

Definição e Avaliação do *Distress* em Doentes Oncológicos: Uma Revisão Sistemática da Literatura

Tiago Jorge Sousa Lima

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof.^a Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires
Coorientadora: Prof.^a Doutora Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho

Junho de 2024

Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Tiago Jorge Sousa Lima, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M12390 de/o Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 28/06/2024

Tiago Lima

Folha em branco

Resumo

Introdução: O *distress* psicológico é um fenómeno de extrema relevância em doentes oncológicos devido à sua alta prevalência, sobretudo quando os diagnósticos de cancro são cada vez mais frequentes. Estima-se que apenas um terço dos doentes com níveis de *distress* clinicamente significativos são direcionados para serviços de saúde mental. Reforça-se ainda que a maioria dos centros clínicos carecem de recursos para rastreios do *distress*. Assim sendo, o *distress* é uma condição psicológica debilitante que afeta o sujeito a nível físico, psicológico, social, espiritual e ocupacional, sendo entendido por um *continuum* que varia em grau de gravidade.

Objetivos: Este estudo propõe reunir de forma sistemática informação relevante à operacionalização do *distress*, bem como aos instrumentos utilizados para avaliação deste processo. Para além desta componente de estado da arte, o trabalho propõe-se a incluir uma componente de revisão crítica, pretendendo contribuir para uma proposta futura de melhoria tanto para a operacionalização do *distress* como a avaliação do mesmo.

Método: Os dados incluídos nesta revisão sistemática foram recolhidos através da seguinte meta base de dados: EBSCO, e as seguintes bases de dados: PsycArticles, PubMed e SCOPUS. Apenas foram selecionados artigos publicados depois de 2014 tendo em consideração critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Resultados: Importaram-se 1028 referências e foram excluídos 54 artigos duplicados. Entre as 974 referências, 934 foram excluídas por possuírem título, palavras-chave ou resumo incompatíveis com os objetivos traçados ao longo da investigação. Finalmente, com os 40 artigos obtidos, 3 foram excluídos pelo estudo de sobreviventes oncológicos de longa duração, 1 por ter uma população não oncológica e 9 não expressaram um foco sobre o *distress*, resultando em 27 artigos incluídos nesta revisão sistemática.

Discussão: A maioria dos estudos obtidos não discrimina os participantes em função do diagnóstico ou protocolo de tratamento. Tal observação induz alguma preocupação, visto que o nível de *distress* varia consoante as variáveis previamente mencionadas. Assim, existe um risco em agrupar doentes oncológicos com níveis de *distress* dispersos que, por consequência, podem influenciar os resultados obtidos, a discussão e a conclusão consequentes. A definição do *distress* pelo NCCN é uma das mais utilizadas e completas no que concerne a captação da experiência que se revela tendencialmente negativa, de um doente oncológico. A avaliação do *distress* é

tendencialmente marcada pelo recurso a *Emotion Thermometers* (ET), nomeadamente o *Distress Thermometer* (DT) e a *Problem List* (PL), como complemento e contexto aos resultados obtidos. A literatura analisada revela que a operacionalização do *distress* e a sua respetiva avaliação são frequentemente expostas a visões reducionistas, possivelmente insuficientes na compreensão total da vivência de um doente oncológico.

Conclusão: A psico-oncologia precisa de melhorar a compreensão e avaliação do *distress* em pacientes oncológicos. A falta de uma visão holística e homogénea, bem como a utilização de instrumentos reducionistas, são problemas comuns. Apela-se a uma compreensão mais completa do *distress* como necessária para avaliar e comunicar de forma eficaz com outros profissionais de saúde e os respetivos doentes.

Palavras-chave

Revisão sistemática; saúde mental; doentes oncológicos; psico-oncologia; *distress* psicológico; instrumentos de avaliação do *distress*.

Folha em branco

Abstract

Introduction: Psychological distress is an extremely relevant phenomenon in cancer patients due to its high prevalence, especially when cancer diagnoses are increasingly frequent. It is estimated that only a third of patients with clinically significant levels of distress are referred to mental health services. To reinforce this point, most health centers lack the resources to screen for distress. Distress is a debilitating psychological condition that affects the subject on a physical, psychological, social, spiritual, and occupational level and is understood as a continuum that varies in its degree of severity.

Objectives: To add relevant information to the operationalization of distress, as well as the instruments used. In addition to this compilatory component, the current work contains a critical thinking component in relation to them, making a future proposal for improvement in both the operationalization of distress and its assessment.

Method: The compiled data for this systematic review was collected through the following meta-database: EBSCO and the following databases: PsycArticles, PubMed, and SCOPUS. Only those published after 2014 were selected, considering previously defined inclusion and exclusion criteria.

Results: A total of 1028 references were imported, and 54 duplicate articles were excluded. Of the 974 references, 934 were excluded because they had titles, keywords, or abstracts that were incompatible with the research objectives. Finally, of the 40 articles obtained, 3 were excluded for having cancer survivors, 1 for having a non-oncology population, and 9 did not express a focus on *distress*, resulting in 27 articles included in this systematic review.

Discussion: Most of the studies obtained do not discriminate between participants according to diagnosis or treatment protocol. This observation causes some concern, since the level of distress varies according to the variables mentioned above. Thus, there is a risk in grouping together cancer patients with dispersed levels of distress which, consequently, could influence the results obtained and the resulting discussion and conclusion. The NCCN's definition of distress is one of the most widely used and complete when it comes to capturing an oncology patient's experience, which tends to be negative. The assessment of distress tends to be marked by the use of Emotion Thermometers (ET), namely the Distress Thermometer (DT) and the Problem List (PL), as a complement and context to the results obtained. The literature analyzed

reveals that the operationalization of distress and its assessment are often exposed to reductionist views, which are possibly insufficient to fully understand the experience of a cancer patient.

Conclusion: Psycho-oncology needs to improve the understanding and assessment of distress in cancer patients. The lack of a holistic and homogeneous vision, as well as the use of reductionist instruments are common problems. A more complete understanding of distress is called for as necessary to assess and communicate effectively with other health professionals and their patients.

Keywords

Systematic review; mental health; cancer patients; psycho-oncology; psychological *distress*; *distress* assessment.

Folha em branco

Índice

Introdução	1
Capítulo 1 – Revisão da literatura	1
1.1 Conceptualização do distress	1
1.2 Prevalência do <i>distress</i> em doentes oncológicos	2
1.3 Consequências do <i>distress</i> em doentes oncológicos.....	3
1.4 Impacto do <i>distress</i> na atividade ocupacional.....	3
1.5 Variabilidade do <i>distress</i> em função do diagnóstico e tratamento.....	3
1.6 Intervenção dirigida ao <i>distress</i>	4
1.7 Métodos de avaliação do <i>distress</i> em doentes oncológicos.....	4
1.8 Outras variáveis associadas ao <i>distress</i>	5
1.8.1 Espiritualidade	5
1.8.2 Sentido de Propósito.....	5
1.8.3 Neuroticismo.....	6
Capítulo 2 – Objetivos.....	8
2.1 Caracterização da investigação	8
2.2 Definição do problema e descrição dos objetivos	8
2.3 Definição da questão de investigação	8
Capítulo 3 – Método.....	11
3.1 Metodologia geral	11
3.2 Critérios de elegibilidade	11
3.3 Estratégia de pesquisa	12
3.4 Avaliação da qualidade dos dados.....	13
3.5 Extração de dados	13
Capítulo 4 – Resultados	15
4.1 Seleção dos estudos	15
4.2 Características dos estudos.....	17
4.3 Instrumentos de avaliação do <i>distress</i>	29
4.4 Reflexão crítica da qualidade dos estudos obtidos.....	29
Capítulo 5 – Discussão	35
5.1 Participantes	35
5.2 Operacionalização do <i>distress</i>	35
5.3 Instrumento/s utilizado/s para avaliar o <i>distress</i>	36
Capítulo 6 – Conclusão	41
Capítulo 7 – Limitações	43
Capítulo 8 – Implicações futuras	45
Referências	47
Anexos.....	55

Folha em branco

Lista de Figuras

Figura 1. Flowchart PRISMA (Oliveira et al., 2022; Page et al., 2020)..... 16

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1. Descrição do Modelo PICOS aplicado à primeira questão de investigação (Camilo & Garrido, 2019; Methley et al., 2014; Oliveira et al., 2022)	9
Tabela 2. Descrição do Modelo PICOS aplicado à segunda questão de investigação (Camilo & Garrido, 2019; Methley et al., 2014; Oliveira et al., 2022)	9
Tabela 3. Características das publicações e descrição do Modelo PICOS aplicado aos critérios de elegibilidade (Camilo & Garrido, 2019; Methley et al., 2014; Oliveira et al., 2022)	12
Tabela 4. Operadores booleanos utilizados em diferentes meta base de dados e base de dados (Cronin et al., 2008; Reed & Baxter, 2009, as cited in Camilo & Garrido, 2019)	13
Tabela 5. Características dos estudos obtidos	17
Tabela 6. Critérios de qualidade – STROBE (Maïano et al., 2016; Vandenbroucke et al., 2014)	31

Folha em branco

Lista de Acrónimos

DT	<i>Distress Thermometer</i>
EBSCO	<i>Elton Bryson Stephens Company</i>
ET	<i>Emotion Thermometer</i>
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
PICOS	<i>Patient, Problem, or Population; Intervention; Comparison; Outcome; Study design</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis</i>
PL	<i>Problem List</i>
STROBE	<i>STrengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology</i>
UBI	<i>Universidade da Beira Interior</i>

Folha em branco

Introdução

Segundo a Direção-Geral de Saúde (2023), entende-se por cancro um conjunto de doenças onde as células se multiplicam de forma descontrolada, acabando por invadir tecidos adjacentes. De facto, o cancro pode surgir em qualquer parte do corpo, sabendo que as células em causa podem sofrer alterações e resistir à morte programada.

Em Portugal, estima-se que ocorram, aproximadamente, 50.000 casos de cancro por ano (Direção-Geral de Saúde, 2023). Tal estatística tem aumentado ao longo do tempo, como destacam as evidências de Ferlay e colaboradores (2024), que referem que os casos de cancro registados em 2022 foram 69567. Globalmente, a literatura (Carlson et al., 2018) indica que pelo menos um terço dos doentes oncológicos apresentam níveis de *distress* clinicamente significativos. Dada esta informação, o interesse desta dissertação deriva da necessidade de clarificar o que é o *distress* e como este tem sido avaliado por profissionais de saúde.

Tendo em consideração a estrutura do trabalho, este encontra-se organizado nos seguintes diferentes capítulos: revisão da literatura, objetivos, método, resultados, discussão, conclusão, limitações e implicações futuras. O anexo é destinado à apresentação de uma revisão narrativa da literatura, tendo esta sido anteriormente proposta e aceite para publicação no Livro de Atas da 3as Conferencias Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde, organizada pela Universidade da Beira Interior (UBI). Esta proposta também foi acompanhada com uma apresentação realizada no passado dia 20 de maio.

As opções tomadas, quer relativas à estrutura da informação, quer à organização geral da informação, decorrem das diretrizes de uma publicação monográfica, de acordo com o Regulamento do 2º Ciclo de Psicologia Clínica e da Saúde da UBI. Para além disso, a subseção de alguns capítulos justifica-se pela intencionalidade futura em publicar os conteúdos numa revista científica, em que se verificou que na maioria dos artigos desta natureza segue a estrutura apresentada.

Capítulo 1 – Revisão da literatura

1.1 Conceptualização do distress

Apesar da sua natureza biológica, o impacto que o cancro tem sobre o sujeito não se limita puramente ao corpo. De facto, o tratamento oncológico implica uma viagem com várias etapas, desde o pré-diagnóstico até à eventual morte do doente (Wang et al., 2022, as cited in Silva et al., 2023). A transição entre estas etapas pode provocar um conjunto de experiências emocionais, tipicamente negativas (Dean & Street, 2014), que por vezes persistem após a conclusão do tratamento (Bleiker et al., 2000; Vinokur et al., 1990, as cited in Trunzo & Pinto, 2003). Estas experiências emocionais negativas são entendidas, contemporaneamente, por *distress* (Clover et al., 2015).

Deste modo, o *distress* apresenta uma história conceptual rica, visto ser originalmente utilizado no século XIII (Ridner, 2004) sobre o nome de *distringo*, cujo significado remete para um conjunto de tensões opostas que puxam em diferentes direções (Glare, 1968). Durante o século XX, *distress* começou a ser utilizado por profissionais na área da saúde, principalmente enfermeiras oncológicas, sendo entendido como um funcionamento psicológico mal-adaptivo perante eventos de vida que atuam como indutores de *stress* (Abeloff et al., 2000, as cited in Ridner, 2004). Com o intuito de diferenciar *distress* de outros conceitos, como *strain* e *stress*, Walker e Avant (1995, as cited in Ridner, 2004) propuseram cinco atributos para o mesmo: insuficiência dos processos de *coping*, alteração do estado emocional, desconforto, comunicação de desconforto e dano sobre o próprio.

Entretanto, embora o *distress* seja um conceito amplamente utilizado na área da saúde, a definição do mesmo não é consensual entre os autores. Por vezes, *distress* é definido como a manifestação de sintomatologia depressiva e ansiógena perante preocupações relacionadas com a saúde (Linden et al., 1986; Ullrich et al., 2008, as cited in Segrin & Badger, 2014). Tal definição, apresenta-se como redutora, visto que resume a experiência do *distress* à soma de duas patologias. Outros autores, como Silva e colaboradores (2023), adotam uma conceptualização de *distress* mais holística que abarca um conjunto de dimensões: psicológica, social e espiritual, que existem num contínuo e cujo impacto no sujeito varia entre sentimentos de vulnerabilidade a crises existenciais. A título de exemplo, destaca-se a seguinte definição:

The term “*distress*” encompasses a comprehensive range of unpleasant emotional experiences with psychological (e.g., cognitive, behavioural, emotional), social, and spiritual dimensions that exist on a continuum, spanning from typical feelings of vulnerability, sadness, and fear to more severe issues like depression, anxiety, panic, social isolation, and even existential and spiritual crisis. (Silva et al., 2023, p.2)

Contudo, esta definição acaba por excluir questões ocupacionais e económicas que merecem ser exploradas para melhor compreender o *distress* associado à doença oncológica (Chan et al., 2021; Duijts et al., 2014).

Assim sendo, salvaguarda-se a existência de outras definições utilizadas para caracterizar *distress*. Ainda assim, o exemplo previamente mencionado é utilizado por ser o mais completo entre a literatura analisada durante a elaboração deste capítulo.

1.2 Prevalência do *distress* em doentes oncológicos

O *distress* é um fenómeno prevalente entre doentes oncológicos. Segundo a literatura, entre 50% (Mehnert et al., 2018) a 60% (Lebel et al., 2009) dos pacientes apresentam níveis de *distress* clinicamente significativos. Entretanto, apenas 15% a 20% são reencaminhados para serviços de saúde mental (Maguire et al., 1980; Hardman et al., 1989; Keller et al., 2004, as cited in Dean & Street, 2014).

De acordo com Jacob e Ramson (2007, as cited in Brebach et al., 2016), a maioria dos centros clínicos não incluem rastreio para *distress* nas suas rotinas. Dilworth e colaboradores (2014, as cited in Faller et al., 2016) complementam esta carência ao destacar que a maioria dos profissionais na área da oncologia não abordam temáticas psicológicas por falta de tempo, recursos e instrumentos de avaliação. Tais evidências revelam-se como preocupantes, visto que a presença do *distress* aumenta a mortalidade em doentes oncológicos, bem como a duração de internamento, o sofrimento somático e uma baixa qualidade de vida (Cook et al., 2018; Kuhnt et al., 2016; Mehnert et al., 2018).

1.3 Consequências do *distress* em doentes oncológicos

Tendo em consideração as consequências inerentes ao *distress*, Mishell (1990, as cited in Lebel et al., 2009), afirma que existe um impacto a nível cognitivo, visto que doentes terão maior dificuldade em interpretar sintomatologia ambígua e em procurar profissionais dentro do sistema de saúde indicados para a problemática. Lee-Jones e colaboradores (1997) reforçam que pacientes sobre o efeito de *distress* apresentam hipervigilância na procura de sintomas somáticos e, perante estes, ativam-se respostas cognitivas associadas à doença, nomeadamente o medo inerente a uma recidiva.

Para além do impacto cognitivo que o *distress* tem sobre o sujeito, os pacientes também se queixam de cansaço, dificuldade em dormir ou manter o sono e problemas de mobilidade, sendo o cansaço caracterizado como a principal fonte de *distress* (Bower, 2014, as cited in Mehnert et al., 2018). Alguns doentes também expressam uma preocupação perante a disrupção dos papéis sociais e parentais, a possível insuficiência de recursos financeiros (Vickberg, 2003), temendo, de igual modo, o impacto que a toxicidade do tratamento tem sobre a fertilidade e a vida sexual (Chan et al., 2021).

1.4 Impacto do *distress* na atividade ocupacional

No que concerne à atividade ocupacional de um doente oncológico, a literatura tem demonstrado, cada vez mais, a pertinência em explorar esta temática, visto que aproximadamente 50% dos pacientes mantêm a sua atividade ocupacional ao longo do tratamento (de Boer, 2013, as cited in Duijts et al., 2014).

Tendo em consideração os efeitos secundários associados ao mesmo e o peso psicológico que o *distress* exerce sobre o sujeito, Duijts e colaboradores (2014) destacam um conjunto de problemáticas expostas por pacientes, como problemas atencionais e motores, dificuldade na aprendizagem e concentração, alterações de humor e conflitos com os colegas de trabalho. Estas problemáticas levam à deterioração do desempenho ocupacional, diminuindo, assim, os níveis de autoestima do sujeito e, por consequência, aumentam os níveis de *distress* (Munir et al., 2007, as cited in Duijts et al., 2014).

1.5 Variabilidade do *distress* em função do diagnóstico e tratamento

No entanto, os níveis de *distress* entre doentes oncológicos também variam conforme o diagnóstico e o tratamento (Carlson et al., 2018; Gudenkauf et al., 2019). De facto, pacientes com condições oncológicas onde a taxa de sobrevivência é menor, como o cancro do pulmão, estômago e pâncreas, apresentam níveis de *distress* significativamente superiores comparativamente a doentes com cancro da próstata (Carlson et al., 2018). Curiosamente, o tamanho, posicionamento e estadiamento do cancro não se têm mostrado preditores de *distress* (Cook, 2018). Considerando o tratamento, doentes que realizam quimioterapia ou uma combinação de quimioterapia e radioterapia apresentam maiores níveis de *distress* quando comparados com sujeitos que apenas realizam radioterapia (De Graeff et al., 2000, as cited in Cook et al., 2018).

1.6 Intervenção dirigida ao *distress*

Apesar da manifestação essencialmente negativa que o *distress* tem sobre o paciente, alguns autores (Helgeson et al., 2004; Gao et al., 2010, as cited in Salmon et al., 2015) contextualizam o fenómeno como uma experiência aguda e normativa que faz parte do processo terapêutico, especialmente durante a etapa diagnóstica.

Dentro desta perspetiva, Hill e colaboradores (2011, as cited in Salmon et al., 2015) afirmam que o *distress* merece intervenção quando persiste durante anos ou após a conclusão, bem-sucedida, do tratamento. Rose e colaboradores (2002, as cited in Salmon et al., 2015) sensibilizam para a existência de um espaço temporal específico no que toca à intervenção em doentes oncológicos com níveis de *distress* elevados, realçando que a intervenção imediata poderá piorar a sintomatologia. Entretanto, estas observações não são consensuais na literatura, visto que alguns autores (Jacobsen et al., 2006; Jacobsen et al., 2008) destacam intervenções que beneficiam doentes oncológicos que se encontram em diferentes fases do tratamento. A título de exemplo, McQuellon e colaboradores (1998, as cited in Jacobsen et al., 2008) enfatizam os efeitos positivos inerentes à psicoeducação em sujeitos que recentemente foram informados sobre o diagnóstico. De igual modo, Burish e Lyles (1981, as cited in Jacobsen et al., 2006) salientam os benefícios associados às técnicas de relaxamento em doentes que se encontram no processo de quimioterapia. Assim, dada esta diversidade de conclusões sobre a eficácia da intervenção em doentes oncológicos, reforça-se a pertinência em explorar o porquê da mesma ser benéfica em certos casos e prejudicial em outros.

1.7 Métodos de avaliação do *distress* em doentes oncológicos

Para além das particularidades associadas à intervenção em pacientes com níveis de *distress* elevados, os métodos utilizados para avaliar tais níveis são questionáveis devido às características psicométricas associadas aos instrumentos (Carlson, 2013; Coyote, 2013; Hollingworth et al., 2013; Garsen & de Kok, 2008, as cited in Salmon et al., 2015). Dentro desta perspetiva, Salmon e colaboradores (2015) argumentam que os instrumentos de rastreio para *distress* são unidimensionais e não possuem itens que tomam em consideração o contexto no qual o *distress* ocorre. Com o intuito de contextualizar o *distress* do paciente, os instrumentos necessitariam de incluir questões sociodemográficas e clínicas que permitam compreender melhor a vulnerabilidade do sujeito avaliado, bem como incorporar um plano de comunicação de resultados (Salmon et al., 2015).

Sabendo que a avaliação do *distress* em doentes oncológicos é um dos principais objetivos desta dissertação, não detalhemos mais sobre este assunto na revisão da literatura, mas sim num capítulo futuro onde se dará um maior detalhe ao caracterizar a diversidade de instrumentos utilizados para avaliar o *distress*.

1.8 Outras variáveis associadas ao *distress*

1.8.1 Espiritualidade

Existem outras variáveis que merecem ser apresentadas quando se explora *distress*, nomeadamente a fé ou espiritualidade do sujeito. Deste modo, pessoas crentes ou espirituais apresentam níveis de *distress* inferiores relativamente a pessoas não crentes (Gudenkauf et al., 2019). Testoni e colaboradores (2015, as cited in Testoni et al., 2017) defendem que pessoas crentes ou espirituais possuem representações ontológicas transformativas sobre a morte, entendendo a mesma como uma passagem. Por outro lado, não crentes entendiam a morte como a aniquilação do próprio.

Dentro desta perspetiva, Gudenkauf e colaboradores (2019) destacam a pertinência em desenvolver programas de intervenção que visam incrementar a vivência espiritual do sujeito. Tais programas deverão criar um espaço de discussão sobre crenças espirituais, o significado do diagnóstico, temáticas de perda, luto, propósito, esperança e significado.

1.8.2 Sentido de propósito

No que concerne o sentido de propósito, este conceito tem sido estudado por Park e Folkman (1997, as cited in Vickberg et al., 2010), sendo definido como uma crença de que a vida possui ordem e o próprio se encontra motivado para procurar significado. Em contexto oncológico, a sensação de que a vida possui ordem e coerência permite colocar em perspetiva a mudança do estado de saúde da pessoa e, por consequência, os níveis de *distress* em sujeitos com sentido de propósito serão inferiores (Vickberg et al., 2010).

Dentro desta perspectiva, os autores (Vickberg et al., 2010) argumentam que a presença de sentido de propósito atua como um fator protetor contra pensamentos intrusivos, sendo estes caracterizados como memórias, sonhos ou pensamentos recorrentes e incontroláveis sobre um evento vivenciado com *stress* (Baum et al., 1993; Greenberg et al., 1997; McFarlane et al., 1992; as cited in Vickberg et al., 2010). Tais pensamentos intrusivos contribuem para os níveis de *distress* do doente oncológico.

1.8.3 Neuroticismo

Tendo em consideração os traços de personalidade, especificamente o neuroticismo, este destaca-se como um indicador de vulnerabilidade entre doentes oncológicos (Cook et al., 2017). Deste modo, sujeitos com traços de neuroticismo mais prevalentes estarão em risco de experienciar altos níveis de *distress* a longo prazo, tendo como início o diagnóstico. Contudo, os autores (Cook et al., 2017) realçam que o neuroticismo atua apenas como preditor e não como fator de manutenção, destacando ainda a pertinência em identificar quais os fatores psicológicos que estão responsáveis pela manutenção do *distress*.

Folha em branco

Capítulo 2 – Objetivos

2.1 Caracterização da investigação

A investigação em vigor compreende uma revisão sistemática da literatura. Dentro desta perspetiva, uma revisão sistemática é uma tentativa de agregar todas as evidências empíricas que satisfaçam critérios de elegibilidade pré-especificados para responder a uma questão de investigação (Antman et al., 1992; Oxman & Guyatt, 1993, as cited in The Cochrane Collaboration, 2019). Este fim é alcançado por métodos explícitos e sistemáticos que visam minimizar o viés, mas que também facilitam e permitam a replicabilidade da investigação (Chandler & Hopewell, 2013, as cited in The Cochrane Collaboration, 2019).

Deste modo, as revisões sistemáticas são compostas por um conjunto de passos que necessitam de ser explicitamente referidos (Donato & Donato, 2019). Primeiramente, a questão de investigação, neste caso, definida pelo modelo com o acrónimo PICOS (Camilo & Garrido, 2019; Methley et al., 2014). Em segundo plano, os critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, apresenta-se a estratégia de pesquisa, ou seja, como foram encontrados os estudos. Em quarto lugar, a seleção dos estudos, seguida pela avaliação da qualidade dos mesmos. Por fim, destaca-se a extração de dados.

2.2 Definição do problema e descrição dos objetivos

Tendo em consideração a operacionalização do *distress* enquanto fenómeno complexo e prevalente, especialmente em doentes oncológicos, observa-se como problema a diversidade de definições que não tomam em consideração a experiência total do doente. Tal como previamente mencionado nesta investigação, algumas definições limitam a caracterização do *distress* à soma da ansiedade e depressão, outras definições, como a proposta do *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) não incluem aspetos ocupacionais que merecem a sua atenção (Dujits et al., 2014).

No que concerne à avaliação do *distress* e à semelhança dos problemas associados à definição do mesmo, a literatura (Salmon et al., 2015) critica a insuficiência que os mesmos possam ter em captar a experiência emocional do doente oncológico e o contexto em que o mesmo existe.

Assim sendo, a presente investigação tem como objetivo agregar informação relevante à operacionalização do *distress*, bem como, os instrumentos utilizados. Para além desta componente compilatória, o trabalho em vigor contém uma componente crítica perante as mesmas, fazendo uma proposta futura de melhoria tanto para a operacionalização do *distress* como para a avaliação do mesmo.

2.3 Definição da questão de investigação

Com o intuito de definir a natureza e o foco da revisão sistemática (Bettany-Saltikov, 2010) formularam-se duas questões de investigação à luz do modelo definido pelo acrónimo PICOS. Este acrónimo pode ser subdividido em população, intervenção, comparação, resultado e estudo (Methley et al., 2014; Camilo & Garrido, 2019; Oliveira et al., 2022).

Relativamente à primeira questão de investigação, a população-alvo são os doentes oncológicos, a intervenção debruça-se sobre as definições mais utilizadas do *distress* e o resultado é a operacionalização do *distress*. Neste caso, a comparação não se aplica. Deste modo, a primeira questão de investigação que se segue é: quais são as definições que têm sido utilizadas para o *distress* em doentes oncológicos? A aplicação do modelo PICOS para a questão está representada na tabela 1.

No que concerne a segunda questão de investigação, a população-alvo são os doentes oncológicos, a intervenção remete para os instrumentos utilizados e os resultados são destinados à avaliação do *distress*. Nesta questão de investigação, a componente da comparação também não se aplica. Assim sendo, a segunda questão de investigação é a seguinte: quais são os instrumentos utilizados para avaliar o *distress* em doentes oncológicos? A aplicação do modelo PICOS para a questão está representada na tabela 2.

De acordo com estas questões de investigação, formula-se duas hipóteses: a definição mais comumente utilizada ao longo da literatura remete para a proposta de operacionalização do NCCN, onde o *distress* é entendido como uma experiência negativa com características psicológicas, físicas e sociais (Michelle et al., 2019). Dentro desta perspetiva, antecipa-se como segunda hipótese a utilização do *Distress Thermometer* como instrumento comumente utilizado na avaliação de *distress*. Tais hipóteses advêm do facto do NCCN ser um pilar fundamental no que concerne ao *distress* e à sua avaliação.

Tabela 1

Descrição do Modelo PICOS aplicado à primeira questão de investigação (Camilo & Garrido, 2019; Methley et al., 2014; Oliveira et al., 2022)

População	Doentes oncológicos maiores de 18 anos
Intervenção	Definições de <i>distress</i> utilizadas
Comparação	Não aplicável
Resultado	Operacionalização de <i>distress</i>
Estudo	Quantitativo

Tabela 2

Descrição do Modelo PICOS aplicado à segunda questão de investigação (Camilo & Garrido, 2019; Methley et al., 2014; Oliveira et al., 2022)

População	Doentes oncológicos maiores de 18 anos
Intervenção	Instrumentos de avaliação do <i>distress</i> utilizados
Comparação	Não aplicável
Resultado	Avaliação dos níveis de <i>distress</i>
Estudo	Quantitativo

Folha em branco

Capítulo 3 – Método

3.1 Metodologia geral

A presente investigação foi conduzida conforme a *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA) *Checklist* (Moher et al., 2009). Deste modo, também foi realizada uma pesquisa prévia na rede de investigação internacional intitulada por PROSPERO, tendo-se verificado que não estavam a ser realizadas revisões sistemáticas com os mesmos objetivos deste estudo. Nesse seguimento, foi solicitado o registo deste estudo, que foi aceite e se encontra publicado como estando em desenvolvimento pela nossa equipa com o número CRD42024533716, com o intuito de evitar a duplicação de investigação (Camilo & Garrido, 2019).

3.2 Critérios de elegibilidade

Tendo como objetivo salvaguardar a validade, aplicabilidade (Libertati et al., 2009, as cited in Camilo & Garrido, 2019) e replicabilidade futura (Atkinson et al., 2015, as cited in Camilo & Garrido, 2019) da revisão sistemática em causa foram concebidos critérios de elegibilidade com base nos componentes do modelo PICOS (Torgeson, 2003, as cited in Bettany-Saltikov, 2010; Methley et al., 2014; Oliveira et al., 2022).

No que concerne aos critérios de inclusão, mantêm-se investigações com participantes com maiores de 18 anos que sejam doentes oncológicos. Apenas serão incluídos estudos que utilizem meios para avaliar *distress* previamente validados, tal mensuração deverá de ser quantitativa. Assim sendo, serão tomadas em consideração publicações nos últimos 10 anos de natureza quantitativa cujo título, o resumo e as palavras-chave estejam relacionadas com o tema. Os detalhes sobre estes critérios estão representados na tabela 3.

Relativamente aos critérios de exclusão, investigações cuja população-alvo são familiares ou terceiros a doentes oncológicos, sobreviventes oncológicos de longa duração e/ou profissionais de saúde serão excluídos. Tal exclusão também se aplica a doentes em cuidados paliativos ou que recorrem a medicina alternativa. Reforça-se ainda que investigações que se debruçam sobre outras vertentes do *distress*, como o *distress* sexual, serão excluídas. Dentro desta ótica, estudos de natureza qualitativa de avaliação do *distress* não serão incluídos. De igual modo, revisões sistemáticas, meta-análises, teses de mestrado ou doutoramento, livros ou capítulos de livros e estudos qualitativos não serão tomados em consideração. Os detalhes sobre estes critérios estão representados na tabela 3.

Tabela 3

Características das publicações e descrição do Modelo PICOS aplicado aos critérios de elegibilidade (Camilo & Garrido, 2019; Methley et al., 2014; Oliveira et al., 2022)

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População	Doentes oncológicos; maiores de 18 anos.	Familiares ou terceiros a doentes oncológicos; sobreviventes oncológicos de longa duração; profissionais de saúde; cuidados paliativos; medicina alternativa; <i>distress</i> sexual; <i>distress</i> pandémico.
Intervenção	Estudos que utilizam instrumentos previamente validados para avaliar <i>distress</i> .	Estudos que não definem <i>distress</i> .
Comparação	Não aplicável	Não aplicável
Resultado	Estudos que avaliam quantitativamente o <i>distress</i> .	Estudos que avaliam qualitativamente o <i>distress</i> .
Publicações	Idioma português ou inglês; artigos publicados nos últimos 10 anos; estudos quantitativos ou mistos; título, resumo e palavras-chave relacionadas com a questão de investigação.	Revisões sistemáticas; meta-análises; teses de mestrado ou doutoramento; livros ou capítulos de livros; estudos qualitativos.

3.3 Estratégia de pesquisa

Os dados agregados para a revisão sistemática em vigor foram recolhidos através da seguinte meta base de dados: EBSCO, e as seguintes bases de dados: PsycArticles, PubMed e SCOPUS (Camilo & Garrido, 2019; Cook, 2018; Donato & Donato, 2019; Oliveira et al., 2022).

Com o intuito de refinar a pesquisa nas fontes previamente destacadas, foram utilizados um conjunto de operadores booleanos (Cronin et al., 2008; Reed & Baxter, 2009, as cited in Camilo & Garrido, 2019). Nomeadamente, “cancer” AND “*distress*”, “psychological *distress*” OR “emotional *distress*” para a PsycArticles e PUBMED e (“emotional *distress*” OR “psychological *distress*”) AND “neoplasm” AND “adults” para a EBSCO e SCOPUS, tal como destacado na tabela 4. Para além destas palavras-chave, as pesquisas foram limitadas de acordo com os critérios de inclusão, ou seja, foi aplicado um filtro de pesquisa com o intuito de excluir artigos publicados antes de 2014, bem como qualquer referência que seja uma revisão sistemática, um livro/capítulo, uma tese ou um estudo qualitativo.

Tabela 4

Operadores booleanos utilizados em diferentes meta base de dados e base de dados (Cronin et al., 2008; Reed & Baxter, 2009, as cited in Camilo & Garrido, 2019)

Meta base de dados e Operadores booleanos	base de dados
EBSCO	("emotional <i>distress</i> " OR "psychological <i>distress</i> ") AND "neoplasm" AND "adults"
PsycArticles	"cancer" AND " <i>distress</i> ", "psychological <i>distress</i> " OR "emotional <i>distress</i> "
PubMED	"cancer" AND " <i>distress</i> ", "psychological <i>distress</i> " OR "emotional <i>distress</i> "
SCOPUS	("emotional <i>distress</i> " OR "psychological <i>distress</i> ") AND "neoplasm" AND "adults"

3.4 Avaliação da qualidade dos dados

O rigor científico dos artigos incluídos será verificado através dos critérios *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE) (Vandenbroucke et al., 2007, as cited in Camilo & Garrido, 2019), consistindo na elaboração de um conjunto de critérios pré-definidos que visam verificar a qualidade dos estudos (Cooper, 2016, as cited in Camilo & Garrido, 2019).

3.5 Extração de dados

Esta fase da revisão sistemática remete para a caracterização dos estudos recolhidos. Deste modo, a leitura do conteúdo dos mesmos resultará na apresentação, tanto em tabela como narrativa, de características, nomeadamente características dos participantes, diagnóstico de cancro, protocolo do tratamento, operacionalização do *distress* e instrumento utilizado para avaliar o *distress* (Petticrew & Roberts, 2006, as cited in Camilo & Garrido, 2019).

Folha em branco

Capítulo 4 – Resultados

4.1 Seleção dos estudos

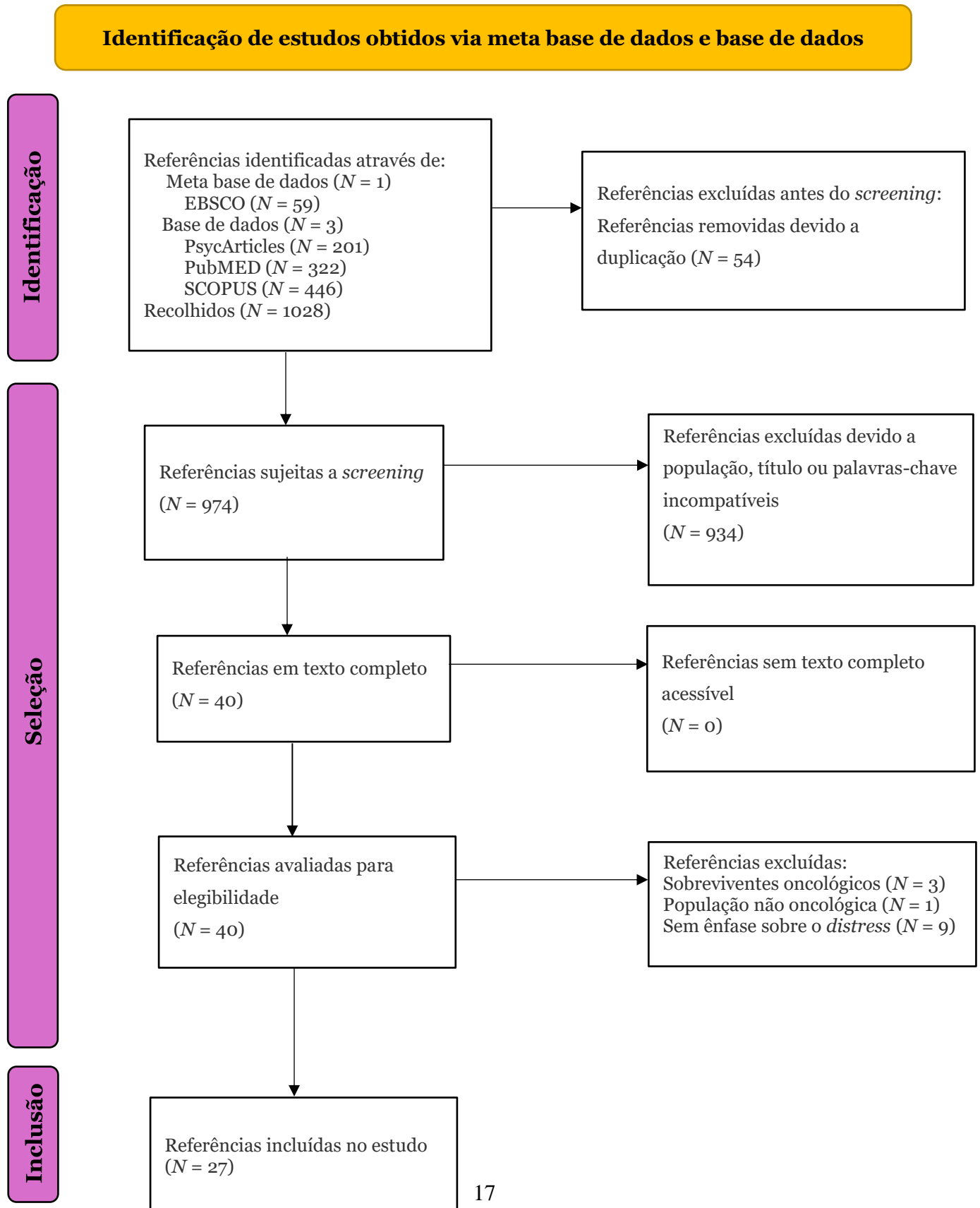
Entre as fontes consultadas e os operadores booleanos utilizados, importaram-se 1028 referências, das quais 59 são da EBSCO, 201 da PsycArticles, 322 da PubMed e 446 da SCOPUS. Deste modo, foram excluídos 54 artigos duplicados, resultando em 974 referências importadas. As 974 referências inicialmente importadas foram reduzidas a 40, visto que 934 foram excluídas por possuírem título, palavras-chave ou resumo incompatíveis com os objetivos traçados ao longo da investigação. Assim, os 40 artigos foram todos obtidos com sucesso, resultando em 0 estudos sem texto completo acessível. Entre os 40 artigos obtidos, 2 foram excluídos por possuírem sobreviventes oncológicos de longa duração, 1 por ter uma população não oncológica e 9 não expressaram um foco sobre o *distress*.

No que concerne ao processo de seleção, os estudos incluídos serão analisados primeiramente tendo em consideração o ano, o título, as palavras-chave e o resumo. Numa fase posterior, os artigos foram lidos na íntegra, dando um particular interesse sobre a operacionalização do *distress*, o/s instrumento/s utilizado/s para avaliar o *distress*, bem como as características dos participantes como a idade, género, diagnóstico, protocolo/fase de tratamento.

Assim sendo, os estudos alvos de análise foram submetidos à aplicação Rayyan com o intuito de agilizar o processo de inclusão, seleção e extração de dados ao longo da revisão sistemática, bem como facilitar a apresentação *flow diagram* conforme o PRISMA (Camilo & Garrido, 2019; Donato & Donato, 2019; Moher et al., 2009).

Figura 1

Flowchart PRISMA (Oliveira et al., 2022; Page et al., 2020)



4.2 Características dos estudos

Tabela 5

Características dos estudos obtidos

Estudo	Participantes	Operacionalização do <i>distress</i>	Instrumento/s utilizado/s para avaliar o <i>distress</i>
Anderson et al., 2023	Total de 479 adultos entre 50 e 74 anos. 185 homens (38.7%) e 293 mulheres (61.3%). Doentes oncológicos com cancro do colorretal, sem especificidade de estágio ou protocolo de tratamento.	“Global subjective non-specific negative affect state that might encompass stress, anxiety, or depression” (Matthews, 2016, as cited in Anderson et al., 2023, p.230).	<i>Kessler Psychological Distress Scale (K-10;</i> Kessler et al., 2002, as cited in Anderson et al., 2023).
Ratnasekera et al., 2023	Total de 95 adultos entre 30 e 89 anos. 59 homens (62.1%) e 36 mulheres (37.9%). Doentes oncológicos com cancro oral e maxilofacial, sem especificidade de estágio ou protocolo de tratamento.	“NCCN in the US defines cancer-related psychological <i>distress</i> as a multifactorial unpleasant experience of psychological (i.e., cognitive, behavioral, emotional), social, spiritual, and/or physical nature that may interfere with one’s ability to cope effectively with cancer, its symptoms and treatment” (Ratnasekera et al., 2023, p.1014).	<i>Distress Thermometer (DT;</i> Weeratunga et al., 2016, as cited in Ratnasekera et al., 2023).
Eichler et al., 2022	Total de 897 adultos entre os 18 e 75 anos. 437 homens (48.7%) e 460 mulheres (51.3%). Doentes oncológicos com sarcoma dos tecidos moles e tumores gastrointestinais, sem especificidade de estágio ou protocolo de tratamento.	Não aplicável.	<i>Patient Health Questionnaire (PHQ-4;</i> Kroenke et al., 2009, as cited in Eichler et al., 2022).

Tabela 5*Características dos estudos obtidos (cont.)*

Estudo	Participantes	Operacionalização do <i>distress</i>	Instrumento/s utilizado/s para avaliar o <i>distress</i>
Hill & Frost, 2022	Total de 108 adultos entre os 28 e 81 anos. 108 mulheres (100%). Doentes oncológicos com cancro nos ovários, sem especificidade de estágio ou protocolo de tratamento.	“In the present study, anxiety and depressive symptoms were used to capture psychological <i>distress</i> ” (Hill & Frost, 2022, p.197).	<i>Depression Anxiety Stress Scales</i> (DASS-21; Henry & Crawford, 2005, as cited in Hill & Frost, 2022).
Sommer et al., 2022	Total de 997 adultos com uma idade mediana de 64 anos. 529 homens (53.1%) e 468 mulheres (46.9%). Doentes oncológicos com diferentes diagnósticos, sem especificidade de estágio em fase pré-operatória.	“Psychological <i>distress</i> (i.e. a broad range of emotional reactions including worry, fear, helpless, sadness)” (Aust et al., 2018; Mavridou et al., 2013; Mitchell, 2010; Zemla et al., 2019, as cited in Sommer et al., 2022, p.1).	<i>Kessler 6-item Psychological Distress Scale</i> (K6; Kessler et al., 2002, as cited in Sommer et al., 2022).
Wolyniec et al., 2022	Total de 209 adultos com uma idade média de 61 anos. 98 homens (46.9%) e 111 mulheres (53.1%). Doentes oncológicos com metástases detetadas, mas sem tumor primário identificável.	Não aplicável.	<i>Patient-Reported Outcomes Measurement Information System</i> (PROMIS; Reeve et al., 2007, as cited in Wolyniec et al., 2022).

Tabela 5*Características dos estudos obtidos (cont.)*

Estudo	Participantes	Operacionalização do <i>distress</i>	Instrumento/s utilizado/s para avaliar o <i>distress</i>
Kim et al., 2021	Total de 454 adultos com uma idade média de 55 anos. 99 homens (34.6%) e 187 mulheres (65.4%). Doentes oncológicos com diferentes diagnósticos e estádios, com ou sem metástases e diferentes protocolos de tratamento.	“Psychological <i>distress</i> , which is usually interpreted as psychiatric comorbidities. It is commonly manifested as anxiety or depression, followed by adjustment problems, and posttraumatic stress” (Mitchell et al., 2011; Akechi et al., 2004, as cited in Kim et al., 2021, p.596).	<i>Distress Thermometer</i> (DT; Licens et al., 2019, as cited in Kim et al., 2021).
Rose et al., 2021	Total de 194 adultos com uma idade média de 68 anos. 112 homens (57.7%) e 82 mulheres (42.3%). Doentes oncológicos com cancro do pulmão em diferentes estádios, com ou sem metástases e diferentes protocolos de tratamento.	Não aplicável.	<i>General Health Questionnaire-12</i> (GHQ-12; Goldberg & Hillier, 1979, as cited in Rose et al., 2021).
Cimino et al., 2020	Total de 315 adultos com uma idade média de 60 anos. 112 homens (56%), 86 mulheres (43%) e 2 transgénero (1%). Doentes oncológicos com diferentes diagnósticos e estádios, com ou sem metástases e diferentes protocolos de tratamento.	Não aplicável.	<i>Distress Thermometer</i> (DT; National Comprehensive Cancer Network, 2018, as cited in Cimino et al., 2020).

Tabela 5*Características dos estudos obtidos (cont.)*

Estudo	Participantes	Operacionalização do <i>distress</i>	Instrumento/s utilizado/s para avaliar o <i>distress</i>
Herschbach et al., 2020	Total de 19743 adultos com uma idade média de 63 anos. 9091 homens (46%) e 10632 mulheres (54%). Doentes oncológicos com diferentes diagnósticos e estádios, com ou sem metástases e diferentes protocolos de tratamento.	“Today the definition of <i>distress</i> by the National Comprehensive Cancer Network (NCCN) is widely accepted: “a multifactorial unpleasant experience of psychological (i.e., cognitive, behavioral, emotional), social, spiritual, and/or physical nature that may interfere with one’s ability to cope effectively with cancer, its symptoms and treatment” (NCCN, 2017, as cited in Herschbach et al., 2020, p.703).	<i>Questionnaire on Distress in Cancer Patients – Short Form</i> (QSC-R10; Book et al., 2011, as cited in Hershback et al., 2020).
McFarland et al., 2020	Total de 116 adultos com uma idade média de 65 anos. 40 homens (32.5%) e 76 mulheres (65.5%). Doentes oncológicos com cancro do pulmão, estágio IV, sem especificidade em relação aos protocolos de tratamento.	Não aplicável.	<i>Distress Thermometer (DT)</i> ; Holland et al., 2007, as cited in McFarland et al., 2020).
Tang et al., 2020	Total de 1045 adultos com uma idade média de 56 anos. 531 homens (50.8%) e 514 (49.2%). Doentes oncológicos com diferentes diagnósticos e estádios, com ou sem metástases e diferentes protocolos de tratamento.	“Defined as a “a multifactorial unpleasant experience of psychological (i.e., cognitive, behavioral, emotional), social, spiritual, and/or physical nature that may interfere with one’s ability to cope effectively with cancer, its symptoms and treatment” (NCCN, 2017, as cited in Tang et al., 2020, p.869).	<i>Distress Assessment and Response Tool (DART)</i> ; Li et al., 2016, as cited in Tang et al., 2020).

Tabela 5*Características dos estudos obtidos (cont.)*

Estudo	Participantes	Operacionalização do <i>distress</i>	Instrumento/s utilizado/s para avaliar o <i>distress</i>
Teixeira et al., 2020	Total de 147 adultos com uma idade média de 49 anos. 48 homens (32.7%) e 88 mulheres (66.7%). Doentes oncológicos com diferentes diagnósticos e estádios, com ou sem metástases e diferentes protocolos de tratamento.	Não aplicável.	<i>Emotion Thermometers</i> (ET; Mitchell et al., 2010, as cited in Teixeira et al., 2020).
Acquati & Kayser, 2019	Total de 302 adultos com uma idade média de 56 anos. 132 homens (43.7%) e 170 mulheres (56.3%). Doentes oncológicos com diferentes diagnósticos e estádios, com ou sem metástases e diferentes protocolos de tratamento.	“ <i>Distress</i> , defined as a “a multifactorial unpleasant experience of psychological (i.e., cognitive, behavioral, emotional), social, spiritual, and/or physical nature” (NCCN, 2016, as cited in Acquati & Kayser, 2019, p.288).	<i>Distress Thermometer</i> (DT; Zhang et al., 2014, as cited in Acquati & Kayser, 2019).
Chow et al., 2019	Total de 52 adultos com uma idade média de 58 anos. 20 homens (38%) e 32 mulheres (62%). Doentes oncológicos com diferentes diagnósticos e estádios, com ou sem metástases e diferentes protocolos de tratamento.	“Psychological <i>distress</i> is a broad term that encompasses the experience of unpleasant affect and a maladaptive psychological functioning in the face of stressful life events” (Ridner, 2004; Abeloff et al., 2004, as cited in Chow et al., 2019, p. 1887).	<i>Patient Health Questionnaire-4 item Scale</i> (PHQ-4; Salyers et al., 2017, as cited in Chow et al., 2019).

Tabela 5

Características dos estudos obtidos (cont.)

Estudo	Participantes	Operacionalização do <i>distress</i>	Instrumento/s utilizado/s para avaliar o <i>distress</i>
Hope-Stone et al., 2019	Total de 261 adultos com uma idade mediana de 65 anos. 133 homens (51%) e 128 mulheres (49%). Doentes oncológicos com melanoma uveal, sem especificidade do estágio e diferentes protocolos de tratamento.	Não aplicável.	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS; Vodermaier & Millman, 2011, as cited in Hope-Stone et al., 2019).
Occhipinti et al., 2019	Total de 223 adultos com uma idade média de 60 anos. 233 homens (100%). Doentes oncológicos com cancro da próstata em fase pré-operatória, sem especificidade do estágio.	Não aplicável.	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS; Zigmund & Snaith, 1983, as cited in Occhipinti et al., 2019).
Kant et al., 2018	Total de 181 adultos com uma idade média de 52 anos. 181 mulheres (100%). Doentes oncológicos com cancro da mama, sem especificidade do estágio e diferentes protocolos de tratamento.	“Symptoms of anxiety and depression” (Borges et al., 2015; Carlson et al. 2013; Stafford et al., 2015, as cited in Kant et al., 2018, p.6).	<i>General Health Questionnaire-12</i> (GHQ-12; Linden et al., 1996, as cited in Kant et al., 2018).

Tabela 5*Características dos estudos obtidos (cont.)*

Estudo	Participantes	Operacionalização do <i>distress</i>	Instrumento/s utilizado/s para avaliar o <i>distress</i>
Mehnert et al., 2018	Total de 3724 adultos com uma idade média de 58 anos. 1811 homens (48.6%) e 1913 mulheres (51.4%). Doentes oncológicos com diferentes diagnósticos e estádios, com ou sem metástases e diferentes protocolos de tratamento.	“Emotional <i>distress</i> is common in patients and can be seen as part of the psychological adaptation process to managing the diagnosis of cancer as a stressful life event” (Mehnert et al., 2018, p.75).	<i>Distress Thermometer</i> (DT; Mehnert et al., 2006, as cited in Mehnert et al., 2018).
Perry et al., 2018	Total de 212 adultos com uma idade média de 62 anos. 212 homens (100%). Doentes oncológicos com cancro da próstata, com ou sem metástases e diferentes protocolos de tratamento.	Não aplicável.	<i>Depression Anxiety Stress Scale</i> (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995, as cited in Perry et al., 2018).
Weis et al., 2018	Total de 1398 adultos com uma idade média de 58 anos. 583 homens (42%) e 815 mulheres (58%). Doentes oncológicos com diferentes diagnósticos e estádios, com ou sem metástases e diferentes protocolos de tratamento.	Não aplicável.	<i>Distress Thermometer</i> (DT; Bultz & Johansen, 2011; Pirl et al., 2014, as cited in Weis et al., 2018).

Tabela 5*Características dos estudos obtidos (cont.)*

Estudo	Participantes	Operacionalização do <i>distress</i>	Instrumento/s utilizado/s para avaliar o <i>distress</i>
Wilford et al., 2018	Total de 204 adultos com uma idade média de 44 anos. 204 mulheres (100%). Doentes oncológicos com cancro do colo do útero em diferentes estádios e com diferentes protocolos de tratamento.	Não aplicável.	<i>Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Short-Form</i> (PROMIS-SF; Cella et al., 2007, as cited in Willford et al., 2018).
Ghiggia et al., 2017	Total de 21 adultos com uma idade média de 54 anos. 18 homens (85%) e 3 mulheres (14%). Doentes oncológicos com carcinoma nasofaríngeo em diferentes estádios e com diferentes protocolos de tratamento.	Não aplicável.	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS; Katz et al., 2004; Kobayashi et al., 2008; Zigmond & Snaith, 1983, as cited in Ghiggia et al., 2017). <i>Distress Thermometer</i> (DT; Castelli et al., 2015; Grassi et al., 2013, as cited in Ghiggia et al., 2017).
Stadelmaier et al., 2017	Total de 252 adultos com uma idade média de 57 anos. 252 mulheres (100%). Doentes oncológicos com cancro da mama com ou sem metástases e diferentes protocolos de tratamento.	Não aplicável.	<i>Basic Documentation for Psycho-Oncology</i> (PO-Bado; Herschbach et al., 2008; Herschbach et al., 2008; Knight et al., 2008, as cited in Stadelmaier et al., 2017).

Tabela 5*Características dos estudos obtidos (cont.)*

Estudo	Participantes	Operacionalização do <i>distress</i>	Instrumento/s utilizado/s para avaliar o <i>distress</i>
Wang et al., 2016	Total de 227 adultos com uma idade média de 45 anos. 117 homens (51.5%) e 110 mulheres (48.5%). Doentes oncológicos com linfoma, leucemia e mieloma com diferentes estádios e diferentes protocolos de tratamento.	“ <i>Distress</i> extends a long continuum, ranging from common feelings of sadness, vulnerability and fears to issues that may become disabling such as depression, anxiety, social isolation, panic and spiritual crisis” (National Comprehensive Cancer Network I, 2002, as cited in Wang et al., 2016, p.572).	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> (CES-D; Hann et al., 1999, as cited in Wang et al., 2016). <i>Zung Self-Rating Anxiety Scale</i> (Zung, 1971, as cited in Wang et al., 2016)
Brocken et al., 2015	Total de 193 adultos com uma idade média de 64 anos. 123 homens (63.8%) e 70 mulheres (36.2%). Doentes oncológicos com cancro do pulmão em diferentes estádios e diferentes protocolos de tratamento.	“The National Comprehensive Cancer Network definition of <i>distress</i> is a multifactorial unpleasant emotional experience of psychological social and/or spiritual nature that may interfere with the ability to cope with cancer” (NCCN, 2011, as cited in Brocken et al., 2015, p.433).	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS; Zigmund & Snaith, 1983, as cited in Brocken et al., 2015).

Tabela 5*Características dos estudos obtidos (cont.)*

Estudo	Participantes	Operacionalização do <i>distress</i>	Instrumento/s utilizado/s para avaliar o <i>distress</i>
Schaeffeler et al., 2015	Total de 206 adultos com uma idade média de 53 anos. 206 mulheres (100%). Doentes oncológicos com cancro da mama em diferentes estádios e diferentes protocolos de tratamento.	Não aplicável.	<i>Distress Thermometer</i> (DT; Leitlinienprogramm Onkologie 2014, as cited in Schaeffeler et al., 2015). <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS; Leitlinienprogramm Onkologie 2014, as cited in Schaeffeler et al., 2015). <i>Patient Health Questionnaire-4item Scale</i> (PHQ-4; National Comprehensive Cancer N., 2013, as cited in Schaeffeler et al., 2015). <i>Hornheider Screening Instrument</i> (HSI; Leitlinienprogramm Onkologie 2014, as cited in Schaeffeler et al., 2015). Quality of Life Questionnaire: EORTC-QLQ-C30 (Aaronson et al., 1993, as cited in Schaeffeler et al., 2015).

Tabela 5

Características dos estudos obtidos (cont.)

Estudo	Participantes	Operacionalização do <i>distress</i>	Instrumento/s utilizado/s para avaliar o <i>distress</i>
Crooks et al., 2014	Total de 37 adultos com uma idade média de 53 anos. 23 homens (62.2%) e 14 mulheres (37.8%). Doentes oncológicos com diferentes tipos de leucemia e linfoma não-Hodgkin's em diferentes estádios e diferentes protocolos de tratamento.	Não aplicável.	<i>Distress Thermometer</i> (DT; National Comprehensive Cancer Network, 2013, as cited in Crooks et al., 2014).

Em relação aos participantes destaca-se o seguinte: 1 artigo (Anderson et al., 2023) sobre doentes oncológicos com cancro do colorretal; 1 artigo sobre doentes oncológicos com cancro oral e maxilofacial (Ratnasekera et al., 2023); 1 artigo (Eichler et al., 2022) sobre doentes oncológicos com sarcoma dos tecidos moles e tumores gastrointestinais; 1 artigo (Hill & Frost, 2022) sobre doentes oncológicos com cancro nos ovários; 10 artigos (Acquati & Kayser, 2019; Chow et al., 2019; Cimino et al., 2020; Herschbach et al., 2020; Kim et al., 2021; Mehnert et al., 2018; Sommer et al., 2022; Tang et al., 2020; Teixeira et al., 2020; Weis et al., 2018) sobre doentes oncológicos com diferentes diagnósticos; 1 artigo (Wolyniec et al., 2022) sobre doentes oncológicos com metástases detetadas, mas sem tumor primário identificável; 3 artigos (Brocken et al., 2015; McFarland et al., 2020; Rose et al., 2021) sobre doentes oncológicos com cancro do pulmão; 1 artigo (Hope-Stone et al., 2019) sobre doentes oncológicos com melanoma uveal; 2 artigos (Occhipinti et al., 2019; Perry et al., 2018) sobre doentes oncológicos com cancro da próstata; 3 artigos (Kant et al., 2018; Schaeffeler et al., 2015; Stadelmaier et al., 2017) sobre doentes oncológicos com cancro da mama; 1 artigo (Wilford et al., 2018) sobre doentes oncológicos com cancro do colo do útero; 1 artigo (Ghiggia et al., 2017) sobre doentes oncológicos com carcinoma nasofaríngeo; 1 artigo (Wang et al., 2016) sobre doentes oncológicos com linfoma, leucemia e mieloma; 1 artigo (Crooks et al., 2014) sobre doentes oncológicos com leucemia e linfoma não-Hodgkin.

Tendo em consideração os estudos previamente mencionados, apenas 2 artigos (Sommer et al., 2022; Occhipinti et al., 2019) especificam a fase do tratamento a participantes que se encontram em momentos pré-operatórios e 1 artigo (McFarland et al., 2020) foca exclusivamente em doentes oncológicos com estágio IV. Os restantes estudos não estabelecem uma restrição no que concerne o estágio ou fase/tipo de tratamento.

No que concerne à operacionalização do *distress*, apresenta-se o seguinte: 1 artigo entende *distress* como “Global subjective non-specific negative affect state that might encompass stress, anxiety, or depression (Matthews, 2016, as cited in Anderson et al., 2023, p.230)”; 6 artigos entendem *distress* de acordo com as diretrizes do NCCN, tal como “cancer-related psychological *distress* as a multifactorial unpleasant experience of psychological (i.e., cognitive, behavioral, emotional), social, spiritual, and/or physical nature that may interfere with one’s ability to cope effectively with cancer, its symptoms and treatment” (Ratnasekera et al., 2023, p.1014); 13 artigos não apresentam uma operacionalização clara do *distress* (Eichler et al., 2022; Wolyniec et al., 2022; McFarland et al., 2020; Teixeira et al., 2020; Hope-Stone et al., 2019; Occhipinti et al., 2019; Perry et al., 2018; Weis et al., 2018; Wilford et al., 2018; Ghiggia et al., 2017; Stadelmaier et al., 2017; Schaeffeler et al., 2015; Crooks et al., 2014); 3 artigos entendem *distress* como uma conjugação de ansiedade e/ou depressão, tal como “In the present study, anxiety and depressive symptoms were used to capture psychological *distress* (Hill & Frost, 2022, p.3); 1 artigo entende *distress* como “a broad range of emotional reactions including worry, fear, helpless, sadness” (Aust et al., 2018; Mavridou et al., 2013; Mitchell, 2010; Zemla et al., 2019, as cited in Sommer et al., 2022, p.1); 1 artigo entende *distress* como “Psychological *distress*, which is usually interpreted as psychiatric comorbidities. It is commonly manifested as anxiety or depression, followed by adjustment problems, and posttraumatic stress” (Mitchell et al., 2011; Akechi et al., 2004, as cited in Kim et al., 2021, p.596); 1 artigo entende *distress* como “Psychological *distress* is a broad term that encompasses the experience of unpleasant affect and

maladaptive psychological functioning in the face of stressful life events” (Ridner, 2004; Abeloff et al., 2004, as cited in Chow et al., 2019, p.1); 1 artigo entende *distress* como “Symptoms of anxiety and depression” (Burges et al., 2015; Carlson et al. 2013; Stafford et al., 2015, as cited in Kant et al., 2018, p.1); 1 artigo entende *distress* como “Emotional *distress* is common in patients and can be seen as part of the psychological adaptation process to managing the diagnosis of cancer as a stressful life event” (Mehnert et al., 2018, p.1).

4.3 Instrumentos de avaliação do *distress*

Entre os instrumentos/s utilizados/s para avaliar o *distress*, salienta-se o seguinte: 1 artigo (Anderson et al., 2023) utiliza o *Kessler Psychological Distress Scale* (K-10); 1 artigo (Sommer et al., 2022) utiliza o *Kessler 6-item Psychological Distress Scale*; 10 artigos (Acquati & Kayser, 2019; Cimino et al., 2020; Crooks et al., 2014; Ghiggia et al., 2017; Kim et al., 2021; McFarland et al., 2020; Mehnert et al., 2018; Ratnasekera et al., 2023; Schaefeller et al., 2015; Weis et al., 2018) utilizam o *Distress Thermometer* (DT); 1 artigo (Teixeira et al., 2020) utilizam *Emotion Thermometers* (ET); 3 artigos (Chow et al., 2019; Eichler et al., 2022; Schaefeller et al., 2015) utilizam o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-4); 2 artigos (Hill & Frost, 2022; Perry et al., 2018) utilizam o *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21); 1 artigo (Wolyniec et al., 2022) utiliza o *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS); 1 artigo (Wilford et al., 2018) utiliza o *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Short-Form* (PROMIS-SF); 2 artigos (Rose et al., 2021; Kant et al., 2018) utilizam o *General Health Questionnaire-12* (GHQ-12); 1 artigo (Herschbach et al., 2020) utiliza o *Questionnaire on Distress in Cancer Patients – Short Form* (QSC-R10); 5 artigos (Hope-Stone et al., 2019; Ghiggia et al., 2017; Brocken et al., 2015; Schaefeller et al., 2015; Occhipinti et al., 2019) utilizam o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS); 1 artigo (Stadelmaier et al., 2017) utiliza o *Basic Documentation for Psycho-Oncology* (PO-Bado); 1 artigo (Wang et al., 2016) utiliza o *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) e o *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS); 1 artigo (Schaefeller et al., 2015) utiliza o *Hornheider Screening Instrument* (HSI) e o *Quality of Life Questionnaire: EORTC-QLQ-C30*.

4.4 Reflexão crítica da qualidade dos estudos obtidos

A avaliação da qualidade dos estudos obtidos foi realizada de acordo com os critérios STROBE (Vandenbroucke et al., 2014). Após esta análise, realça-se que parte dos estudos obtidos tendem a incluir vários critérios que apenas cumprem parcialmente os critérios de qualidade. De modo geral, no que diz respeito ao critério “Título e sumário”, os artigos recolhidos não incluem o *design* do estudo no título, resultando apenas num cumprimento parcial deste critério. Tal incumprimento também se verifica no critério “Introdução” visto que alguns artigos não incluem hipóteses para a questão de investigação elaborada. O critério “Método” é destacado como parcialmente completo devido à ausência de pormenores necessários ao recrutamento, nomeadamente o período de recrutamento e o local. No que concerne ao critério “Discussão”, apenas dois artigos (Hope-Stone et al., 2019; Wilford et al., 2018) cumprem

parcialmente este critério. Tal destaque deve-se à ausência de pormenores sobre as limitações do trabalho realizado.

Finalmente, o critério “Outra informação relevante” remete para a verificação de informação sobre a entidade financiadora, quando aplicável. Assim, a nota “Não aplicável” é reversada aos estudos que não possuem uma entidade financiadora e destacam tal pormenor. Em contraste, o destaque do cumprimento dos critérios STROBE deve-se aos estudos que possuem uma entidade financiadora, prestando informação sobre a mesma. Os artigos marcados com o incumprimento dos critérios STROBE são aqueles que não prestam nenhuma informação sobre a entidade financiadora, ou seja, não é clara a presença da mesma ou os seus respetivos pormenores. Todos os pormenores previamente referidos estão ilustrados na tabela 6.

Tabela 6Critérios de *qualidade* – STROBE (Maïano et al., 2016; Vandenbroucke et al., 2014)

Estudo	Título e sumário ^a	Introdução ^b	Método ^c	Resultados ^d	Discussão ^e	Outra informação relevante ^f
Anderson et al., 2023	●○	●	●○	●	●	∅
Ratnasekera et al., 2023	●○	●○	●○	●	●	∅
Eichler et al., 2022	●	●○	●	●	●	●
Hill & Frost, 2022	●○	●	●	●	●	∅
Sommer et al., 2022	●○	●	●	●	●	●
Wolyniec et al., 2022	●○	●	●	●	●	●
Kim et al., 2021	●○	●○	●	●	●	∅
Rose et al., 2021	●	●	●	●	●	●
Cimino et al., 2020	●○	●○	●	●	●	○
Herschbach et al., 2020	●○	●○	●	●	●	○

Tabela 6*Critérios de qualidade – STROBE (Maïano et al., 2016; Vandembroucke et al., 2014) (cont.)*

Estudo	Título e sumário ^a	Introdução ^b	Método ^c	Resultados ^d	Discussão ^e	Outra informação relevante ^f
Tang et al., 2020	●○	●○	●	●	●	●
Teixeira et al., 2020	●○	●○	●○	●	●	○
Acquati & Kayser, 2019	●	●○	●	●	●	∅
Chow et al., 2019	●○	●	●	●	●	○
Hope-Stone et al., 2019	●○	●	●	●	●○	○
Occhipinti et al., 2019	●	●○	●○	●	●	●
Kant et al., 2018	●	●○	●	●	●	○
Mehnert et al., 2018	●○	●○	●○	●	●	●
Perry et al., 2018	●○	●	●○	●	●	●
Weis et al., 2018	●	●○	●	●	●	○
Wilford et al., 2018	●○	●○	●○	●	●○	●

Tabela 6

Crerios de qualidade – STROBE (Maiano et al., 2016; Vandebroucke et al., 2014) (cont.)

Estudo	Ttulo e sumrio ^a	Introduo ^b	Mtodo ^c	Resultados ^d	Discuss ^e	Outra informao relevante ^f
Ghiggia et al., 2017	●	●○	●○	●	●	●
Stadelmaier et al., 2017	●○	●○	●○	●	●	○
Wang et al., 2016	●	●	●	●	●	○
Brocken et al., 2015	●	●	●	●	●	○
Schaefeller et al., 2015	●○	●○	●○	●	●	●
Crooks et al., 2014	●○	●	●○	●	●	○

Nota. A apresentao deste anexo foi inspirada com base na organizao adotada por Maiano e colaboradores (2016). Os critrios STROBE selecionados so propostos por Vandebroucke e colaboradores (2014).

● = cumpre os critrios STROBE. ○ = no cumpre os critrios STROBE. ●○ = cumpre parcialmente os critrios STROBE. ∅ = no aplicvel.

Critrio ^a: Indicao sobre o *design* do estudo. Sumrio informativo e esclarecedor.

Critrio ^b: Contexto cientfico que antecede a investigao. Comunicao de objetivos e hipoteses.

Critrio ^c: Descrio sobre perodos de recrutamento, local e outra informao relevante. Descrio de possveis esforos que visam reduzir o enviesamento. Descrio sobre o mtodo estatstico.

Critrio ^d: Comunicao sobre as caractersticas dos participantes. Comunicao de estimativas (e.g: intervalos de confiana).

Critrio ^e: Sumarizao dos resultados chave. Discussao de limitaes, imprecises ou enviesamentos. Discussao da generalizao dos resultados obtidos.

Critrio ^f: Financiamento e informao relevante associada a entidade financiadora.

Folha em branco

Capítulo 5 – Discussão

5.1 Participantes

Entre os estudos selecionados, apenas 3 (McFarland et al., 2020; Occhipinti et al., 2019; Sommer et al., 2022) estabelecem algum critério que restringe os participantes em função do diagnóstico ou protocolo de tratamento. Tal observação merece destaque, visto que a literatura vem a salientar que diferentes diagnósticos e protocolos de tratamento resultarão, naturalmente, em níveis de *distress* distintos entre doentes oncológicos (Carlson et al., 2018; Gudenkauf et al., 2019). Dentro desta ótica, parece questionável avaliar, de forma indiscriminada, o *distress* experienciado entre doentes oncológicos com diferentes diagnósticos e/ou protocolos de tratamento. A título de exemplo, pacientes com cancro da próstata, cuja taxa de sobrevivência é bastante elevada, experienciam níveis de *distress* baixos em relação aos que são confrontados com um diagnóstico onde a taxa de sobrevivência é menor (Carlson et al., 2018). Para além do diagnóstico, o tratamento também é uma variável que influencia o *distress* experienciado pelo doente, sabendo que a realização de quimioterapia, complementada com radioterapia, resultará em maiores níveis de *distress* em relação aos doentes que apenas realizam quimioterapia (De Graeff et al., 2000, as cited in Cook et al., 2018). Reforça-se que a maioria dos estudos obtidos não discrimina os participantes de acordo com as características previamente mencionadas. Assim sendo, existe um risco em agrupar doentes oncológicos com níveis de *distress* dispersos que, por consequência, podem influenciar os resultados obtidos, a discussão e a conclusão consequentes.

Com o intuito de minimizar tal possibilidade, futuras investigações terão de tomar em consideração o diagnóstico e o tipo de tratamento dos participantes, agrupando apenas aqueles que partilhem experiências com características o mais semelhantes possíveis.

5.2 Operacionalização do *distress*

No que concerne à operacionalização do *distress*, 6 artigos destacam a definição do *distress* proposta pelo NCCN. Esta definição contém vários aspetos que merecem ser referidos em doentes oncológicos, nomeadamente, aspetos físicos (Mehnert et al., 2018), mentais (Lebel et al., 2009; Lee-Jones et al., 1997), sociais (Vickberg et al., 2003) e de natureza espiritual (Gudenkauf et al., 2019). Tal operacionalização também reforça a dificuldade que o *distress* provoca no que concerne ao processo de *coping* perante os sintomas e o tratamento. De facto, entre as operacionalizações do *distress* revistas ao longo desta investigação, a definição do *distress* pelo NCCN é uma das mais completas no que concerne a captação da experiência, tendencialmente negativa, de um doente oncológico. Entretanto, a definição não enquadra aspetos ocupacionais, especificamente o conceito de *performance* e a redução da mesma poderá afetar a relação que o indivíduo tem com a sua atividade (Duijts et al., 2014).

Entre os estudos obtidos, poucos são aqueles que entendem *distress* como a presença da ansiedade e depressão (Hill & Frost, 2022; Kant et al., 2018) acrescentando, por vezes, *stress* à equação (Anderson et al., 2023; Kim et al., 2021). Tal como previamente referido nesta investigação, definições que seguem este

padrão carecem de um conjunto de particularidades que merecem ser expostas quando se refere à experiência de um doente oncológico.

Para além dos estudos previamente mencionados, parte dos artigos obtidos não apresentam uma operacionalização do *distress* clara. Este pormenor poderá levantar questões sobre a qualidade da evidência obtida entre os estudos incluídos. Contudo, apesar da definição não ser perceptível, estes artigos seguem com a avaliação do *distress*. Assim, persiste uma questão que fica por ser respondida após a recolha de dados: o que entendem estes autores por *distress*?

Em última análise, apenas 1 artigo (Mehnert et al., 2018) conceptualiza *distress* como uma variável que acompanha o doente oncológico no processo de adaptação perante o *stress* experienciado. Tal operacionalização é diferenciada das restantes, visto que os outros estudos tendem a destacar a incapacidade de adaptação associada ao *distress* que contrasta com a natureza normativa proposta por Mehnert e colaboradores (2018).

5.3 Instrumento/s utilizado/s para avaliar o *distress*

A avaliação do *distress* em doentes oncológicos com o instrumento *Kessler Psychological Distress Scale* (K10; Kessler et al., 2002) apresenta as suas vantagens, mas também algumas fragilidades. Tendo em consideração os pontos fortes deste instrumento, trata-se de um instrumento válido para doentes oncológicos (Thakre et al., 2022) e também para a população portuguesa (Pereira et al., 2019). Entretanto, a literatura (Thakre et al., 2022) reforça a necessidade em incluir itens focados na presença de dor, grau de incapacidade no dia-a-dia e pensamentos intrusivos. Outros autores (Baum et al., 1993; Greenberg et al., 1997; McFarlane et al., 1992; as cited in Vickberg et al., 2010) também apelam à pertinência adjacente à inclusão de itens centrados na avaliação da existência de pensamentos intrusivos. À semelhança do *Kessler Psychological Distress Scale* (K10; Kessler et al., 2002), a sua versão reduzida (K6) contém os seus pontos fortes, nomeadamente as suas qualidades psicométricas (Kessler et al., 2002) e a inclusão de itens que avaliam experiências emocionais negativas, como a tristeza (Silva et al., 2023). Entretanto, a validade da versão reduzida para a doentes oncológicos e para a população portuguesa não é clara. Para além deste aspeto, a versão reduzida, não apresenta itens destinados à ocupação do sujeito (Duijts et al., 2014) ou a sua espiritualidade (Silva et al., 2023), podendo assim não ser suficiente ao captar a experiência de um doente oncológico na sua totalidade.

No que concerne ao *Emotion Thermometer* e os seus componentes, como o *Distress Thermometer* e a respetiva *Problem List*, estes instrumentos apresentam boas propriedades psicométricas, sendo válidos para o contexto português, inclusive doentes oncológicos (Silva et al., 2023; Teixeira et al., 2020). A manutenção destes instrumentos é feita com base na abordagem biopsicossocial-espiritual (Donovan et al., 2022), permitindo contextualizar o *distress* através das várias dimensões antecipadas pelos autores, incluindo ainda a oportunidade de acrescentar informação que ultrapassa o instrumento, nomeadamente a possibilidade em detalhar outras preocupações na PL. Esta visão sobre a avaliação do *distress* é bastante compatível com o conteúdo primeiramente analisado na elaboração deste trabalho, visto que abarca

questões ocupacionais (Duijts et al., 2014), espirituais (Gudenkauf et al., 2019), sociais (Mehnert et al., 2018), psicológicas (Silva et al., 2023) e físicas (Vickberg, 2003).

O *Patient Health Questionnaire* (PHQ-4) é um instrumento utilizado para rastreios de ansiedade e, especialmente de depressão, podendo ser utilizado em doentes oncológicos (Bhakta et al., 2022). Este instrumento foi recentemente traduzido e validado para a população portuguesa (Santiago, 2024). No que concerne ao conteúdo dos itens, não são abordadas questões espirituais, ocupacionais ou físicas. Contudo, este tem em consideração a existência de preocupações e a capacidade que o próprio tem em controlar estes pensamentos, podendo ser um aspeto útil em contexto oncológico (Lee-Jones et al., 1997).

A *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21) é um instrumento baseado no modelo tripartido de *distress*, encarando o mesmo como ansiedade, depressão e stress. Este instrumento apresenta boas propriedades psicométricas, sendo válido para doentes oncológicos (Fox et al., 2019) e para a população portuguesa (Apóstolo et al., 2006). Entretanto, a adoção do modelo tripartido na conceptualização deste instrumento acaba por ser um fator limitador, visto que existem outras variáveis não contempladas por este instrumento que a literatura destaca como relevantes e merecedoras de exploração (Duijts et al., 2014; Gudenkauf et al., 2019; Mehnert et al., 2018).

O *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS) remete para um conjunto de instrumentos que visam avaliar aspetos psicológicos (ansiedade, depressão, sentido de propósito, irritabilidade, funções cognitivas), físicos (dor, fadiga, mobilidade, sono) e sociais (relações entre familiares e pares). Estes instrumentos apresentam versões reduzidas (PROMIS-SF) com propriedades psicométricas adequadas, tendo como principal objetivo a avaliação da saúde entre a população normativa e indivíduos que vivem com condições crónicas (U. S. Department of Health and Human Services, 2024). Algumas vertentes deste instrumento são válidas para o contexto português, outras apenas estão validadas para o contexto português do Brasil. Existem vários aspetos abordados nestes instrumentos que são pertinentes ao explorar as dificuldades de um doente oncológico, contudo, não existe um espaço contemplado para questões espirituais (Gudenkauf et al., 2019).

O *General Health Questionnaire-12* remete para uma versão reduzida do *General Health Questionnaire*, sendo este primeiro válido para a população portuguesa (Laranjeira, 2008) e pertinente para avaliar sintomas de ansiedade e depressão entre doentes oncológicos (Fallowfield et al., 2001). Tendo em consideração o conteúdo dos itens, este instrumento valoriza principalmente questões psicológicas, não avaliando outras áreas igualmente importantes entre doentes oncológicos, como, por exemplo, a espiritualidade (Gudenkauf et al., 2019) e a ocupação (Duijts et al., 2014).

A validade do *Questionnaire on Distressed Cancer Patients – Short Form* (QSC-R10) para o contexto português não é clara, apesar de que o instrumento revela boas qualidades psicométricas na avaliação do *distress* em doentes oncológicos (Book et al., 2011). Os itens contemplados neste instrumento abarcam temas como o cansaço, a dor, o medo de recidiva (Lee-Jones et al., 1997), as perturbações do sono (Bower, 2014, as cited in Mehnert et al., 2018), entre outros. Apesar de não existir um espaço dedicado a questões

espirituais, o instrumento aborda questões sobre a imagem corporal do sujeito, algo pouco visto entre os instrumentos abordados nesta investigação.

À semelhança do QSC-R10, o *Distress Assessment and Response Tool* (DART), também não está validado para a população portuguesa. Apesar desta fragilidade, DART permite avaliar *distress* em doentes oncológicos, podendo ser administrado em amostras numerosas devido à sua vertente eletrónica (Li et al., 2016). A aplicação do DART permite avaliar sintomas físicos (dor e cansaço, entre outros), preocupações emocionais (depressão e ansiedade, entre outros) e problemas práticos (transporte, entre outros) inerentes à vida de um doente oncológico. A conceptualização do DART é bastante completa, tendo em consideração diversas variáveis como questões financeiras e necessidades espirituais (Li et al., 2016).

Ao contrário dos dois instrumentos previamente mencionados, o *Hospital Anxiety Depression Scale* (HAD-S) apresenta uma validação clara para o contexto português (Pais-Ribeiro et al., 2007), sendo esta validação feita com uma amostra parcialmente oncológica. Tal como o nome do instrumento indica, o principal objetivo remete para a avaliação de sintomas relacionados com a depressão e ansiedade que, por consequência, acaba por revelar uma fragilidade comumente encontrada ao longo dos instrumentos analisados neste trabalho, ou seja, ausência de itens que exploram questões sociais (Mehnert et al., 2018), espirituais (Gudenkauf et al., 2019) e ocupacionais (Duijts et al., 2014).

O *Basic Documentation for Psycho-Oncology* (PO-Bado) é um instrumento que permite identificar doentes oncológicos com *distress*, sendo particularmente benéfico para a comunicação entre doentes e enfermeiras, facilitando, de igual modo, a referência que os profissionais de saúde fazem para psicólogos (Stadelmaier et al., 2014). De facto, este instrumento apresenta qualidades psicométricas adequadas, apesar da sua validade para o contexto português ser pouco clara. Tendo em consideração o conteúdo dos itens no PO-Bado, este instrumento avalia questões somáticas (fadiga, dor, mobilidade, entre outros), psicológicas (alterações de humor, ansiedade, vergonha, imagem corporal, entre outros) e outros fatores relacionados com a família, problemas profissionais e conflitos entre pares. Deste modo, o PO-Bado revela-se como um instrumento bastante completo ao captar a vivência de um doente oncológico, mas não apresenta itens direcionados a questões espirituais (Gudenkauf et al., 2019).

Entre os instrumentos recolhidos ao longo desta revisão sistemática, destaca-se um exclusivamente dedicado à avaliação da depressão, nomeadamente o *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D). Este instrumento apresenta itens dedicados à exploração de sintomatologia depressiva, sendo amplamente utilizado em contexto oncológico (Schroevens et al., 2000), inclusive na população portuguesa (Gonçalves & Fagula, 2004). No que concerne ao conteúdo dos itens, o CES-D revela as suas fragilidades visto que apenas toma em consideração aspetos psicológicos e, mesmo entre estes aspetos, apenas avalia sintomatologia relacionado com a depressão, sugerindo alguma insuficiência na avaliação, não só de outros aspetos psicológico merecedores de exploração, mas também aspetos físicos, sociais, ocupacionais e espirituais.

Outro instrumento que partilha as fragilidades do CES-D é o *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS). Este instrumento é conceptualizado à luz da DSM-II (Zung, 1971), tendo como principal objetivo a avaliação da ansiedade. À semelhança do CES-D, este instrumento apenas toma em consideração questões relacionadas com a ansiedade, não adotando uma visão holística dos aspetos psicológicos a serem avaliados. Para além da componente psicológica, a insuficiência do processo de avaliação não se limita somente nesta área, mas a outras previamente mencionadas sobre o CES-D. A validação do SAS para o contexto português não é clara.

Em relação ao EORTC QLQ-C30, este instrumento visa avaliar a qualidade de vida em doentes oncológicos, sendo válido para o contexto português (Pais-Ribeiro et al., 2008). Este instrumento não é utilizado para avaliar *distress*. Entretanto, pode ser complementado com outros instrumentos (Koch et al., 2021) relacionados com o *distress*, nomeadamente o *Hornheider Screening Instrument* (HSI). Tendo em consideração o HSI, os itens deste instrumento abordam, genericamente, questões psicológicas, físicas e sociais, contudo, e à semelhança dos instrumentos referidos anteriormente, não contempla a avaliação da espiritualidade (Gudenkauf et al., 2019).

Tendo em consideração os instrumentos previamente mencionados, poucos são aqueles que seguem o modelo biopsicossocial-espiritual (Donovan et al., 2022). Tal evidência resulta num conjunto de instrumentos que dificilmente contemplam as várias dimensões que a literatura (Silva et al., 2023) vem a salientar como significativamente impactadas pelo cancro e pelos efeitos secundários inerentes ao seu tratamento. Assim sendo, reforça-se a necessidade de adotar uma visão holística em futuros instrumentos destinados à avaliação do *distress*.

Para além desta observação, destacam-se que as hipóteses inicialmente apresentadas nesta investigação no segundo capítulo dirigido aos objetivos, não foram rejeitadas, visto que a maioria dos artigos analisados conceptualizam *distress* à luz das diretrizes do NCCN, bem como, a utilização de termómetros emocionais para a avaliação do mesmo.

Folha em branco

Capítulo 6 – Conclusão

Esta investigação destaca que ainda existe muito trabalho a ser desenvolvido dentro da área da psico-oncologia na avaliação e compreensão do distress dos doentes oncológicos. Primeiramente, sobre a operacionalização do *distress* em si, frequentemente os artigos que utilizam uma visão reducionista do *distress*, caracterizam-no como a “soma” de sintomatologia compatível com ansiedade e/ou depressão. Tal conceptualização destaca-se como redutora, carente de várias outras dimensões igualmente importantes na vida de um doente oncológico (Silva et al., 2023). Entre as operacionalizações mais compreensivas e holísticas do *distress*, poucas são aquelas que adotam um modelo biopsicossocial-espiritual (Donovan et al., 2022), acabando, tipicamente, por excluir as preocupações espirituais.

Em segundo plano, a avaliação do *distress*, reflete os problemas encontrados com a conceptualização do conceito. Entre a literatura analisada, alguns autores utilizam instrumentos originalmente concetualizados para a avaliação de depressão, como o caso do CES-D ou para a avaliação da ansiedade, como o caso do SAS (Schaeffler et al., 2015). Estas práticas levantam algumas questões, visto que a avaliação e mensuração do *distress*, enquanto fenómeno multifatorial, dificilmente consegue ser captado por instrumentos que apenas atingem parte do problema, ao invés do *distress* na sua totalidade (Salmon et al., 2015).

Assim sendo, a existência de uma conceptualização completa do *distress* facilitará não só a avaliação do *distress* em doentes oncológicos, mas também a comunicação entre profissionais de saúde e os meios pelos quais estes intervêm nos níveis de *distress* clinicamente significativos.

Folha em branco

Capítulo 7 – Limitações

A revisão sistemática que desenvolvemos, apesar de conter o seu carácter explicativo e prestar algum contributo dentro da área da psico-oncologia, apresenta limitações. Deste modo, salienta-se que apenas foram incluídos estudos disponíveis em português e inglês. Este pormenor, inicialmente introduzido nos critérios de inclusão/exclusão perante os artigos a serem incluídos, acaba por limitar a quantidade de informação que poderia ter sido analisada. Entre os artigos obtidos, por vezes, apenas o manuscrito do autor estava acessível, tornando difícil a verificação de aspetos como a entidade financiadora previamente destacada na tabela 6, contudo, realça-se que a procura de uma versão mais completa do artigo foi realizada, tanto no jornal onde o mesmo foi publicado, como em outras fontes, como a *ResearchGate*. Dentro dos critérios de inclusão/exclusão, surgiram também restrições sobre o tipo de *distress* analisado, ou seja, foram excluídos estudos sobre *distress* sexual em doentes oncológicos. Tal evidência poderá influenciar a própria operacionalização do *distress* e, possivelmente, a avaliação do mesmo, visto que alguns autores salientam o impacto negativo, a nível sexual, que o cancro e o seu tratamento refletem sobre o doente (Chan et al., 2021). Para além do *distress* sexual, existem outras variáveis que poderiam ter sido exploradas em maior pormenor, nomeadamente o neuroticismo e a relação que o mesmo apresenta com o conceito *distress* (Cook et al., 2017). Entre a literatura analisada, poucos são os artigos que fazem referência à personalidade e entre os instrumentos destacados, estes tendencialmente procuram alterações num espaço temporal relativamente curto, acabando por negligenciar o funcionamento-traço do sujeito. Esta observação é compatível com o comentário de Salmon e colaboradores (2015) quando referem que os instrumentos utilizados para avaliar o *distress* tendem a ignorar o contexto do doente.

Tendo em consideração os aspetos abordados em torno do *distress*, como a concetualização e a avaliação do mesmo, teria sido pertinente, de igual modo, abordar com maior foco a intervenção em doentes oncológicos com níveis de *distress* clinicamente relevantes, visto que este aspeto apenas foi brevemente abordado durante a revisão da literatura.

Folha em branco

Capítulo 8 – Implicações futuras

Esta investigação vem salientar a pertinência na adoção, cada vez mais frequente, do modelo biopsicossocial-espiritual (Donovan et al., 2022), com o intuito de avaliar, da forma mais completa possível, o *distress* enquanto fenómeno complexo, prevalente e incapacitante entre doentes oncológicos. Reforçando a ideia de que uma abordagem teórica tripartida se revela insuficiente por negligenciar aspetos espirituais, merecedores de exploração, devido à sua íntima ligação com a morte e a concetualização da mesma entre doentes o que, por consequência, influencia os níveis de *distress* entre esta população (Gudenkauf et al., 2019). Assim sendo, apela-se à adoção não só de medidas de avaliação que visam explorar o mundo espiritual do sujeito, mas também o reforço de programas (Gudenkauf et al., 2019) cujo objetivo seja o desenvolvimento e promoção da espiritualidade do próprio em momentos promotores de *distress*. Tal apelo também se aplica ao trabalho contínuo que é a validação de instrumentos destinados à avaliação do *distress*, especialmente entre doentes oncológicos, para o contexto português-europeu.

Folha em branco

Referências

- Acquanti, C., & Kayser, K. (2019). Addressing the psychosocial needs of cancer patients: a retrospective analysis of a *distress* screening and management protocol in clinical care. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(3), 287-300. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1523822>
- Anderson, L. E., Ireland, M. J., Myers, K., Avenell, C., Connaughton, T., & Godwin, B. C. (2023). Psychological *distress* and bowel cancer screening participation. *Psycho-Oncology*, 32(2), 229-236. <https://doi.org/10.1002/pon.6072>
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Azeredo Z. A. (2006). Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1590/S0104-11692006000600006>
- Bhakta, P. N., Hunzeker, Z. E., Gudipally, S. R., Willis, M., & Venkatesan, R. (2022). Screening for anxiety and depression in cancer patients using PHQ4. *Journal of Clinical Oncology*, 40(16), Article e18629. https://doi.org/10.1200/JCO.2022.40.16_suppl.e18629
- Bettany-Saltikov, J. (2010). Learning how to undertake a systematic review: part 1. *Nursing Standard*, 24(50), 47-55. <https://doi.org/10.7748/ns2010.08.24.50.47.c7939>
- Book, K., Marten-Mittag, B., Henrich, G., Dinkel, A., Scheddel, P., Sehlen, S., Haimerl, W., Schulte, T., Britzelmeir, I., & Herschbach, P. (2011). *Distress* screening in oncology-evaluation of the Questionnaire on *Distress* in Cancer Patients-short form (QSC-R10) in a German sample. *Psycho-Oncology*, 20(3), 287-293. <https://doi.org/10.1002/pon.1821>
- Brebach, R., Sharpe, L., Costa, D., Rhodes, P., & Butow, P. (2016). Psychological intervention targeting *distress* for cancer patients: a meta-analytic study investigating uptake and adherence. *Psycho-Oncology*, 25(8), 882-890. <https://doi.org/10.1002/pon.4099>
- Brocken, P., van der Heijden, E. H., Oud, K. T., Bootsman, G., Groen, H. J., Donders, A. R. Dekhuijzen, P. N., & Prins, J. B. (2015). *Distress* in suspected lung cancer patients following rapid and standard diagnostic programs: a prospective observational study. *Psycho-Oncology*, 24(4), 433-441. <https://doi.org/10.1002/pon.3660>
- Camilo, C., & Garrido, V. G. (2019). A revisão sistemática de literatura em psicologia: Desafios e orientações. *Análise Psicológica*, 37(4), 532-552. <https://doi.org/10.14417/ap.1546>
- Carlson, L. E., Zelinski, E. L., Toivonen, K., Sundstrom, L., Jobin, C., Damaskos, P., & Zebrack, B. (2018). Prevalence of psychosocial *distress* in cancer patients across 55 North American cancer centers. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(1), 5-21. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1521490>
- Chan, R. J., Nekhlyudov, L., Duijts, S. F. A., Hudson, S. V., Jones, J., Keogh, J. W. L., Love, B., Lustberg, M. B., Mehnert, T. A., Nathan, P. C., Ness, K. K., Sheppard, V. B., Smith, K. C., Tevaarwerk, A. J., Yu, X., & Feuerstein, M. (2021). Future research in cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship*, 15(5), 659-667. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01102-x>
- Chow, P. I., Drago, F. Kennedy, E. M., Chambers, N., Sheffield, C., & Cohn, W. F. (2019). Examining the feasibility, acceptability, and potential utility of mobile *distress* screening in adult cancer patients. *Psycho-Oncology*, 28(9), 1887-1893. <https://doi.org/10.1002/pon.5168>
- Cimino, T., Said, K., Safier, K., Harris, H., & Kinderman, A. (2020). Psychosocial *distress* among oncology patients in the safety net. *Psycho-Oncology*, 29(11), 1927-1935. <https://doi.org/10.1002/pon.5525>

- Clover, K., Mitchell, A. J., Britton, B., & Carter, G. (2015). Why do oncology outpatients who report emotional distress decline help? *Psycho-Oncology*, 24(7), 812–818. <https://doi.org/10.1002/pon.3729>
- Cook, S. A., Salmon, P., Hayes, G., & Byrne, A. (2018). Predictors of emotional distress a year or more after diagnosis of cancer: A systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 27(3), 791–801. <https://doi.org/10.1002/pon.4601>
- Dean, M., & Street, R. L. (2014). A 3-stage model of patient-centered communication for addressing cancer patients' emotional distress. *Patient Education and Counseling*, 94(2), 143–148. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.09.025>
- Deimling, G. T., Bowman, K. F., Sterns, S., Wagner, L. J., & Kahana, B. (2006). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 15(4), 306–320. <https://doi.org/10.1002/pon.955>
- Direção-Geral da Saúde. (n.d.). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: Perguntas e Respostas*. Retrieved outubro 30 2023, from <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas/perguntas-e-respostas.aspx>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227–235. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Donovan, K. A., Handzo, G., Corbett, C., Vanderlan, J., Brewer, B. W., & Ahmed, K. (2022). NCCN Distress Thermometer Problem List Update. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 20(1), 96–98. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2022.0004>
- Duijts, S. F. A., Van Egmond, M., Spelten, E., Van Muijen, P., Anema, J. R., & Van Der Beek, A. J. (2014). Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(5), 481–492. <https://doi.org/10.1002/pon.3467>
- Eichler, M., Hentschel, L., Singer, S., Hornemann, B., Hohenberger, P., Kasper, B., Andreou, D., Pink, D., Jakob J., Arndt, K., Kirchberg, J., Richter, S., Bornhäuser, M., Schmitt, J., & Schuler, M. K. (2022). Distress in soft-tissue sarcoma and gastrointestinal stromal tumours in patients – Results of a German multicentre observational study (PROSa). *Psycho-Oncology*, 31(10), 1700–1710. <https://doi.org/10.1002/pon.6009>
- Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Szalai, C., Wittchen, H., & Mehnert, A. (2016). Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 81, 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.12.004>
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V., & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer*, 84(8), 1011–1015. <https://doi.org/10.1054/bjoc.2001.1724>
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., & Bray, F. (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Retrieved 7 february 2024, from <https://gco.iarc.who.int/today>
- Fox, R. S., Lillis, T. A., Gerhart, J., Hoerger, M., & Duberstein, P. (2018). Multiple Group Confirmatory Factor Analysis of the DASS-21 Depression and Anxiety Scales: How Do They Perform in a Cancer Sample? *Psychological Reports*, 121(3), 548–565. <https://doi.org/10.1177/0033294117727747>

- Ghiggia, A., Castelli, L., Riva G., Tesio, V., Provenzano, E., Ravera, M., Garzaro, M., Pecorari, G., Franco, P., Potenza, I., Rampino, M., & Torta, R. (2017). Psychological *distress* and coping in nasopharyngeal cancer: an explorative study in Western Europe. *Psychology, health & medicine*, 22(4), 449-461. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1220600>
- Glare, P. G. W. (1968). *Oxford Latin Dictionary*. Clarendon Press.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese Version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 339-348. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.20.4.339>
- Gudenkauf, L. M., Clark, M. M., Novotny, P. J., Piderman, K. M., Ehlers, S. L., Patten, C. A., Nes, L. S., Ruddy, K. J., Sloan, J. A., & Yang, P. (2019). Spirituality and emotional *distress* among lung cancer survivors. *Clinical Lung Cancer*, 20(6), 661-666. <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2019.06.015>
- Herschbach, P., Britzelmeir, I., Dinkel, A., Giesler, J. M., Herkommer, K., Nest, A., Pichler, T., Reichelt, R., Tanzer-Küntzer, S., Weis, J., & Marten-Mittag, B. (2020). *Distress* in cancer patients: Who are the main groups at risk? (2020). *Psycho-Oncology*, 29(4), 703-710. <https://doi.org/10.1002/pon.5321>
- Hill, E. M., & Frost, A. (2022). Loneliness and Psychological *Distress* in Women Diagnosed with Ovarian Cancer: Examining the Role of Self-Perceived Burden, Social Support Seeking, and Social Network Diversity. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29(1), 195-205. <https://doi.org/10.1007/s10880-021-09789-x>
- Hollingworth, W., Metcalfe, C., Mancero, S., Harris, S., Campbell, R., Biddle, L., McKell-Redwood, D., & Brennan, J. (2013). Are Needs Assessments Cost Effective in Reducing *Distress* Among Patients With Cancer? A Randomized Controlled Trial Using the *Distress* Thermometer and Problem List. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(29), 3631-3638. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.48.3040>
- Hope-Stone, L., Ablett, J., & Salmon, P. (2019) Reflections on a Health Psychology Service for Patients with Uveal Melanoma: The Challenge of Psychological Screening and Intervention When *Distress* is “Normal”. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(4), 421-429. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9595-2>
- Jacobsen, P. B., Donovan, K. A., Swaine, Z. N., & Watson, I. S. (2006). Management of Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients: Toward an Evidence-Based Approach. In: Chang, A.E., *et al. Oncology*. Springer https://doi.org/10.1007/0-387-31056-8_89
- Jacobsen, P. B., & Jim, H. S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *A Cancer Journal for Clinicians*, 58(4), 214-230. <https://doi.org/10.3322/CA.2008.0003>
- Kant, J., Czisch, A., Schott, S., Siewedert-Werner, D., Birkenfeld, F. & Keller, M. (2018). Identifying and predicting distinct *distress* trajectories following a breast cancer diagnosis – from treatment into early survival. *Journal of Psychosomatic Research*, 115, 6-13. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.09.012>
- Kim, H., Park, C. H. K., Kim, Y., & Joo, Y. (2021). Correlates of Psychological *Distress* in Patients with cancer at a Psycho-oncology Clinic. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 62(6), 595-605. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2021.05.007>
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological *distress*. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>

- Koch, M., Gräfenstein, L., Karnosky, J., Schulz, C., & Koller, M. (2021). Psychosocial Burden and Quality of Life of Lung Cancer Patients: Results of the EORTC QLQ-C30/QLQ-LC29 Questionnaire and Hornheide Screening Instrument. *Cancer Management and Research*, *13*, 6191–6197. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S314310>
- Kuhnt, S., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Wittchen, H., Koch, U., & Mehnert, A. (2016). Twelve-Month and lifetime prevalence of mental disorders in cancer patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *85*(5), 289–296. <https://doi.org/10.1159/000446991>
- Laranjeira, C. A. (2008). General health questionnaire--12 items: adaptation study to the Portuguese population. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *17*(2), 148–151. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00002840>
- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., & Devins, G. M. (2009). Emotional distress impacts fear of the future among breast cancer survivors not the reverse. *Journal of Cancer Survivorship*, *3*(2), 117–127. <https://doi.org/10.1007/s11764-009-0082-5>
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., & Hatcher, M. B. (1997). Fear of cancer recurrence - a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology*, *6*(2), 95–105. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199706\)6:2<95::AID-PON250>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199706)6:2<95::AID-PON250>3.0.CO;2-B)
- Li, M., Macedo, A., Crawford, S., Bagha, S., Leung, Y. W., Zimmermann, C., Fitzgerald, B., Wyatt, M., Stuart-McEwan, T., & Rodin, G. (2016). Easier Said Than Done: Keys to Successful Implementation of the Distress Assessment and Response Tool (DART) Program. *Journal of Oncology Practice*, *12*(5), 513–526. <https://doi.org/10.1200/JOP.2015.010066>
- McFarland, D. C., Jutagir, D. R. Miller, A., & Nelson, C. (2020). Physical problem list accompanying the distress thermometer: Its associations with psychological symptoms and survival in patients with metastatic lung cancer. *Psycho-Oncology*, *29*(5), 910–919. <https://doi.org/10.1002/pon.5367>
- Maïano, C., Aimé, A., Salvas, M. C., Morin, A. J., & Normand, C. L. (2016). Prevalence and correlates of bullying perpetration and victimization among school-aged youth with intellectual disabilities: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, *49*(50), 181–195. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.015>
- Mehnert, A., Hartung, T., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., & Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*, *27*(1), 75–82. <https://doi.org/10.1002/pon.4464>
- Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R., & Cheraghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC health services research*, *14*, 579. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G., The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA statement. *PLOS Medicine*, *6*(7), Article e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Occhipinti, S., Zajdlewicz, L., Coughlin, G. D., Yaxley, J. W., Dungleison, N., Gardiner, R. A., & Chambers, S. K. (2019). A prospective study of psychological distress after prostate cancer surgery. *Psycho-Oncology*, *28*(12), 2389–2395. <https://doi.org/10.1002/pon.5263>
- Oliveira, A. F., Fernandes, S., Reis, J. D., Torres, A., Santos, I. M., & Von Ah, D. (2022). Cognitive functioning and work-related outcomes of non-central nervous system cancer survivors: protocol

- for a systematic review with meta-analysis. *BMJ Open*, 12(17), Article e060300. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060300>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the Portuguese version of the QLC-C30-V3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102. <http://hdl.handle.net/10400.12/1077>
- Pereira, A., Oliveira, C. A., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (2019). Reliability and Factor Structure of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) among Portuguese adults. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(3), 729–736. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.06322017>
- Perry, L. M., Hoerger, M., Silberstein, J., Sartor, O., & Duberstein, P. (2018). Understanding the distressed prostate cancer patient: Role of personality. *Psycho-Oncology*, 27(3), 810-816. <https://doi.org/10.1002/pon.4579>
- Ratnasekera, N., Perera, I., Kandapola-Arachchige, P., & Jayasekara P. (2023). Initiation of distress screening in oral cancer clinics in Sri Lanka. *Psycho-oncology*, 32(7), 1013-1021. <https://doi.org/10.1002/pon.6098>
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536–545. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x>
- Rose, S., Boyes, A., Kelly, B., Cox, M., Palazzi K., & Paul, C. (2021). Lung cancer sitgma is a predictor for psychological distress: A longitudinal study. *Psycho-oncology*, 30(7), 1137-1144. <https://doi.org/10.1002/pon.5665>
- Salmon, P., Clark, L., McGrath, E., & Fisher, P. (2015). Screening for psychological distress in cancer: renewing the research agenda. *Psycho-Oncology*, 24(3), 262–268. <https://doi.org/10.1002/pon.3640>
- Santigo, L. M. (2024). Cross-cultural adaptation of the PHQ-4 to European Portuguese and its validation with the psychological burden by the multimorbidity management in PG/FM practice in Central Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 40(2), 138-146. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v40i2.13655>
- Schaeffeler, N., Pfeiffer, K., Ringwald, J., Brucker, S., Wallwiener, M., Zipfel, S., & Teufel, M. (2015). Assessing the need for psychooncological support: screening instruments in combination with patients' subjective evaluation may define psychooncological pathways. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1784-1791. <https://doi.org/10.1002/pon.3855>
- Schroevens, M. J., Sanderman, R., van Sonderen, E., & Ranchor, A. V. (2000). The evaluation of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) scale: Depressed and Positive Affect in cancer patients and healthy reference subjects. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 9(9), 1015–1029. <https://doi.org/10.1023/a:1016673003237>

- Segrin, C., & Badger, T. A. (2014). Psychological and physical *distress* are interdependent in breast cancer survivors and their partners. *Psychology Health & Medicine*, 19(6), 716–723. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.871304>
- Silva, S., Paredes, T., Teixeira, R. J., Brandão, T., Dimitrovová, K., Marques, D., Sousa, J., Leal, M., Dias, A., Neves, C. A., Marques, G., & Amaral, N. (2023). Emotional *distress* in Portuguese cancer patients: the use of the Emotion Thermometers (ET) screening tool. *Healthcare*, 11(19), Article 2689. <https://doi.org/10.3390/healthcare11192689>
- Sommer, J. K., Reynolds, K., Hebbard, P., Mota, N., Roos, K., Sareen, J., Devereaux, P. J., Srinathan, S., & El-Gabalawy, R. (2022). Healthcare-related correlates of preoperative psychological *distress* among a mixed surgical and cancer-specific sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 161, Article 111036. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111036>
- Stadelmaier, N., Duguey-Cachet, O., Saada, Y., & Quintard, B. (2014). The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado): an innovative tool to combine screening for psychological *distress* and patient support at cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 23(3), 307–314. <https://doi.org/10.1002/pon.3421>
- Stadelmaier, N., Gana, K., Saada, Y., Duguey-Cachey, O., & Quintard, B. (2017). Psychometric Properties of the French Adaptation of the Basic Documentation for Psycho-Oncology (Po-Bado): A *Distress* Screening Tool. *Behavior Therapy*, 48(5), 596-602. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.12.001>
- Tang, L., Zhang, Y., & Pang, Y. (2020). Patient-reported outcomes from the *distress* assessment and response tool in Chinese cancer inpatients. *Psycho-Oncology*, 29(5), 869-877. <https://doi.org/10.1002/pon.5358>
- Teixeira, R. J., Machado, J. C., Faria, S., Remondes-Costa, S., Brandão, T., Branco, M., Moreira, S., & Pereira, M. G. (2020). Brief emotional screening in oncology: Specificity and sensitivity of the emotion thermometers in the Portuguese cancer population. *Palliative & Supportive Care*, 18(1), 39-46. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000208>
- Testoni, I., Sansonetto, G., Ronconi, L., Rodelli, M., Baracco, G., & Grassi, L. (2018). Meaning of life, representation of death, and their association with psychological *distress*. *Palliative & Supportive Care*, 16(5), 511–519. <https://doi.org/10.1017/s1478951517000669>
- Thakre, M. N., Sathe, H. S., & Talappaliwar, M. R. (2022). Psychometric properties of Kessler's Psychological *Distress* Scale (K10) in cancer patients. *Archives of Mental Health*, 23(2), 101–106. https://doi.org/10.4103/amh.amh_104_21
- The Cochrane Collaboration. (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, & V. A. Welch, Eds.; 2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Trunzo, J. J., & Pinto, B. M. (2003). Social Support as a Mediator of Optimism and *Distress* in Breast Cancer Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 805–811. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.805>
- U. S. Department of Health and Human Services. (2024, May 16). Intro to PROMIS. HealthMeasures. Retrieved 27 May 2024, from <https://www.healthmeasures.net/explore-measurement-systems/promis/intro-to-promis>
- Vandenbroucke, J. P., von Elm, E., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Mulrow, C. D., Pocock, S. J., Poole, C., Schlesselman, J. J. Egger, M., & STROBE Initiative. (2014). Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *International Journal of Surgery*, 12(12), 1500-1524. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.014>

- Vickberg, S. M. (2003). The Concerns About Recurrence Scale (CARS): A Systematic Measure of Women's Fears About the Possibility of Breast Cancer Recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(1), 16–24. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2501_03
- Vickberg, S. M., Bovbjerg, D. H., DuHamel, K. N., Currie, V. E., & Redd, W. H. (2010). Intrusive thoughts and psychological *distress* among breast cancer survivors: global meaning as a possible protective factor. *Behavioral Medicine*, 25(4), 152–160. <https://doi.org/10.1080/08964280009595744>
- Wang, Z. Y., Liu, L., Shi, M., & Wang, L. (2016). Exploring correlations between positive psychological resources and symptoms of psychological *distress* among hematological cancer patients: a cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine*, 21(5), 571–582. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1127396>
- Weis, J., Hönig, K., Bergelt, C., Faller, H., Brechtel, A., Hornemann, B., Stein, B., Teufel, M., Goerling, U., Erim, Y., Geiser, F., Niceckle, A., Senf, B., Wickert, M., Schmoor, C., Gerlach, A., Schellberg, D., Büttner-Teleaga, A., & Schieber, K. (2018). Psychological *distress* and utilization of professional psychological care in cancer patients: An observational study in National Comprehensive Cancer Centers (CCCs) in Germany. *Psycho-Oncology*, 27(12), 2847–2854. <https://doi.org/10.1002/pon.4901>
- Wilford, J., Osann, K., Hsieh, S., Monk, B., Nelson, E., & Wenzel, L. (2018). Validation of PROMIS emotional *distress* short form scales for cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, 151(1), 111–116. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.07.022>
- Wolyniec, K., Sharp, J., Fisher, K., Tothill, R. W., Bowtell, D., Mileskin, L., & Schofield, P. (2022). Psychological *distress*, understanding of cancer and illness uncertainty in patients with Cancer of Unknown Primary. *Psycho-Oncology*, 31(11), 1869–1876. <https://doi.org/10.1002/pon.5990>
- Zung, W. W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12(6), 371–379. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0)

Folha em branco

Anexo



3as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde

Universidade da Beira Interior | 20 e 21 de maio de 2024

Conceptualização e Impacto do *Distress* em Doentes Oncológicos: Revisão Narrativa da Literatura

Tiago Lima¹, Ana Torres^{1,2,3}, Paula Carvalho ^{1,2,3}

1 Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Portugal

2 CINTESIS&RISE Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde| Rede de Investigação em Saúde

3 CIDESD Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano

Autor Correspondente: Tiago Lima. **E-mail:** tiago.lima@ubi.pt

Resumo: Introdução: O impacto que o cancro tem sobre o sujeito não se limita unicamente à componente física. De facto, o tratamento oncológico implica várias etapas, desde o pré-diagnóstico até à eventual morte do doente. A transição entre estas etapas pode provocar um conjunto de experiências emocionais, tipicamente negativas, que por vezes persistem após o tratamento. Estas experiências emocionais negativas são entendidas, contemporaneamente, por *distress*. Método: Os dados recolhidos para este presente estudo foram obtidos através da PubMed e SCOPUS. Foram incluídos artigos relacionados com o estudo do *distress* em doentes oncológicos publicados até ao momento. Resultados: O *distress* engloba um conjunto de experiências emocionais negativas com dimensões psicológicas, sociais, espirituais e ocupacionais que variam num *continuum*, desde sentimentos de vulnerabilidade, medo e isolamento social até questões relacionadas com crises espirituais, depressão e ansiedade. Devido aos efeitos secundários associados ao tratamento e ao *distress*, os doentes destacam um conjunto de preocupações relacionadas com o cansaço, dificuldade em dormir ou manter o sono, problemas atencionais e motores, dificuldade na aprendizagem e concentração e alterações de humor. Discussão: Os resultados são relevantes para o conhecimento sobre o *distress* em doentes oncológicos, contudo, devido às limitações da revisão narrativa, incentivam-se revisões sistemáticas da literatura.

Palavras-chave: doentes oncológicos; *distress*; revisão narrativa.

Abstract: Introduction: The impact that cancer has on the individual is not limited solely to the physical side. In fact, cancer treatment involves several stages, from pre-diagnosis to the possible death of the patient. The transition between these stages can cause a series of emotional experiences, typically negative, which sometimes persist after treatment. These negative emotional experiences are contemporarily understood as distress. Method: The data collected for this study was obtained from PubMed and SCOPUS. Articles related to the investigation of distress in cancer patients published to date were included. Results: Distress encompasses a set of negative emotional experiences with psychological, social, spiritual and occupational dimensions that vary along a continuum, from feelings of vulnerability, fear and social isolation to issues related to spiritual crises, depression and anxiety. Due to the side effects associated with treatment and distress, patients highlight several concerns related to tiredness, difficulty sleeping or maintaining sleep, attention and motor problems, difficulty learning and concentrating and mood swings. Discussion: The results are relevant to knowledge about distress in cancer patients, however, due to the limitations of the narrative review, systematic reviews of the literature are encouraged.

Key-Words: cancer patients; distress; narrative review.

Introdução

Segundo a Direção-Geral de Saúde (2023), entende-se por cancro como um conjunto de doenças onde as células se multiplicam, de forma descontrolada, acabando por invadir tecidos adjacentes.

A nível nacional, estima-se que ocorram, aproximadamente, 50.000 casos de cancro por ano (Direção-Geral de Saúde, 2023). Tal estatística tem aumentado ao longo do tempo, como destacam as evidências de Ferlay e colaboradores (2024) quando referem que os casos de cancro registados em Portugal no ano de 2022 foram 69.567. A nível global, pelo menos um terço dos doentes oncológicos apresentam níveis de *distress* clinicamente significativos (Carlson et al., 2018). Tendo em conta esta informação, a revisão em vigor tem como principal objetivo clarificar o que é *distress* e quais são as consequências do *distress* entre doentes oncológicos.

Conceptualização

Apesar da sua natureza biológica, o impacto que o cancro tem sobre o sujeito não se limita à componente física. De facto, o tratamento oncológico implica uma viagem com várias etapas, desde o pré-diagnóstico até à eventual morte do doente (Wang et al., 2022, as cited in Silva et al., 2023). A transição entre estas etapas pode provocar um conjunto de experiências emocionais, tipicamente negativas (Dean & Street, 2014), que por vezes persistem após o tratamento (Bleiker et al., 2000; Vinokur et al., 1990, as cited in Trunzo & Pinto, 2003). Estas experiências emocionais negativas são entendidas, contemporaneamente, por *distress* (Clover et al., 2015).

Deste modo, o *distress* apresenta uma história conceptual rica, visto ser originalmente utilizado no século XIII (Ridner, 2004) sobre o nome de *distringo*, cujo significado remete para um conjunto de tensões opostas que puxam em diferentes direções (Glare, 1968). Durante o século XX, *distress* começou a ser utilizado por profissionais na área da saúde, principalmente enfermeiras oncológicas, sendo entendido como um funcionamento psicológico maladaptivo

perante eventos de vida que atuam como indutores de *stress* (Abeloff et al., 2000, as cited in Ridner, 2004).

Com o intuito de diferenciar *distress* de outros conceitos, como *strain* e *stress*, Walker e Avant (1995, as cited in Ridner, 2004) propuseram cinco atributos para o mesmo: insuficiência dos processos de *coping*, alteração do estado emocional, desconforto, comunicação de desconforto e dano sobre o próprio.

Dentro desta perspectiva, o *distress* é um conceito amplamente utilizado na área da saúde, entretanto a definição do mesmo não é consensual entre os autores. Por vezes *distress* é definido como a manifestação de sintomatologia depressiva e ansiógena perante preocupações relacionadas com a saúde (Linden et al., 1986; Ullrich et al., 2008, as cited in Segrin & Badger, 2014).

Outros autores, como Silva e colaboradores (2023) adotam uma conceptualização de *distress* mais holística que abarca um conjunto de dimensões: psicológica, social e espiritual que existem num contínuo e cujo impacto no sujeito varia entre sentimentos de vulnerabilidade a crises existenciais. A título de exemplo, destaca-se a seguinte definição (Silva et al., 2023, p.2):

The term “distress” encompasses a comprehensive range of unpleasant emotional experiences with psychological (e.g., cognitive, behavioural, emotional), social, and spiritual dimensions that exist on a continuum, spanning from typical feelings of vulnerability, sadness, and fear to more severe issues like depression, anxiety, panic, social isolation, and even existential and spiritual crisis.

Assim sendo, salvaguarda-se a existência de outras definições utilizadas para caracterizar *distress*. Entretanto, o exemplo previamente mencionado é utilizado por ser o mais completo entre a literatura analisada.

Consequências

Tendo em consideração as consequências inerentes ao *distress*, Mishell (1990, as cited in Lebel et al., 2009), afirma que existe um impacto a nível cognitivo, visto que doentes terão maior dificuldade em interpretar sintomatologia ambígua e em procurar profissionais dentro do sistema de saúde indicados para a problemática. Lee-Jones e colaboradores (1997) reforçam que pacientes sobre o efeito de *distress* apresentam hipervigilância na procura de sintomas somáticos e, perante estes, ativam-se respostas cognitivas associadas à doença, nomeadamente o medo inerente a uma recidiva.

Para além do impacto cognitivo que o *distress* tem sobre o sujeito, os pacientes também se queixam de cansaço, dificuldade em dormir ou manter o sono e problemas de mobilidade, sendo o cansaço caracterizado como a principal fonte de *distress* (Bower, 2014, as cited in Mehnert et al., 2018). Alguns doentes também expressam uma preocupação perante a disrupção dos papéis sociais e parentais, a possível insuficiência de recursos financeiros (Vickberg, 2003), temendo, de igual modo, o impacto que a toxicidade do tratamento tem sobre a fertilidade e a vida sexual (Chan et al., 2021).

Variabilidade do distress em função do diagnóstico e tratamento

Os níveis de *distress* entre doentes oncológicos também variam conforme o diagnóstico e o tratamento (Carlson et al., 2018; Gudenkauf et al., 2019). De facto, pacientes com condições oncológicas onde a taxa de sobrevivência é menor, como o cancro do pulmão, estômago e pâncreas, apresentam níveis de *distress* significativamente superiores comparativamente a doentes com cancro da próstata (Carlson et al., 2018).

Curiosamente, o tamanho, posicionamento e estadiamento do cancro não são preditores de *distress* (Cook, 2018). Considerando o tratamento, doentes que realizam quimioterapia ou uma combinação de quimioterapia e radioterapia apresentam maiores níveis de *distress* quando comparados com sujeitos que apenas realizam radioterapia (De Graeff et al., 2000, as cited in Cook et al., 2018).

Outras variáveis associadas ao distress

Espiritualidade

Existem outras variáveis que merecem ser apresentadas quando se explora *distress*, nomeadamente a fé ou espiritualidade do sujeito. Pessoas crentes ou espirituais apresentam níveis de *distress* inferiores relativamente a pessoas não crentes (Gudenkauf et al., 2019). Testoni e colaboradores (2015, as cited in Testoni et al., 2017) defendem que pessoas crentes ou espirituais possuem representações ontológicas transformativas sobre a morte, entendendo a mesma como uma passagem. Por outro lado, não crentes entendiam a morte como a aniquilação do próprio.

Dentro desta perspetiva, Gudenkauf e colaboradores (2019) destacam a pertinência em desenvolver programas de intervenção que visam incrementar a vivência espiritual do sujeito. Tais programas deverão criar um espaço de discussão sobre crenças espirituais, o significado do diagnóstico, temáticas de perda, luto, propósito, esperança e significado.

Sentido de Propósito

No que concerne o sentido de propósito, este conceito tem sido estudado por Park e Folkman (1997, as cited in Vickberg et al., 2010), sendo definido como uma crença de que a vida possui ordem e o próprio se encontra motivado para procurar significado. Em contexto oncológico, a sensação de que a vida possui ordem e coerência permite colocar em perspetiva a mudança do estado de saúde da pessoa e, por consequência, os níveis de *distress* em sujeitos com sentido de propósito serão inferiores (Vickberg et al., 2010).

Dentro desta perspetiva, os autores (Vickberg et al., 2010) argumentam que a presença de sentido de propósito atua como um fator protetor contra pensamentos intrusivos, sendo estes caracterizados como memórias, sonhos ou pensamentos recorrentes e incontroláveis sobre um evento vivenciado com *stress* (Baum et al., 1993; Greenberg et al., 1997; McFarlane et al., 1992, as cited in Vickberg et al., 2010). Tais pensamentos intrusivos contribuem para os níveis de *distress* do doente oncológico.

Método

A presente investigação remete para uma revisão narrativa da literatura (Ruther, 2007). Deste modo, os estudos recolhidos foram obtidos através das seguintes bases de dados: PubMed e SCOPUS. Foram incluídos artigos relacionados com o estudo do *distress* em doentes oncológicos

publicados até ao momento através do uso de um conjunto de palavras-chave, operadores booleanos e filtros disponibilizados.

Resultados

No que concerne a operacionalização do *distress*, alguns autores caracterizam o mesmo como “global subjective non-specific negative affect state that might encompass stress, anxiety, or depression” (Matthews, 2016, as cited in Anderson et al., 2023, p.230). Outros adotam uma visão proposta pelo Nacional Comprehensive Cancer Network (NCCN) “The NCCN in the US defines cancer-related psychological distress as a multifactorial unpleasant experience of psychological (i.e., cognitive, behavioral, emotional), social, spiritual, and/or physical nature that may interfere with one’s ability to cope effectively with cancer, its symptoms and treatment” (Ratnasekera et al., 2023, p.1014). Em última análise, também se destaca a seguinte definição “Psychological distress (i.e., a broad range of emotional reactions including worry, fear, helpless, sadness)” (Aust et al., 2018; Mavridou et al., 2013; Mitchell, 2010; Zemla et al., 2019, as cited in Sommer et al., 2022, p.1).

No que concerne as consequências associadas ao *distress*, Duijts e colaboradores (2014) destacam um conjunto de problemáticas expostas por pacientes, como problemas atencionais e motores, dificuldade na aprendizagem e concentração, alterações de humor e conflitos, especialmente entre colegas de trabalho. Outros autores acrescentam a presença de pensamentos intrusivos, sendo estes caracterizados como memórias, sonhos ou pensamentos recorrentes e incontroláveis sobre um evento vivenciado com *stress* (Baum et al., 1993; Greenberg et al., 1997; McFarlane et al., 1992, as cited in Vickberg et al., 2010).

Discussão

A visão do *distress* por Anderson e colaboradores (2023) remete para o entendimento do mesmo como um estado emocional negativo, sendo este resultado de uma combinação entre *stress*, ansiedade e/ou depressão. Tal definição contrasta, negativamente, com o exemplo de Silva e colaboradores (2023) inicialmente destacado nesta investigação. De facto, esta proposta (Anderson et al., 2023) carece de vários elementos que a literatura tem vindo a demonstrar como basilares na compreensão da vivência de um doente oncológico, nomeadamente aspetos sociais (Vickberg et al., 2003) e de natureza espiritual (Gudenkauf et al., 2019).

De facto, entre as propostas de conceptualização do *distress* revistas ao longo desta análise, a definição do *distress* pelo NCCN é uma das mais completas no que concerne a captação da experiência, tendencialmente negativa, de um doente oncológico. Esta proposta também reforça a dificuldade que o *distress* provoca no que concerne o processo de *coping* perante os sintomas e o tratamento (Mishell, 1990, as cited in Lebel et al., 2009). Entretanto, a definição não enquadra aspetos ocupacionais, especificamente o conceito de *performance* e como a redução da mesma poderá afetar a relação que o individuo tem com a sua atividade (Duijts et al., 2014).

Em última análise, a operacionalização do *distress* destacada por Sommer e colaboradores (2022) revela-se como uma proposta bastante sensível à componente psicológica, dando de igual modo, um particular interesse sobre a possibilidade do *distress* variar em grau de gravidade, dependendo do doente oncológico, à semelhança da definição de Silva e colaboradores (2023). Entretanto, esta proposta acaba por excluir outras componentes necessárias para a compreensão do *distress* na sua totalidade, especialmente quando não refere o impacto físico sentido pelo doente (Mehnert et al., 2018).

Entre as consequências do *distress*, as observações levantadas por Duijts e colaboradores (2014) e Vickerberg e colaboradores (2010) são bastante compatíveis com as preocupações inicialmente expostas previamente nesta investigação, nomeadamente as dificuldades motoras (Bower, 2014, as cited in Mehnert et al., 2018) e cognitivas (Mishell, 1990, as cited in Lebel et al., 2009; Lee-Jones et al., 1997).

Assim sendo, os resultados são relevantes para o conhecimento sobre o *distress* em doentes oncológicos, especialmente no que concerne a conceptualização do *distress* e, possivelmente, a avaliação e intervenção em doentes oncológicos com níveis clinicamente significativos do mesmo. Realça-se que devido às limitações da revisão narrativa (Rother, 2007), incentivam-se à produção de revisões sistemáticas da literatura sobre esta temática com o intuito de criar investigações com um maior grau de replicabilidade e pormenor sobre a informação presentemente destacada.

Referências Bibliográficas

- Anderson, L. E., Ireland, M. J., Myers, K., Avenell, C., Connaughton, T., & Godwin, B. C. (2023). Psychological distress and bowel cancer screening participation. *Psycho-Oncology*, 32(2), 229-236. <https://doi.org/10.1002/pon.6072>
- Carlson, L. E., Zelinski, E. L., Toivonen, K., Sundstrom, L., Jobin, C., Damaskos, P., & Zebrack, B. (2018). Prevalence of psychosocial distress in cancer patients across 55 North American cancer centers. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(1), 5–21. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1521490>
- Chan, R. J., Nekhlyudov, L., Duijts, S. F. A., Hudson, S. V., Jones, J., Keogh, J. W. L., Love, B., Lustberg, M. B., Mehnert, T. A., Nathan, P. C., Ness, K. K., Sheppard, V. B., Smith, K. C., Tevaarwerk, A. J., Yu, X., & Feuerstein, M. (2021). Future research in cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship*, 15(5), 659–667. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01102-x>
- Clover, K., Mitchell, A. J., Britton, B., & Carter, G. (2015). Why do oncology outpatients who report emotional distress decline help? *Psycho-Oncology*, 24(7), 812–818. <https://doi.org/10.1002/pon.3729>
- Cook, S. A., Salmon, P., Hayes, G., & Byrne, A. (2018). Predictors of emotional distress a year or more after diagnosis of cancer: A systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 27(3), 791–801. <https://doi.org/10.1002/pon.4601>

- Dean, M., & Street, R. L. (2014). A 3-stage model of patient-centered communication for addressing cancer patients' emotional distress. *Patient Education and Counseling*, 94(2), 143–148. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.09.025>
- Direção-Geral da Saúde. (n.d.). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: Perguntas e Respostas. Retrieved outubro 30 2023, from <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas/perguntas-e-respostas.aspx>
- Duijts, S. F. A., Van Egmond, M., Spelten, E., Van Muijen, P., Anema, J. R., & Van Der Beek, A. J. (2014). Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(5), 481–492. <https://doi.org/10.1002/pon.3467>
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., & Bray, F. (2024). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Retrieved 7 february 2024, from <https://gco.iarc.who.int/today>
- Glare, P. G. W. (1968). *Oxford Latin Dictionary*. Clarendon Press.
- Gudenkauf, L. M., Clark, M. M., Novotny, P. J., Piderman, K. M., Ehlers, S. L., Patten, C. A., Nes, L. S., Ruddy, K. J., Sloan, J. A., & Yang, P. (2019). Spirituality and emotional distress among lung cancer survivors. *Clinical Lung Cancer*, 20(6), 661–666. <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2019.06.015>
- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., & Devins, G. M. (2009). Emotional distress impacts fear of the future among breast cancer survivors not the reverse. *Journal of Cancer Survivorship*, 3(2), 117–127. <https://doi.org/10.1007/s11764-009-0082-5>
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., & Hatcher, M. B. (1997). Fear of cancer recurrence - a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology*, 6(2), 95–105. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199706\)6:2<95::AID-PON250>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199706)6:2<95::AID-PON250>3.0.CO;2-B)
- Mehnert, A., Hartung, T., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., & Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*, 27(1), 75–82. <https://doi.org/10.1002/pon.4464>
- Ratnasekera, N., Perera, I., Kandapola-Arachchige, P., & Jayasekara P. (2023). Initiation of distress screening in oral cancer clinics in Sri Lanka. *Psycho-oncology*, 32(7), 1013-1021. <https://doi.org/10.1002/pon.6098>
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536–545. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x>
- Rother, E. T. (2007). Revisão Sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), 5-6. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

- Segrin, C., & Badger, T. A. (2014). Psychological and physical distress are interdependent in breast cancer survivors and their partners. *Psychology Health & Medicine*, 19(6), 716–723. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.871304>
- Silva, S., Paredes, T., Teixeira, R. J., Brandão, T., Dimitrovová, K., Marques, D., Sousa, J., Leal, M., Dias, A., Neves, C. A., Marques, G., & Amaral, N. (2023). Emotional distress in Portuguese cancer patients: the use of the Emotion Thermometers (ET) screening tool. *Healthcare*, 11(19), Article 2689. <https://doi.org/10.3390/healthcare11192689>
- Sommer, J. K., Reynolds, K., Hebbard, P., Mota, N., Roos, K., Sareen, J., Devereaux, P. J., Srinathan, S., & El-Gabalawy, R. (2022). Healthcare-related correlates of preoperative psychological distress among a mixed surgical and cancer-specific sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 161, Article 111036. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111036>
- Testoni, I., Sansonetto, G., Ronconi, L., Rodelli, M., Baracco, G., & Grassi, L. (2018). Meaning of life, representation of death, and their association with psychological distress. *Palliative & Supportive Care*, 16(5), 511–519. <https://doi.org/10.1017/s1478951517000669>
- Trunzo, J. J., & Pinto, B. M. (2003). Social Support as a Mediator of Optimism and Distress in Breast Cancer Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 805–811. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.805>
- Vickberg, S. M. (2003). The Concerns About Recurrence Scale (CARS): A Systematic Measure of Women's Fears About the Possibility of Breast Cancer Recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(1), 16–24. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2501_03
- Vickberg, S. M., Bovbjerg, D. H., DuHamel, K. N., Currie, V. E., & Redd, W. H. (2010). Intrusive thoughts and psychological distress among breast cancer survivors: global meaning as a possible protective factor. *Behavioral Medicine*, 25(4), 152–160. <https://doi.org/10.1080/08964280009595744>