

Fatores Preditores de Sintomas Emocionais e Físicos Reportados por Pacientes Oncológicos

Carolina Gaue Zayat* , Isadora Miranda Azevedo* , Edvane Birelo Lopes De Domenico* , & Cristiane Decat Bergerot*** 

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

RESUMO – Neste estudo, avaliou-se a associação entre ansiedade/depressão (AD) e sintomas físicos reportados por pacientes oncológicos em quimioterapia. Pacientes foram avaliados quanto ao *distress* (Termômetro de *Distress*), AD (Escala de Ansiedade e Depressão), qualidade de vida (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-General*) e sintomas (Escala de Avaliação dos Sintomas de Edmonton). Utilizou-se a regressão linear para identificação dos fatores associados a AD. Setenta e três pacientes (65,8% feminino, 58,9% baixa escolaridade e 83,6% estágio avançado) foram incluídos. Sono, respiração, dor, fadiga, bem-estar físico e emocional foram preditores de AD. A prevalência de ansiedade (20,5%) foi inferior à descrita na literatura e a de depressão (17,8%), equivalente. Os resultados ressaltam a importância de um planejamento terapêutico para direcionamento desses fatores de risco.

PALAVRAS-CHAVE: oncologia, ansiedade, depressão, sintomas físicos

Predictors of Emotional and Physical Symptoms Reported by Cancer Patients

ABSTRACT – This study assessed the association between anxiety/depression (AD) and physical symptoms reported by cancer patients in chemotherapy. Patients were assessed for distress (Distress Thermometer), AD (Hospital Anxiety and Depression Scale), quality of life (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-General) and symptoms (Edmonton Symptom Assessment Scale). The linear regression was used to identify factors associated with AD. Seventy-three patients (65.8% female, 58.9% low educational level and 83.6% advanced stage) were included. Sleep, breathing, pain, fatigue, physical and emotional well-being were predictors of AD. The prevalence of anxiety (20.5%) was lower than that described in the literature and of the depression symptoms (17.8%) was equivalent. The results underscore the importance of a therapeutic plan for targeting these risk factors.

KEYWORDS: oncology, anxiety, depression, physical symptoms

Apesar do aumento da sobrevida, que viabilizou o surgimento de novas modalidades diagnósticas e terapêuticas em resposta ao avanço técnico e científico, o câncer ainda é frequentemente associado à morte e ao sofrimento (Decat & Araujo, 2010; Scannavino et al., 2013). O mesmo acontece em relação às modalidades terapêuticas, especialmente à quimioterapia, em razão dos múltiplos efeitos colaterais e consequentes impactos na rotina diária do paciente. Dentre os sintomas físicos mais comumente associados ao tratamento e à doença, têm-se náusea/vômito, fadiga, dor, alterações na alimentação, respiração e sono (Paiva et al., 2015).

Esse complexo contexto favorece a presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão no decorrer das diferentes fases de adoecimento – diagnóstico, tratamento, remissão, progressão, paliativo e final de vida – podendo representar um fator de risco que mediará a relação entre o diagnóstico, o tratamento e a maneira como o paciente experiencia esse adoecimento (Bergerot, 2013; Bultz et al., 2011). Ademais, muitos sintomas do câncer e do tratamento podem se sobrepor aos de ansiedade e depressão, dificultando a identificação, a prevenção de um possível agravamento e o planejamento terapêutico (Li et al., 2012).

* E-mail: crisdecat@yahoo.com.br; zayat.carolina@gmail.com; azevedoisadora22@gmail.com; domenico.edvane@unifesp.br

*** Professora orientadora e autora correspondente.

■ Submetido: 24/06/2017; Revisado: 20/08/2017; Aceito: 23/10/2017.

A avaliação dos fatores biopsicossociais surge como um recurso que auxilia nessa identificação e no monitoramento desses sintomas, contribuindo para a definição de um planejamento terapêutico e da necessidade de encaminhamentos (Adler & Page, 2008; Holland et al., 2011; Loscalzo et al., 2013). Tradicionalmente, a Escala de Ansiedade e Depressão (HADS) é utilizada para avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão (Bergerot et al., 2014; Mitchell, 2010). Dentre os estudos que utilizaram essa ferramenta, cerca de um terço dos pacientes com câncer reportou sintomas de níveis moderados a severos de ansiedade (33,1%) e um quarto, de depressão (24,8%) (Grassi et al., 2004). No Brasil, a prevalência se aproxima à encontrada nos países de primeiro mundo; 37,5% ansiedade e 17% depressão (Bergerot, 2013).

Constata-se que a alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão implica negativamente na presença de *distress* moderado a severo e em baixos escores de qualidade de vida (Bergerot, 2013; Faller et al., 2017; Li et al., 2012; Mitchell, 2010; Traeger et al., 2012). Vale lembrar que o termo *distress* foi definido pela *National Comprehensive Cancer Network* e traduzido para o português por Decat et

al. (2009) como uma “experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica, social e/ou espiritual, que pode interferir na habilidade de lidar efetivamente com o câncer, os sintomas físicos e o tratamento” (Holland et al., 2013).

Em outros estudos, a alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão esteve significativamente correlacionada a sintomas físicos: (1) ansiedade a náusea (Ramirez et al., 2014), dor (Fitzgerald et al., 2015; Ramirez et al., 2014), apetite (Ramirez et al., 2014) e sono (Rodríguez et al., 2011); (2) depressão a dor (Fitzgerald et al., 2015; Ramirez et al., 2014), sono (Fitzgerald et al., 2015; Ramirez et al., 2014; Rodríguez et al., 2011), fadiga (Rodríguez et al., 2011; Zhu et al., 2017), apetite (Ramirez et al., 2014) e náusea (Ramirez et al., 2014).

Apesar da relevância dessa temática, a correlação entre sintomas físicos e ansiedade/depressão ainda é pouco estudada no Brasil. Sendo assim, o presente estudo teve por objetivo avaliar a correlação existente entre sintomas de ansiedade/depressão e sintomas físicos reportados por pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, bem como identificar os fatores preditivos de ansiedade/depressão.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e quantitativo realizado no ambulatório de quimioterapia do Hospital São Paulo (HSP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brasil, no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016. O projeto desse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP/HSP sob registro 0764/2015.

Participantes

Um total de 74 pacientes foi contatado durante a sessão de quimioterapia, sendo informado quanto ao propósito e metodologia do estudo. Não foi oferecido incentivo para a participação nesse estudo e apenas um paciente se recusou a participar. Os que concordaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam a quatro instrumentos que avaliaram sintomas de ansiedade e depressão, *distress*, qualidade de vida e problemas físicos. Os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados no prontuário do paciente. O tempo médio de aplicação dos instrumentos foi de aproximadamente 35-40 minutos.

Instrumentos

- *Termômetro de Distress* (TD): versão da *National Comprehensive Cancer Network* (Holland et al., 2013), traduzida e validada para o português (Decat et al., 2009). Avalia o nível de *distress* em uma escala de 11 pontos (0 – sem *distress* a 10 – *distress* extremo; escore maior

ou igual a 4 é indicativo de nível moderado a severo) e a possível causa em uma Lista de Problemas (LP) com 35 itens, subdivididos em Problemas Práticos, Familiares, Emocionais e Físicos. Em virtude do objetivo desse estudo, utilizou-se apenas a lista de Problemas Físicos composta por 21 itens (Decat et al., 2009);

- *Escala de Ansiedade e Depressão* (HADS): traduzida e validada para o português (Botega et al., 1995), composta por duas subescalas que avaliam sintomas de ansiedade e depressão em um total de 14 itens de múltipla escolha. A pontuação global varia de 0 a 21 para cada subescala, sendo o escore maior ou igual a 8 um indicativo de sintomas moderados a graves de ansiedade e, maior ou igual a 9, de sintomas moderados a graves de depressão (Botega et al., 1995);

Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-General (FACT-G): traduzida e validada para o português (Arnold et al., 2000), composta por 27 itens, divididos em quatro domínios: *bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional*. É realizada a somatória dos escores finais em cada subescala (0-28 para as subescalas, com exceção do domínio emocional, que varia de 0-24) e do total de todas as subescalas (0-108). Quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida (Arnold et al., 2000);

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS): traduzida e validada para o português (Paiva et al., 2015), avalia a gravidade com que são reportados 11 sintomas – dor, fadiga, náusea, ansiedade, depressão, sonolência, anorexia,

respiração, bem-estar, dispneia e alteração do sono – em uma escala de 11 pontos (0 – ausência de sintoma a 10 – presença extrema).

Análise estatística

Realizou-se uma análise estatística descritiva para caracterizar a amostra em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas, utilizando medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis quantitativas e de frequência para as categóricas. Verificou-se a relação existente entre as variáveis ansiedade/depressão e problemas físicos (LP e ESAS), *distress* (TD) e qualidade de vida (FACT-G) por meio da correlação linear simples. Após caracterização dessa relação, analisou-se o poder discriminatório/preditivo dos problemas físicos reportados (LP, FACT-G e ESAS) por meio da regressão linear logística, de acordo com o nível de ansiedade e depressão. Todas as análises foram feitas com o auxílio do *software* estatístico SPSS 22.0, versão para Mac.

Resultados

Na amostra estudada, houve predominância do sexo feminino (65,8%), idade média de 59,5 (variou de 22-86 anos; DP=13,7), maioria casada (52,1%), da raça branca (53,4%) e tendo cursado o Ensino Fundamental (58,9%; com até oito anos de estudo). Câncer gastrointestinal (32,9%) e de mama (19,2%) foram os mais recorrentes, sendo 83,6% diagnosticados em estadiamento avançado (III-IV) e 58,9% submetidos a mais de uma modalidade de tratamento (Tabela 1).

A prevalência de sintomas de ansiedade moderada a grave foi de 20,5% e de depressão de 17,8%. A correlação foi significativa entre os sintomas de ansiedade/depressão com níveis de *distress* moderado a severo (prevalência de 48,6%) e com escores piores de qualidade de vida (M=84; DP=17,6). Os problemas mais frequentemente reportados na LP foram: financeiros (39,9%), preocupação (58,9%), tristeza (50,7%), nervosismo (43,8%), fadiga (67,1%), náusea (49,3%), dores (47,9%) e pele seca/coceira (45,2%).

Na correlação linear simples (Tabela 2), obteve-se uma relação significativa entre sintomas de ansiedade (ESAS e HADSA) e sintomas de falta de ar/respiração, dores, dormir/sono/sonolência, náusea e bem-estar físico, emocional e funcional. Para sintomas de depressão (ESAS e HADSD), a correlação foi significativa para falta de ar/respiração, náusea, dores, dormir/sono, apetite e bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional.

A avaliação do poder discriminatório/preditivo dos problemas físicos de acordo com os níveis de ansiedade e depressão (Tabela 3) identificou as variáveis respiração, dores, fadiga, dormir, bem-estar físico e emocional como preditoras de sintomas de ansiedade. Quanto aos sintomas de depressão, as variáveis preditoras foram respiração/falta

Tabela 1

Características sociodemográfica e clínica da amostra.

	N (%) / M (DP)
Idade	59,47 (13,7)
Min-Máx	22-86
Sexo	
Feminino	48 (65,8)
Masculino	25 (34,2)
Estado Civil	
Solteiro	8 (11,0)
Casado	38 (52,1)
Divorciado/Separado	14 (19,2)
Viúvo	13 (17,8)
Escolaridade	
Analfabeto	6 (8,2)
Ensino Fundamental	43 (58,9)
Ensino Médio	20 (27,4)
Ensino Superior	2 (2,7)
Ausente	2 (2,7)
Raça	
Branca	39 (53,4)
Negra	5 (6,8)
Parda	29 (39,7)
Tipo de Câncer	
Gastrointestinal	24 (32,9)
Mama	14 (19,2)
Sistema Nervoso Central	8 (11,0)
Hematológico	6 (8,2)
Ginecológico	6 (8,2)
Pulmão	5 (6,8)
Cabeça e Pescoço	4 (5,5)
Geniturinário	1 (1,4)
Outros	5 (6,8)
Estadiamento	
I	3 (4,1)
II	5 (6,8)
III	17 (23,3)
IV	44 (60,3)
Ano do Diagnóstico	
> 8 anos (1997 a 2008)	7 (9,6)
Entre 3 a 5 anos (2010 a 2012)	9 (12,3)
2013	7 (9,6)
2014	15 (20,6)
2015	35 (47,9)
Tipo de tratamento	
QT	30 (41,1)
Cirurgia+QT	19 (26,0)
Cirurgia+QT+RT	17 (23,3)
QT+RT	7 (9,6)

Abreviação: QT, quimioterapia; RT, radioterapia.

Tabela 2

Correlação de Spearman entre sintomas de ansiedade/depressão e sintomas físicos.

Sintomas	Ansiedade		Depressão	
	ESAS	HADS	ESAS	HADS
Problemas Físicos	0,42*	0,55*	0,58*	0,54*
Respiração	0,40*	0,42*	0,44*	0,45*
Alimentação	0,16	0,21	0,24***	0,33**
Fadiga	0,28**	0,14	0,34**	0,28**
Náusea	0,17	0,28**	0,33**	0,39*
Dores	0,55*	0,37*	0,48*	0,29**
Dormir	0,31**	0,47*	0,38*	0,40*
ESAS Dor	0,51*	0,41*	0,47*	0,23***
ESAS Fadiga	0,47*	0,12	0,37*	0,21
ESAS Náusea	0,29**	0,38*	0,37*	0,43*
ESAS Sonolência	0,29**	0,30**	0,13	0,15
ESAS Apetite	0,18	0,27***	0,24***	0,39*
ESAS Bem-Estar	0,35**	0,56*	0,42*	0,46*
ESAS Falta de ar	0,32**	0,26***	0,45*	0,35**
ESAS Sono	0,32**	0,43*	0,46*	0,38*
FACT-G	-0,34**	-0,72*	-0,62*	-0,77*
Bem-Estar Físico	-0,40*	-0,67*	-0,60*	-0,67*
Bem-Estar Social/Familiar	-0,16	-0,43*	-0,38*	-0,51*
Bem-Estar Emocional	-0,31**	-0,74*	-0,60*	-0,67*
Bem-Estar Funcional	-0,23***	-0,58*	-0,48*	-0,71*

Nota. * $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,05$

de ar, náusea, dores, fadiga, sono, alimentação/apetite, bem-estar físico, emocional e funcional. Ademais, piores escores nas subescalas bem-estar físico e emocional foram preditores

de sintomas de ansiedade, assim como, piores escores na subescalas bem-estar físico, emocional e funcional foram preditores de sintomas de depressão (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou verificar a correlação existente entre sintomas de ansiedade/depressão e sintomas físicos em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, bem como os fatores preditivos dessa relação. A amostra pesquisada foi predominantemente do sexo feminino, com baixa escolaridade e diagnosticada em estadiamento avançado; tais características são descritas na literatura como fatores de risco para ansiedade e depressão (Holland et al., 2013). Apesar deste fato, a prevalência encontrada para sintomas de ansiedade, de intensidade moderada a grave, foi inferior à descrita na literatura (Bergerot, 2013; Grassi et al., 2004) e para sintomas de depressão, próxima à encontrada no Brasil (Bergerot, 2013). Para *distress* moderado a severo, essa prevalência foi superior (Zabora et al., 2001) e os escores de qualidade de vida próximos à média descrita na literatura (Brucker et al., 2005).

Assim como pontuado, houve uma correlação significativa entre sintomas de ansiedade e depressão,

distress e qualidade de vida (Faller et al., 2017; Smith et al., 2003). Os resultados encontrados na correlação linear simples e na regressão linear logística foram convergentes, sugerindo uma possível intervenção dos sintomas físicos na prevalência de sintomas de ansiedade e/ou de depressão, seja no desenvolvimento ou no agravamento desses sintomas, tal como pontuado em outras pesquisas (Faller et al., 2017; Fitzgerald et al., 2015; Ramirez et al., 2014; Rodríguez et al., 2011).

Ademais, foi possível identificar pontos de intersecção – sono, respiração, dor, fadiga, bem-estar físico e emocional – entre o conjunto de sintomas preditores de ansiedade e de depressão, provavelmente, em resposta ao fato de que, na maioria dos casos, a depressão coexiste com a ansiedade (Li et al., 2012). Por vezes, essa relação leva o paciente a optar por estratégias de enfrentamento não consideradas efetivas no manejo de demandas internas ou externas que surjam em resposta ao câncer (Bergerot, 2013). Nesse caso, apesar da

Tabela 3

Regressão linear dos fatores preditores de sintomas de ansiedade e depressão.

Indicador	B (DP)	Beta	T	Sig	Limite inferior	Limite superior
HADS Ansiedade						
LP_Respiração	1,97 (1,00)	0,23	10,96	0,05	-0,03	3,99
LP_Dormir	2,40 (0,94)	0,29	20,54	0,01	0,52	4,28
ESAS Bem-Estar	0,44 (0,18)	0,29	20,39	0,02	0,07	0,80
Bem-Estar Físico	-0,15 (0,07)	-0,23	-1,97	0,05	-0,31	0,00
Bem-Estar Emocional	-0,49 (0,11)	-0,51	-4,57	0,000	-0,71	-0,27
ESAS Ansiedade						
LP_Dores	2,81 (0,69)	0,44	40,04	0,000	1,42	4,19
ESAS Dor	0,30 (0,10)	0,32	20,87	0,006	0,09	0,51
ESAS Fadiga	0,30 (0,10)	0,30	20,90	0,005	0,09	0,50
Bem-Estar Físico	-0,21 (0,09)	-0,39	-2,32	0,02	-0,39	-0,03
HADS Depressão						
LP_Respiração	1,99 (1,01)	0,23	10,96	0,05	-0,03	4,02
LP_Náusea	1,91 (0,86)	0,23	20,21	0,03	0,19	3,64
ESAS Apetite	0,37 (0,14)	0,28	20,61	0,01	0,08	0,66
ESAS Bem-Estar	0,41 (0,19)	0,27	2,12	0,03	0,02	0,79
Bem-Estar Emocional	-0,28 (0,11)	-0,29	-2,61	0,01	-0,50	-0,07
Bem-Estar Funcional	-0,27 (0,07)	-0,41	-3,62	0,001	-0,43	-0,12
ESAS Depressão						
LP_Dores	1,78 (0,65)	0,29	20,71	0,008	0,47	3,08
ESAS Dor	0,29 (0,09)	0,32	30,04	0,003	0,10	0,49
ESAS Fadiga	0,20 (0,09)	0,21	20,12	0,03	0,01	0,39
ESAS Falta de Ar	0,24 (0,11)	0,22	20,21	0,03	0,02	0,46
ESAS Sono	0,24 (0,09)	0,26	20,47	0,01	0,04	0,44
Bem-Estar Físico	-0,16 (0,07)	-0,31	-2,22	0,03	-0,29	-0,01
Bem-Estar Emocional	-0,25 (0,09)	-0,34	-2,51	0,01	-0,44	-0,05

teoria do enfrentamento não estabelecer quais estratégias são mais ou menos efetivas, sabe-se que quando há a manutenção ou agravamento dos sintomas de ansiedade e ou depressão, há a necessidade de uma reavaliação do processo, com escolhas de estratégias que auxiliem no enfrentamento e na adaptação às questões impostas pela vivência do câncer (Bergerot, 2013; Folkman, 2010; Nipp et al., 2016). Sendo assim, esse resultado ratifica a importância de se estabelecer um planejamento terapêutico que auxilie o paciente a optar por recursos mais adaptativos.

Ciente dos sintomas comuns à ansiedade e à depressão, é possível propor intervenções profiláticas e/ou terapêuticas que atendam às reais necessidades dos pacientes e que minimizem possíveis comorbidades. Para esses sintomas, a literatura indica algumas modalidades com benefícios comprovados, como por exemplo: intervenções psicoeducativas, suporte psicológico (atendimento individual ou em grupo), orientação psicológica para reconhecimento e monitoramento dos sintomas, bem como técnicas de relaxamento (Breitbart & Alici, 2010; Breitbart

et al., 2010; Ramchandran & Roenn, 2010). Há ainda novas modalidades de intervenção, não validadas para o Brasil, mas com comprovada viabilidade e efetividade em estudos randomizados e conduzidos em diferentes países, com o benefício do baixo custo associado: *brief supportive-expressive psychotherapy intervention* (três a seis sessões mensais, para pacientes com câncer avançado, com abordagem sistemática e direcionada para o manejo do *distress* e dos desafios previstos na literatura) e o *web-based stress management intervention* (oito semanas com intervenção direcionada para o manejo de estresse via internet, para pacientes recém diagnosticados) (Hess et al., 2017; Rodin et al., 2017).

A compreensão acerca do papel dos sintomas físicos na ansiedade e na depressão trouxe indicadores referentes aos possíveis fatores de risco que incorrem num provável agravamento de sintomas emocionais, bem como da maneira pela qual o serviço pode melhor se estruturar. Entretanto, algumas limitações podem ser apontadas, tais como o tamanho e a representatividade epidemiológica da amostra.

Há ainda o fato de esse estudo ter sido realizado em um único serviço oncológico. Sendo assim, é necessário realizar estudos futuros que ampliem a amostra, com inclusão de pacientes de outras instituições (estudos multicêntricos), favorecendo uma compreensão global acerca da vivência do tratamento.

A identificação dos sintomas físicos que favorecem ou agravam os sintomas de ansiedade/depressão auxilia na estruturação e otimização do serviço de Psico-Oncologia para um manejo efetivo de sintomas mal-adaptativos. Os

resultados encontrados nesse estudo reforçam a importância e demonstram a viabilidade de uma rotina de avaliação dos fatores biopsicossociais presentes na vivência do câncer. Trata-se de uma estratégia simples e urgente a ser adotada nos diferentes centros de tratamento oncológico. Outros estudos comprovaram a viabilidade dessa rotina no Brasil (Bergerot et al., 2016; Bergerot et al., 2017) e um recente atestou que o simples monitoramento desses sintomas pode favorecer um aumento na sobrevivência de pacientes com câncer (Basch et al., 2017).

REFERÊNCIAS

- Adler, N. E., & Page, A. E. K. (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Institute of Medicine of the National Academies Press.
- Arnold, B. J., Eremenco, E., Chang, C. H., Odom, L., Ribaldo, J. M., & Cella, D. F. (2000). Development of a single Portuguese language version of the functional assessment of cancer therapy general (FACT-G) scale. *Quality of Life Research*, 9(3), 316. doi: 10.1023/A:1017291624003
- Basch, E., Deal, A. M., Dueck, A., Scher, H. I., Kris, M. G., Hudis, C., & Schrag, D. (2017). Overall survival results of a trial assessing patient-reported outcomes for symptom monitoring during routine cancer treatment. *Journal of the American Medical Association*, 318(2), 197-198. doi: 10.1001/jama.2017.7156
- Bergerot, C. D. (2013). *Avaliação de distress para identificação de fatores de risco e proteção na experiência oncológica: Contribuições para estruturação de rotinas e programas em psico-oncologia* [Tese de doutorado, Universidade de Brasília]. Repositório UnB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/15392>
- Bergerot, C. D., Philip, E. J., Schuler, T. A., Clark, K. L., Loscalzo, M., Buso, M. M., Matos Neto, J. N., Pinto Neto, J. V., Nonino, A., & Araujo, T. C. C. F. (2016). Development and implementation of a comprehensive psychosocial screening program in a Brazilian cancer center. *Psycho-Oncology*, 25(11), 1343-1349. doi:10.1002/pon.4275
- Bergerot, C. D., Philip, E. J., Zayat, C. G., Azevedo, I. M., Araujo, T. C. C. F., & De Domenico, E. B. L. (2017). Investigating the two-tiered system of psychosocial cancer care in Brazil using a distress screening measure. *Journal of Global Oncology*, 3(1), 1-6. doi: 10.1200/JGO.2016.004978
- Bergerot, C. D., Laros, J. A., & Araujo, T. C. C. F. (2014). Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: Comparação psicométrica. *Psico-USF*, 19(2), 187-197. doi: 10.1590/1413-82712014019002004
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr., C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtorno de humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 355-363. doi: 10.1590/S0034-89101995000500004
- Breitbart, W. S., & Alici, Y. (2010). Fatigue. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-Oncology* (2ª ed., pp. 236-244). Oxford University Press.
- Breitbart, W. S., Park, J., & Katz, A. M. (2010). Pain. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-Oncology* (2ª ed., pp. 215-228). Oxford University Press.
- Brucker, P. S., Yost, K., Cashy, J., Webster, K., & Cella, D. (2005). General population and cancer patient norms for the functional assessment of cancer therapy-general (FACT-G). *Evaluation & The Health Professions*, 28(2), 192-211. doi: 10.1177/0163278705275341
- Bultz, B. D., Groff, S. L., Fitch, M., Blais, M. C., Howes, J., Levy, K., & Mayer, C. (2011). Implementing screening for distress, the 6th vital sign: A Canadian strategy for changing practice. *Psycho-Oncology*, 20(5), 463-469. doi: 10.1002/pon.1932
- Decat, C. S., & Araujo, T. C. C. F. (2010). Psico-Oncologia: Apontamentos sobre a evolução histórica de um campo interdisciplinar. *Brasília Médica*, 47(1), 93-99.
- Decat, C. S., Laros, J. A., & Araujo, T. C. C. F. (2009). Termômetro de distress: Validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *PsicoUSF*, 14(3), 253-260. doi: 10.1590/S1413-82712009000300002
- Faller, H., Strahl, A., Richard, M., Niehues, C., & Meng, K. (2017). Symptoms of depression and anxiety as predictors of physical functioning in breast cancer patients. A prospective study using path analysis. *Acta Oncologica*, Versão Previa. doi: 10.1080/0284186X.2017.1333630
- Fitzgerald, P., Lo, C., Li, M., Gagliese, L., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2015). The relationship between depression and physical symptom burden in advanced cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 5(4), 381-388. doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000380
- Folkman, S. (2010). Stress, coping and hope. *Psycho-Oncology*, 19(9), 901-908. doi: 10.1002/pon.1836
- Grassi, L., Travado, L., Gil, F., Sabato, S., Rossi, E., & The SEPOS Group. (2004). Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: Findings from the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS). *Journal of Affective Disorders*, 83, 243-248. doi: 10.1016/j.jad.2004.07.004
- Hess, V., Grossert, A., Alder, J., Scherer, S., Handschin, B., Borislavova, B., Degen, S., Faessler, A., Hartung, J., Schibli, S., Wernli, C., Gaab, J., Berger, T., Zumbun, T., & Urech C. (2017). Web-based stress management for newly diagnosed cancer patients (STREAM): A randomized, wait-list controlled intervention study. *Journal of Clinical Oncology*, 35(18 suppl), LBA1002. doi: 10.1200/JCO.2017.35.18_suppl.LBA1002
- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Bunchmann, L. O., Compas, B., Deshields, T. L., Dudley, M. M., Fleishman, S., Fulcher, C. D., Greenberg, D. B., Greiner, C. B., Handzo, G. F., Hoofring, L., Hoover, C., Jacobsen, P. B., Kyale, E., Levy, M. H., Loscalzo, M. J., McAllister-Black, R. ... Freedman-Cass, D. A. (2013). Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 11(2), 190-209.
- Holland, J. C., Watson, M., & Dunn, J. (2011). The IPOS new international standards of quality cancer care: Integrating the psychosocial domain into routine care. *Psycho-Oncology*, 20, 677-680. doi:10.1002/pon.1978

- Li, M., Fitzgerald, P., & Rodin, G. (2012). Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(11), 1187-1196. doi: 10.1200/JCO.2011.39.7372
- Loscalzo, M., Clark, K., Pal, S., & Pirl, W. F. (2013). Role of biopsychosocial screening in cancer care. *The Cancer Journal*, *19*(5), 414-420. doi: 10.1097/PPO.0b013e3182a5bce2
- Mitchell, A. J. (2010). Screening procedures for psychosocial distress. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-Oncology* (2ª ed.) (pp. 389-398). Oxford University Press.
- Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Eusebio, J., Stagl, J. M., Gallagher, E. R., ... Temel, J. S. (2016). The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*, *122*(13), 2110-2116. doi: 10.1002/cncr.30025
- Paiva, C. E., Manfredini, L. L., Paiva, B. S. R., Hui, D., & Bruera, E. (2015). The Brazilian version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) is a feasible, valid and reliable instrument for the measurement of symptoms in advanced cancer patients. *PLoS ONE*, *10*(7), 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0132073
- Ramchandran, K., & Roenn, J. H. V. (2010). Nausea and vomiting. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-Oncology* (2ª ed., pp. 229-235). Oxford University Press.
- Ramirez, E. L., Sánchez, I. N., Román, S. S., & Gómez, A. C. (2014). Ansiedad y depresión relacionadas con presencia e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal. *Psicología y Salud*, *24*, 55-63.
- Rodin, G., Lo, C., Rydall, A., Nissim, R., Malfitano, C., Shnall, J., Zimmermann, C., & Hales, S. (2017). Managing cancer and living meaningfully (CALM): A randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *35*(18 suppl), LBA10001. doi:10.1200/JCO.2017.35.18_suppl.LBA10001
- Rodríguez, C. F., Sánchez, C. P., Fernández, E. V., Vázquez, I. A., Martínez, R. F., & Fernández, I. P. (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema*, *23*(3), 374-381. <http://www.psicothema.es/pdf/3897.pdf>
- Scannavino, C. S. S., Sorato, D. B., Lima, M. P., Franco, A. H. J., Martins, M. P., Morais Jr., J. C., Bueno, P. R. T., Rezende, F. F., & Valério, N. I. (2013). Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. *Psicologia USP*, *24*(1), 35-53. doi:10.1590/S0103-65642013000100003
- Smith, E. M., Gomm, S. A., & Dickens, C. M. (2003). Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, *17*(6), 509-513. doi: 10.1191/0269216303pm781oa
- Traeger, L., Greer, J. A., Fernandez-Robles, C., Temel, J. S., & Pirl, W. F. (2012). Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(11), 1197-1205. doi: 10.1200/JCO.2011.39.5632
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, *10*(1), 19-28. doi: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6
- Zhu, L., Ranchor, A. V., van der Lee, M., Garssen, B., Almansa, J., Sanderman, R., & Schroevers, M. J. (2017). Co-morbidity of depression, anxiety, and fatigue in cancer patients receiving psychological care. *Psycho-Oncology*, *26*, 444-451. doi: 10.1002/pon.4153