

PsicoUSF

Psico-USF

ISSN: 1413-8271

revistapsico@usf.edu.br

Universidade São Francisco

Brasil

Sant'Anna Decat, Cristiane; Arie Laros, Jacob; Cavalcanti Ferreira de Araujo, Tereza
Cristina

Termômetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica
de pacientes oncológicos

Psico-USF, vol. 14, núm. 3, diciembre, 2009, pp. 253-260

Universidade São Francisco

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401036076002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Termômetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos
Distress Thermometer: validation of a brief screening instrument to detect distress in oncology patients

Cristiane Sant'Anna Decat – Universidade de Brasília, Brasília, Brasil

Jacob Arie Laros – Universidade de Brasília, Brasília, Brasil

Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo – Universidade de Brasília, Brasília, Brasil

Resumo

A literatura especializada disponibiliza instrumentos de medida de estresse de aplicação geral, os quais vêm sendo empregados em diferentes contextos ocupacionais e em saúde. Mas, desde 1997, a National Comprehensive Cancer Network (NCCN) recomenda a adoção de uma medida específica para pacientes oncológicos. Considerando, portanto, o interesse clínico e científico de desenvolver futuros estudos de meta-análise em Oncologia, que incluam amostras brasileiras, realizaram-se a adaptação e a validação do Termômetro de Distress (TD). A eficácia de avaliação do TD foi verificada por meio da comparação com a Escala de Ansiedade e Depressão (HAD), um instrumento clinicamente estabelecido de avaliação de *distress*. Para tanto, avaliou-se uma amostra de 83 pacientes, que responderam ao TD e ao HAD. Os dados foram submetidos ao SPSS 15.0. Os resultados indicam uma sensibilidade de 82% e uma especificidade de 98%, o que indica que o TD é viável e eficiente para avaliar o *distress* psicológico.

Palavras-chave: Termômetro de Distress; Validade; Estresse; Psico-oncologia.

Abstract

The specialized literature provides instruments measuring stress for general application. Those instruments have been employed in occupational and health contexts. But since 1997, the National Comprehensive Cancer Network (NCCN) recommends the adoption of a specific measuring instrument for the assessment of cancer patients. Considering the existence of clinical and scientific interest to develop future meta-analysis studies in the field of Oncology, which will include Brazilian samples, the adaptation and validation of the Distress Thermometer (TD) was undertaken. The effectiveness of the TD in assessing distress was verified by comparison with the Anxiety and Depression Scale (HAD), a clinically established tool for evaluating distress. In order to that, a sample of 83 patients answered the TD and the HAD. The data were analyzed using SPSS 15.0. Results of the analysis indicated 82% for sensitivity and 98% for specificity. Using the TD appeared feasible and effective for psychological distress screening.

Keywords: Distress thermometer; Validation; Stress; Psycho-oncology.

INTRODUÇÃO

Ainda hoje, o câncer é uma doença cujo significado é ameaçador para a maioria das pessoas, pois está associado ao risco de morte e possibilidade de interrupção da trajetória existencial, que exige do indivíduo acometido força e criatividade para suportar mudanças, muitas vezes drásticas, em seu estilo de vida (Werebe, 2000). Segundo Coenson e Dimsdale (1994), 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 de suportar os efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia, as frequentes internações hospitalares, os altos gastos financeiros e as mudanças que atingem também suas famílias.

Endereço para publicação: Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia – Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano – 70910-900 - Brasília, DF. E-mails: crisdecat@yahoo.com.br; jalaros@unb.br; araujotc@unb.br.

Endereço para correspondência com o Editor: SQN 205 Bloco E ap. 506- Brasília, DF, 70843-050 - Tel. (61) 3273-0838 ou Fax: (61) 3349-0183- E-mail: araujotc@unb.br

Em decorrência dos mitos relacionados ao câncer, da popularidade e abrangência do termo estresse e da sua vinculação com alguns transtornos psiquiátricos, pesquisadores da área de Oncologia encontraram no termo *distress* uma boa forma de se referir especificamente ao estresse vivenciado pelo paciente desde a fase de diagnóstico. Para a *National Comprehensive Cancer Network* (2007), tal escolha justifica-se por ser essa, uma expressão que caracteriza bem determinados aspectos psicossociais do paciente oncológico, além de pouco estigmatizada e, conseqüentemente, mais aceita que outros termos.

O *distress* é 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. Portanto, é considerado como uma resposta natural de uma pessoa que vivencia a doença e seu tratamento, caracterizando-se, por exemplo, por uma variação constante de humor. Mas, também abrange evoluções mais graves, que podem conduzir a um distúrbio psiquiátrico, tais como depressão maior ou distúrbio de ansiedade generalizada (National Comprehensive Cancer Network, 2007).

Diante disso, torna-se primordial identificar os sintomas de estresse em cada etapa da experiência oncológica para que os cuidados fornecidos sejam efetivos e adequados. Porém, em razão dos obstáculos presentes na rotina de unidades de saúde especializadas (por ex: falta de pessoal qualificado, urgências constantes, sobrecarga de atendimentos, diversidade de ações requeridas), frequentemente a equipe de saúde não detecta sinais de dificuldades quando estão se instalando, percebendo-os apenas quando o paciente já está gravemente deprimido, ansioso, com ideação suicida ou com sérios conflitos familiares (Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker & Piantadosi, 2002).

Cabe salientar que, há quase uma década, a *Canadian Association of Psychosocial Oncology* (CAPO) – assim como a *Canadian Cancer Society*, *Canadian Council on Health Services Accreditations* e a *Canadian Association of Provincial Cancer Agencies* – preconiza a estruturação de programas psicossociais e recomendam a adoção de algumas práticas clínicas e organizacionais padronizadas. Nesse sentido, ressaltam também a necessidade de se avaliar sistematicamente todos os pacientes e seus familiares, utilizando ferramentas simples e preestabelecidas. Dentre as rotinas sugeridas, insistem quanto à necessidade de identificar-se apropriadamente o *distress* (Carlson & Bultz, 2003; Carlson e cols., 2004). No Brasil, não há evidência de propostas semelhantes adotadas sistematicamente.

Instrumentos de Avaliação de Distress

Na área de saúde, existem vários instrumentos desenvolvidos para avaliar *distress*, sendo que alguns têm sido empregados em estudos com pacientes oncológicos. Assim, de acordo com Carlson e Bultz (2003), entre aqueles mais citados na literatura, destacam-se: – *Beck Depression Inventory* (BDI): composto por 21 itens, é usado para avaliar sintomas de depressão, somáticos e cognitivos (Beck, Ward & Mendelson, 1961); – *Brief Symptom Inventory* (BSI): consta de 53 itens e avalia possíveis transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade e somatização), medindo a intensidade sintomatológica. Pode ser aplicado por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Possui uma versão abreviada (BSI-18) que agiliza a aplicação (Derogatis, 2001; Derogatis & Melisaratos, 1983); – *General Hospital Questionnaire* (GHQ): solicita que o paciente compare seu estado atual com seu funcionamento normal (Goldberg, 1978);

– *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD): validada no Brasil com o nome de Escala de Ansiedade e Depressão, abrange 14 itens destinados a medir ansiedade, depressão e *distress* (Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr. & Pereira, 1995; Zigmond & Snaith, 1983);

– *Profile of Mood States* (POMS): teste composto por seis subescalas de humor (tensão, depressão, raiva, vigor, fadiga e confusão mental), muito adotado vem psico-oncologia (McNair, Lorr & Droppleman, 1971);

– *Short Form General Health Survey* (SF-36): reúne 36 itens distribuídos em oito subescalas, as quais avaliam: limitações em atividades físicas decorrentes de problemas de saúde; limitações em atividades sociais provocadas por problemas físicos ou emocionais; limitações em atividades habituais devido a problemas de saúde; dor; saúde mental e bem-estar; limitações em atividades habituais por causa de problemas emocionais; vitalidade (energia e fadiga) e percepção geral de saúde. Normalmente é mais usado para avaliar qualidade de vida, mas também é considerado um excelente instrumento para medir *distress* (Stewart, Hays & Ware, 1988).

Distress Management e Distress Thermometer

De fato, a partir de 1997, a *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) e a *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) propõem um protocolo para diagnosticar e tratar o *distress*, denominado “*Distress Management*” (National Comprehensive Cancer Network, 2007). Em linhas gerais, trata-se de um manual, elaborado por profissionais de diversas áreas relacionadas ao cuidado em oncologia, que estabelece objetivamente o quadro sintomático e sugere métodos

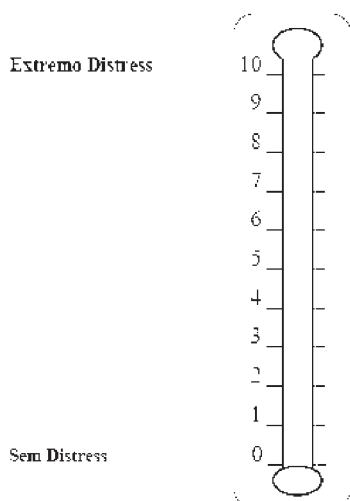
de intervenção e acompanhamento (Carlson & Bultz, 2003; Carlson e cols., 2004).

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. Ela é composta por dois instrumentos, um que analisa o nível de *distress* e outro que identifica suas possíveis causas (Lista de Problemas) (National Comprehensive Cancer Network, 2007). O primeiro é apresentado como um termômetro e permite que o paciente assinalo o nível de *distress*, partindo do 0 (zero) – sem *distress* – até 10 (dez) – *distress* extremo. Já a Lista de Problemas que compõe o instrumento contém 35 itens voltados para o reconhecimento de possíveis causas do *distress*, mesmo que estas não estejam associadas ao diagnóstico ou ao tratamento (ver Figura 1).

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.



Indique a seguir, se algum desses 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.

S	N	Na	<u>Problemas Práticos</u>	S	N	Na	<u>Problemas Físicos</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidar de criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparência
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidar da casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomar banho/se vestir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plano de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiração
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	financeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mudanças ao urinar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipação
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabalho/escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarreia
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentação
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fadiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Problemas Familiares</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentindo-se inchado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Febre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Companheiro(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dar uma volta circular
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestão
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Problemas Emocionais</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Memória/concentração
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mucosite afta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nariz seco/congestionado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perda de interesse em atividades usuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pele seca/coceira
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Envolvimento Espiritual/Religioso</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mãos/pés formigando

Outros Problemas: _____

Figura 1 – Termômetro de *Distress* (Versão 1.0 em português)

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 (National Comprehensive Cancer Network, 2007). Tais investigações alertam inclusive que a tendência pode ser constatada ao longo de todas as etapas possíveis do adoecimento (diagnóstico, tratamento, alta, recidiva, cuidados paliativos). Dessa maneira, na América do Norte a incidência é de 35% a 45% (Jacobsen e cols., 2005; Zabora e cols., 2001), e, entre pacientes em cuidados paliativos, esse índice é superior a 58% (Potash & Breitbart, 2002).

Resultados semelhantes foram verificados em alguns países da Europa (Dolbeault e cols., 2003; Gil, Grassi, Travado, Tomamichel & Gonzalez, 2005; Muszbek e cols., 2006), no Oriente Médio (Khatib, Salhi & Awad, 2004; Montazeri, Vahdaninia, Ebrahimi & Jarvandi, 2006; Özalp, Cankurtaran, Soygür, Geyik & Jacobsen, 2007), na Ásia (Akizuki e cols., 2003; Shim, Shin, Jeon & Hahm, 2007; Thekkumpurath, Narayanan & Kumar, 2006) e na América do Sul (Ferro, Piriz, Di Pretoro & Cesarco, 2004). Esses estudos evidenciaram que o diagnóstico e o tratamento de câncer provocam *distress* em diferentes contingentes da população mundial, sendo que a pesquisa sul-americana de Ferro e cols. (2004) foi desenvolvida com 400 pacientes assistidos

em quatro centros especializados, três localizados na Argentina e um no Uruguai.

Tais evidências reforçam a necessidade de promover uma atuação profissional preventiva em Oncologia (Zabora e cols., 2001). O manejo efetivo das consequências psicológicas do enfrentamento do câncer deve ser prioridade para os serviços de saúde (Carlson & Specia, 2007). Nesse contexto, periódicos especializados, como o *Psycho-Oncology* e o *Journal of Clinical Oncology*, consideram o *distress* como o sexto sinal vital no cuidado do câncer, seguido de temperatura, respiração, pressão arterial, batimento cardíaco e dor (Bultz & Carlson, 2006). Opinião similar é compartilhada pela *Lancet* editorial, ao recomendar que o *distress* seja tratado como um elemento crítico no cuidado do câncer, devendo ser mensurado em intervalos apropriados, a exemplo do que é feito com outros sinais vitais (Halteren, Bongaerts & Wagener, 2004).

Interessante salientar que uma revisão cuidadosa da literatura revela que trabalhos de validação do *Distress Thermometer* associam-no ao BSI-18 e/ou ao HAD em razão da proximidade e acurácia obtida entre os resultados. De fato, Akizuki e cols. (2005), ao comparar esses três instrumentos, observaram um resultado semelhante quanto à sensibilidade e especificidade dos dados obtidos nas pesquisas.

Em síntese, considerando o interesse clínico e científico de desenvolver futuros estudos de meta-análise em oncologia que incluam amostras brasileiras, realizou-se uma pesquisa com o objetivo de verificar a viabilidade do *Distress Thermometer* como um instrumento de medida de *distress* em pacientes oncológicos, determinando a sensibilidade e a especificidade da versão adaptada para a língua portuguesa (Termômetro de *Distress* – TD).

MÉTODO

Local: a pesquisa foi conduzida no Centro de Câncer de Brasília (CETTRO), especializado no atendimento a pacientes com câncer no Distrito Federal.

Participantes: para composição da amostra, tomou-se por base a estimativa mensal de pacientes que iniciam quimioterapia e estabeleceu-se como intervalo de tempo o período que corresponde à metade do tratamento, estipulado de acordo com o protocolo prescrito para cada paciente, com o seu respectivo diagnóstico. Os critérios de exclusão previstos foram: recusa em participar; estrangeiros com dificuldade de expressão em português; pacientes que iniciaram o tratamento em outro serviço ou que já estivessem em estágio avançado do câncer e aqueles com déficit cognitivo.

Então, no total, entre o período de julho/2007 a abril/2008, participaram da investigação 83 pacientes adultos, que foram acompanhados e avaliados pela psicóloga responsável do serviço. Cabe esclarecer que, em razão dos objetivos da presente investigação, optou-se por analisar os dados obtidos no meio do tratamento, já que por ocasião do diagnóstico a grande maioria dos pacientes vivencia *distress*, sendo este um momento caracterizado por sentimentos de insegurança, negação, impotência e medo.

Procedimentos de adaptação do instrumento

A tradução do *Distress Thermometer* para o idioma português – Termômetro de *Distress* (TD) – foi autorizada pelos seus autores, Jimmie C. Holland e Andrew Roth, executada por uma doutora em literatura comparada e revisada por uma auxiliar de tradutor juramentado. Em seguida, também foi feita a tradução reversa. A avaliação semântica foi desenvolvida para verificar a clareza dos itens e a compreensão do instrumento foi testada em um estudo piloto com dez pacientes. Não houve dificuldades de entendimento e a redação não precisou ser modificada. Vale esclarecer que foi necessário acrescentar a categoria “*não se aplica*” à Lista de Problemas para aqueles casos em que “*sim*” e “*não*” não correspondem à realidade (ex: filhos, companheiro), mas, na versão original, as únicas possibilidades de resposta a serem assinaladas são “*sim*” e “*não*”.

Procedimentos de coleta de dados

O projeto de pesquisa foi autorizado por comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade de Brasília. Os procedimentos de coleta de dados incluíram a obtenção da concordância dos pacientes por meio da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a aplicação da Escala de Ansiedade e Depressão (HAD) e do Termômetro de *Distress* (TD) em uma mesma sessão de avaliação, durante a administração da quimioterapia nos boxes do serviço.

Procedimentos de análise de dados

Os dados foram analisados de acordo com os critérios definidos pela literatura. A determinação de “casos” de *distress* efetuou-se sempre que os seguintes critérios fossem preenchidos: a) pontuação igual ou superior a 15 na escala HAD; e b) pontuação igual ou superior a 4 no TD. A análise de dados foi feita através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 15.0). Foi usado o cálculo da correlação de Pearson para medir a consistência e confiabilidade interna entre as

escalas (HAD e TD). Os coeficientes de validação aqui utilizados encontram-se definidos em *American Psychosocial Oncology Society* (2006).

Foi feita a análise da curva (ROC) para identificar o escore ideal para presença ou ausência de *distress* no TD, ou seja, o ponto de maior sensibilidade e especificidade desse instrumento. A curva ROC estabelece um escore relevante, avaliando a sensibilidade e a especificidade do TD em comparação com um instrumento já estabelecido para avaliação de *distress*, como o HAD. A curva ROC é uma representação gráfica do encontro entre a sensibilidade (valor preditivo positivo) e a especificidade (valor preditivo negativo) para qualquer possibilidade de escore no TD. A área acima da curva (AUC) provê uma estimativa precisa no TD relativa ao valor de corte estabelecido no HAD.

RESULTADOS

Características demográficas e clínicas

Dos 83 pacientes estudados, 53 (63,9%) eram do sexo feminino e 30 do sexo masculino (36,1%), tendo a idade dessa amostra variado entre 20 e 82 anos ($M=43$ anos, $dp=16,2$). Em relação ao estado civil, 54 pacientes informaram estar casados (65,1%), 14 solteiros (16,9%), oito viúvos (9,6%) e sete divorciados (8,4%). No que se refere à escolaridade, reuniram-se: 27 pessoas com pós-graduação (32,5%), 17 com curso superior incompleto (20,5%), 15 com curso superior completo (18,1%), sete com ensino fundamental completo (8,4%), seis analfabetos (7,3%),

cinco com ensino médio completo (6%), quatro com ensino médio incompleto (4,8%) e dois com ensino fundamental incompleto (2,4%). Quanto às categorias diagnósticas gerais de câncer, foi verificada a seguinte distribuição: cabeça e pescoço (2,5%), estômago (2,5%), fígado (4,8%), intestino (9,6%), leucemia (4,8%), linfoma (24,1%), mama (22,9%), mieloma (3,6%), ovário (3,6%), pâncreas (4,8%), próstata (1,2%), pulmão (4,8%), rim (1,2%), uretra (1,2%) e útero (8,4%).

Escala de Ansiedade e Depressão (HAD)

Não se encontrou dificuldade na aplicação desse instrumento. Observou-se que na escala HAD, 28 participantes (33,7%) apresentaram *distress* na metade do tratamento quimioterápico e 55 (66,3%) não vivenciaram o *distress*. *Termômetro de Distress (TD)* Conforme previsto no protocolo da NCCN, os respondentes despenderam pouco tempo no preenchimento desse instrumento (aproximadamente quatro minutos). De modo geral, os itens foram bem compreendidos. Na Tabela 1, é possível constatar que, de um lado, um total de 50 pacientes (60,2%) apresentou níveis de zero a três no TD. Ou seja, esses participantes não indicaram *distress*, uma vez que se considera o escore maior ou igual a 4 como ponto de corte. Por outro lado, 33 pacientes (39,8%) alcançaram níveis de 4 a 10, isto é, manifestaram *distress* (ver Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição do número de pacientes por nível de *distress* avaliado no Termômetro de *Distress* (TD)

Termômetro	N (%)
0	5 (6)
1	12 (14,5)
2	19 (22,8)
3	14 (16,9)
4	9 (10,8)
5	9 (10,8)
6	2 (2,5)
7	7 (8,5)
8	4 (4,8)
9	1 (1,2)
10	1 (1,2)



Na Lista de Problemas, ao solicitar aos pacientes que marcassem aqueles itens que se caracterizaram como um problema no período referente à última semana, dos 34 itens propostos, 30 foram assinalados. Os mais citados foram:

– Problemas práticos: 41 pacientes (49,4%) marcaram a existência de problemas práticos, sendo o item financeiro, o mais indicado.

– Problemas familiares: 40 pacientes (48,2%) assinalaram a existência de problemas familiares, sendo listados os itens filhos e companheiro(a).

– Problemas emocionais: 70 pacientes (84,3%) apontaram problemas emocionais, sendo os itens medo, preocupação, tristeza e perda do interesse nas atividades usuais os mais listados.

– Problemas espirituais: apenas três pacientes (3,6%) confirmaram a presença de problemas relacionados à questão espiritual e religiosa.

– Problemas físicos: 78 pacientes (94%) tiveram diversos problemas físicos; os principais foram: memória/concentração, dormir, constipação, náusea, aparência, fadiga, dor e sexual.

A correlação de *Pearson* entre os instrumentos HAD e TD foi de 0,97 ($p < 0,01$). A Tabela 2 apresenta os coeficientes de validação, considerando-se o escore quatro (4), no TD, como ponto de corte. O valor da AUC, para esse escore (4), foi de 0,82, com uma sensibilidade de 82% e especificidade de 98%. Caso esse coeficiente seja reduzido para três (3), o valor da AUC cai para 0,72, a sensibilidade aumenta (100%), mas a especificidade diminui (90%). Caso esse coeficiente seja cinco (5), a AUC será de 0,47, a sensibilidade decresce para 50% e a especificidade mantém-se em 98%.

Tabela 2 – Coeficiente de validação para o Termômetro de *Distress*

Coeficiente	TD
Sensibilidade	82%
Especificidade	98%
Valor preditivo positivo	95,8%
Valor preditivo negativo	91,5%

DISCUSSÃO

A incidência de *distress* extraída foi semelhante àquela obtida em outros trabalhos, publicados em revistas especializadas internacionais da área, como *Psycho-Oncology*, *American Cancer Society* e *Journal of Clinical Oncology*, entre outras. A incidência foi de 33,7% (HAD) e 39,8% (TD) entre os pacientes examinados nesta pesquisa.

A exemplo de Akizuki e cols. (2005), a presente pesquisa constatou convergência entre o TD e a escala HAD, ratificando que o primeiro instrumento de apenas um item é comparável ao segundo instrumento, bem mais extenso e frequentemente utilizado em avaliações de *distress*. O valor de corte apresentou uma ótima sensibilidade e especificidade, de acordo com a curva de análise ROC do SPSS, favorecendo a identificação do *distress* psicológico e de problemas potenciais.

Os dados obtidos pelo TD confirmam a distinção entre pacientes classificados com ou sem significativo nível de *distress*, de modo semelhante a outros

instrumentos de medida que exigem mais esforço para análise e mais tempo para o preenchimento. Essa ferramenta pode ser usada também para identificar o número de fatores que podem agravar o *distress*, possibilitando o planejamento de programas de intervenção voltados para as necessidades dos pacientes. Ou seja, se um paciente assinala diversos itens associados a problemas físicos, é possível avaliar se essas alterações têm relação com os efeitos colaterais da quimioterapia ou se estão vinculadas a uma intensa ansiedade.

A simplicidade e eficácia do Termômetro de *Distress*, que pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde, tornam possível a sua inclusão na rotina de atendimento em oncologia, o que favorece o diagnóstico precoce de possíveis transtornos de humor e de ajustamento, alguns bastante limitantes no enfrentamento da doença e na adesão ao tratamento.

CONCLUSÕES

Esta pesquisa possibilitou a adaptação e validação da versão em português do Termômetro de Distress, proposto pela NCCN, evidenciando-se sua viabilidade como instrumento de medida para o contexto brasileiro e sua relevância na identificação dos momentos cruciais de intervenção psicológica durante o acompanhamento terapêutico. Os resultados também indicam necessidade de manejo adequado e efetivo das consequências psicossociais da experiência oncológica com base em um enfoque terapêutico e preventivo, para o qual o TD mostra-se como ferramenta breve e simples, tanto para aplicação quanto para interpretação pela equipe de oncologia. Sugere-se que futuros trabalhos investiguem e comparem o *distress* entre pacientes com diferentes tipos de câncer, além de se recomendar a condução de pesquisas com enfoque multimetodológico.

REFERÊNCIAS

- Akizuki, N., Akechi, T., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Okamura, M., Nakano, T., Murakami, Y. & Uchitomi, Y. (2003). Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patient with cancer. *American Cancer Society*, 97(10), 2605-2613.
- Akizuki, N., Yamawaki, S., Akechi, T., Nakano, T. & Uchitomi, Y. (2005). Development of an impact thermometer for use in combination with the distress thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29, 91-99.
- American Psychosocial Oncology Society (2006). *Quick reference for oncology clinicians: the psychiatric and psychological dimensions of cancer symptom management*. Charlottesville, VA: IPOS Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H. & Mendelson, M. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr, C. & Pereira, W. A. B. (1995). Transtorno do humor de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 355-363.
- Bultz, B. D. & Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: the sixth vital sign- future direction in cancer care. *Psycho-Oncology*, 15, 93-95.
- Carlson, L. E. & Bultz, B. D. (2003). Cancer distress screening: needs, models, and methods. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 403-409.
- Carlson, L. E. & Specca, M. (2007). Managing daily and long-term stress. Em M. Feurestein (Org.). *Handbook of cancer survivorship* (pp. 339-360). Bethesda, MD: Springer.
- Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., MacRae, J. H., Martin, M., Pelletier, G., Robinson, J., Simpsons, J. S., Specca, M., Tillotson, L. & Bultz, B. D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 90, 2297-2304.
- Coenson, C. & Dimsdale, J. E. (1994). Psychiatric liaison on a bone marrow transplantation unit. *General Hospital Psychiatry*, 16, 131-134.
- Derogatis, L. R. (2001). *Brief symptom inventory 18: administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychosomatic Medicine*, 13, 595-605.
- Dolbeault, S., Mignot, V., Gauvain-Piquard, A., Mandereau, L., Asselain, B. & Medioni, J. (2003). Evaluation of psychological distress and quality of life in french cancer patient: validation of the french version of the memorial distress thermometer. *Psycho-Oncology*, 12(4), S225.
- Ferro, N. F., Piriz, I., Di Pretoro, M. & Cesarco, R. (2004). Screening of distress in oncology patients: a latin american sample. *Psycho-Oncology*, 13(S1), S52-S53.
- Fielding, R., Lam, W. W. T. & Ho, E. (2004). Factors predicting psychological morbidity in chinese women following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13(S2), S53.
- Gil, F., Grassi, L., Travado, L., Tomamichel, M. & Gonzalez, J. R. (2005). Use of distress and depression thermometers to measure psychosocial morbidity among southern european cancer patients. *Support Care Cancer*, 13, 600-606.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the general hospital questionnaire*. Winsdor, UK: NFER Publishing.
- Halteren, H. K., Bongaerts, G. P. & Wagener, D. J. (2004). Cancer and psychosocial distress: frequent companions. *Lancet*, 364, 824-825.
- Jacobsen, P. B., Donovan, K. A., Trask, P. C., Fleishman, S. B., Zabora, J., Baker, F. & Holland, J. C. (2005). Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients: a multicenter evaluation of the distress thermometer. *American Cancer Society*, 103(7), 1494-1502.

- Khatib, J., Salhi, R. & Awad., G. (2004). Distress in cancer in patients in King Hussein Cancer Center (KHCC): a study using the Arabic-modified version of the Distress Thermometer. *Psycho-Oncology*, 13(suppl.), S42.
- McNair, D. M., Lorr, M. & Droppleman, L. F. (1971). *Edits manual for the profile of mood states*. San Diego, CA: Education and Industrial Testing Service.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Ebrahimi, M. & Jarvandi, S. (2006). The hospital anxiety and depression scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(14), 1-5.
- Muszbek, K., Szekely, A., Balogh, E. A., Molnár, M., Rohánszky, M., Ruzsa, A., Varga, K., Szöllösi, M. & Vadász, P. (2006). Validation of the Hungarian translation of hospital anxiety and depression scale. *Psycho-oncology*, 15, 761-766.
- National Comprehensive Cancer Network (2007). Clinical practice guidelines in oncology: *distress management*. Obtido em 30 de novembro de 2007 do World Wide Web: <http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf>.
- Özalp, E., Cankurtaran, E. S., Soygür, H., Geyik, P. Ö. & Jacobsen, P. B. (2007). Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16(4), 304-311.
- Potash, M. & Breitbart, W. (2002). Affective disorders in advanced cancer. *Hematology Oncology Clinics of North America*, 16, 671-700.
- Shim, E. J., Shin, Y. W., Jeon, H. J. & Hahm, B. J. (2007). Distress and its correlates in Korean cancer patients: pilot use of the distress thermometer and the problem list. *Psycho-Oncology*, Early View.
- Shimizu, J. S. A., Akechi, T., Okamura, M., Akizuki, N. & Uchitomi, Y. (2004). Feasibility and usefulness of the distress and impact thermometer as a brief screening tool to detect psychological distress in clinical oncology practice. *Psycho-Oncology*, 13(S2), S68-S69.
- Stewart, A. L., Hays, R. D. & Ware, J. E. (1988). The MOS short form general health survey. *Medical Care*, 7, 724.
- Thekkumpurath, P., Narayanan, D. & Kumar, M. (2006). Validation of screening instruments to detect distress in cancer patients in Kerala, India: a report. *Psycho-Oncology*, 15(S1), S428-S429.
- Werebe, D. M. (2000). Depressão no câncer. Em R. Fráguas Jr. & J. A. B. Figueiró (Orgs.). *Depressão em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias* (pp. 159-164). São Paulo: Atheneu.
- Zabora, J. R., BrintzenhofeSzoc, K. M., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. (2002). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10, 19-28.
- Zabora, J. R., BrintzenhofeSzoc, K. M., Jacobsen, P., Curbow, B., Piantadosi, S., Hooker, C., Owens, A. & Derogatis, L. (2001). A new psychosocial screening instrument for use with cancer patients. *Psychosomatics*, 42(3), 241-246.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Recebido em outubro de 2008
Reformulado em abril de 2009
Aprovado em maio de 2009

Sobre os autores:

Cristiane Sant'Anna Decat é mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB), especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar pela Associação de Combate ao Câncer de Goiás (ACCG), psicóloga responsável pelo serviço de Psico-Oncologia do Centro de Câncer de Brasília (CETTRO), membro da *International Psycho-Oncology Society* (IPOS) e membro da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO) com certificação em Psico-Oncologia.

Jacob Arie Laros é PhD em *Personality and Educational Psychology*, pós-doutor em *Educational Psychology* pela *University of Groningen* (Holanda), professor da UnB e pesquisador do CNPq, dedicando-se aos seguintes temas principais: análise exploratória de dados, fidedignidade e validade de instrumentos psicológicos, análise fatorial exploratória e confirmatória, modelos de regressão multinível, Teoria de Resposta ao Item, *Differential Item Functioning* e Análise Gráfica dos Itens.

Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo é doutora pela *Université de Paris X-Nanterre*, pós-doutora pela Unesco. Pesquisadora do CNPq e coordenadora do Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano (Labsaudes – UnB), no qual realiza pesquisas sobre: processo saúde-doença; relações sociais na assistência à saúde; psicologia aplicada à oncologia e reabilitação; transição, condições especiais e qualidade de vida; saúde e gênero.