

REFERÊNCIA

Cabral, A. S., & Paredes, T. (2015). Distress e Perturbações de Adaptação. In E. Albuquerque, A. S. Cabral e L. Monteiro (Coord.), *Temas Fundamentais em Psico-Oncologia* (pp. 195-204). Lisboa: Lidel.

Distress e Perturbações de Adaptação

Ana Sofia Cabral e Tiago Paredes

INTRODUÇÃO

A doença oncológica é uma condição física que, apesar da evolução nas práticas de detecção e de tratamento registadas no último século, ainda constitui uma ameaça à saúde e à vida dos doentes, com repercussões a vários níveis, incluindo psicossociais. Tais repercussões podem iniciar-se desde cedo, numa fase em que existe só risco de doença, na eventualidade de história familiar e/ou risco genético, perante a realização de exames de rastreio ou de despiste, e durante o curso da doença oncológica, desde a fase de diagnóstico, tratamentos e sobrevivência, passando pela recaída, fase terminal e morte.

Todo o processo da doença pode ser experienciado com algum grau de sofrimento emocional que pode abranger situações extremas desde a resposta psicológica natural de um doente perante a vivência do diagnóstico de uma doença grave e respectivos tratamentos a quadros patológicos com critérios para uma perturbação psiquiátrica específica como quadros de ansiedade e de depressão. A este *continuum*, *distress*, podem corresponder diversos compromissos no funcionamento físico, psicológico e social e, por conseguinte, uma qualidade de vida diminuída (Badger et al., 2004).

É sobre o conceito de *distress* que nos debruçaremos neste capítulo, abordando de forma mais pormenorizada um dos quadros de *distress* mais frequente no doente oncológico, as perturbações de adaptação.

DISTRESS

Ser diagnosticado com cancro e ser submetido aos seus tratamentos habitualmente agressivos são acontecimentos potencialmente traumáticos e experiências difíceis que normalmente têm associadas imagens e representações negativas e ameaçadoras. Por sua vez, os sintomas da própria doença e os efeitos destes tratamentos podem resultar em alterações nas capacidades físicas e mentais, alterações nos papéis pessoais e sociais e alterações na aparência e imagem corporal (Moorey & Greer, 2002), consequências negativas que, juntamente com as diversas preocupações e medos experienciados (Holland et al., 2006), permitem compreender também as sequelas emocionais exibidas pelos doentes.

Muitos doentes descrevem assim, uma ou mais vezes ao longo da trajetória prototípica da sua doença (diagnóstico, tratamento, remissão, recorrência, cuidados paliativos e fase terminal), vivências de sofrimento enquadráveis numa “experiência emocional desagradável multifactorial de natureza psicológica, social e/ou espiritual, que pode interferir com a capacidade de lidar com a doença e sintomas relacionados, respectivos tratamentos e consequências decorrentes e que se estende por um *continuum* desde sentimentos normais de vulnerabilidade, tristeza e medo a perturbações mais graves e incapacitantes como quadros de depressão, ansiedade, isolamento social, crise espiritual e/ou de crenças”, experiência que alguns autores propuseram denominar de *distress* (NCCN, 2014).

Para a maioria dos doentes, esta experiência emocional engloba respostas normais às notícias do diagnóstico e ao decurso da doença, as quais tendem a diminuir de intensidade com o passar do tempo, à medida que ocorre um ajustamento à vivência da doença, não se traduzindo em problemas psicológicos ou psiquiátricos

duradouros e relevantes clinicamente. Tratam-se, portanto, de sintomas esperados de *distress* emocional que são habituais e que podem ser considerados como adaptativos e fazendo parte de um processo normal de ajustamento (Bishop et al., 1994; Fawzy&Fawzy, 1994; Holland et al., 2006; Moorey&Greer, 2002). Contudo, e conforme referem Bultz e Holland (2006), o diagnóstico e tratamento do cancro podem, em alguns casos, ter consequências emocionais significativas, resultando a experiência da doença oncológica num considerável e permanente *distress* emocional (Bishop et al., 1994; Keiret et al., 2008). Para este grupo de doentes, as reações emocionais iniciais parecem, assim, evoluir para problemas psicológicos e psiquiátricos clinicamente significativos, os quais, normalmente, ocorrem no quadro de uma perturbação de adaptação, perturbação depressiva ou perturbação de ansiedade (Holland et al., 2006; Moorey&Greer, 2002; Spiegel&Classen, 2000).

Um dos primeiros estudos que analisou a prevalência de perturbações psicológicas ou psiquiátricas nos doentes oncológicos data de 1983 e é da autoria de Derogatis e de seus colaboradores (Derogatis et al., 1983). Posteriormente muitos outros estudos têm sido levados a cabo em amostras que variam entre si no que respeita, entre outros aspectos, à localização do tumor, aos tipos de tratamentos efectuados e à fase da doença. Duas metanálises recentes apontaram prevalências de 32% de perturbações não psicóticas (designadamente, perturbações de adaptação, de ansiedade e depressivas) em doentes oncológicos em início de tratamento (Singer et al., 2010) e de 29% em doentes oncológicos em cuidados paliativos (Mitchell et al., 2011).

Atualmente é consensual que cerca de 1/3 de todos os doentes oncológicos exibem um *distress* emocional significativo associado ao diagnóstico e tratamento do cancro, que requer uma intervenção diferenciada (Carlson et al., 2004; White, 2001; Zabora et al., 2001), defendendo vários autores que, por este motivo, o impacto emocional do cancro não deve ser desvalorizado mas sim considerado o sexto sinal vital em oncologia (a seguir à temperatura, respiração, pressão arterial, batimento cardíaco e dor) e encarado como um componente essencial nos cuidados a prestar (Bultz&Holland, 2006; Bultz et al., 2011; Holland & Alici, 2010). Com efeito, reconhece-se hoje a importância do rastreio do *distress* emocional em todos os doentes oncológicos, da identificação dos doentes em risco e da intervenção dirigida ao sofrimento psicossocial (Holland&Alici 2010).

Assim, e como já referido, o *distress* pode abranger situações extremas desde a resposta psicológica natural de um doente perante a vivência do diagnóstico de cancro e respectivos tratamentos a quadros psiquiátricos como perturbações de ansiedade e depressivas, passando pelas perturbações de adaptação. São vários os contextos que podem condicionar o grau de *distress*, sendo este conceptualizado por alguns autores como resultando da articulação de múltiplos factores biológicos, psicológicos e sociais, uns protetores outros agressores (figura 1) (Li et al., 2010).

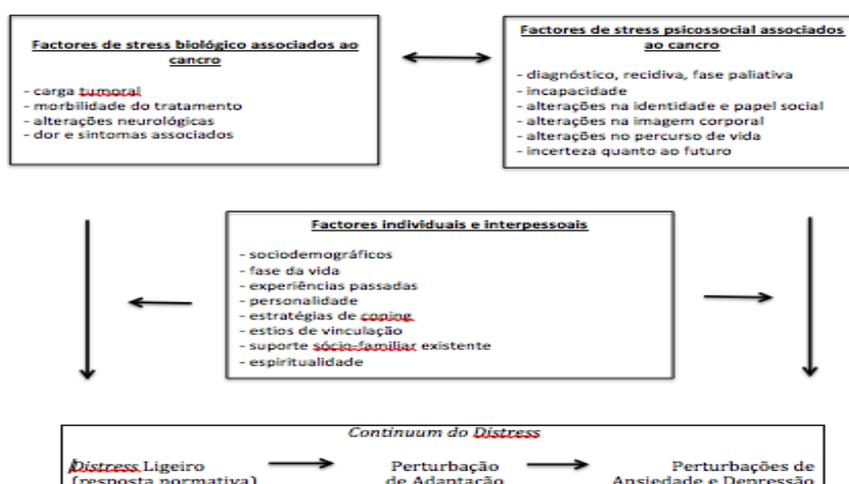


Figura 1 – Modelo explicativo do *distress*(adaptado de Li et al., 2010)

O sofrimento emocional mantido está associado a resultados desfavoráveis, nomeadamente, fraca adesão às recomendações terapêuticas, menor satisfação com a prestação de cuidados e pior qualidade de vida em vários domínios de funcionamento (Badger et al., 2004). Por outro lado, a redução deste mesmo sofrimento emocional promove uma melhoria ao nível do bem estar global e minimiza o risco de evolução para outras perturbações de maior gravidade (Jacobsen et al., 2005).

Não obstante, apenas cerca de um terço dos doentes oncológicos com *distress* é identificado pelos seus médicos, de acordo com um estudo de Fallowfield que envolveu 2.297 pacientes de 34 centros de tratamento oncológico. Este mesmo estudo revelou que 34.7% dos pacientes com perturbações psiquiátricas (de todos os tipos) não foram devidamente avaliados do ponto de vista psicopatológico (Fallowfield et al., 2001). Um outro estudo revelou que só 35% dos doentes médicos com depressão são diagnosticados e tratados adequadamente (Hirschfeld et al., 1997). Também Hardman e colaboradores reportaram que apenas metade dos pacientes deprimidos num serviço de oncologia foi reconhecida como tal pela equipa médica e de enfermagem (Hardman et al., 1989).

São vários os factores que podem contribuir para o subdiagnóstico do *distress* no doente oncológico. Por um lado, nem todos os médicos estão sensibilizados para a importância da avaliação do sofrimento emocional, por outro nem todos os doentes querem falar sobre os seus problemas (Kvale, 2007). De acordo com a literatura, só cerca de 5% dos doentes solicita espontaneamente ajuda e a maioria dos casos de *distress* não são diagnosticados enquanto tal pelos profissionais (Sollner et al., 2001, Sant’Anna Decat et al., 2009). No quadro que se segue são enumeradas algumas das barreiras ao diagnóstico do sofrimento emocional no doente oncológico (Tabela 1).

Tabela 1: Barreiras ao diagnóstico do <i>Distress</i> (Adaptado de Mitchel 2010. Screening Procedures for Psychosocial <i>Distress</i> . In: <i>Psycho-oncology</i> , Holland, Jimmie C. 2nd ed. Oxford. New York: Oxford University Press)	
Relacionados com o paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização somente de queixas somáticas - Receio do estigma de “doente mental” - Percepção reduzida dos sintomas emocionais - Pouca confiança no clínico - Relutância em revelar os sintomas ou pedir ajuda
Relacionados com o clínico	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo limitado para a consulta - Confiança reduzida nas aptidões de comunicação - Baixo índice de suspensão - Fraca aliança terapêutica

PERTURBAÇÕES DE ADAPTAÇÃO

As perturbações de adaptação (na terminologia da DSM) ou de ajustamento (na terminologia da 10ª. Edição da Classificação Internacional das doenças da Organização Mundial de Saúde ou CID 10) constituem a condição psiquiátrica mais frequente em doentes oncológicos (Shimizu et al., 2011), podendo ser consideradas, no *continuum* do *distress*, como uma ponte entre a resposta normal a um determinado agente agressor de natureza psicossocial (neste caso o cancro, seus tratamentos e perdas relacionadas) e a resposta patológica que reúne já critérios para o diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica. Manifestam-se, portanto, por uma menor intensidade de psicopatologia do que as perturbações depressivas ou de ansiedade mas significam marcado sofrimento, superando o que é esperado para a situação em questão e/ou determinando um prejuízo importante no funcionamento social ou ocupacional.

A DSM 5, à semelhança da DSM IV, considera como principal característica da perturbação de adaptação o desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais significativos em resposta a um ou mais

factores de *stress* psicossociais identificáveis, no período de 3 meses após o seu início (na CID 10 este período é de um mês). É suposto que tais sintomas não reúnam critérios para uma outra perturbação psiquiátrica e determinem um acentuado sofrimento, excedendo o esperado, ou um marcado prejuízo no funcionamento pessoal, social ou ocupacional (Tabela 2).

Tabela 2: Critérios diagnósticos para perturbação de adaptação e/ou de ajustamento

Perturbação de Adaptação: critérios da DSM V

- Desenvolvimento de sintomas emocionais e/ou comportamentais em resposta a um (ou vários) factor(es) de stress identificável(eis) que ocorrem nos 3 meses após o aparecimento do(s) factor(es) de stress.
- Estes sintomas ou comportamentos são clinicamente significativos, manifestando-se por 1 ou 2 dos seguintes quesitos:
 1. Sofrimento acentuado que é desproporcional à gravidade ou intensidade do factor de stress, tendo em consideração o contexto externo e os factores culturais que podem influenciar a gravidade dos sintomas e a sua apresentação;
 2. Prejuízo significativo nas áreas sociais, ocupacionais e noutras áreas importantes do funcionamento.
- A perturbação relacionada com stress não preenche os critérios para outra perturbação psiquiátrica e não é meramente uma exacerbação de uma perturbação psiquiátrica preexistente.
- Os sintomas não representam o luto normal.
- Uma vez terminado o factor de stress e as suas consequências, os sintomas não persistem para além de um período adicional de 6 meses.

Perturbação de Ajustamento: critérios da CID 10

- Desenvolvimento de sintomas emocionais e/ou comportamentais em resposta a um (ou vários) factor(es) de stress, de carácter não catastrófico, ocorrendo um mês após o seu início;
- O individuo manifesta sintomas ou alterações do comportamento do tipo dos encontrados em outras perturbações depressivas, ansiosas, somatoformes ou do comportamento mas sem reunir critérios suficientes para que tais diagnósticos sejam atingidos.

As perturbações de adaptação, cujas manifestações tendem a se extinguir com o tempo, têm sido consideradas como tendo um bom prognóstico geral. Como já referido, por definição, uma perturbação de adaptação dever-se-á resolver no espaço de seis meses após o *terminus* do factor de *stress* (ou das suas consequências). Porém quando este é duradouro os sintomas podem manter-se por mais do que aquele período (APA, 2013). De facto, quando falamos no cancro, muitas das vezes os factores de stress prolongam-se no tempo de forma continuada ou episódica mas consecutiva. Apesar do factor de stress psicossocial estar relacionado com a doença oncológica, pode variar entre uma multiplicidade de momentos ou agressões que o doente vai atravessando e/ou sofrendo desde o momento do diagnóstico, passando pela fase dos tratamentos e seus efeitos secundários, a recorrência e fase paliativa. Refira-se que, por vezes, até mesmo o finalizar do período de tratamentos ativos e a passagem ao *follow-up* com uma vigilância ainda regular mas com menos contato com a equipa pode condicionar uma resposta inesperada do doente que passa a sentir-se menos apoiado e vigiado, dando azo a sentimentos de insegurança e receios de recorrência, fenómeno conhecido como “*Rentryphase*” (Stanton 2005). Em algumas situações, as perturbações de adaptação podem cronificar e até evoluir para outras perturbações psiquiátricas, requerendo uma intervenção clínica em conformidade (Li et al., 2010).

Também à semelhança da DSM IV, a DSM 5 considera a possibilidade de especificar vários subtipos dentro do diagnóstico de Perturbação de Adaptação (APA 2013):

- com humor depressivo: predominando o humor deprimido, choro fácil, isolamento social, anedonia ou sentimentos de desesperança

- com ansiedade: em que predomina o nervosismo, preocupação, agitação ou ansiedade de separação
- mista, com ansiedade e humor deprimido: uma combinação de sintomas depressivos e ansiosos
- com alteração do comportamento: com predomínio de alterações do comportamento
- com alteração mista das emoções e do comportamento: reúne sintomas emocionais (ansiosos e depressivos) como alterações do comportamento.

O diagnóstico de perturbação de adaptação pode cursar com ideação suicida ou até mesmo comportamentos suicidários (Akechi et al., 1999, Akechi et al., 2002), menor qualidade de vida (Grassi et al., 1996), aumento do tempo de internamentos (Prieto et al., 2002) e maior sofrimento emocional para os cuidadores (Cassileth et al., 1985).

Prevalência

Têm sido publicadas prevalências de perturbações de adaptação nos doentes oncológicos que variam entre 4 e 42% (Derogatis et al., 1983; Albuquerque et al., 2004; Akizuki et al., 2005; Shimizu et al., 2011). São vários os factores que podem contribuir para esta tão grande amplitude, nomeadamente, diferenças metodológicas, características sócio-demográficas da população, tipo de tumor e de tratamentos em curso. Apesar desta disparidade é consensual que a prevalência das perturbações de adaptação é superior à de outras perturbações psiquiátricas como a perturbação depressiva ou perturbação de ansiedade, sendo, como já referido, a entidade psiquiátrica mais frequentemente encontrada em doentes oncológicos (Derogatis et al., 1983; Miovic & Block, 2007) (tabela 3).

Tabela 3: Prevalência das perturbações de adaptação nas diferentes localizações de cancro (Adaptado de Silva 2008, Reações de Ajustamento em Oncologia, in Temas de Psicooncologia)	
Localização	Prevalências
Pulmão (Akechi 2006):	Dependência da nicotina – 67% Perturbação Adaptação – 14% Dependência do álcool – 13% Depressão major – 4%
Doentes submetidos a transplante de medula (Kirsh 2004)	Perturbações de Adaptação – 11,6% Depressão major – 5,3%
Mama	Perturbação de Adaptação - 18,6 % [cir + QT] (Miller 2005) - 25,5 % (Hosaka 2001)
Doentes terminais (Akechi 2006)	Perturbação de Adaptação – 16,3% Depressão major – 6,7%
Cabeça e pescoço (Kugaya, 2000)	Dependência do álcool – 33,6% Dependência da nicotina – 32% Perturbação de Adaptação – 14% Depressão major – 7%

RASTREIO

A avaliação sistemática do *distress* pode ser feita em qualquer contexto (sala de espera, gabinete de consulta, cama) usando instrumentos simples de rastreio. Deverá envolver todos os doentes oncológicos em diferentes fases da doença, para que os problemas subjacentes sejam identificados e orientados precocemente antes que se instale uma situação de crise envolvendo a necessidade de intervenções mais complexas.

O Termómetro de *Distress* foi desenvolvido pela *National Comprehensive Cancer Network* como um instrumento de rastreio, integrando um manual "*Distress Management*" que tem como finalidade promover o diagnóstico precoce, monitorização e tratamento eficaz do *distress* no doente com cancro, estabelecendo o quadro sintomático subjacente e sugerindo métodos de intervenção e acompanhamento (NCCN2014). Trata-se de um questionário muito simples, validado para a população portuguesa (Pereira et al., 2010), onde o doente é solicitado a assinalar o grau de sofrimento emocional percebido numa escala de 0 (sem sofrimento) a 10 (sofrimento extremo) e onde é também pedido que sinalize numa lista de problemas aqueles que possam contribuir para o seu sofrimento. Pontuações maiores ou iguais a 4 são sugestivas de um sofrimento emocional moderado a grave, requerendo portanto uma avaliação complementar (Gessler et al., 2008). De facto, apesar de ser um instrumento útil para o rastreio do *distress*, tem um uso mais limitado na identificação de perturbações psiquiátricas (como perturbações depressivas ou ansiosas) (Mitchel et al., 2007). A lista de problemas pode assim ser orientadora do tipo de instrumento a usar na avaliação complementar. Exemplificando, se o doente responde "sim" num dos itens dos problemas emocionais pode ser conveniente administrar a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) ou se responde "sim" no item "memória/concentração" pode ser de considerar o uso do *Mini Mental Status Examination* (MMSE) (Pirl 2010), instrumentos estes também validados para a população portuguesa (Pais Ribeiro et al., 2007; Guerreiro et al., 1994).

Um outro instrumento, inicialmente desenhado para Cuidados de Saúde Primários, também usado para o diagnóstico de problemas emocionais em doentes oncológicos é o *Patient Health Questionnaire* (PHQ) (Spitzer et al., 1999). Este instrumento, que para além da formulação diagnóstica é também usado para a quantificação de sintomas, contempla 8 diagnósticos psiquiátricos de acordo com critérios da DSM-IV. Em Oncologia só dois dos seus módulos, referentes a sintomas ansiosos (22 itens) e depressivos (9 itens, designado por PHQ 9), é que são habitualmente considerados no total necessitam de cerca de 5 minutos para serem respondidos (Pirl 2010). Existe já uma versão deste instrumento validada para a população portuguesa (Torres et al., 2013).

O *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis & Melisaratos, 1983), existente em duas versões, uma mais extensa (de 53 itens que cobrem 9 dimensões: ansiedade, depressão, hostilidade, sensibilidade interpessoal, hostilidade, obsessões e compulsões, ideação paranoide, ansiedade fóbica, psicoticismo e somatização) e outra mais curta (com 18 itens distribuídos por três dimensões: ansiedade, somatização e depressão), tem sido também usado em diversos estudos com doentes oncológicos, ainda que a sua aplicação seja mais demorada (cerca de 10 minutos) (Zabora et al., 2001). O inventário BSI encontra-se validado para a população portuguesa (Canavarro, 1999) e estão em curso os estudos relativos às propriedades psicométricas da versão portuguesa do BSI – 18.

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond & Smith, 1983) é uma escala de 14 itens, desenhada para avaliação de sintomas ansiosos e depressivos em doentes com patologias médico-cirúrgicas, procurando para tal minimizar o contributo dos problemas físicos (como anorexia e fadiga) na avaliação dos referidos sintomas. Foi validada para a população portuguesa (Pais Ribeiro, 2007) e pode ser bastante útil, pela sua simplicidade e facilidade de aplicação, como instrumento de rastreio a aplicar pela equipas terapêuticas. Pontuações superiores a 10 - 11 podem sugerir uma perturbação de adaptação e superiores a 19 - 20 sugerem mesmo uma perturbação depressiva (Lloyd-Williams et al., 2001; Mystakidou et al., 2004).

Apesar de construídos com diferentes finalidades, o Termómetro do *Distress*, a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e o *Brief Symptom Inventory* (BSI) têm sido comparados e mostram sensibilidade e especificidade aproximadas em muitos dos estudos efectuados (Akizuchi et al., 2005; Jacobsen et al., 2005).

Não obstante o que foi já referido, o rastreio do *distress* é ainda controverso pelo que alguns autores defendem a necessidade de melhorar os métodos de rastreio para o seu uso se torne clínica e financeiramente mais vantajoso (Mitchel et al., 2013).

TRATAMENTO

O reconhecimento das repercussões psicológicas e psiquiátricas do cancro e dos seus tratamentos tem contribuído para que os cuidados psicossociais venham a ser considerados um aspeto importante dos cuidados oncológicos de qualidade, defendendo-se a sua integração na prática clínica em oncologia envolvendo todos os doentes (Holland&Alici, 2010; NationalBreastCancer Centre &NationalCancerControl Initiative 2003). Neste âmbito, e conforme já referido, a triagem do *distress* emocional assume especial relevância, devendo ser uma prática corrente em oncologia e defendendo-se a sua monitorização e o desenvolvimento de planos de tratamento, com encaminhamento para recursos psicossociais mais específicos quando necessário (NCCN, 2014).

Situações de *distress* ligeiro ou até mesmo algumas perturbações de adaptação são, normalmente, ultrapassadas, verificando-se uma recuperação espontânea, sem qualquer intervenção (Shimizu et al., 2011). Porém, as intervenções psicossociais constituem, habitualmente, a primeira linha de atuação nestes casos (Li 2010), o que facilmente se compreende se tivermos em conta sua natureza. Estas intervenções, independentemente da abordagem que seguem, têm sido pautadas por objectivos como os seguintes: (1) melhorar a adesão aos rastreios de cancro; (2) promover a tomada de decisão em relação aos tratamentos de cancro e para definir e uniformizar as recomendações terapêuticas; (3) promover o ajustamento dos doentes ao cancro e facilitar o *coping* com os sintomas e os efeitos secundários e (4) ajudar os doentes a lidar com os desafios dos autocuidados de saúde e com os tratamentos (Petrie&Revenson, 2005, citado por Suls, Davidson &Kaplan, 2010). Para alcançar tais objectivos o National Câncer Institute propõe, entre outras componentes, o treino de relaxamento, promoção de estratégias de índole cognitivo-comportamental para lidar com situações difíceis, sessões informativas e educativas sobre a doença e reforço do apoio social (NCI, 2015). Também o National Comprehensive Cancer Network sugere indicações concretas para lidar com os sintomas esperados e ligeiros de *distress* emocional, bem como intervenções mais específicas e diferenciadas para situações de níveis mais elevados e significativos de *distress*, disponíveis *online* (NCCN, 2014) e cuja leitura aconselhamos.

O tipo de intervenção pode variar em função da formação do terapeuta, do perfil do doente e das possibilidades facultadas pela instituição prestadora de cuidados. Algumas intervenções, menos estruturadas e dirigidas aos doentes com ligeiro e não clinicamente significativo, podem e devem ser feitas por qualquer um dos elementos da equipa de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social, ...) (Pitceathly et al., 2009), não esquecendo a importância do treino de competências de comunicação destes profissionais para uma resposta adequada às necessidades psicossociais dos doentes e para uma prestação de cuidados psicossociais de qualidade (NationalBreastCancerCenter&NationalCancerControlInitiative, 2003).

Nas perturbações de adaptação, quando as intervenções psicoterapêuticas não surtem o efeito desejado ou alguns sintomas são muito disruptivos, pode ser útil o recurso a medidas farmacológicas (Strain et al., 2008). De facto, o uso temporário de medicamentos dirigidos para a insónia, ansiedade ou, até mesmo, sintomas depressivos podem ser benéficos particularmente quando as moléculas usadas têm uma dupla ação aliviando também sintomas físicos decorrentes do cancro como a fadiga (por exemplo, Bupropion), náuseas e perda do apetite (por exemplo, Mirtazapina e Olanzapina), dor (por exemplo, Amitriptilina e Duloxetina), afrontamentos (por exemplo, Venlafaxina) (Rodin et al., 2007; Li et al., 2010).

Refira-se porém que existem poucos dados disponíveis na literatura sobre a abordagem psicofarmacológica das perturbações de adaptação, ainda que algumas metanálises recentes concluam pela eficácia do uso de antidepressivos no tratamento de sintomas depressivos para além do contexto de doença depressiva (Hart et al., 2012; Laoutidis & Mathiak, 2013). Um dos motivos que encontramos para a escassez na literatura de estudos direcionados para a abordagem farmacológica dos quadros de adaptação reside precisamente nas dúvidas já apontadas quanto à natureza adaptativa *versus* patológica desta entidade. De facto, se atendermos a que alguns autores defendem que, pelo menos em algumas situações, se trata de um período transitório e auto-limitado, percebemos que o tratamento mantido e continuado por alguns meses com um antidepressivo

pode não ser de todo necessário e até contribuir para uma excessiva medicalização da situação. Salientamos porém que quando partimos para a realidade dos doentes oncológicos, atendendo à complexidade do agente stressor e à sua permanência ao longo do tempo, a abordagem psicofarmacológica e psicoterapêutica conjuntas em doentes com o diagnóstico clínico de perturbações de adaptação podem ser fundamentais para diminuir o sofrimento emocional e promover uma melhor qualidade de vida. Por outro lado, importa salientar que sendo a perturbação de adaptação na maioria das vezes um estado transitório, é importante continuar a monitorizar o eventual desenvolvimento duma perturbação psiquiátrica *major* como perturbações depressivas ou de ansiedade.

CONCLUSÃO

Para um número significativo de doentes o diagnóstico de cancro é sinónimo de sofrimento, dor, ameaça à vida ou morte. Compreende-se assim que ao longo da trajetória de evolução da doença estes doentes possam vivenciar experiência(s) emocional(ais) desagradável(eis), que se estendem por um *continuum*, desde sentimentos normais de vulnerabilidade, tristeza e medo a perturbações mais graves e incapacitantes, nomeadamente síndromes depressivas e ansiosas. Neste capítulo focámo-nos no conceito de *distress* cujo rastreio deve estar incluído no acompanhamento de qualquer doente oncológico. Abordámos de uma forma isolada as perturbações de adaptação, condição psiquiátrica mais frequente em doentes oncológicos, salientando a importância de um diagnóstico correto e de um tratamento dirigido às necessidades de cada doente como forma de reduzir o sofrimento emocional, promover a adaptação, aumentar a adesão às recomendações médicas e melhorar o funcionamento global.

BIBLIOGRAFIA

1. Badger, T. A., Braden, C. J., Mishel, M. H. & Longman, A. (2004). Depression burden, psychological adjustment, and quality of life in women with breast cancer: Patterns over time. *Research in Nursing & Health*, 27(1): 19-28.
2. Moorey, S., & Greer, S. (2002). Cognitive behaviour therapy for people with cancer. Oxford: Oxford University Press.
3. Holland, J. C., Greenberg, D. B., & Hughes, M. K. (2006). Quick reference for oncology clinicians: *The psychiatric and psychological dimensions of cancer symptom management*. Charlottesville: IPOS Press.
4. NCCN Guidelines Version 2.2014 Distress Management. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf - site acedido a 02.Janeiro.2015
5. Bishop, G. D. (1994). *Health Psychology: Integrating mind and body*. Boston: Allyn and Bacon.
6. Fawzy, F., & Fawzy, N. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16, 149-192.
7. Bultz, B. D., & Holland, J. C. (2006). Emotional distress in patients with cancer: The sixth vital sign. *Psychosocial Oncology*, 3(5), 311-314.
8. Keir, S. T., Calhoun-Eagan, R. D., Swartz, J. J., Saleh, O. A., & Friedman, H. S. (2008). Screening for distress in patients with brain cancer using the NCCN's rapid screening measure. *Psycho-Oncology*, 17, 621-625.
9. Spiegel, D., & Classen, C. (2000). Group therapy for cancer patients: A research-based handbook of psychosocial care. New York: Basic Books.
10. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *JAMA*. 1983; 249(6): 751-757.
11. Singer, S., Szalai, C., Briest, S., Brown, A., Dietz, A., Einkenel, J., et al. (2013). Co- morbid mental health conditions in cancer patients at working age – prevalence, risk profiles, and care uptake. *Psychooncology*: 2291–2297 (2013).
12. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011;12:160–174.

13. Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 571-581. doi: 10.1097/01.PSY.0000074003.35911.41
14. White, C. A. (2001). *Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
15. Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*, 10, 19-28.
16. Bultz, B. D., and Johansen, C. (2011). Screening for *distress*, the 6th vital sign: where are we, and where are we going? *Psychooncology*20, 569–571.
17. Holland, J. C., & Alici, Y. (2010). Management of distress in cancer patients. *The Journal of Supportive Oncology*, 8, 4-12.
18. Li M, Hales S, Rodin G (2010). Adjustment Disorder. In: *Psycho-oncology*, Holland, Jimmie C. 2nd ed. Oxford. New York: Oxford UniversityPress, 2010.
19. Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, et al (2005). Screening for psychologic dis- tress in ambulatory cancer patients. *Cancer*, 3 (7): 1494 – 1502.
20. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer*. 2001;84(8):1011-5.
21. Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F, et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *Journal of the American Medical Association*. 1997;277(4):333-40.
22. Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J PsychosomRes*. 1989;33(2):235-9.
23. Kvale K. Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *Eur J OncolNurs*. 2007; 11(4): 320-327.
24. Sollner W, DeVries A, Steixner E, et al. How successful are oncologists in identifying patient *distress*, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *Br J Cancer*. 2001; 84: 179 –185.
25. Decat, Cristiane Sant'Anna, Laros, Jacob Arie, & Araujo, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. (2009). Termômetro de *Distress*: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico-USF*, 14(3), 253-260.
26. Mitchel 2010. Screening Procedures for Psychosocial *Distress*. In: *Psycho-oncology*, Holland, Jimmie C. 2nd ed. Oxford. New York: Oxford UniversityPress).
27. Shimizu K, Akizuki N, Nakava N, Fujimori M et al (2011). Treatment response to psychiatric intervention and predictors of response among cancer patients with adjustment disorders. *J Pain Symptom Manage*, 41(4): 684-91.
28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
29. World Health Organization. *The International Classification of Diseases*, 10th Ed.; Geneva, World Health Organization, 1992.
30. Stanton AL, Ganz PA, Rowland JH, et al. Promoting adjustment after treatment for cancer. *Cancer*. 2005; 104: 2608–2613.
31. Akechi T, Kugaya A, Okamura H, et al. Suicidal thoughts in cancer patients: clinical experience in psycho-oncology. *Psychiatry ClinNeurosci* 1999;53: 569e573.
32. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 2002;95: 1085e1093.
33. Grassi L, Indelli M, Marzola M, et al. Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1996;12: 300e307.
34. Prieto JM, Blanch J, Atala J, et al. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J ClinOncol* 2002;20: 1907e1917.
35. Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, et al. A psy- chological analysis of cancer patients and their next-of- kin. *Cancer* 1985;55:72e76.

36. Albuquerque E (2004). A Perturbação psiquiátrica em doentes oncológicos – estudo de 159 doentes no Centro Regional de Oncologia de Coimbra. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, 9 (2).
37. 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.
38. Miovic M, Block S: Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* 110 (8): 1665-76, 2007
39. Silva 2008, Reações de Ajustamento em Oncologia, in *Temas de Psicooncologia*)
40. Pereira, M. G., Teixeira, R. J., & Figueiredo, P. (2010). *Rastreio emocional breve de doentes em quimioterapia: Um projecto português* [Brief Distress Screening of Quimiotherapy Patients: a Portuguese study]. *Anais do 11º Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia e IV Encontro Internacional de Cuidados Paliativos em Oncologia*. Rio de Janeiro, Brasil.
41. Coenson, C. & Dimsdale, J. E. (1994). Psychiatric liaison on a bone marrow transplantation unit. *General Hospital Psychiatry*, 16, 131-134.
42. Gessler S, Low J, Daniells E, et al. Screening for *distress* in cancer patients: is the *distress* thermometer a valid measure in the UK and does it measure change over time? A prospective validation study. *Psycho-Oncology*. 2008; 17(6): 538-547.
43. Mitchell A. Pooled results from 38 analyses of the accuracy of *distress* thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *J Clin Oncol*. 2007; 25: 4670-4681.
44. Pirl, 2010. Instruments in Psycho-Oncology. In: *Psycho-oncology*, Holland, Jimmie C. 2nd ed. Oxford. New York: Oxford University Press)
45. PAIS-RIBEIRO J, SILVA I, FERREIRA T, MARTINS A, MENESES R, BALTAR M: Validation study of a portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol, Health Med* 2007;12:225-237.
46. Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
47. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study-Primary Care Evaluation of Mental Disorders, Patient Health Questionnaire. *JAMA*. 1999;282: 1737-1744.
48. A. Torres, A. Pereira, S. Monteiro, E. Albuquerque, 2372 – Preliminary psychometric characteristics of the portuguese version of patient health questionnaire 9 (PHQ-9) in a sample of portuguese breast cancer women, *European Psychiatry*, Volume 28, Supplement 1, 2013.
49. Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med* 1983, 13: 595-605.
50. Zabora J, BrintzwnhofeSzoc K, Jacobsen P, et al. A new psychosocial screening instrument for use with cancer patients. *Psychosomatics*. 2001: 42:241-246.
51. Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
52. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983, 67: 361-370.
53. Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N. An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2001;22:990–996.
54. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer*. 2004;12:821–825.
55. Mitchell A (2013). Screening for cancer-related *distress*: When is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncologica*, 2013; 52: 216–224.
56. National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative (2003). *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer*. Camperdown, Australia: National Breast Cancer Centre.

57. Suls, J. M., Davidson, K. W & Kaplan, R. M. (2010). *Handbook of Health Psychology and Behavioral Medicine*. New York: The Guilford Press.
58. National Cancer Institute - Psychosocial Interventions for Distress http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/adjustment/HealthProfessional/page6#_151_toc - site acedido a 22.02.2015
59. Pitceathly C, Maguire P, Fletcher I, Parle M, Tomenson B, Creed F (2009). Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients? A randomised controlled trial. *Annals of Oncology* 20: 928–934.
60. Strain JJ, Diefenbacher A. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Compr Psychiatry*. 2008, 49 (2): 121-30.
61. Rodin G, Lloyd N, Katz M, et al. The treatment of depression in cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2007;15(2):123–136.
62. Hart SL, Hoyt MA, Diefenbach M, Anderson DR, Kilbourn KM, Craft LL, Steel JL, Cuijpers P, Mohr DC, Berendsen M, Spring B, Stanton AL. Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2012;104:990–1004.
63. [Laoutidis ZG](#)¹, [Mathiak K](#). Antidepressants in the treatment of depression/depressive symptoms in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2013 May 16;13:140.