	13,8	14,3
De 6 a 10 anos	2	6,9	7,1
Mais de 10 anos	7	24,1	25
Não respondeu	15	51,7	53,6
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

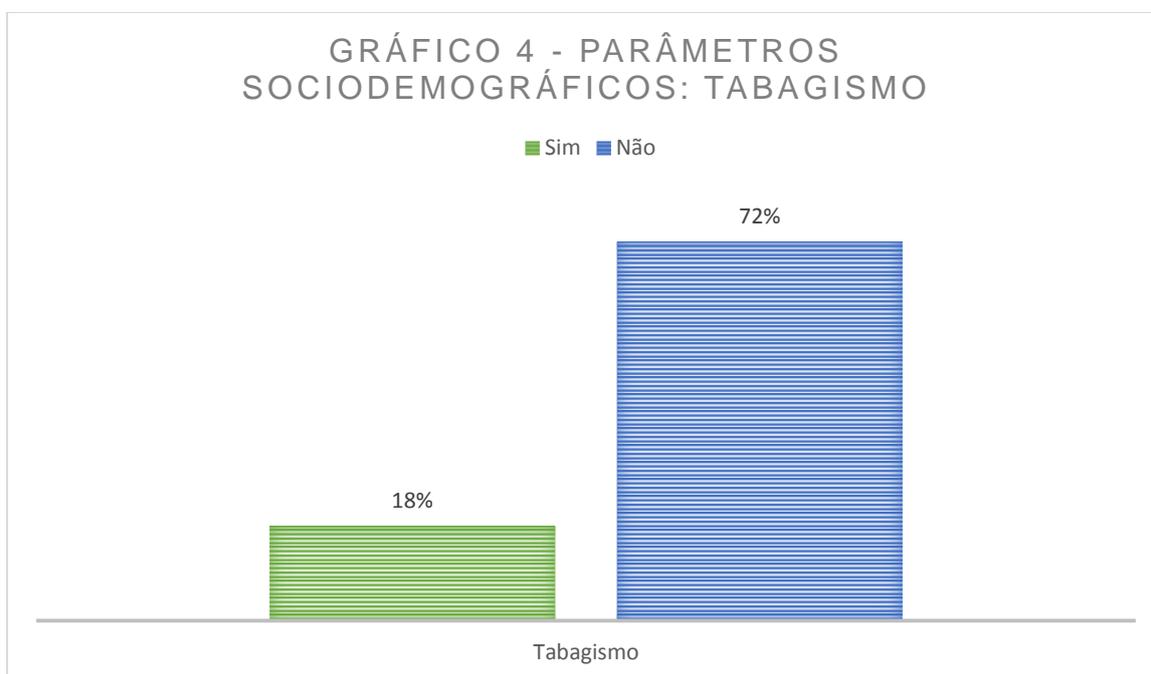
Em relação ao tempo de trabalho no mesmo emprego, notou-se que mais da metade da amostra (53,6%) não respondeu ao quesito. Enquanto, 25% informou trabalhar no mesmo emprego há mais de 10 anos.

Referente aos parâmetros sociodemográficos relativos ao local de atendimento, 21,4% da amostra foi atendida no Centro de Oncologia da UNIMED de Vitória; enquanto 79% dos participantes foram atendidos no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), a saber:



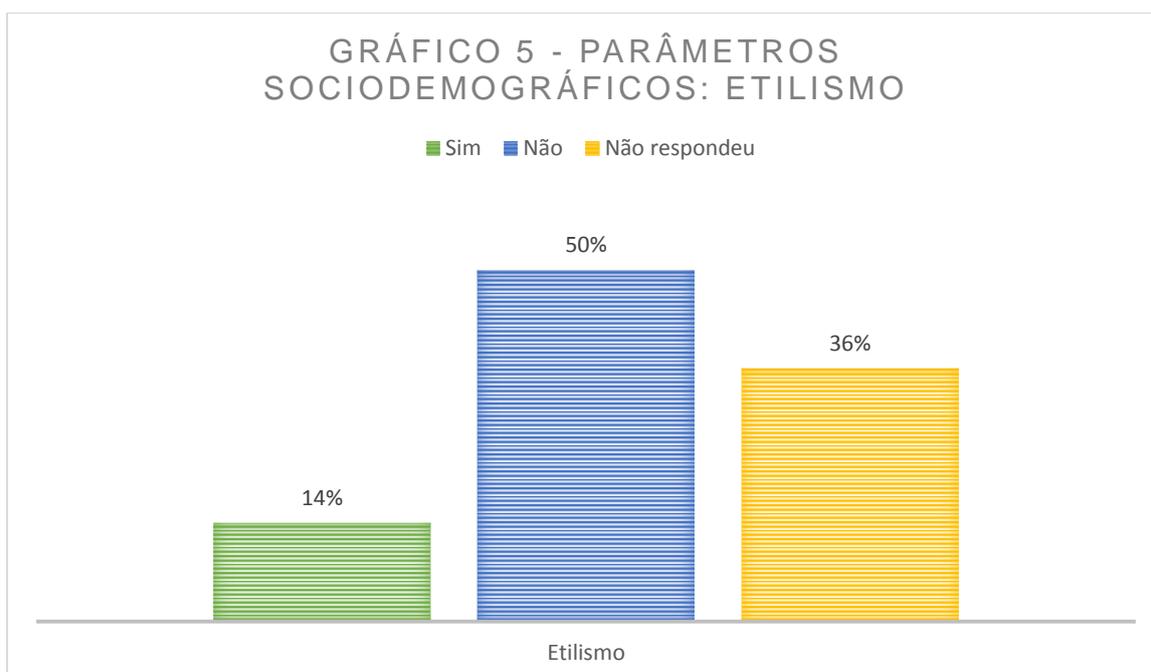
Fonte: Elaborado pelo autor

Ainda no questionário sociodemográfico houveram quesitos referentes aos hábitos etílicos e tabagistas. No que se refere ao tabagismo, apresentam-se os seguintes dados:



Fonte: Elaborado pelo autor

Pela análise dos dados, observa-se que apenas 18% da amostra declararam-se tabagistas. Quanto ao uso de álcool, os dados recolhidos na aplicação do questionário foram:



Fonte: Elaborado pelo autor

Conforme se verifica, 36% da totalidade da amostra não responderam ao quesito referente ao uso de álcool. Em contrapartida, 50% responderam que não fazer uso de álcool, enquanto 14% responderam ser etilistas.

4.2 RASTREIO DE SAÚDE MENTAL

A avaliação da saúde mental foi realizada através da aplicação do Mental Health Inventory-5 (MHI-5), sendo pesquisados cinco itens que compõem a escala e sua classificação. Para análise dos dados, buscou-se realizar avaliação isolada dos questionamentos, verificando-se a frequência de incidência de respostas nos subitens da escala.

Para responder o primeiro objetivo, primeira parte do questionário de avaliação de saúde mental, consistia na aplicação do Mental Health Inventory-5 (MHI-5), versão reduzida do Mental Health Inventory (MHI), sendo utilizado na pesquisa como teste de rastreio da saúde mental, abarcando os cinco itens que representam as seguintes dimensões de saúde mental: ansiedade, depressão, perda de controle emocional-comportamental e bem estar psicológico (RIBEIRO, 2001).

Cada um dos cinco itens contava com alternativas, que por sua vez, correspondiam à

uma pontuação, sendo desejável no teste a obtenção de pontuações mais altas – que indicam maior bem estar psicológico. O MHI-5 é um teste amplamente utilizado em diversos estudos, tendo em vista a facilidade de sua aplicação e a eficácia de sua análise.

O MHI começou a ser desenvolvido em 1975 como uma medida destinada a avaliar o *distress* psicológico e o bem estar na população em geral e não somente nas pessoas com doença mental. Foi um dos instrumentos desenvolvido para o *Rand Health Insurance Experiment*, um trabalho de campo desenhado para avaliar a saúde da população em geral, concebida esta conforme a definição fundadora de 1948 da Organização Mundial de Saúde. O MHI foca sintomas psicológicos de humor e ansiedade e perda de controle sobre os sentimentos, pensamentos e comportamentos. Posteriormente, foram desenvolvidas versões com menos itens do MHI (como seja o MHI de cinco itens ou MHI-5) passando estas a integrar questionários de avaliação de saúde mental ou de qualidade de vida, ou a ser utilizadas por si só. (RIBEIRO, 2001, p. 79)

O primeiro quesito avaliado enuncia: “Durante quanto tempo, no mês passado se sentiu muito nervoso?” Os subitens apresentados pela escala abarcavam as seguintes respostas: sempre (7,1%), quase sempre (7,1%), a maior parte do tempo (17,9%), durante algum tempo (7,1%), quase nunca (35,7%) e nunca (25%), de acordo com a tabela e o gráfico abaixo:

Tabela 7 – Respostas à pergunta n. 1 do MHI-5

RESPOSTAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Sempre	2	6,9	7,1
Quase sempre	2	6,9	7,1
Maior parte do tempo	5	17,2	17,9
Durante algum tempo	2	6,9	7,1
Quase nunca	10	34,5	35,7
Nunca	7	24,1	25
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

A segunda pergunta constante no MHI-5 é: “Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu calmo e em paz?” Apresentando como alternativas de respostas, os subitens: sempre (3,6%), quase sempre (10,7%), a maior parte do tempo (28,6%), durante algum tempo (14,3%), quase nunca (21,4%) e nunca (21,4%), conforme se depreende da tabela e gráfico a seguir.

Tabela 8 – Respostas à pergunta n. 2 do MHI-5

RESPOSTAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Sempre	1	3,4	3,6
Quase sempre	3	10,3	10,7
Maior parte do tempo	8	27,6	28,6
Durante algum tempo	4	13,8	14,3
Quase nunca	6	20,7	21,4
Nunca	6	20,7	21,4
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

O questionamento de número 3 consiste em: “Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo?” Verificou-se na resposta ao quesito: percentual igual (10,7%) de participantes que se sentiram desta maneira na maior parte do tempo e que nunca se sentiram assim; 7,1% da amostra indicou a resposta sempre, sendo quase sempre indicado por 14,3% dos participantes; a maior parte dos entrevistados marcaram as opções: durante algum tempo (32,1%) e quase nunca (25%).

Tabela 9 – Respostas à pergunta n. 3 do MHI-5

RESPOSTAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Sempre	2	6,9	7,1
Quase sempre	4	13,8	14,3
Maior parte do tempo	3	10,3	10,7
Durante algum tempo	9	31	32,1
Quase nunca	7	24,1	25
Nunca	3	10,3	10,7
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

Apresenta-se a quarta interrogativa: “Durante quanto tempo, no mês passado, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada conseguia o animar?” A maior parte da amostra (46,4%) optou pela alternativa “nunca”, enquanto a menor parte (3,6%) optou pela opção “sempre”; os percentuais das outras opções foram os seguintes: 10,7% a maior parte do tempo, 21,4% durante algum tempo e 17,9% quase nunca, conforme observado no gráfico a seguir:

Tabela 10 – Respostas à pergunta n. 4 do MHI-5

RESPOSTAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Quase sempre	1	3,4	3,6
Maior parte do tempo	3	10,3	10,7
Durante algum tempo	5	20,7	21,4
Quase nunca	6	17,2	17,9
Nunca	13	44,8	46,4
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

O quinto e último questionamento integrante do MHI-5 consiste em: “No último mês

durante quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?” As respostas ao quesito foram: percentual equivalente (25%) nas opções: a maior parte do tempo, durante algum tempo e nunca; percentual de 21,4 na alternativa quase nunca e de 3,6 para quase sempre, de acordo com o demonstrado a seguir:

Tabela 11 – Respostas à pergunta n. 5 do MHI-5

RESPOSTAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Quase sempre	1	3,4	3,6
Maior parte do tempo	7	24,1	25
Durante algum tempo	7	24,1	25
Quase nunca	6	20,7	21,4
Nunca	7	24,1	25
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

Dessa forma, conclui-se que quando questionados a respeito da frequência de nervosismo no mês anterior, 32,1% responderam: sempre (7,1%), quase sempre (7,1%) e a maior parte do tempo (17,9%). Em relação a que frequência de sentirem-se calmo ou em paz, 42,8% da amostra optaram pelas alternativas: quase nunca (21,4%) e nunca (21,4%).

No que se refere à frequência de tristeza, 22,1% responderam: sempre (7,1%), quase sempre (14,3%), e na maior parte do tempo (10,7%), enquanto 32,1% marcaram a opção durante algum tempo. O próximo quesito referia-se à frequência de estar triste, sem nada o animar, 10,6% da amostra escolheram as alternativas: quase sempre (3,6%) e na maior parte do tempo (7%).

O último questionamento dizia respeito à frequência com que os entrevistados se sentiam pessoas felizes, como resposta a este quesito: 46,4% optaram pelas alternativas nunca (25%) e quase nunca (21,4%).

Após a análise de dados individuais, procedeu-se o cálculo do escore final, sendo utilizado como ponto de corte valores menores ou iguais a 52 – estabelecido no IV Inquérito Nacional de Saúde como indicador de provável sofrimento psicológico (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE, 2009).

Diversos métodos com pontos de cortes em variados níveis foram descritos e usados

na literatura específica e torna-se importante salientar que para minimizar os erros de classificação usamos um ponto de corte mais baixo neste estudo (FONE, 2008). Nesta pesquisa, 32,1% dos pacientes apresentaram alterações na sua condição de saúde mental (isto é, obtiveram pontuação menor ou igual a cinquenta e dois pontos).

4.2.1 Classificação pela escala utilizada

O teste Mental Health Inventory-5 (MHI-5) consiste em uma versão reduzida do Mental Health Inventory desenvolvido por Veit e Werw em 1983, trata-se de uma versão rápida, podendo ser utilizada isoladamente (como teste de rastreio - *screening*) ou como parte integrante de questionários que visem avaliar a saúde ou qualidade de vida. Formado por cinco itens que representam quatro dimensões de saúde mental (ansiedade, depressão, perda de controle emocional-comportamental e bem estar psicológico).

No presente estudo, foi aplicado ao entrevistado na forma de cinco itens relacionados ao mês anterior à data de resposta do questionário. As respostas são pontuadas de um a seis da seguinte forma: as perguntas um, dois e quatro por ordem crescente e as perguntas dois e cinco por ordem decrescente.

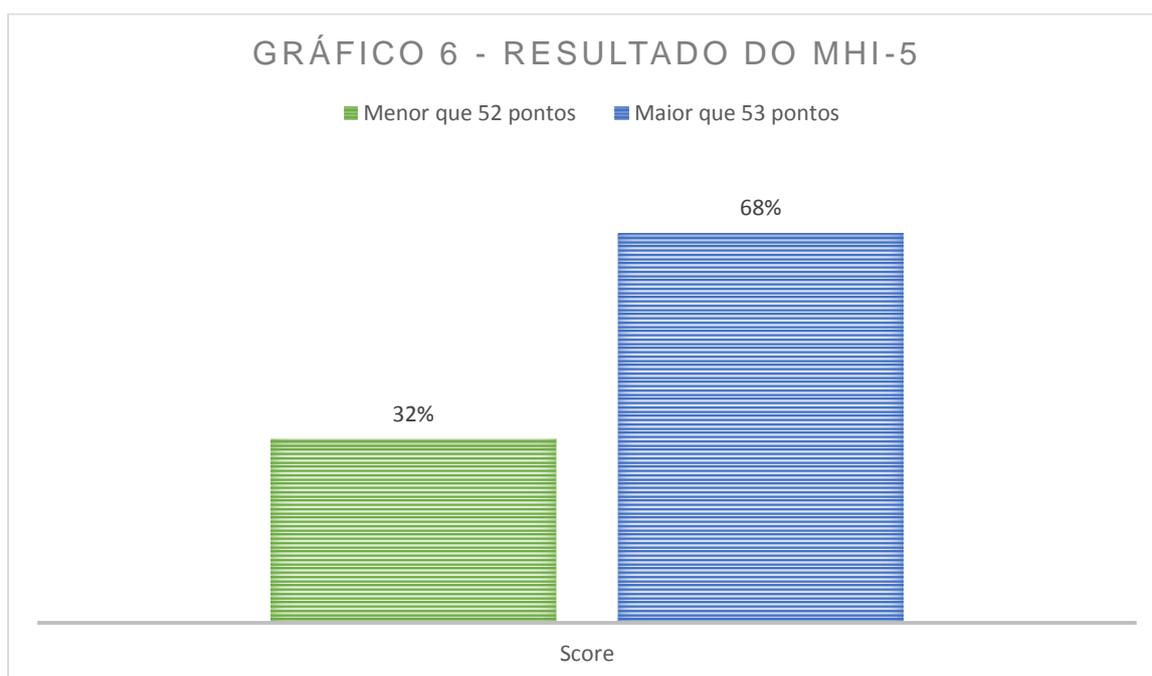
Somando-se as pontuações o MHI-5 tem a máxima de 30 e a mínima de 5, traduzindo o chamado *raw score*. Pontuações mais altas são desejáveis e indicam a experiência de bem-estar psicológico e ausência de sofrimento psicológico durante o mês anterior ao início do estudo. Da análise da amostra, nota-se que 32% dos pacientes avaliados apresentavam escores menores que 52 pontos, o que demonstra impacto da condição na saúde mental.

Ribeiro (2001) chama atenção em seu trabalho, em uma análise inicial, para o objetivo principal da avaliação psicológica em diferenciar os indivíduos funcionais dos indivíduos disfuncionais, independentemente se estes últimos tenham patologias definidas ou não. Porém uma abordagem mais próxima destes indivíduos deveriam ser o objetivo das equipes de apoio à saúde. Em nosso meio, encontramos 32% dos indivíduos com algum grau de disfunção emocional em um momento crítico de sua vida, frente à uma doença que lhe consome individualmente e socialmente. A atenção

voltada ao tratamento somático deste indivíduo vem se desenvolvendo em grandes saltos com o passar dos nos, mas o entendimento do impacto que a sua doença tem na sua *psique* começa a ser desmistificada e porque não, quantificada nos dias atuais. Uma conta simples onde um em cada três sujeitos que se entregam a tratamentos cirúrgicos de alta complexidade, estarem inábeis emocionalmente, nos atenta para um fato que requer atenção de perto de equipes de atenção à saúde.

Sendo assim, como citado por Veit et al. (2010, p. 528) e corroborando nossos achados.

[...] escalas de avaliação somados produziram estimativas de consistência interna de altura e uma grande estabilidade ao longo de um intervalo de 1 ano. Os resultados fornecem um forte apoio psicométrica para um modelo de pontuação e hierárquicas opções que variam de 5 construções distintas para a dependência de um índice sumário[...]



Fonte: Elaborado pelo autor

No que se refere à discussão acerca das políticas públicas em saúde, há que se considerar que houve avanços a partir da década de 80, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que universalizou aos cidadãos brasileiros o acesso à saúde, e a tornou um direito social.

Especificamente às políticas públicas relacionadas à oncologia, estas estão preconizadas na Política Nacional de Atenção Oncológica (instituída em 2005, pela

Portaria n. 2.439), que apresenta propostas com intuito de proporcionar aos pacientes atendimento integral e humanizado, além de assegurar o estabelecimento de serviços não somente oncológicos, já que o acometimento por câncer traz uma grande complexidade, devendo o tratamento ser abrangente, quer dizer, com ações voltadas as necessidades físicas, psicológicas e sociais do paciente (SILVA; GIARDINETTO, 2012). Conforme os achados na presente pesquisa demonstram (comprometimento da saúde mental na maior parte da amostra estudada).

Já no que diz respeito às políticas públicas destinadas à saúde mental apoia-se na Lei n. 10.216 de 2002, e a coloca como parte da atenção básica em saúde. Dessa forma, torna-se, muito difícil estabelecer áreas de confluência entre os programas de Saúde Oncológica e de Saúde Mental, tendo em vista que estes se estruturam de maneiras distintas. Conclui-se que, a desarticulação dos serviços de saúde acarreta prejuízos à população a que se destinam.

Destaca-se que, em 2006, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional de Promoção de Saúde, a fim de promover uma integralidade entre os diversos programas de saúde existentes, na tentativa de estabelecer uma política que dialogue com as diversas áreas, visando a promoção da saúde e da qualidade de vida da população. No entanto, na tentativa de integração entre os programas especializados em saúde, o que se observam são as fragilidades do Sistema Único de Saúde e a desarticulação dos serviços de saúde.

4.3 RASTREIO DO ESTRESSE

O rastreio de estresse foi realizado através da aplicação do termômetro de *distress* (segunda parte do questionário de avaliação de saúde mental). Este método é parte do protocolo proposto pelo National Comprehensive Cancer Network e pela American Society of Clinical Oncology.

O propósito do protocolo é oferecer um método de diagnóstico diferencial, visando assegurar uma atuação preventiva na redução ou eliminação de possíveis transtornos psiquiátricos e facilitar a rotina clínica, tendo em vista que apenas 5% dos pacientes solicitam ajuda, alegando que faltam condições favoráveis à expressão de suas necessidades emocionais e de seus questionamentos sobre a conduta terapêutica (American Psychosocial

Oncology Society, 2006). A ferramenta de avaliação – denominada *Distress Thermometer* – indicada nesse manual, é simples e de fácil análise. Tem o objetivo de identificar o nível de *distress* e suas possíveis causas no período referente à semana anterior, incluindo o dia em que essa avaliação está acontecendo. [...] É importante comentar que tal instrumento vem sendo utilizado em inúmeros estudos internacionais, os quais apontam uma alta incidência de *distress* na população mundial de pacientes com câncer que desenvolvem algum transtorno psiquiátrico, principalmente depressivo e de ajustamento. (ARAÚJO, 2009, p. 255).

A análise dos dados colhidos através da aplicação do termômetro de *distress* se deram de acordo com o estabelecido pela literatura. Estabelecendo-se como presença de *distress* a pontuação igual ou superior a 4 no escore do Termômetro de *Distress*.

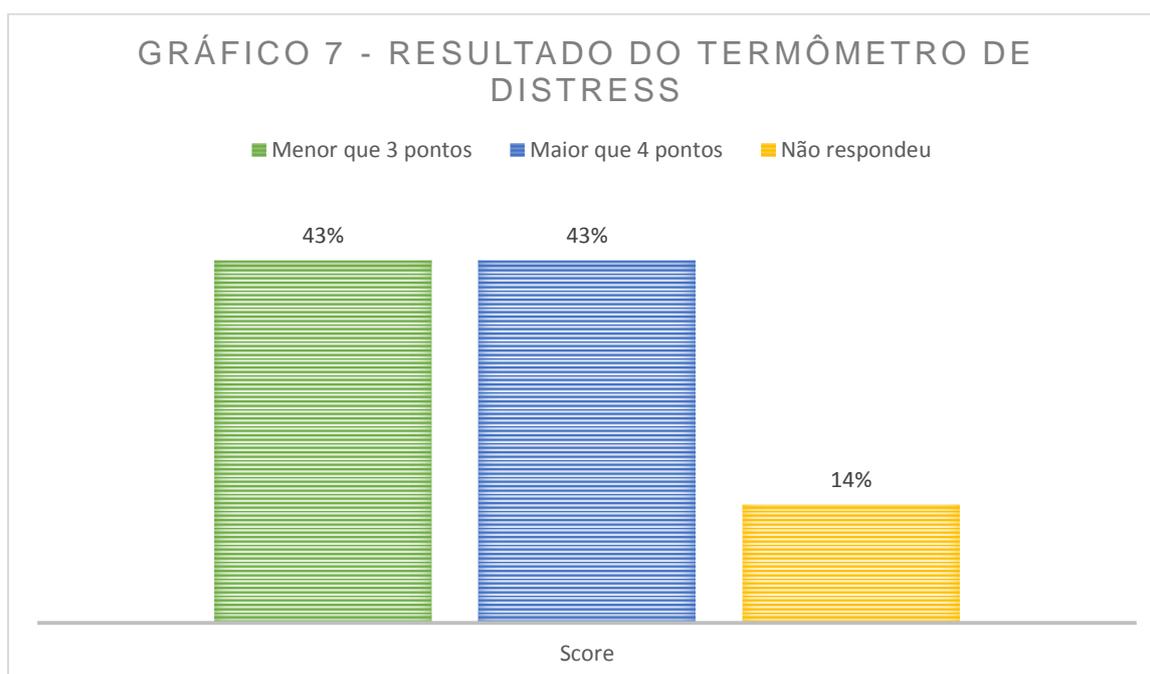
Da aplicação do termômetro de *distress*, verificou-se que 42% estabeleceram pontuação superior ou igual a quatro, indicando a incidência de *distress*; sendo que 14,3% da amostra não respondeu ao teste (Gráfico 7). Confrontando os dados com a literatura onde evidências apontam a ocorrência de estresse em aproximadamente metade dos pacientes com câncer como descrito por Jacobsen (2007), demonstramos um paralelo com os resultados encontrados em nossa amostragem.

A incidência constatada no presente estudo é muito semelhante às obtidas em outros trabalhos, publicados nas revistas especializadas da área, destaca-se aqui, o trabalho de Araújo (2009), que constatou 39,8% de incidência de *distress* em pacientes com câncer, sendo este um dos estudos mais elaborados em nosso meio quanto ao uso da ferramenta. Hegel (2006), encontrou um nível de 41% de prevalência de estresse em pacientes recém diagnosticados com câncer de mama, aplicando este mesmo instrumento. Pode-se fazer um paralelo com a primeira parte do estudo onde aplicou-se o MHI-5 e analisando seus resultados obtivemos 32,1% dos sujeitos com alguma alteração da saúde mental e sugerir uma tendência de equiparação, ao menos numérica, entre a população, nos dois métodos, embora estudos comparativos e desenhados para este fim sejam necessários.

Esse instrumento, de simples aplicabilidade e grande eficácia, além de possibilitar a verificação da presença ou não do *distress*, serve na identificação dos fatores que podem agravar o *distress*, o que possibilita a intervenção multidisciplinar voltada às necessidades dos pacientes.

4.3.1 Frequências de presença ou não de estresse pela escala

O termômetro de *distress* faz parte de um protocolo proposto pela National Comprehensive Cancer Network (NCCN) e pela American Society of Clinical Oncology (ASCO) a partir de 1997, para diagnosticar e tratar o *distress* (*Distress Management*). Constitui-se por dois elementos: o primeiro analisa o nível de *distress* e o outro identifica suas possíveis causas (anexo C, parte II). O primeiro elemento é representado graficamente pela ilustração de um termômetro, na qual o paciente marca o nível de estresse em uma escala numérica que parte do valor zero, correspondente a “sem estresse”, atingindo o valor 10, correspondente a “nível máximo de estresse”. O segundo é composto por uma lista de problemas que contém 35 itens voltados para o reconhecimento de possíveis causas do *distress*, mesmo que estas não estejam associadas ao diagnóstico ou ao tratamento em si (ARAÚJO, 2009; GIGLIO, 2012). Dessa forma, apresentam-se os seguintes dados:



Fonte: Elaborado pelo autor

4.3.2 Descrição dos fatos impactantes na presença de estresse

Nos fatos impactantes na presença de estresse, 13 pacientes não referiram qualquer tipo de problema de ordem prática elencados no quesito apresentado; 15 referiram algum tipo de problema prático apresentado no rol; 10 participantes relataram apenas

um dos problemas práticos; enquanto 5 relataram apresentar mais de um problema simultaneamente.

Observou-se que os três problemas práticos de maior incidência foram: plano de saúde e questões financeiras (indicados por 9 dos entrevistados); preocupação em cuidar das crianças (indicado por cinco dos entrevistados) e transporte (indicado por 4 dos participantes).

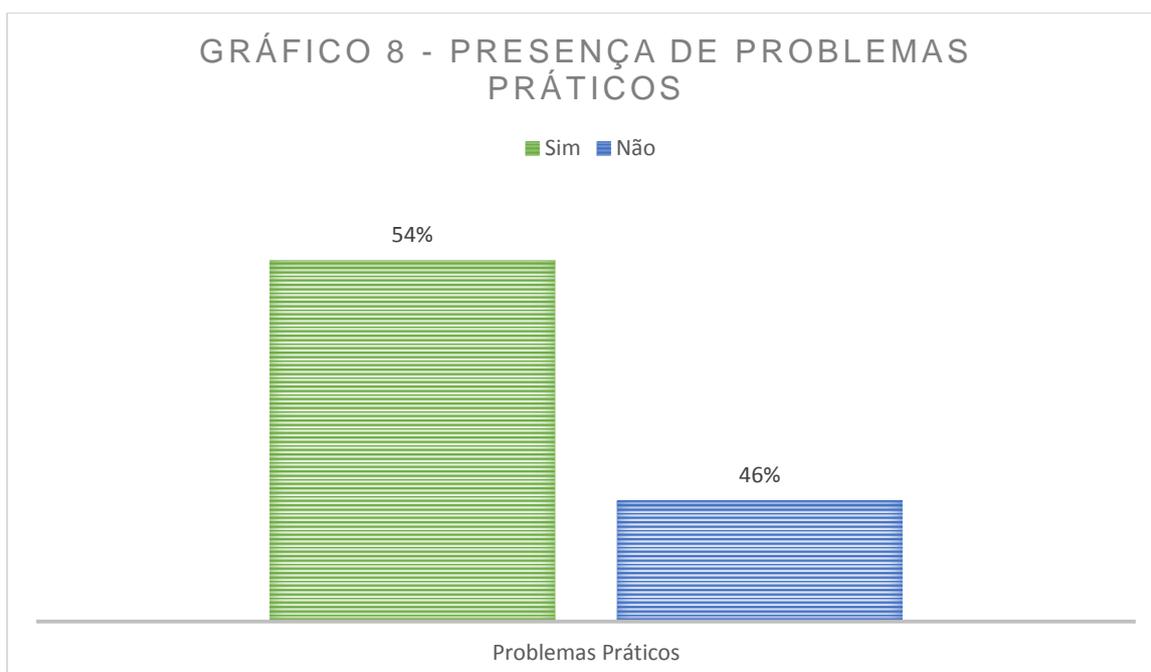
Notou-se que 53,6% dos entrevistados indicaram a presença de problemas práticos. A incidência é bem próxima do apresentado no mesmo quesito (49,4%) do estudo de Araújo (2009) sendo os mais comuns: o de caráter financeiro, cuidado com crianças e transporte.

Os citados estudos também concordam no quesito mais impactante em problemas práticos foi o fator financeiro. Decat (2008) reporta problemas práticos em seu trabalho na ordem de 65%, sendo os mais incidentes, aqueles relacionados com seguro, financeiro, trabalho e escola.

Pode-se inferir a histórica questão da desigualdade social e de distribuição de renda em nosso país (BARROS et al., 2000), que ao criar quadros econômicos instáveis e condições de remuneração ao trabalho mínimo em tempos que o paciente desfruta de sua plena condição de saúde, colocam o cidadão em um estado constante e perverso de preocupação com sua sustentabilidade em tempos onde a doença passa a ser sua realidade.

Decat (2008) chama atenção a essa percepção referindo que 87% dos avaliados em seu trabalho fazem uma estimativa otimista na qual consideram sua própria saúde durante a vida, como muito boa até então.

Assim, analisa que estas pessoas, possivelmente, não vivenciaram problemas graves de saúde e que a sensação de vulnerabilidade e fragilidade e até mesmo a de perda de controle sobre si imposto pela notícia do diagnóstico e tratamento além do entendimento que o câncer é uma doença relacionada com a morte, sofrimento, debilitação física e emocional (DECAT, 2008).

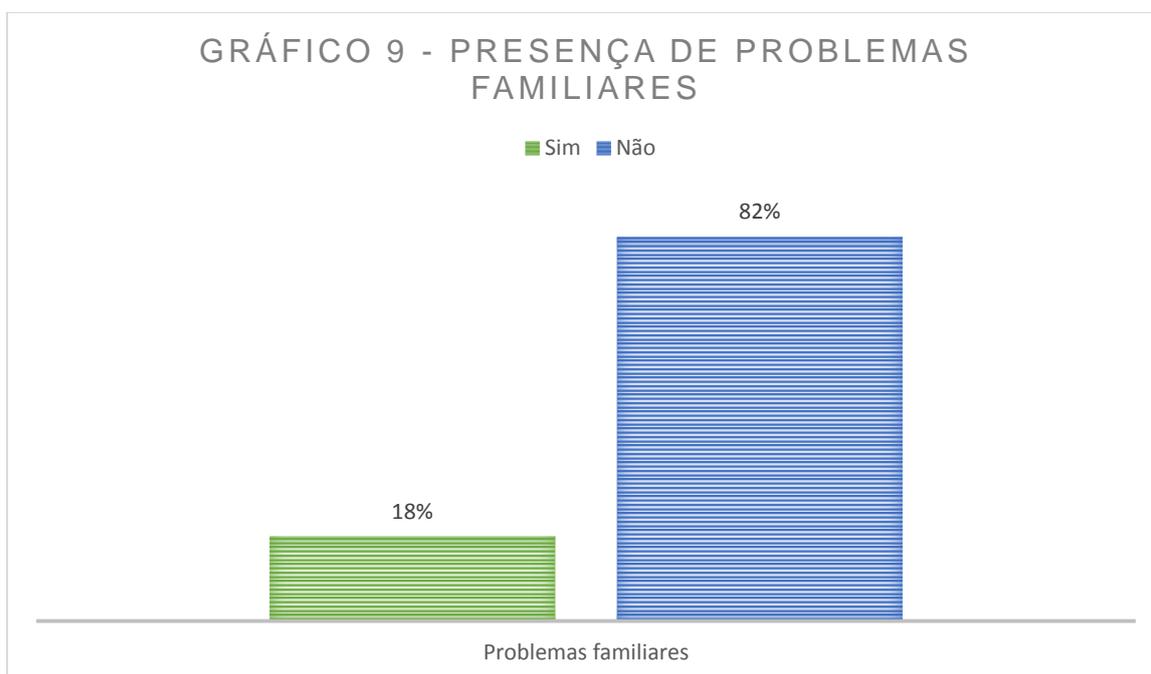


Fonte: Elaborado pelo autor

Em seguida, avaliou-se como fator impactante da presença do estresse, problemas familiares. Neste quesito, apenas 5 dos entrevistados indicaram algum tipo de problema familiar, sendo o mais frequente a preocupação com os filhos (relatado por 4 dos entrevistados). Em desacordo com o estudado por Araújo (2009) que neste item obteve percentual de 48,2%, apenas 18% da amostra estudada apontou a presença de problemas familiares, destaca-se que, uma característica comum entre os dois estudos é a indicação de problemas familiares relacionados aos filhos. Decat (2008), reporta uma incidência de 66% de problemas familiares na sua amostra na primeira fase do tratamento, sendo os principais relacionados aos filhos e companheiros. Araújo (2009) encontrou um ponto que diverge com a amostra, analisada uma vez que o companheiro do paciente também teve papel relevante na amostra.

Uma reflexão quanto aos direitos garantidos pelos portadores de câncer no país (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012), que basicamente se sustenta na cobertura de ações financeiras, como por exemplo, restituição do fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS), descontos na aquisição de veículos em casos especiais e desobrigação de pagamento do imposto de renda, não há nos quadros atuais, políticas que garantam uma segurança quanto aos filhos e dependentes dos pacientes portadores de câncer como garantia de permanência das crianças em creches comunitárias durante o período diurno enquanto o paciente permanece no hospital para tratamentos ou em períodos maiores como a realização de cirurgias.

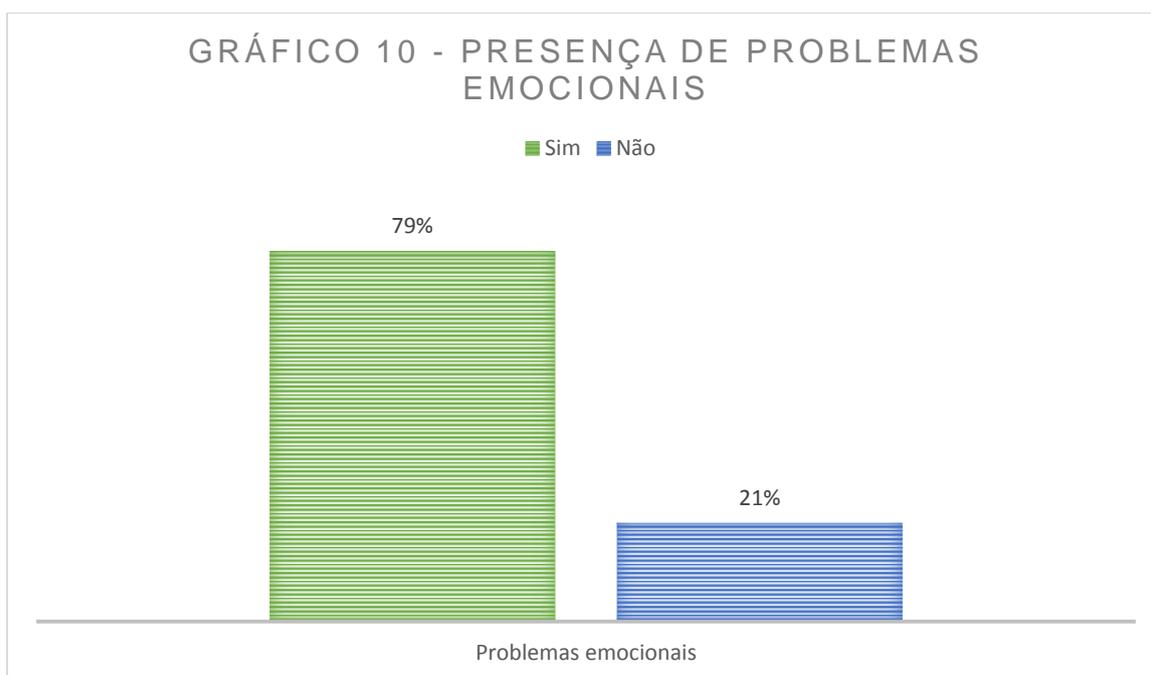
O núcleo familiar deve ser fortalecido no espaço entorno do paciente (LOURENÇÃO, 2010; VEIT; CARVALHO, 2008). O desenvolvimento de ações e programas direcionados à custódia temporária pelo Estado dos dependentes, poderão ter impacto na segurança emocional daqueles que se submetem ao tratamento do câncer, uma vez que se entregarão ao tratamento, com a segurança e despreocupação, quando haveria um mecanismo do governo que garantisse a segurança de seus dependentes durante sua ausência.



Fonte: Elaborado pelo autor

Já no que diz respeito ao impacto de problemas emocionais na presença do estresse, 22 dos entrevistados relataram algum tipo de problema emocional elencado no rol apresentado, correspondendo ao percentual de 79% da amostra.

Dos vinte e dois participantes que relataram a presença de problemas emocionais: oito indicaram apenas um problema e 14 indicaram a presença de mais de um problema simultaneamente. Os problemas emocionais mais incidentes foram: nervosismo (presente em 10 entrevistados), tristeza (indicada por 11 participantes) e preocupação (em 14 dos entrevistados).



Fonte: Elaborado pelo autor

O quesito seguinte no termômetro de *distress*, diz respeito à indicação de problemas emocionais, 79% da amostra estuda apontou presença de problemas emocionais, sendo os mais citados: nervosismo, tristeza e preocupação. Em consonância com a pesquisa de Araújo (2009), no qual 84% da população estudada apontou a presença de problemas emocionais, indicando: medo, preocupação, tristeza e perda do interesse nas atividades usuais. Decat (2008), relata uma taxa altíssima de problemas emocionais na primeira fase do tratamento, de 98%, sendo os principais fatores o medo, tristeza, preocupação e perda do interesse nas atividades usuais.

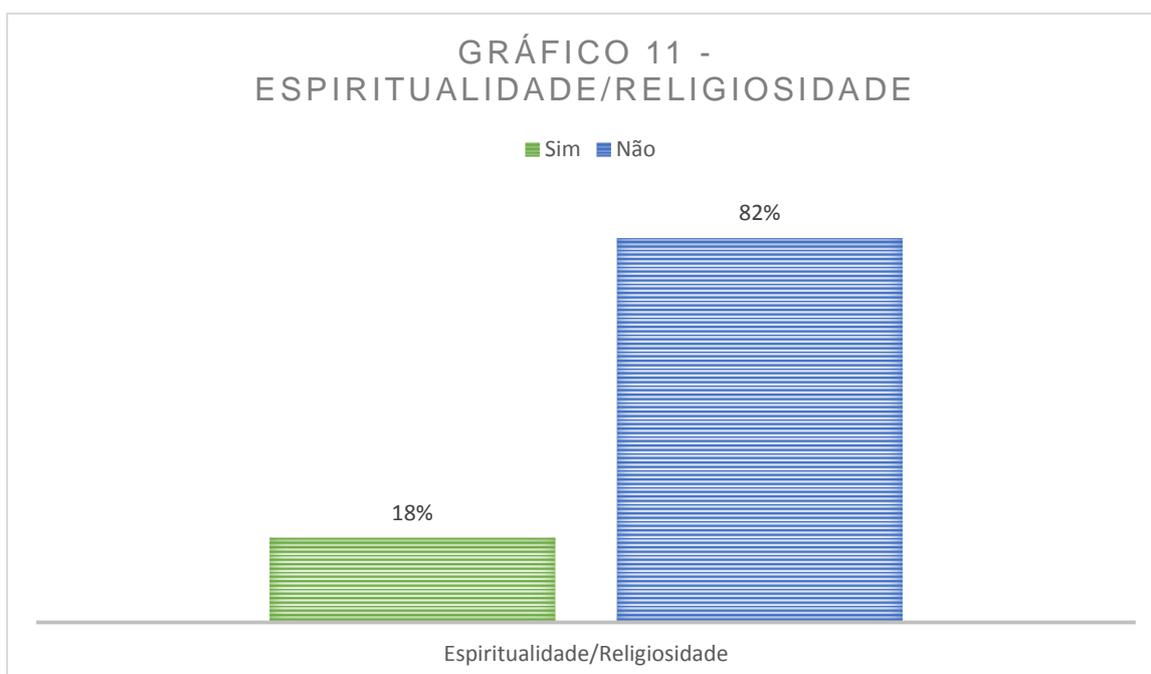
Um ponto importante da presente avaliação foi que 50% dos pacientes que expressavam algum problema emocional, tinham mais de um sintoma, demonstrando que a associação entre os fatores existe em muitos portadores da doença o que pode aumentar ainda mais o sofrimento emocional e o impacto negativo na saúde mental deste grupo de pessoas durante o seu tratamento, período que se exige mais participação, e que avança a possibilidade do impacto negativo também na adesão ao tratamento.

Decat (2008, p. 86), refere em sua discussão a importância dos fatores emocionais nos pacientes com câncer:

[...] o diagnóstico de câncer traz importantes alterações físicas e psicológicas, que podem ser encaradas como negativas (ex.: perda da saúde, da autonomia, da condição física e social) e/ou positivas (ex.: união familiar, resolução de problemas). Estas alterações constituem-se em um estressor

ambiental, físico e psíquico, exigindo do paciente um esforço adaptativo a situações complexas e mutáveis que surgem em cada etapa da doença.

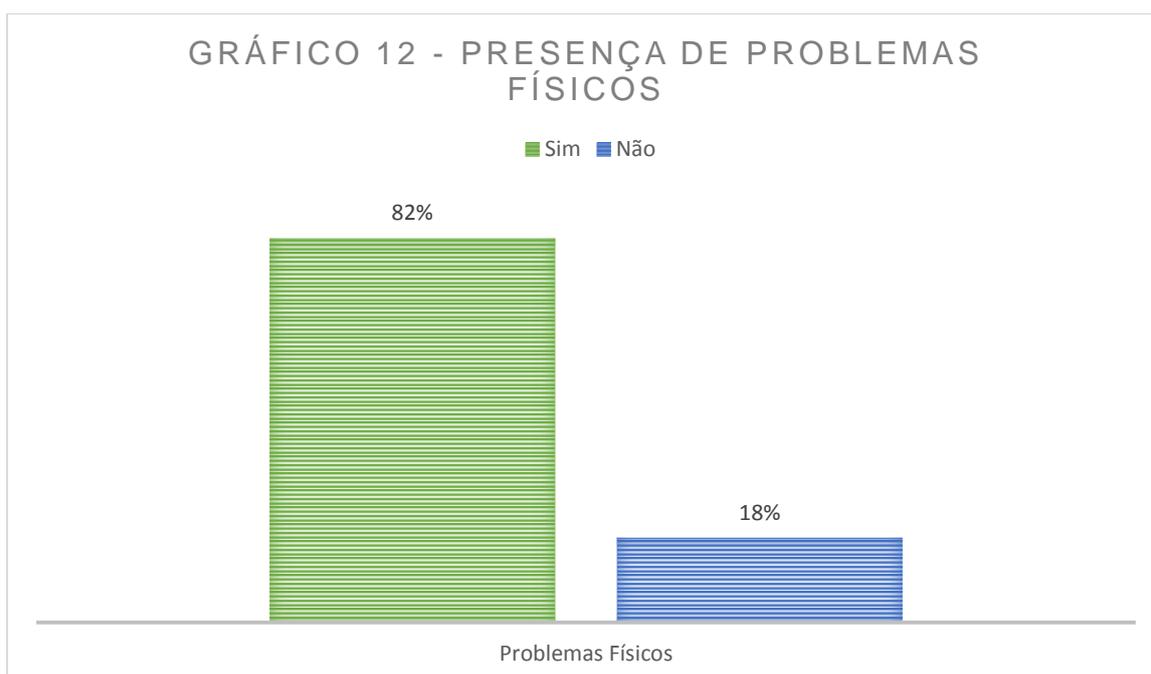
Analisou-se, ainda, a presença de envolvimento espiritual e religioso, neste quesito apenas 5 dos entrevistados relataram algum grau de envolvimento espiritual ou religioso em suas atividades diárias, enquanto 23 indicaram não ter nenhum grau de envolvimento neste quesito, a saber:



Fonte: Elaborado pelo autor

No que diz respeito ao quesito referente à religiosidade e espiritualidade, o estudo obteve o percentual de 18% neste quesito, contra apenas 3,6% na pesquisa realizada por Araújo (2009). Os resultados obtidos neste quesito estão em dissonância com o encontrado por Grosse e Kurowski (2011), na pesquisa mencionada 97,5% da amostra tinham algum envolvimento religioso/espiritual, as supramencionadas autoras constataram que os que frequentavam alguma denominação religiosa apresentaram melhor qualidade de vida geral.

O último fator impactante na presença do estresse avaliado foi a presença de problemas físicos. Os resultados obtidos foram: 23 entrevistados relataram algum tipo de problema físico. Desses vinte e três: 4 relataram a presença de apenas um problema; 19 participantes indicaram a presença de mais de um problema simultaneamente. Destacam-se os três problemas físicos mais incidentes: sono (12 entrevistados); dores (presente em 10 participantes) e problemas de indigestão e memória/concentração (indicados por 9 entrevistados).



Fonte: Elaborado pelo autor

Os estudos também obtiveram pontuações próximas no indicativo de presença de problemas físicos, 82% da população estudada na presente dissertação apontou problemas físicos, dentre os quais os mais indicados foram: sono, sono, problemas de indigestão e memória/concentração. Araújo (2009), no mesmo quesito, obteve o percentual de 94% de sua amostra, tendo como principais relatados, além dos já citados: os problemas sexuais. Decat (2008), também relata valores altos, de 97% de problemas físicos na primeira fase do tratamento, sendo a memória/concentração, dormir, aparência, constipação, náusea, fadiga, dor e sexual.

As altas incidências de presença de problemas físicos, podem estar relacionadas com os sintomas da doença e com os efeitos colaterais dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia (ARAÚJO, 2009; DECAT, 2008). Uma correlação positiva pode ser especulada entre a presença de problemas emocionais e o grande percentual de pacientes com sintomas físicos que estão com problemas com o sono. A atenção por parte do médico assistente com medidas medicamentosas num primeiro momento, poderia ser um alívio a este sintoma e a curto e médio prazo, políticas de saúde específicas direcionadas a este grupo de pacientes sintomáticos, com auxílio de profissionais de áreas específicas podem ser um ganho considerável.

O estudo de Decat (2010), conclui que ao se estabelecer uma rotina de avaliação do *distress*, amplia-se a oportunidade de efetivar um enfoque preventivo. O estudo destaca que enquanto o tratamento caminha os resultados passam a ser vistos pelo paciente o elemento *distress* tende a se atenuar. Em sua abordagem, a autora avalia o *distress* presente em três fases distintas do tratamento, antes de começar, no meio e no fim, observando uma queda nas taxas da presença de *distress* com o caminhar do tratamento. No início 82% dos participantes apresentaram um quadro significativo de *distress* e apenas 18% não apresentaram. No meio do tratamento, 36,4% apresentaram *distress* e 63,6% não apresentaram, excluídos os que perderam seguimento ou evoluíram para óbito. Ao final do tratamento 18,2% apresentaram um quadro de *distress* e 81,8%, não apresentaram esse quadro. Esses dados podem indicar que políticas de saúde direcionadas ao reconhecimento do quadro e com apoio de profissionais adequado, o *distress* pode ser combatido de forma eficiente e conduzir o paciente que sofre a um desfecho favorável quanto à sua autonomia e saúde mental.

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

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

4.4 PRINCIPAL TIPO DE TRANSTORNO MENTAL OBSERVADO

Por fim, na avaliação da saúde mental dos pacientes, aplicou-se o Epstein Mental

Health Inventory (EMHI), trata-se de questionário desenvolvido com o objetivo de identificar a necessidade de psicoterapia na população em geral, rastreando condições de desordens mentais (EPSTEIN; MUZZATTI, 2011).

Buscou-se identificar o principal tipo de transtorno mental observado e nos resultados obtidos, verificaram-se como transtornos mentais mais comuns: transtorno de controle de impulso (indicado por 12 dos participantes), transtorno da alimentação (também, indicado por 12 entrevistados), transtorno na ansiedade generalizada (relatado por 6 indivíduos) e transtorno obsessivo-compulsivo (apontado por 6 dos entrevistados).

Dessa forma, passa-se à análise pormenorizada das respostas individuais à cada pergunta constante no EMHI.

A primeira pergunta refere-se à verificação de transtornos do controle dos impulsos, na qual são apresentadas as seguintes alternativas: a) às vezes não sou capaz de controlar a minha raiva; b) frequentemente ajo por impulso, o que, às vezes, me traz grandes problemas; e, c) estou preocupado com as apostas, parece que tenho dificuldades em controlar meu comportamento quanto ao jogo. Verificou-se que, 25% da amostra indicou não ser capaz de controlar a sua própria raiva e 17,9% apresentou que frequentemente age por impulso.

Tabela 12 – Análise da primeira pergunta do EMHI

RESPOSTAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Alternativa a	7	24,1	25
Alternativa b	5	17,2	17,9
Nenhuma resposta	16	55,2	57,1
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

Passa-se, então, à análise da segunda pergunta, referente ao abuso de substâncias, como opções de respostas, apresentaram-se: a) durante o ano passado, tive de ingerir mais bebidas alcoólicas ou usar mais drogas para satisfazer minhas necessidades; b) no ano passado tentei, mas não consegui, diminuir a quantidade de bebidas alcólicas, de drogas ou cigarros; e, c) durante o ano passado tive de ingerir quantidades cada vez maiores de drogas ou bebidas alcólicas para me satisfazer ou lidar com os meus problemas. Nesse quesito, o total de 14% indicou problemas relacionados ao uso de álcool ou entorpecentes, em conformidade com as respostas

colhidas do questionário sociodemográfico, no qual o mesmo percentual afirmou ser etilista.

Tabela 13 – Análise da segunda pergunta do EMHI

RESPOSTAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Alternativa b	3	10,3	10,7
Alternativa c	1	3,4	3,6
Nenhuma resposta	24	82,8	85,7
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

O terceiro quesito do EMHI diz respeito à presença de depressão maior, sendo alternativas de respostas: a) nas últimas duas semanas venho tendo dificuldade em sentir qualquer prazer nas atividades diárias de que costumava gostar; b) há cerca de 15 dias venho pensando com frequência que quero morrer; e, c) pelo menos durante as duas últimas semanas, venho me sentindo deprimido quase todos os dias. A presença de sintomas depressivos foi apresentada em 35% da amostra.

Tabela 14 – Análise da terceira pergunta do EMHI

RESPOSTAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Alternativa a	4	13,8	14,3
Alternativa c	6	20,7	21,4
Nenhuma resposta	18	62,1	64,3
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

O quarto tópico relaciona-se às fobias específicas, as opções de respostas apresentadas são: a) tenho medo excessivo ou irracional de algum objeto ou situação; b) estou com muito medo de algo, e meu medo interfere em minha capacidade de desenvolver o meu trabalho ou em conduzir a minha vida de maneira normal; e, c) tenho muito medo de um objeto ou uma situação, e quando me exponho a esse estímulo entro em pânico.

Tabela 15 – Análise da quarta pergunta do EMHI

RESPOSTAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Alternativa a	3	10,3	10,7
Alternativa b	2	6,9	7,1
Alternativa c	1	3,4	3,6
Nenhuma resposta	22	75,9	78,6
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

O questionamento de número cinco aborda à presença de fobias sociais, oferecendo-se as seguintes alternativas de resposta: a) sinto medo de ficar perto de outras pessoas em determinadas situações e percebo que meus medos podem ser irracionais ou excessivos; b) em determinadas situações sociais, sinto extrema ansiedade; e, c) sinto grande temor em uma ou mais situações em que eu precise interagir com outras pessoas. Constatou-se que 25% da amostra relatou ter fobia ou ansiedade em situações sociais.

Tabela 16 – Análise da quinta pergunta do EMHI

RESPOSTAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Alternativa a	2	6,9	7,1
Alternativa b	5	17,2	17,9
Alternativa c	1	3,4	3,6
Nenhuma resposta	20	69	71,4
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

O sexto quesito refere-se aos transtornos de alimentação, apresentando-se as seguintes alternativas: a) costumo comer muito, e em seguida, vomitar ou usar laxantes, ou outros meios radicais, para evitar ganho de peso; b) estou preocupado com meu peso ou com a forma do meu corpo e, conseqüentemente, como ou me exercito de uma forma que algumas pessoas poderiam considerar incomum; e, c) não estou disposto ou não sou capaz de comer ou digerir o alimento em quantidade suficiente para manter o peso saudável. Neste aspecto, 42% da amostra analisada apresentou disfunções acerca da alimentação e do cuidado com o próprio corpo.

Tabela 17 – Análise da sexta pergunta do EMHI

RESPOSTAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Alternativa b	4	13,8	14,3
Alternativa c	8	27,6	28,6
Nenhuma resposta	16	55,2	57,1
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

A questão número sete diz respeito ao transtorno de estresse pós-traumático e oferece as seguintes opções de respostas: a) tenho lembranças perturbadoras relacionadas a um acontecimento traumático que experimentei no passado; b) costumo ter sonhos perturbadores sobre uma experiência terrível ocorrida no passado; e, c) às vezes me vejo revivendo o horror de um fato traumático que experimentei no passado. Da amostra estudada, 26% relatou a presença de lembranças inquietantes.

Tabela 18 – Análise da sétima pergunta do EMHI

RESPOSTAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Alternativa a	3	10,3	10,7
Alternativa b	1	3,4	3,6
Alternativa c	1	3,4	3,6
Nenhuma resposta	23	79,3	82,1
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

A oitava pergunta objetiva realizar a presença de transtorno de ansiedade generalizada, apresentando-se como alternativas de respostas: a) pelo menos durante os últimos seis meses, venho sentindo preocupação e nervosismo excessivos, difíceis de controlar; b) no mínimo nos últimos seis meses, tenho ficado extremamente ansioso e preocupado com uma série de acontecimentos e atividades diferentes; e c) pelo menos durante os últimos seis meses, venho me sentindo excepcionalmente agitado, cansado, irritado, tenso ou distraído. A presença de preocupação e ansiedade excessivos foi constatada em 42% da amostra estudada. Os percentuais são visualizados na tabela a seguir:

Tabela 19 – Análise da oitava pergunta do EMHI

RESPOSTAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Alternativa a	4	13,8	17,3
Alternativa b	2	6,9	7,1
Alternativa c	5	17,2	17,9
Nenhuma resposta	17	58,6	60,7
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

O questionamento de número nove diz respeito à presença de transtorno bipolar, apresentando-se as seguintes respostas: a) durante o ano passado tive variações súbitas de humor, sem qualquer razão aparente; b) meu humor muda rapidamente, de depressivo e esfuziante, sem qualquer motivo aparente; e, c) durante o ano passado o meu humor mudou mais de uma vez de deprimido para esfuziante. Das respostas, apresentam-se os seguintes dados:

Tabela 20 – Análise da nona pergunta do EMHI

RESPOSTAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Alternativa a	2	6,9	7,1
Alternativa b	3	10,3	10,7
Alternativa c	2	6,9	7,1
Nenhuma resposta	21	72,4	75
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

Nota- se que 25% da amostra em análise indicou variações de humor sem causa

aparente. A décima e última pergunta diz respeito ao transtorno obsessivo-compulsivo, com as seguintes opções de resposta: a) repito excessivamente certos comportamentos ou pensamentos, sem conseguir parar; b) pensamentos frequentes me causam grande ansiedade; e, acredito que esses pensamentos possam ser irracionais ou exagerados. Faço ou penso repetidamente. Os comportamentos obsessivos e compulsivos foram indicados por 35% da amostra.

Tabela 21 – Análise da décima pergunta do EMHI

RESPOSTAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
Alternativa a	1	3,4	3,6
Alternativa b	6	20,7	21,4
Alternativa c	3	10,3	10,7
Nenhuma resposta	18	62,1	64,3
Total	28	96,6	100

Fonte: Elaborada pelo autor

Nesta avaliação, verificou-se maior incidência dos seguintes: transtorno do controle dos impulsos (indicado por 12 dos entrevistados), transtornos alimentares (indicado por 12 indivíduos), distúrbio de ansiedade generalizada (apontado por 6 pacientes) e transtorno obsessivo-compulsivo (relatado por 6 entrevistados). O estudo epidemiológico apresentado no Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 2009, apontou como segunda e terceiras maiores incidências de problemas relacionados à saúde mental, os transtornos depressivos e os transtornos de ansiedade.

4.4.1 Indicação de Psicoterapia

A relação do comprometimento da saúde mental com a necessidade de psicoterapia está demonstrada na tabela a seguir:

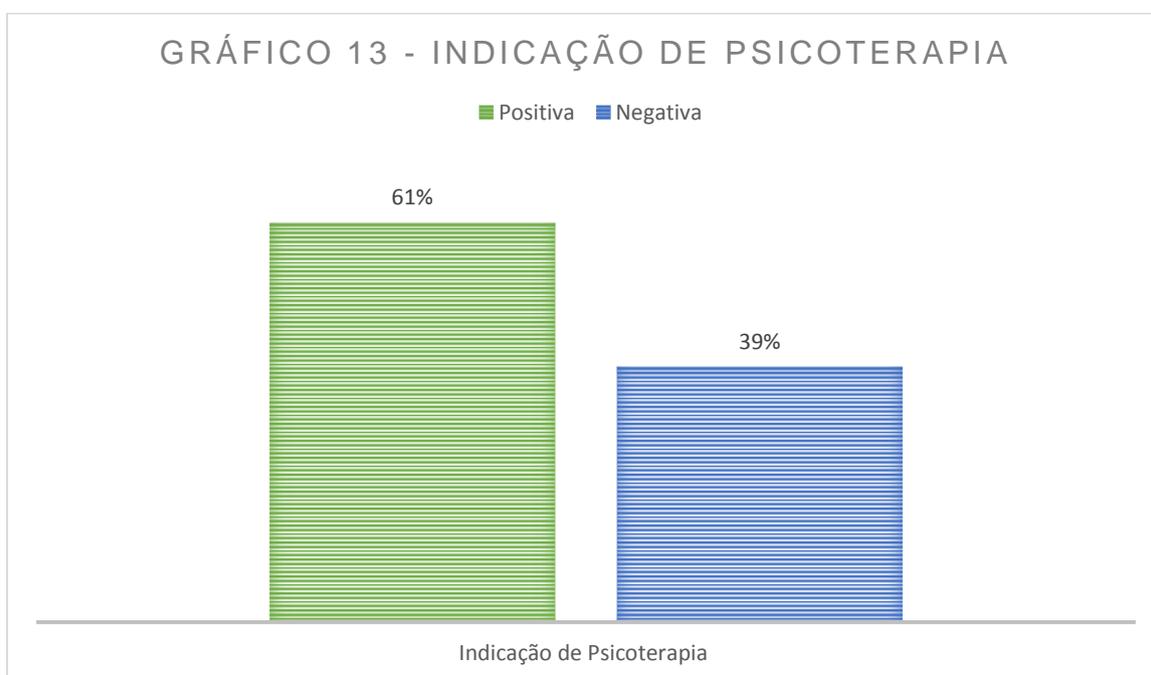
Tabela 22 – Relação do comprometimento da saúde mental e necessidade de psicoterapia

		SCOREFINAL			
		Menor 52 pontos		Maior 53 pontos	
		Count	Raw N %	Count	Raw N %
TDSCORE	Menor que 3	2	20%	8	80%
	Maior que 4	4	44,4%	5	55,6%
	Não respondeu	1	33,3%	2	66,7%
SCORE EPSTEIN	Uma resposta positiva	2	22,2%	7	77,8%
	Duas ou mais respostas positivas	7	41,2%	10	58,8%
	Não respondeu	0	0	2	100%

Fonte: Elaborada pelo autor

No que diz respeito à indicação de psicoterapia, em relação ao índice de Epstein, nove pacientes responderam no mínimo um item por pergunta, em pelo menos uma pergunta, perfazendo 32,1% da amostra. Dezesete entrevistados responderam no mínimo dois itens em pelo menos uma pergunta, alcançando 60,7% dos entrevistados. Dois pacientes não assinalaram nenhum item, perfazendo 7,1% da amostra.

Dos 28 indivíduos que integravam a amostra deste estudo, 17 obtiveram indicação para psicoterapia, dessa forma, pela análise dos resultados obtidos através da aplicação dos procedimentos metodológicos, percebeu-se que 61% da amostra estudada apresentou indicação de psicoterapia. Conforme demonstra-se a seguir:



Fonte: Elaborado pelo autor

Esses resultados demonstram a necessidade de uma reorientação dos modelos assistenciais e dos serviços de saúde, somente desta forma será possível oferecer atendimento de equipes multidisciplinares com abordagens diferenciadas aliando à atenção oncológica a saúde mental. Já que, é fundamental considerar as repercussões psicológicas e sociais do acometimento de câncer e seu tratamento nos indivíduos.

5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo geral avaliar no período pré-operatório, o comprometimento da saúde mental de pacientes diagnosticados com qualquer tipo de neoplasia. Na amostra analisada, 32% dos indivíduos com algum grau de disfunção emocional, frente à doença e 61% dos pacientes tem indicação de abordagem inicial com especialista da área de saúde mental, que lhe consome individualmente e socialmente. A atenção voltada ao tratamento somático deste indivíduo vem se desenvolvendo em grandes saltos com o passar dos anos, mas o entendimento do impacto que a sua doença tem na sua *psique* começa a ser desmistificada e porque não, quantificada nos dias atuais.

Quanto aos objetivos específicos, em relação à presença do comprometimento da saúde mental, com o uso do questionário MHI-5, 32% da amostra apresentou alteração da saúde mental no período.

Em relação a presença de *distress*, o TD foi capaz de identificar a presença de *distress* em 43% da amostra, sendo que os fatores mais impactantes na sua presença foram da ordem familiar, problemas físicos e problemas emocionais, encontrados em 82%, 82% e 79% respectivamente dos pacientes.

A necessidade de abordagem especializada nos portadores de câncer com comprometimento da saúde mental ficou demonstrada em 61% dos pacientes com a

aplicação do questionário Epstein.

A redução da amostra observada se deu provavelmente pelo curto período de coleta de dados, redução do número de intervenções cirúrgicas no período de coleta amostral, redução do número de dias úteis de cirurgia, longo tempo para aplicação individual dos instrumentos de pesquisa e redução do comprometimento de alguns pesquisadores na coleta completa das informações, que podem ser considerados fatores limitantes mas que não ofuscam os resultados do trabalho.

Os resultados obtidos na pesquisa indicam que o maior percentual da amostra estudada necessita de intervenção psicoterapêutica, sendo assim, ressalta-se a necessidade de tratamento adequado e efetivo das consequências psicossociais dos pacientes oncológicos, baseando-se não somente em terapia, como também em prevenção.

No que se refere às políticas públicas em saúde, vê-se que as leis que determinam a estruturação dos centros de tratamento de alta complexidade em câncer que tenham profissionais de área específica para tratamento de transtornos relacionados à saúde mental. Muito embora, no trato diário com este público o que se observa é uma grande carência deste profissional para atender a demanda necessária ao bem estar individual e enfrentamento da doença.

Dessa forma, faz-se imprescindível o investimento por parte dos gestores e o incentivo a programas sustentáveis que visem a avaliação e acompanhamento desses pacientes durante esta fase de suas vidas, para que possam se portar de forma proativa na busca da cura da doença.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. C. C. F.; LAROS, J. A.; DECAT, C. S. A.; Termômetro de distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. **Psico-Usf**, Itatiba, v. 14, n. 3, p. 253-60, set./dez. 2009.

BARROS, R. P. et al. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 15, n. 42, p. 123-142, dez. 2000.

BARBOSA, L. N. F.; COSTA, C.; VASCONCELOS, A. S. Do transtorno de ansiedade ao câncer. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 51-71, dez. 2008.

BARBOSA, L. N. F. et al. Repercussões psicossociais em pacientes submetidos a laringectomia total por câncer de laringe: um estudo clínico-qualitativo. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 45-58, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual de bases técnicas**: oncologia. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza/SUS**: política nacional de humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em saúde em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. _____. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Integração de informações dos registros de câncer brasileiros. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, vol.41, n.5, p. 865-868, 2007.

BRASIL. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 dez. 2005a.

BRASIL. Portaria nº 741 de 19 de dezembro de 2005. O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições; Considerando a Portaria GM/MS nº 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão do SUS; [...]Considerando a necessidade de auxiliar os gestores na regulação do acesso, controle e avaliação da assistência oncológica; resolve: **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 dez. 2005b.

BRAVO, M. I. S. As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em serviço social e política social: política social**. Brasília, DF: UnB- CEAD/ CFESS, 2001.

CONGRESSO BRASILEIRO DE NEUROLOGIA, 25., 2012, Goiânia. **Utilização do Epstein Mental Health Inventory em pacientes com declínio cognitivo atencional**. Goiânia: Sociedade Brasileira de Neurologia ,2012

CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. A.; PEREIRA, I. M. T. B. A interface das políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. **Saúde sociedade**, São Paulo, v.18, n. 3, p. 446-55, 2009.

CONTEL, J. O. B. et al. Aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea. **Medicina Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 33, n. 10, p. 294-331, 2000.

COSTA JÚNIOR, A. L. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 36-43, 2001.

DECAT, C. S. **Avaliação diagnóstica do distress**: contribuições para rotina de atendimento em serviço de oncologia. Brasília: UFB, 2008.

DECAT, C. S. et al. Avaliação de distress e qualidade de serviço em oncologia. **RSBC**, Brasília, ano XII, n. 41, p. 24-29, 1. Trimestre, 2010.

DESLANDES, S. F.; JUNQUEIRA, M. F. P. **Resiliência e maus tratos à criança**. Caderno Saúde Pública, v. 19, n. 1, p. 227-235, 2003.

GIGLIO, A. et al. Aplicação do instrumento termômetro de estresse em pacientes idosos com câncer: estudo piloto. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 112-6, mar./abr. 2012.

EPSTEIN, R.; MUZZATTI, L. Preliminary Validation of an Online DSM-Based Mental Health Referral Inventory. **Journal of Technology in Human Services**, Estados Unidos da América, v. 6, n. 4, p. 284–95, 2011.

FANGER, P. C. et al. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 173-8, 2010.

FAWSY, I. F. Malignant melanoma: effects on an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. **Archives of General Psychiatry**, Estados Unidos da América, v. 50, n. 9, p. 681-9, 1993.

FERNANDES, M. B. F. et al. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1667-77, set. 2011.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FONE, D. L. et al. Evaluating cutpoints for the MHI-5 and MCS using the GHQ-12: a comparison of five different methods. **BMC Psychiatry**, Estados Unidos da América, v. 8, n. 10, p.1-9, 2008.

FORNAZARI, S. A. et al. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, BR, v. 26, n. 2, p. 265-72, 2010.

GIMENES, M. G. Definição, foco de estudo e intervenção. In: CARVALHO, M. M., **Introdução à psico-oncologia**. Campinas: Psy, 1994.

GILBODY, M. S.; HOUSE A. O.; SHELDON T. A. Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. **British Medical Journal**, Inglaterra, v. 322, n. 9, p. 406-9. 2001.

CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA, 8., 2011, Curitiba. **A importância da espiritualidade/religiosidade em pacientes oncológicos**. Curitiba: Sociedade Brasileira de Psicologia, 2011.

HEGEL, M. T. et al. Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. **Cancer**, Estados Unidos da América, v. 107, n. 12, p. 2924-31, 2006.

HOLLAND, J. Historical overview. In: HOLLAND, J.; ROWLAND, J. **Handbook of psychooncology**. Estados Unidos da América: Oxford Press, 1990.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Atlas de mortalidade por câncer**. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>. Acesso em: 10 nov. 2013a.

_____. **Histórico do controle de câncer no Brasil**. Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/historico_cancerbrasil.pdf. Acesso em: 10 nov. 2013b.

_____. **Direitos sociais da pessoa com câncer**. 3. ed. Rio de Janeiro: Gráfica

Flama, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE. **Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006**. Portugal: INE, INSA, 2009.

JACOBSEN, P. B.; RANSON, S. Implementation of NCCN distress management guidelines by member institutions. **J Natl Compr Canc Netw**, Estados Unidos da América, v. 5, n.1, p. 99-103, 2007.

KELLY, M. J. et al. Evaluating cutpoints for the MHI-5 and MCS using the GHQ-12: a comparison of five different methods. **BMC Psychiatry**, Inglaterra, v. 8, n.10, p. 319-331, 2008.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. Estados Unidos da América: Springer, 1984.

LECH, S. S. et al. Percepção dos médicos sobre comunicação de más notícias ao paciente. **Unoesc & Ciência**, Joaçaba, v. 4, n. 1, p. 69-78, 2013.

LOURENÇÃO, V. C. et al. Aplicações da terapia cognitivo-comportamental em tratamento de câncer. **Revista Brasileira de Terapia Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 45-55, 2010.

MAGALHÃES, J. L. Q. de. **Direito constitucional**. 2.ed. Belo Horizonte: Mandamentos, 2002.

MARQUES, A. P. F. S. Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. **Revista Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 210-228, 2004.

MCCABE, C. et al. Measuring the mental health status of a population: A comparison of the GHQ-12 and the SF-36 (MHI-5). **British Journal of Psychiatry**, Inglaterra, v. 169, n. 4, p. 517-521, 1996.

MICELI, A. V. P. **Pré-operatório de paciente oncológico: uma visão psicológica**. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 198-221, 2. trimestre, 1998.

NARDI, H. C.; RAMMINGER, T. Políticas públicas em saúde mental e trabalho: desafios políticos e epistemológicos. **Psicol Cienc Prof**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 374-387, 2012.

NCCN. National Comprehensive Cancer Network. **Clinical Practice Guidelines in Oncology**. Distress Management. Estados Unidos da América, 2011.

PARADA, R. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Revista APS**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008.

PERES, M. D. P et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria**

Clínica, São Paulo, n. 34, supl 1, p. 82-7, 2007.

REBOUÇAS, D. et al. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 624-632, mar. 2008.

RIBEIRO, J. L. P. Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. **Psicologia, Saúde e Doença**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 77-99. 2001.

RUMPF, H. J. et al. Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. **Psychiatry Res**, Estados Unidos da América, v. 105, n. 3, p. 243-53, Dec. 2001

SANTOS, G. E. de O. **Cálculo amostral**: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 06 nov. 2012.

SARLET, I. W. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 581-7, set. 2009.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-8, mar./abr., 2004.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997.

SILVA, A. C. C.; GIARDINETTO, A. R. S. B. Políticas públicas em oncologia: refletindo sobre a atuação da terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 297-308, set./dez. 2012.

SILVA, P. A.; MELO-SANTOS, C. Reação de ajustamento em oncologia. In: CARVALHO, V. A. et al. **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

SPIEGEL, D. et al. Effect of psychosocial treatment on survival of patients on metastatic breast cancer. **Lancet**, Inglaterra, v. 13, n. 5, p. 888-91, 1989.

TABOADA, N. G. et al. **Resiliência**: em busca de um conceito. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 16, n. 3, p. 104-113, 2006.

THE WHOQOL GROUP. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)**: position paper of the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 1995.

TOMAZELLI, J. G. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção na prevenção básica na prevenção e controle do câncer. **Revista APS**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008.

VEIT, C. T.; WERE JR. J. E. The structure of psychological distress and well-being in

general populations. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Estados Unidos, v. 20, n. 7, p. 730-42, 1983.

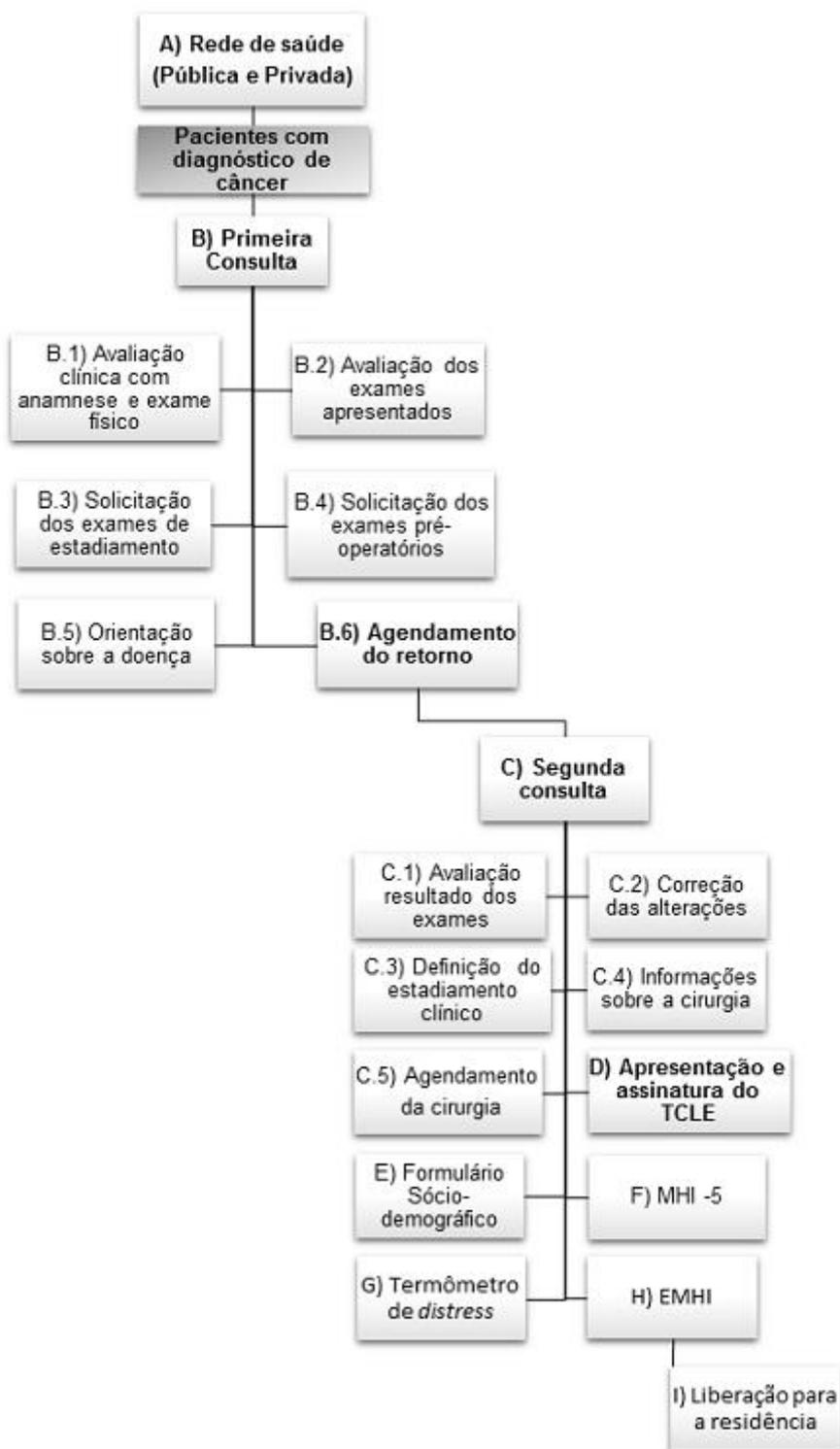
VEIT, M. T.; CARVALHO, V. A. Psico-oncologia: um novo olhar para o câncer. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 526-30, 2010.

VIAL et al. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 79-87, 2005.

WEISMAN, A. D.; WORDEN, J. W. **Coping and vulnerability in cancer patients**. Unpublished research report, Project Omega, Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Massachusetts General Hospital, 1977.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Fluxograma do Desenho Experimental



ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Sr. (a),

A pesquisa intitulada “A saúde mental e a psicoterapia em pacientes oncológicos: contribuições para ações políticas e sociais” tem como objetivo avaliar a saúde mental, o nível e as possíveis causas de distress e a necessidade de apoio especializado no pré-operatório de pacientes portadores de neoplasia (câncer) com indicação de cirurgia.

Para este fim não serão realizadas condutas invasivas, apenas serão aplicados três questionários os quais irão avaliar alteração na saúde mental (MHI-5), a presença e as possíveis causas de distress, definido como uma experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica, social e/ou espiritual, que oscila entre a percepção da própria vulnerabilidade, tristeza, fantasias e medo ante o desconhecido e reações mais intensas como depressão, ansiedade, pânico, crises existenciais e isolamento social (termômetro de distress) e a necessidade de apoio especializado (EMHI). Todos os procedimentos serão esclarecidos antes e durante a pesquisa e não acarretam nenhum risco aos que aceitarem participar do estudo.

Ressaltamos que a sua participação será muito importante, não trazendo gastos ou prejuízos financeiros e pessoais, já que a pesquisa será realizada na própria Unidade de Saúde. Os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos havendo compromisso em manter o sigilo e o anonimato de todos os participantes.

Lembramos ainda que você poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos e que, mesmo não havendo necessidade de ressarcimento, o pesquisador se responsabiliza por possíveis custos solicitados pelos sujeitos da pesquisa, desde que fique comprovada legalmente sua necessidade. Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Dr. Rodrigo dos Santos Lugão (8155-8820 – rslugao@yahoo.com.br). Ou com o Comitê de Ética em pesquisa, telefone de contato: 33343586. Agradecemos a sua atenção e, caso aceite participar, solicitamos a sua confirmação neste documento.

Eu, _____ RG _____,
telefone _____, endereço _____
aceito participar da pesquisa “Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família de Vitória”.

Vitória, ____ de _____ de _____

Assinatura

Dr. Rodrigo dos Santos Lugão - Pesquisador responsável

ANEXO B – Formulário de Pesquisa: Questionário Sociodemográfico

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () F () M

Profissão: _____

Estado Civil: _____

Filhos: () Não () Sim Quantos: _____

Escolaridade: () Fundamental () Médio incompleto () Médio completo

() Superior incompleto () Superior completo

Tabagista: () Não () Sim – () cigarros por semana

Etilista: _____

Possui emprego fixo? () Sim () Não () Aposentado

Carga horária diária : _____

Há quanto tempo trabalha na profissão (em meses)? _____

Há quanto tempo trabalha? _____

Possui mais de um emprego? () Sim () Não Quantos? _____

Meio de transporte preferencial? _____

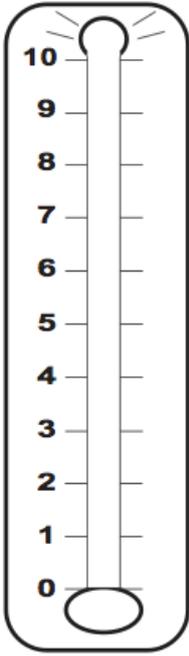
ANEXO C – Questionário de Avaliação de Saúde Mental

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

PARTE I (MHI-5)

1. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?
 1. Sempre
 2. Quase sempre
 3. A maior parte do tempo
 4. Durante algum tempo
 5. Quase nunca
 6. Nunca
2. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?
 1. Sempre
 2. Quase sempre
 3. A maior parte do tempo
 4. Durante algum tempo
 5. Quase nunca
 6. Nunca
3. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?
 1. Sempre
 2. Quase sempre
 3. A maior parte do tempo
 4. Durante algum tempo
 5. Quase nunca
 6. Nunca
4. DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?
 1. Sempre
 2. Com muita frequência
 3. Frequentemente
 4. Com pouca frequência
 5. Quase nunca
 6. Nunca
5. NO ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?
 1. Sempre
 2. Quase sempre
 3. A maior parte do tempo
 4. Durante algum tempo
 5. Quase nunca
 6. Nunca

PARTE II (TERMÔMETRO DE DISTRESS)

<p>Primeiramente, circule um número de 0 a 10 que melhor descreve a quantidade de distress que você tem experimentado na semana passada, incluindo o dia de hoje</p>	<p>Indique a seguir, se algum destes itens tem sido um problema para você na última semana, incluindo o dia de hoje. Certifique-se de assinalar Sim(S), Não(N) ou Não se aplica(Na) em cada item</p>																																																																																																																								
<p>Extremo distress</p>  <p>Sem distress</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">S N Na</td> <td><u>Problemas Práticos</u></td> <td style="text-align: center;">S N Na</td> <td><u>Problemas Físicos</u></td> </tr> <tr> <td>() () ()</td> <td>Cuidar de criança</td> <td>() () ()</td> <td>Aparência</td> </tr> <tr> <td>() () ()</td> <td>Cuidar da casa</td> <td>() () ()</td> <td>Tomar banho/se vestir</td> </tr> <tr> <td>() () ()</td> <td>Plano de saúde financeiro</td> <td>() () ()</td> <td>Respiração</td> </tr> <tr> <td>() () ()</td> <td>Transporte</td> <td>() () ()</td> <td>Mudanças ao urinar</td> </tr> <tr> <td>() () ()</td> <td>Trabalho/Escola</td> <td>() () ()</td> <td>Constipação</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>() () ()</td> <td>Diarreia</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>() () ()</td> <td>Alimentação</td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>Problemas Familiares</u></td> <td>() () ()</td> <td>Fadiga</td> </tr> <tr> <td>() () ()</td> <td>Filhos</td> <td>() () ()</td> <td>Sentindo-se inchado</td> </tr> <tr> <td>() () ()</td> <td>Companheiro(a)</td> <td>() () ()</td> <td>Febre</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>() () ()</td> <td>Dar uma volta circular</td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>Problemas Emocionais</u></td> <td>() () ()</td> <td>Indigestão</td> </tr> <tr> <td>() () ()</td> <td>Depressão</td> <td>() () ()</td> <td>Memória/Concentração</td> </tr> <tr> <td>() () ()</td> <td>Medo</td> <td>() () ()</td> <td>Mucoste/Afta</td> </tr> <tr> <td>() () ()</td> <td>Nervosismo</td> <td>() () ()</td> <td>Náusea</td> </tr> <tr> <td>() () ()</td> <td>Tristeza</td> <td>() () ()</td> <td>Nariz seco/congestionado</td> </tr> <tr> <td>() () ()</td> <td>Preocupação</td> <td>() () ()</td> <td>Dores</td> </tr> <tr> <td>() () ()</td> <td>Perda de interesse em atividades usuais</td> <td>() () ()</td> <td>Sexual</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>() () ()</td> <td>Pele seca/coceira</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>() () ()</td> <td>Dormir</td> </tr> <tr> <td></td> <td>() () () <u>Envolvimento</u></td> <td>() () ()</td> <td>Mãos/Pés formigando</td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>Espiritual Religioso</u></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Outros</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Problemas: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	S N Na	<u>Problemas Práticos</u>	S N Na	<u>Problemas Físicos</u>	() () ()	Cuidar de criança	() () ()	Aparência	() () ()	Cuidar da casa	() () ()	Tomar banho/se vestir	() () ()	Plano de saúde financeiro	() () ()	Respiração	() () ()	Transporte	() () ()	Mudanças ao urinar	() () ()	Trabalho/Escola	() () ()	Constipação			() () ()	Diarreia			() () ()	Alimentação		<u>Problemas Familiares</u>	() () ()	Fadiga	() () ()	Filhos	() () ()	Sentindo-se inchado	() () ()	Companheiro(a)	() () ()	Febre			() () ()	Dar uma volta circular		<u>Problemas Emocionais</u>	() () ()	Indigestão	() () ()	Depressão	() () ()	Memória/Concentração	() () ()	Medo	() () ()	Mucoste/Afta	() () ()	Nervosismo	() () ()	Náusea	() () ()	Tristeza	() () ()	Nariz seco/congestionado	() () ()	Preocupação	() () ()	Dores	() () ()	Perda de interesse em atividades usuais	() () ()	Sexual			() () ()	Pele seca/coceira			() () ()	Dormir		() () () <u>Envolvimento</u>	() () ()	Mãos/Pés formigando		<u>Espiritual Religioso</u>				Outros				Problemas: _____				_____				_____				_____				_____				_____		
S N Na	<u>Problemas Práticos</u>	S N Na	<u>Problemas Físicos</u>																																																																																																																						
() () ()	Cuidar de criança	() () ()	Aparência																																																																																																																						
() () ()	Cuidar da casa	() () ()	Tomar banho/se vestir																																																																																																																						
() () ()	Plano de saúde financeiro	() () ()	Respiração																																																																																																																						
() () ()	Transporte	() () ()	Mudanças ao urinar																																																																																																																						
() () ()	Trabalho/Escola	() () ()	Constipação																																																																																																																						
		() () ()	Diarreia																																																																																																																						
		() () ()	Alimentação																																																																																																																						
	<u>Problemas Familiares</u>	() () ()	Fadiga																																																																																																																						
() () ()	Filhos	() () ()	Sentindo-se inchado																																																																																																																						
() () ()	Companheiro(a)	() () ()	Febre																																																																																																																						
		() () ()	Dar uma volta circular																																																																																																																						
	<u>Problemas Emocionais</u>	() () ()	Indigestão																																																																																																																						
() () ()	Depressão	() () ()	Memória/Concentração																																																																																																																						
() () ()	Medo	() () ()	Mucoste/Afta																																																																																																																						
() () ()	Nervosismo	() () ()	Náusea																																																																																																																						
() () ()	Tristeza	() () ()	Nariz seco/congestionado																																																																																																																						
() () ()	Preocupação	() () ()	Dores																																																																																																																						
() () ()	Perda de interesse em atividades usuais	() () ()	Sexual																																																																																																																						
		() () ()	Pele seca/coceira																																																																																																																						
		() () ()	Dormir																																																																																																																						
	() () () <u>Envolvimento</u>	() () ()	Mãos/Pés formigando																																																																																																																						
	<u>Espiritual Religioso</u>																																																																																																																								
	Outros																																																																																																																								
	Problemas: _____																																																																																																																								

Marque todas as afirmações que se aplicam a você:

1. **TRANSTORNOS DO CONTROLE DE IMPULSOS**
 - Ⓞ Às vezes não sou capaz de controlar a minha raiva
 - Ⓞ Frequentemente ajo por impulso, o que, às vezes, traz grandes problemas
 - Ⓞ Estou preocupado com as apostas, parece que tenho dificuldades em controlar meu comportamento quanto ao jogo
2. **ABUSO DE SUBSTÂNCIAS**
 - Ⓞ Durante o ano passado, tive de ingerir mais bebidas alcoólicas ou usar mais drogas para satisfazer minhas necessidades
 - Ⓞ No ano passado tentei, mas não consegui, diminuir a quantidade de bebidas alcoólicas, de drogas ou de cigarros
 - Ⓞ Durante o ano passado tive de ingerir quantidades cada vez maiores de bebidas alcoólicas ou drogas para me satisfazer ou lidar com meus problemas
3. **DEPRESSÃO MAIOR**
 - Ⓞ Nas últimas duas semanas venho tendo dificuldade em sentir qualquer prazer nas atividades diárias de que costumava gostar
 - Ⓞ Há cerca de 15 dias venho pensando com frequência que quero morrer
 - Ⓞ Pelo menos durante as duas últimas semanas, venho me sentindo deprimido quase todos os dias
4. **FOBIAS ESPECÍFICAS**
 - Ⓞ Tenho medo excessivo ou irracional de algum objeto ou situação
 - Ⓞ Estou com muito medo de algo, e meu medo interfere em minha capacidade de desenvolver o meu trabalho ou em conduzir a minha vida de maneira normal
 - Ⓞ Tenho muito medo de um objeto ou uma situação, e quando me exponho a esse estímulo entro em pânico
5. **FOBIAS SOCIAIS**
 - Ⓞ Sinto medo de ficar perto de outras pessoas em determinadas situações e percebo que meus medos podem ser irracionais ou excessivos
 - Ⓞ Em determinadas situações sociais, sinto extrema ansiedade
 - Ⓞ Sinto grande temor em uma ou mais situações em que eu precise interagir com outras pessoas
6. **TRANSTORNOS DA ALIMENTAÇÃO**
 - Ⓞ Costumo comer muito e, em seguida, vomitar ou usar laxantes, ou outros meios radicais, para evitar ganho de peso
 - Ⓞ Estou preocupado com meu peso ou com a forma do meu corpo e, conseqüentemente, como ou me exercito de uma forma que algumas pessoas poderiam considerar incomum
 - Ⓞ Não estou disposto ou não sou capaz de comer ou digerir o alimento em quantidade suficiente para manter o peso saudável
7. **TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**
 - Ⓞ Tenho lembranças perturbadoras relacionadas a um acontecimento traumático que experimentei no passado
 - Ⓞ Costumo ter sonhos perturbadores sobre uma experiência terrível ocorrida no passado
 - Ⓞ Às vezes me vejo revivendo o horror de um fato traumático que experimentei no passado
8. **TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA**
 - Ⓞ Pelo menos durante os últimos seis meses, venho sentindo preocupação e nervosismo excessivos, difíceis de controlar
 - Ⓞ No mínimo nos últimos seis meses, tenho ficado extremamente ansioso e preocupado com uma série de acontecimentos e atividades diferentes
 - Ⓞ Pelo menos durante os últimos seis meses, venho me sentindo excepcionalmente agitado, cansado, irritado, tenso ou distraído
9. **TRANSTORNO BIPOLAR**
 - Ⓞ Durante o ano passado tive variações súbitas de humor, sem qualquer razão aparente
 - Ⓞ Meu humor muda rapidamente, de depressivo a esfuziante, sem qualquer motivo aparente
 - Ⓞ Durante o ano passado o meu humor mudou mais de uma vez de deprimido para esfuziante
10. **TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**
 - Ⓞ Repito excessivamente certos comportamentos ou pensamentos, sem conseguir parar
 - Ⓞ Pensamentos frequentes me causam grande ansiedade
 - Ⓞ Acredito que esses pensamentos possam ser irracionais ou exagerados. Faço ou penso repetidamente.