



**Universidade Federal do Maranhão**  
**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto**  
**Mestrado Acadêmico**



**PREVALÊNCIA DE *DISTRESS*, SINTOMAS  
DEPRESSIVOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM  
PACIENTES RECÉM-DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER DE  
PÊNIS**

**Fernanda Lima Britto Oliveira**

**São Luís  
2018**

**FERNANDA LIMA BRITTO OLIVEIRA**

**PREVALÊNCIA DE *DISTRESS*, SINTOMAS  
DEPRESSIVOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM  
PACIENTES RECÉM-DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER DE  
PÊNIS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde do Adulto e da Criança.

Àrea de Concentração: Processos Biológicos em Saúde

Linha de Pesquisa: HPV e Câncer

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Luciane Maria Oliveira Brito

Co-orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Haíssa Oliveira Brito

Coordenadora: Profa. Dra. Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento

São Luís  
2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Oliveira, Fernanda Lima Britto.

Prevalência de distress, sintomas depressivos e estratégias de enfrentamento em pacientes recém-diagnosticados com câncer de pênis / Fernanda Lima Britto Oliveira. - 2018.

74 f.

Coorientador(a): Haíssa Oliveira Brito.

Orientador(a): Luciane Maria Oliveira Brito.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, UFMA, 2018.

1. Câncer de pênis. 2. Distress. 3. Estratégias de enfrentamento. 4. Sintomas depressivos. I. Brito, Haíssa Oliveira. II. Brito, Luciane Maria Oliveira. III. Título.

**FERNANDA LIMA BRITTO OLIVEIRA**

**PREVALÊNCIA DE *DISTRESS*, SINTOMAS  
DEPRESSIVOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM  
PACIENTES RECÉM-DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER DE  
PÊNIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão, para a obtenção do Título de Mestre em Saúde do Adulto e da Criança.

A Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública, considerou a candidata aprovada em: 14/01/2019.

---

Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito  
(Orientadora) Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dra. Ana Flávia Lima Teles da Hora  
(Examinadora) Universidade CEUMA

---

Profa. Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Correa  
(Examinadora) Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dra. Dorlene Maria Cardoso Aquino  
(Examinadora) Universidade Federal do Maranhão

## AGRADECIMENTOS

Como dizia o poeta “Sonho que se sonha junto é realidade” então, não poderia deixar de agradecer a pessoas que foram fundamentais para esta conquista.

Inicio meus agradecimentos por DEUS, a quem sou grata diariamente por se fazer presente todos os dias na minha vida me norteando nessa incrível jornada.

Aos meus pais, Tuy e Tânia, fontes inesgotáveis de amor, carinho e sabedoria. Que me ensinaram a batalhar por todos os meus sonhos com muita garra e determinação! À vocês, meu infinito amor e agradecimento.

Ao meu amado esposo, Felipe, por todo o companheirismo, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho!

Ao meu irmão, Junior, meu agradecimento especial, pois, sempre se orgulhou de mim e do meu trabalho. Obrigada meu irmão! À minha cunhada, por ser responsável em grande parte pela profissional que me tornei. Obrigada nêga!

Aos meus sobrinhos e afilhados, os presentes mais lindos que já recebi até hoje! Mesmo longe fisicamente transbordam amor!

À minha avó Edil, e aos meus sogros meus segundos pais. Por todo incentivo, confiança, carinho e amor. Muito grata à vocês!

Aos meus tios, tias, primos e primas que me fortaleceram em cada oração.

Aos meus amigos de Salvador que vibraram comigo, desde a aprovação no seletivo e que, mesmo a quilômetros de distância, compartilharam todas as angústias desse processo. Obrigada pela amizade!

Aos meus colegas de turma do mestrado, pelos momentos vivenciados, especialmente à Danielle Brito, Katia Borges, Fernanda Rosa, Marineide Sodré, Roama Paulo, Fabio Vidal, Joyce Costa e Leandro Marques, que se tornaram verdadeiros amigos. Obrigada por dividir comigo as angústias e alegrias. Foi reconfortante contar com vocês nessa jornada!

Aos meus amigos de São Luís e também àqueles que já se naturalizaram de coração só por terem sido tão bem acolhidos na ilha, meu muitíssimo obrigado. Vocês foram parte fundamental nessa minha caminhada sem dúvida ferramentas de Deus para me permitir conviver com a saudade da minha terrinha, da família, dos amigos, etc. Todos vocês tornaram essa jornada mais leve. Aqui deixo meu agradecimento especial à família Salgado e Brito por nos ter adotado como membros do seu sistema familiar!

À Professora Dra. Luciane Brito que acreditou em alguém que não conhecia e me permitiu galgar mais uma etapa! À Sra. Todo meu reconhecimento! À Professora Dra. Haíssa Brito por me orientar e nortear durante a execução deste projeto.

À equipe da Universidade Federal do Maranhão, professores e funcionários do Departamento de Saúde do Adulto, que, com ensinamentos, orientações e amizade, me ajudaram ativamente neste projeto. À equipe multiprofissional e à equipe de urologia do Hospital de Câncer do Maranhão (Em especial à Dra. Patrícia Canelas), Hospital de Câncer Aldenora Belo, Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e do Banco de Tumores do Estado do Maranhão por todo apoio e auxílio. Minha gratidão à Jucileide Mota e Clíce Pimentel por terem me auxiliado mesmo antes da minha chegada na cidade. Às professoras Zulmira Batista e Flavia Vidal que se tornaram muito mais do que referências técnicas. Verdadeiros presentes do Mestrado.

À equipe do Hospital de Irmã Dulce, Hospital do Subúrbio e da clínica AMO por terem contribuído com meu crescimento profissional e por sempre acreditarem em meu potencial me incentivando sempre a dar o melhor de mim!

À Dra. Cristiane Decat, pelo suporte ofertado mesmo quando o mestrado ainda era uma ideia sonhadora. Obrigado por sempre estar disponível e disposta a ajudar, obrigado por ser uma referência profissional e por engrandecer nossa profissão com seus estudos.

Enfim, a todos vocês que me proporcionaram mais que a busca de conhecimento técnico e científico, ensinamentos para vida! Nada disso seria possível sem vocês!

“Sempre que puder, fale de amor e com amor para alguém. Faz bem aos ouvidos de quem ouve e à alma de quem fala.”

Irmã Dulce

## RESUMO

**Introdução:** O câncer de pênis representa 2% de todos os tipos de neoplasias que acometem o homem no Brasil. Atualmente, devido à sua elevada incidência, se tornou um problema de saúde pública. Mesmo com todo o aparato e avanços tecnológicos o câncer ainda é percebido cheio de estigmas e associado à morte. Sendo assim, percebe-se que cada paciente reage de forma subjetiva ao adoecimento/tratamento e, adaptar-se ao tratamento oncológico depende das estratégias de enfrentamento (*coping*) desenvolvidas durante a vida. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de *distress*, sintomas depressivos e estratégias de enfrentamento em pacientes recém-diagnosticados com câncer de pênis. **Métodos:** Esta pesquisa consistiu em um estudo longitudinal e prospectivo composto por três instrumentos validados no território brasileiro (BDI II, Inventário de Estratégias de *Coping* e Termômetro de *Distress*) além de um questionário socioeconômico para complementar os dados desta pesquisa. Os indivíduos foram avaliados em três momentos (primeira aplicação, três e seis meses após a mesma). **Resultados:** Encontrou-se prevalência de pacientes exercendo profissões informais (55%), casados (73%), oriundos do interior (82%) e residentes da zona rural (55%). Referente à religião, 64% referiu ser católico. Em relação à escolaridade, a prevalência foi de baixo grau de instrução (55%). A renda mensal foi de até 1 salário mínimo (73%). Houve uma predominância de pacientes que se diziam pardos (55%). A maior frequência relatada foi de cuidador principal alguém externo à família nuclear e extensa (46%). Todos referiram expectativa de cura em relação ao câncer e foram receptivos à abordagem. Neste estudo prevaleceu ausência do *distress* nos três momentos de aplicação dos instrumentos assim como, não se observou prevalência de sintomas de depressão entre os pacientes. Em relação às estratégias de enfrentamento, os pacientes apresentaram uma maior prevalência das estratégias focadas no problema. **Conclusões:** O perfil clínico e as características epidemiológicas encontradas neste estudo foram de são pacientes com baixa renda, baixo grau de instrução e predominância de idade superior à 40 anos. Os problemas emocionais mais reportados pelos pacientes da pesquisa foram ansiedade, medo, tristeza e preocupação. Quanto aos problemas físicos, os mais reportados foram: alteração da aparência, dores e alteração no ciclo do sono. No que diz respeito aos sintomas depressivos e presença de *distress*, não observou-se uma prevalência de sintomas depressivos e elevado índice de *distress* na população estudada. As estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos pacientes do estudo foram focadas no problema, sendo o suporte social, reavaliação positiva e

resolução de problemas as mais prevalentes. Houve uma associação positiva entre o resultado do Inventário de Beck e do Termômetro de *Distress* apontando que quanto mais sintomas depressivos reportados maior o índice de *distress*. No que tange às estratégias de enfrentamento, encontrou-se uma associação positiva entre suporte social e o resultado do termômetro de *distress* no primeiro tempo de avaliação e entre a estratégia de enfrentamento fuga-esquiva e o resultado do Inventário de Beck também no primeiro momento de avaliação.

**Palavra-chave:** *Distress*, Sintomas depressivos, Estratégias de Enfrentamento, Câncer de Pênis

## ABSTRACT

**Introduction:** Penis cancer accounts for 2% of all types of cancer that affect men in Brazil. Currently, due to its high incidence, cancer has become a public health problem. Even with all the new equipment and technological advances cancer is still full of stigmas and associated with death. Therefore, it is noted that each patient reacts subjectively to the illness / treatment and, adapting to the cancer treatment depends on the coping strategies developed during life.

**Objective:** This study aimed to evaluate changes in the prevalence of distress, depressive symptoms and coping strategies in patients newly diagnosed with penile cancer. **Methods:**

This research consisted of a longitudinal and prospective study composed of three validated Brazilian instruments (BDI II, Ways of Coping and Distress Thermometer) and a socioeconomic questionnaire to complement the data of this research. The individuals were evaluated in three moments (first application, three and six months after that). **Result:**

This study found a prevalence of patients with informal professions (55%), married (73%), from country towns (82%) and 55% lived in the countryside. Regarding religion, 64% reported being Catholic. In relation educational stage, the prevalence was low educational level (55%), with a monthly income of up to 1 minimum wage (73%). There was a predominance of patients who said they were "pardos" brown (55%). A majority reported having as their main caregiver someone outside the nuclear/extensive family (46%). All of them reported an expectation of cure in relation to cancer and were receptive to the approach. In this study, the absence of distress prevailed in the three moments of application of the instruments, as well as, there was no prevalence of symptoms of depression among the patients. Regarding coping strategies, in this study, patients presented a higher prevalence of strategies that focused on the problem.

**Conclusions:** Conclusions: This study has a clinical and epidemiological profile of patients with low income, low educational and predominance of men over 40 years of age. The emotional problems most reported by the research patients were anxiety, fear, sadness and worry. As for the physical problems, the most reported were: change of appearance, pain and alteration in the sleep cycle. As for depressive symptoms and the presence of distress, a prevalence of depressive symptoms and a high rate of distress were not observed in the study population. The coping strategies most used by the study patients were focused on the problem, with social support, positive reassessment and problem solving being the most prevalent. There was a positive association between the Beck Depression Scale and the Distress Thermometer, indicating that the more depressive symptoms reported, the higher the

distress index. Regarding coping strategies, there was a positive association between social support and the Distress Thermometer result in the first evaluation time and between the escape-avoidance coping strategy and the Beck Inventory inventory scale also in the first moment of evaluation.

**Keywords:** Distress, Depressive symptoms, Coping, Penile cancer

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes com câncer de pênis atendidos nos hospitais de referências em oncologia em São Luís, Maranhão, 2018. (n=11).....	44
Tabela 2. Descrição das frequências dos Problemas reportados no Termômetro de Distress durante seis meses dos pacientes com câncer de pênis atendidos nos hospitais de referências em oncologia em São Luís, Maranhão, 2018. (n=11).....	45
Tabela 3. Correlação entre as variáveis dos pacientes com câncer de pênis atendidos nos hospitais de referências em oncologia de São Luís, Maranhão, 2018. (n=11).....	46
Tabela 04. Níveis de depressão e TD em função de entendimento diagnóstico durante seis meses dos pacientes com câncer de pênis atendidos em São Luís, Maranhão (n=11).....	47
Tabela 5. Enfrentamento em função de entendimento diagnóstico durante seis meses dos pacientes com câncer de pênis atendidos em São Luís, Maranhão (n=11).....	48

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Modelo de Processamento de Stress e Coping.....	24
--	----

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BCD	Brief Case find for Depression
BDI – II; BDI-SF	Beck Depression Inventory
BSI	Brief Symptom Inventory
BZDRS; ZSRDS	Brief Version, Zung self-rating depression scale
CA	Câncer
CEC	Carcinoma Escamso de Células
CES – D	Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale
CP	Câncer de Pênis
DP	Desvio Padrão
DSM – IV TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DT	Distress Thermometer
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
GDS	Geriatric Depression Scale
GHQ	General Health Questionnaire
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression subscale
HIS	Hornheide Screening Instrument
HPV	Human Papilloma Virus
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IOM	Institute of Medicine
LP	Lista de Problemas
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
MEQ	Mood Evaluation Questionnaire
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PHQ – 9	Patient Health Questionnaire
POMS	Profile of Mood States
RSCL	Rotterdam Symptom Checklist
SDS	Zung Self-rating Depression Scale
TD	Termômetro de Distress

UV - A

Radiação Ultravioleta

WCQ

Ways of Coping Questionnaire

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	18
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	18
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	18
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	19
<b>3.1 Câncer de Pênis</b> .....	19
<b>3.2 <i>Distress</i></b> .....	21
<b>3.3 Estratégia de Enfrentamento</b> .....	23
<b>3.4 Transtorno Depressivo</b> .....	25
<b>4 ARTIGO SUBMETIDO</b> .....	27
<b>5 CONCLUSÕES</b> .....	49
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	50
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	51
<b>APÊNDICES</b> .....	56
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	57
<b>APÊNDICE B - Parecer Consubstânciado pelo CEP</b> .....	59
<b>ANEXOS</b> .....	63
<b>ANEXO A – Questionário Sociodemográfico</b> .....	64
<b>ANEXO B – Termômetro de <i>Distress</i></b> .....	66
<b>ANEXO C – Inventário de Estratégias de <i>Coping</i></b> .....	67
<b>ANEXO D – Inventário de Depressão de Beck</b> .....	69

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com o documento do Ministério da Saúde, uma pesquisa realizada em 2012, no que diz respeito à situação de saúde do homem no Brasil, apontou que os óbitos por neoplasias são mais expressivos a partir dos 40 anos de idade, com concentração maior entre os indivíduos de 50 a 59 anos de idade (BRASIL, 2015).

Com destaque para os problemas geniturinários em homens, o câncer de pênis (CP) é um tumor raro, que representa 2% de todos os tipos de câncer que atingem o sexo masculino, geralmente a partir da quarta ou quinta década de vida. Em países em desenvolvimento esta doença pode vir a representar taxas mais elevadas de aparecimento culminando em cerca de 10 a 20% dos tumores que acometem os homens (FIGLIUOLO et al, 2015; BRASIL, 2015; SOUZA, V.C, DOURADO, 2015; AITA, 2014; BATISTA et al, 2014; LLAPA-RODRÍGUES et al, 2014).

No Brasil, o CP possui uma elevada incidência que se distribuiu de forma variável entre as regiões. Sendo cinco vezes mais prevalente nas regiões Norte e Nordeste em comparação com demais regiões do país, onde ocupa o ranking de terceiro mais frequente entre os cânceres urogenitais no sexo masculino atrás apenas do tumor da próstata e bexiga. De acordo com o INCA, a incidência dá-se conforme as condições socioeconômicas, grau de instrução, higiene íntima, circuncisão e estudos científicos também sugerem a associação entre infecção com o vírus HPV (papilomavírus humano) (BRASIL, 2015; FIGLIUOLO et al, 2015; SOUZA; DOURADO, 2015; AITA, 2014; BATISTA et al, 2014; LLAPA-RODRÍGUES et al, 2014; BRASIL, 2009).

No Nordeste do Brasil, o câncer peniano representa 5,3% dos casos resultando no quarto tipo de câncer mais prevalente na região (BRASIL, 2015). Um estudo de coorte e retrospectivo realizado com 392 pacientes no estado do Maranhão, durante o período de 2004 a 2014, constatou que o estado possui a maior incidência de câncer de pênis registrado no Brasil e globalmente. Tal estudo que teve como objetivo estimar a incidência mínima de câncer de pênis no Estado do Maranhão e descrever as características epidemiológicas e clínicas dos pacientes diagnosticados com a doença, verificou que na região acontece uma grande variação no que diz respeito à faixa etária dos pacientes diagnosticados com câncer de pênis, existindo uma predominância de adultos jovens ( $\leq 40$  anos de idade), de indivíduos com baixo nível socioeconômico, tumores localmente avançados e uma alta ocorrência penectomia (COELHO et al, 2018).

Nos últimos tempos, devido à sua incidência, o câncer se tornou um problema de saúde pública (BELHIANE et al, 2014). Mesmo com todo o aparato e avanços tecnológicos a enfermidade, incluindo o CP, ainda é percebido como uma doença carregada de estigmas e está quase sempre associada à morte (ROCHA et al, 2014; BARROS et al, 2009).

Diante destes e de outros estigmas que tal doença carrega consigo, o diagnóstico de câncer vem permeado de sentimentos ruins como angústia e desesperança que acompanham pacientes e familiares desde o diagnóstico até o final do tratamento (ROCHA et al, 2014; BIFULCO, FALEIROS, 2014). Os pacientes que receberam este diagnóstico na maioria das vezes experimentam grandes mudanças em todos os aspectos de suas vidas (YI et al, 2014). Observa-se que as repercussões psicológicas nos pacientes com câncer são acarretadas tanto pelo diagnóstico em si quanto pelos possíveis efeitos e mudanças acarretadas pelo tratamento (HANKENBERG et al, 2015).

Dessa forma, ao ser diagnosticado com uma enfermidade atrelada a tantos estigmas, paciente e família entram em contato com fantasias e crenças pré-estabelecidas, podendo potencializar as repercussões físicas do tratamento oncológico (BIFULCO; FALEIROS, 2014).

Sendo assim, percebe-se que cada paciente reage de forma subjetiva ao adoecimento/tratamento. E adaptar-se ao tratamento oncológico depende das estratégias de enfrentamento (*coping*) desenvolvidas durante a vida (ROCHA et al, 2014). As estratégias de enfrentamento estão relacionadas à história de vida de cada um, bem como, como cada situação adversa é vivenciada.

Diante da relevância já apontada nos estudos no que diz respeito ao gerenciamento e entendimento das repercussões psíquicas desencadeadas pelo câncer de pênis nos pacientes é que se pensou nesse estudo. Que teve como objetivo servir de instrumento norteador para proporcionar uma qualidade de assistência a tais pacientes nos três níveis de atenção à saúde.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral

Avaliar prevalência de *distress*, sintomas depressivos e estratégias de enfrentamento em pacientes recém-diagnosticados com câncer de pênis.

### 2.2 Específicos

1. Avaliar as associações existentes entre os dados sociodemográficos e a presença de *distress* e sintomas depressivos;
2. Estudar as associações existentes entre as variáveis sociodemográficas e o tipo de estratégia de enfrentamento utilizada por esses pacientes;
3. Determinar a correlação existente entre *distress*/sintomas depressivos e estratégias de enfrentamento;
4. Investigar fatores preditivos de *distress*, estratégias de enfrentamento e sintomas depressivos.

## 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 3.1 Câncer de pênis

O câncer de pênis é uma doença rara e potencialmente mutilante para homens. Trata-se de uma enfermidade de curso lento, iniciando com lesões superficiais e evoluindo com progressão da doença que pode difundir-se profundamente no órgão (CHAUX; CUBILLA, 2016; OTTENHOF et al, 2016; HANKENBERG et al, 2015). No que diz respeito à disseminação metastática, ocorre principalmente para o sistema linfático, sendo geralmente as cadeias inguinais o primeiro sítio de acometimento, podendo evoluir com processos inflamatórios, infiltrações vasculares entre outras repercussões (BATISTA et al, 2014). De acordo com Aita (2014), a maior incidência do tumor primário é na glândula (48%), seguida do prepúcio (21%), glândula e prepúcio concomitantemente (9%), sulco coronal (6%) e haste peniana (2%).

A maioria dos casos apresentados é de carcinoma de células escamosas (CEC). (HERNANDEZ, 2008). Observou-se que o CEC peniano compartilha patologia semelhante com o CEC da orofaringe, genitália feminina (colo do útero, vagina e vulva) e do ânus e, portanto, assume-se que também compartilha extensão da história natural. Existem numerosas formas de manifestação do CP menos comum que o CEC tais como: basalóide-verruca, usual-warty, usual-basalóide ou usual-papilar, entre outras. (HANKENBERG et al, 2015).

No que diz respeito à prevalência do câncer de pênis, observa-se que há prevalência em países subdesenvolvidos, representando 1 a 2% das doenças malignas no homem. Em contrapartida, nos países desenvolvidos como o Reino Unido, o câncer de pênis é uma enfermidade extremamente rara, com uma incidência menor de 1 por 100.000 homens (OTTENHOF et al, 2016; HANKENBERG et al, 2015; CURADO et al, 2007) A alteração entre os países, no que diz respeito à incidência, pode-se atribuir ao baixo *status* socioeconômico entre outros fatores.

Um fator bastante reconhecido dentro da literatura que está correlacionado ao aparecimento de câncer de pênis é a idade (BARNHOLTZ-SLOAN, 2007; FAVORITO, 2008). A incidência do câncer de pênis aumenta com a idade, entretanto, os homens mais jovens não estão livres de tal enfermidade (OTTENHOF et al, 2016; HANKENBERG et al, 2015).

È sabido que a fimose está associada ao desenvolvimento de câncer peniano invasivo. (LIKLIDER, 1961). Este fator pode estar atribuído à infecção crônica decorrente da retenção de materiais das células epidérmicas e produtos urinários (smegmas) (OTTENHOF et al, 2016; HANKENBERG et al, 2015).

De acordo com Hankenberg et al (2015), apesar da incidência de líquen escleroso em pacientes com câncer de pênis ser relativamente alta, não há associação com as taxas aumentadas de características histopatológicas adversas, incluindo carcinoma in situ.

Alguns estudos destacam também como fator de risco o tabagismo, como por exemplo o estudo de Harish e Ravi (1995) que avaliou 503 pacientes com CEC de pênis comparado com 503 pacientes do grupo controle. Os mesmos observaram que o risco foi maior para quem fumava 10 cigarros por dia (OR 2,14), aqueles que fumaram por 5 anos (OR 1,43) e aqueles com exposição vitalícia a 30 anos-maço (OR 1,86). Outro estudo realizado por Tseng et al (2001), encontrou maior incidência (2,4 vezes) de câncer de pênis entre os homens que já fumaram cigarros do que homens que nunca fumaram. Embora o papel que o mesmo desempenha no desenvolvimento do câncer ainda não é conhecido, sabe-se que o hábito de fumar pode alterar a resposta imune do paciente uma vez que pode agir através de um dos seus metabólitos ou diretamente após a absorção sistêmica (OTTENHOF et al, 2016; HANKENBERG et al, 2015).

Diversos autores pontuam sobre a relação entre a incidência do câncer de pênis e a prevalência do vírus HPV (HANKENBERG et al., 2015; MORRIS & ROSE, 2007; GUILIANO et al., 2007; NIELSON, et al., 2007; ROMBALDI et al., 2006; IWASAWA et al., 1993; BEZERRA, et al., 2001). Pelo menos um terço dos casos pode ser atribuído à carcinogênese relacionada ao HPV. (OTTENHOF et al, 2016; STANKIEWICZ et al, 2009). A taxa de positividade para HPV altera entre os diferentes subtipos do câncer de pênis, dessa forma, interpreta-se que o HPV é um cofator na carcinogênese de algumas variantes do CEC do pênis, prevalecendo os tipos de vírus 16 e 18 (OTTENHOF et al, 2016; STANKIEWICZ et al, 2009; HANKENBERG et al., 2015; MORRIS & ROSE, 2007; GUILIANO et al., 2007; NIELSON, et al., 2007; ROMBALDI et al., 2006; IWASAWA et al., 1993; BEZERRA, et al., 2001).

Outros fatores epidemiológicos associados ao câncer de pênis são: baixo status socioeconômico, falta de higiene pessoal e baixo nível de escolaridade (OTTENHOF et al, 2016; HANKENBERG et al, 2015). Foi realizado de maio de 2006 a junho de 2007, um estudo prospectivo com um total de 283 pacientes, visando analisar os dados clínicos e

epidemiológicos dos pacientes com câncer de pênis no Brasil. Observou-se que a maioria dos casos (53%) foi relatada nas regiões norte e nordeste do país. Quanto à faixa etária dos pacientes afetados pela doença a grande maioria (79%) tinha mais de 46 anos de idade, enquanto apenas 21 pacientes (7%) tinham menos de 35 anos de idade e dos 283 pacientes com câncer de pênis, 76% eram caucasianos (FAVORITO et al, 2008).

Diante da necessidade de direcionamento de tratamento visando uma maior eficácia, se faz importante biopsiar a lesão para confirmação de diagnóstico e exclusão de uma possível lesão benigna (ALNAJJAR; MALONE, 2016).

Existe uma variedade de tratamentos disponíveis para serem utilizados de acordo com localização e extensão da lesão tais como cirurgia excisional, quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, laserterapia, glansctomia, penectomia parcial, que são usados para tratar doença invasiva localizada (HANKENBERG et al, 2015).

Em caso de remissão da doença, se faz necessário o acompanhamento do paciente uma vez que existe a necessidade de monitorar recidiva bem como, a de possíveis complicações do tratamento realizado (HANKENBERG et al, 2015). O tipo e frequência de seguimento irão variar com estágio e grau da doença na apresentação inicial (KIRKHAM, 2016).

O pênis, assim como os testículos, possui significantes de masculinidade socialmente construídos e influenciados pelas crenças e culturas. Dessa forma, pode-se afirmar que o câncer peniano poderá influenciar as percepções dos homens sobre si mesmos e sobre sua masculinidade (MARTINO; PALLOTTA-CHIAROLLI, 2003; KILMARTIN, 2000; MOYNIHAM, 1998).

### **3.2 Distress**

Diante do conhecimento do meio científico das repercussões psíquicas acarretadas pelo câncer, foi se desenvolvendo cada vez mais os estudos voltados para a área. Nesse contexto, a *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), trouxe o conceito de *distress*, definindo-o como uma “experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica, social e/ou espiritual que pode interferir na habilidade de lidar efetivamente com o câncer, os sintomas físicos e o tratamento” (*National Comprehensive Cancer Network*, 2018, p. DIS – 2). Segundo a NCCN (2018), o *distress* é considerado como uma resposta natural de uma pessoa que vivencia o câncer e seu tratamento, caracterizando-se, por exemplo, por uma variação de humor. Mas, também, abrange evoluções mais graves que

podem conduzir a um distúrbio psiquiátrico como a depressão maior e o distúrbio de ansiedade generalizada.

Após conceituação do termo, alguns autores passaram a discuti-lo e pontuaram sobre a ampliação do mesmo incluindo no significado do termo uma gama de sintomas como: fadiga, insônia, problemas nutricionais, financeiros, religiosos, familiares, entre outros (BULTZ et al, 2012). Carlson et al (2012) ainda sinalizou a importância de compreender o *distress* como uma definição que abrange critérios clínicos significativos para qualificar diversos transtornos de humor.

Inúmeros protocolos de atendimento baseados em evidências científicas no que se refere de pacientes e seus familiares ao longo da trajetória da doença oncológica foram desenvolvidos. Este estudo traz à luz um protocolo desenvolvido por uma equipe multidisciplinar da NCC nos Estados Unidos e validado e traduzido para o Brasil pela pesquisadora Cristiane Sant'anna Decat em 2008, o *Distress Management*. Para avaliação dos pacientes o protocolo sugere a utilização do *Distress Thermometer* (DT) acompanhado da Lista de Problemas (LP) que possibilita o mapeamento da possível origem do *distress* visando conduta adequada (HOLLAND, 2004).

Diante da compreensão da importância de diagnosticar e tratar adequadamente o *distress*, as diretrizes da NCCN (2018) pontuam que uma questão que se faz importante para a assistência ao paciente oncológico é o reconhecimento, documentação, monitoramento e tratamento do *distress*. Faz-se necessário redobrar a atenção para com os pacientes oncológico no sentido de não subdiagnosticar o risco psíquico dos mesmos uma vez que o adoecimento pode acarretar um estresse crônico, alterações do humor, dor, alterações físicas, disfunção sexual, entre outras (PASTORE et al, 2017).

Houve uma expansão da terminologia e da aplicação dos protocolos, em 2007 quando o Institute of Medicine (IOM), após um estudo sobre as necessidades psicossociais dos pacientes e familiares oncológicos visando o aperfeiçoamento da qualidade do serviço prestado aos mesmos. Com isso, enfatizou-se o atendimento biopsicosocial com ênfase na eficácia da comunicação médico e paciente (ADLER, PAGE, 2008; HOLLAND et al, 2011).

Depois da publicação de tal obra, e com o apoio da National Academy of Science e dos Comprehensive Cancers Centers, a avaliação do manejo do *distress* se tornou ferramenta fundamental para viabilização de qualidade no tratamento do câncer (ADLER & PAGE, 2008; NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK, 2005; NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK, 2011).

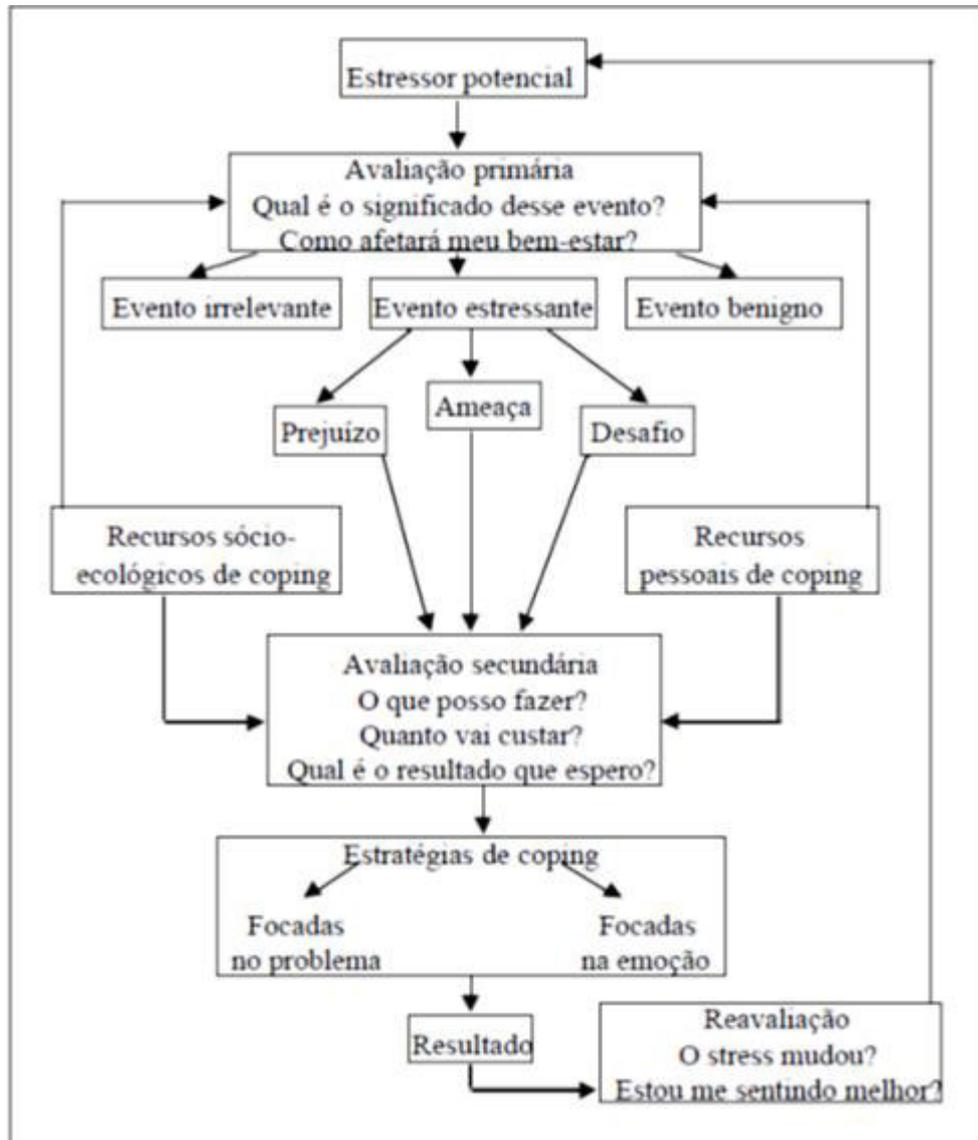
### 3.3 Estratégias de enfrentamento

O  *coping*, que se traduz em português como enfrentamento. Sua conceituação teve início entre 1960 e 1970 diante do interesse de alguns pesquisadores em estudar o estresse. Com o passar dos anos, diversas teorias foram surgindo na tentativa responder lacunas que emergiram após conceituação (LAZARUS, FOLKMAN, 1984; LAZARUS, 1993).

Entre todas as teorias que surgiram, destaca-se aqui a proposta por Folkman e Lazarus em 1980 que categoriza o enfrentamento em duas estratégias, com diferentes focos: no problema e na emoção. Entende-se por estratégias focadas no problema os esforços realizados pelo indivíduo para administrar, alterar o problema ou melhorar o seu relacionamento com o meio (NASCIMENTO et al, 2011). E como estratégia focada na emoção as estratégias em que o indivíduo direciona seus esforços para substituir ou regular o impacto emocional do estresse. Nessa época, os autores propuseram um instrumento para avaliação do enfrentamento, denominado *The Ways of Coping Questionnaire* (WCQ). (FOLKMAN & LAZARUS, 1988; SKINNER et al, 2003; VITALIANO et al, 1987).

Segundo Lázarus e Folkman (1984), tais estratégias de enfrentamento são utilizadas diante de eventos específicos, ou seja, são voláteis, podem ser aprendidas, usadas e descartadas. Dessa forma, entende-se por  *coping* o conjunto de estratégias utilizadas pelo indivíduo para adaptar-se ao evento estressor através do empreendimento de esforços cognitivos e comportamentais (Figura 4) (ANTONIAZZI et al, 1998).

Figura 1 – Modelo de Processamento de Stress e Coping (Lazarus e Folkman, 1984).



Fonte: ANTONIAZZI et al, p.277, (1998)

Diversos pesquisadores foram desenvolvendo e aprimorando instrumentos que pudessem categorizar e quantificar o *coping*. Neste estudo utilizou-se o questionário *Ways of Coping* (WCQ) de Lazarus e Folkman validado para o Brasil por Savoia, Santana e Mejias (1996), cuja tradução ficou Inventário de estratégias de *coping*. O Inventário de Estratégias de *Coping* se constitui em um questionário de 66 itens que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico (RIBEIRO; SANTOS, 2001).

No que tange ao câncer peniano, um estudo qualitativo realizado por BULLEN *et al.* 2010, utilizando a Análise Fenomenológica Interpretativa (IPA) com homens que foram submetidos à cirurgia peniana com câncer de pênis dentro de um mínimo de 18 meses após a cirurgia, visando avaliar a experiência vivenciada por homens acometidos esta enfermidade verificou que os homens possuíam a percepção de que a juventude, o estado civil e a ausência de filhos eram fatores que interferiam diretamente o nível de angústia vivenciado por estes pacientes. Observou-se também, que a busca por comportamento e enfrentamento foi influenciada pelas percepções de masculinidade idealizada. Ou seja, a manutenção da imagem era essencial, assim como a projeção para a sociedade da mesma (BUELLEN *et al.* 2010).

### **3.4 Transtorno depressivo**

Devido à alta prevalência no século XXI, a depressão, também conhecida como o “mal do século”, se destaca entre as maiores preocupações no quesito de saúde pública em decorrência da sua alta prevalência e das consequências à saúde mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Segundo a OMS (2015), a depressão afeta 300 milhões de pessoas no mundo, e em 10 anos, esse número cresceu 18%. E, de acordo com o Ministério da Saúde (2017), a depressão é a quarta causa de morte no Brasil.

Diante disso, compreende-se a importância de diagnosticar e tratar de forma adequada esta enfermidade que acarreta prejuízos significativos na vida social, profissional e pessoal do indivíduo uma vez que o diagnóstico e tratamento adequado pode resultar na diminuição da taxa de morbi-mortalidade em até 70% (FLECK *et al.* 2003).

De acordo com o DSM-V-TR, para se categorizar a depressão é necessário o preenchimento de pelo menos cinco sintomas presentes no período mínimo de duas semanas, sendo um deles o humor depressivo ou anedonia. Outros sintomas incluem a alteração no apetite, alteração do sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração e ideação suicida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Para o diagnóstico de depressão é necessário uma avaliação clínica que inclui acesso aos sintomas, anamnese clínica, histórico de vida, tratamento prévios, assim como à duração dos sintomas, que devem persistir por pelo menos duas semanas (BERGEROT, 2013).

Alguns instrumentos podem ser utilizados por profissionais capacitados para rastrear ou diagnosticar depressão (HAMILTON, 1960; MONTGOMERY & ÅSBERG, 1979). São

eles: *Beck Depression Inventory* (BDI-II e BDI-SF); *Brief Case find for Depression* (BCD); *Brief Symptom Inventory* (BSI); *Brief version, Zung self-rating depression scale* (BZSDRS, ZSRDS); *Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D); *Hornheide Screening Instrument* (HIS); *Hospital Anxiety and Depression Scale- Depression subscale* (HADS); *Profile of Mood States* (POMS), *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS); *Mood Evaluation Questionnaire* (MEQ); *General Health Questionnaire* (GHQ); *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9); *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS); *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL); *Geriatric Depression Scale* (GDS); *Zung Self-rating Depression Scale* (SDS) (MILLER & MASSIE, 2010; MITCHELL, 2010).

Neste estudo utilizou-se o *Beck Depression Inventory* (BDI-II) que foi desenvolvido originariamente por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh em 1961. Trata-se de uma escala de autorelato, para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos composta por 21 questões para análise de sintomas depressivos utilizando as seguintes categorias: 0-13 depressão mínima, 14-19 depressão leve, 20-28 depressão moderada e 29-63 depressão severa (PARANHOS et al, 2010; GANDINI et al, 2007).

Entre os fatores que aumentam o risco de depressão destaca-se aqui o diagnóstico avançado de câncer, o diagnóstico câncer de pâncreas, precário controle da dor, tratamentos utilizados para o câncer (BALLENGER et al, 2001; BOTTINO et al, 2009; MASSIE, 1993; MCDANIEL et al, 1995).

O câncer acarreta uma variedade de repercussões na vida dos pacientes e, diante dessa compreensão de sofrimento psíquico, as atuais diretrizes internacionais e nacionais sobre câncer recomendam a avaliação precoce e o apoio a problemas psicossociais, sofrimento, necessidades de cuidados de suporte não atendidos, problemas com atividades diárias e riscos de estilo de vida (RUNOWICZ et al, 2016).

## 4 ARTIGO SUBMETIDO

31/01/2019

SAGAS

O novo artigo foi submetido com sucesso!

Login: [fernandalima](#) [Português](#) [English](#) [Español](#)



# SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos  
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#) [Autor](#) [Consultor](#) [Editor](#) [Mensagens](#) [Sair](#)

### CSP\_0191/19

<b>Arquivos</b>	<a href="#">Versão 1</a> [ <a href="#">Resumo</a> ]
<b>Seção</b>	Artigo
<b>Data de submissão</b>	31 de Janeiro de 2019
<b>Título</b>	Prevalência de distress, sintomas depressivos e estratégias de enfrentamento em pacientes recém-diagnosticados com câncer de pênis
<b>Título corrido</b>	Prevalência de distress, sintomas depressivos e estratégias de enfrent
<b>Área de Concentração</b>	Políticas Públicas de Saúde
<b>Palavras-chave</b>	Depressão, Neoplasias penianas, Coping, Distress
<b>Fonte de Financiamento</b>	Nenhum
<b>Conflito de Interesse</b>	Nenhum
<b>Condições éticas e legais</b>	No caso de artigos que envolvem pesquisas com seres humanos, foram cumpridos os princípios contidos na <a href="#">Declaração de Helsinki</a> , além de atendida a legislação específica do país no qual a pesquisa foi realizada. No caso de pesquisa envolvendo animais da fauna silvestre e/ou cobaias foram atendidas as legislações pertinentes.
<b>Registro Ensaio Clínico</b>	Nenhum
<b>Sugestão de consultores</b>	Nenhum
<b>Autores</b>	<a href="#">Fernanda Lima Britto Oliveira</a> (Universidade Federal do Maranhão) <fernandalima.psi@gmail.com> <a href="#">Luciane Maria Oliveira Brito</a> (Universidade Federal do Maranhão) <luciane2406@yahoo.com.br> <a href="#">Haissa Oliveira Brito</a> (Universidade Federal do Maranhão) <haissabrito@gmail.com> <a href="#">Ana Karolina Torres Mendes</a> (Universidade Federal do Maranhão) <anakarolm@gmail.com> <a href="#">Cristiane Decat Bergerot</a> (City of Hope Comprehensive Cancer Center) <crisbergerot@gmail.com>
<b>STATUS</b>	<i>Com Secretaria Editorial</i>

© Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ - 2019

**PREVALÊNCIA DE *DISTRESS*, SINTOMAS DEPRESSIVOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM PACIENTES RECÉM-DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER DE PÊNIS**

**Título corrido:** Prevalência de distress, sintomas depressivos e estratégias de enfrentamento em pacientes recém-diagnosticados com câncer de pênis.

**Palavras-chaves:** Câncer de pênis, Depressão, Impacto psicossocial, Adaptação Psicológica

Fernanda Lima Britto Oliveira<sup>1</sup>, ORCID: 0000-0002-0333-2890

Luciane Maria Oliveira Brito<sup>1</sup>, ORCID: 0000-0002-8574-9680

Haíssa Oliveira Brito<sup>1</sup>, ORCID: 0000-0002-1189-8130

Ana Karolina Torres Mendes<sup>1</sup>, ORCID: 0000-0002-7556-1262

Cristiane Decat Bergerot<sup>2</sup>, ORCID: 0000-0003-0037-0303

<sup>1</sup>Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil

<sup>2</sup>Department of Medical Oncology & Experimental Therapeutics. City of Hope Comprehensive Cancer Center, Duarte, Califórnia, Estados Unidos.

**Autor correspondente:**

Fernanda Lima Britto Oliveira

Avenida Monção, s/n, Edf. Bahrein, apto 901, Jardim Renascença

São Luís, Maranhão

CEP: 65075 692

E-mail:

**Conflito de interesses:**

Todos os autores declaram não existir potencial conflito de interesse.

**Contribuições:**

Os autores FLBO, LMOB e HOB contribuíram na concepção e desenho desse estudo. FLBO auxiliou na aquisição dos dados. Todos os autores contribuíram

substancialmente na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e na revisão crítica do conteúdo intelectual. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada, estando responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte desse estudo.

## Resumo

O câncer de pênis (CP) é considerado raro, com maior prevalência descrita no Norte e Nordeste do Brasil. Contudo, nenhum estudo brasileiro avaliou o impacto biopsicossocial dessa doença. Sendo assim, esse estudo multicêntrico, prospectivo e longitudinal, objetivou descrever a prevalência de *distress*, sintomas depressivos e estratégias de enfrentamento em pacientes recém-diagnosticados com CP. Estes foram avaliados por meio do Termômetro de Distress, Inventário de Beck II e Inventário de Estratégias de Coping. A amostra foi composta por onze pacientes (M=57 anos). A maioria com união estável (73%), pardos (55%), baixa escolaridade (55%) e procedente do interior do estado do Maranhão (82%). Na primeira avaliação (T0), 36% reportaram *distress* e 18% sintomas depressivos. As estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram suporte social e reavaliação positiva. Três meses depois (T1), houve um aumento na prevalência de *distress* (46%), com posterior queda na última avaliação (T2: 9%). Nos T1 e T2, nenhum paciente reportou sintomas depressivos e as estratégias de enfrentamento mais utilizadas permaneceram as mesmas. Ademais, observou-se uma associação entre entendimento do diagnóstico e *distress*, depressão e uso de estratégias de enfrentamento focada no problema. Os resultados sugerem que pacientes com CP tendem a apresentar uma piora emocional e física três meses após o início do tratamento. Essa rotina de avaliação seriada auxiliou na identificação das necessidades não atendidas, bem como a direcionar o planejamento psicoterapêutico. Observou-se relevância de melhor comunicação do diagnóstico e prognóstico, assegurando um acurado entendimento do próprio estado de saúde.

## Introdução

De acordo com documento do Ministério da Saúde, em 2012, no que diz respeito à situação de saúde do homem no Brasil, os óbitos por neoplasias são mais expressivos a partir dos 40 anos de idade, com concentração maior entre os indivíduos de 50 a 59 anos<sup>1</sup>.

Com destaque para os problemas geniturinários no sexo masculino, o câncer de pênis (CP) é uma neoplasia rara, que representa 2% de todos os tipos de câncer que os atingem, geralmente a partir da quarta ou quinta década de vida<sup>2-3</sup>. Nos países em desenvolvimento esta doença pode representar 10 a 20% dos tumores que acometem os homens<sup>2-4</sup>.

No Brasil, o CP possui uma alta incidência que distribui-se de forma variável entre as regiões<sup>5</sup>. Esta é cinco vezes mais prevalente nas regiões Norte e Nordeste em comparação com demais regiões do país, onde ocupa o ranking de terceiro mais frequente entre os cânceres urogenitais no sexo masculino, atrás apenas do câncer de próstata e bexiga<sup>2,6</sup>. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), essa divergência se dá em resposta as características socioeconômicas, culturais (higiene íntima, circuncisão) e educacional (grau de instrução) de cada região<sup>1</sup>. Há, ainda, os casos associados a infecção transmitida sexualmente pelo papilomavírus humano (HPV)<sup>2,4</sup>.

No Nordeste do Brasil, o câncer peniano representa 5% dos casos resultando no quarto tipo de câncer mais prevalente na região<sup>1</sup>. Um estudo de coorte e retrospectivo realizado no estado do Maranhão (N=392), durante o período de 2004 a 2014, constatou que o estado possui a maior incidência de CP registrado no Brasil e globalmente. Verificou-se que nessa região acontece uma grande variação no que diz respeito à faixa etária dos pacientes, existindo uma predominância de adultos jovens ( $\leq 40$  anos de idade) e com baixo nível socioeconômico. Ao diagnóstico, os tumores estavam localmente avançados, sendo necessário tratamento cirúrgico, o que justifica uma alta ocorrência de penectomia<sup>7</sup>.

Em vista das características dessa doença e das modalidades de tratamento disponíveis espera-se que os pacientes reportem um maior número de necessidades psicossociais não atendidas. Os estigmas existentes, as fantasias e as crenças pré-estabelecidas podem potencializar essas repercussões físicas e emocionais<sup>8</sup>, impactando negativamente na autoestima e no bem-estar emocional, funcional e social desses pacientes<sup>9</sup>. A prevalência de *distress* e de sintomas de depressão, por exemplo, é proporcionalmente maior do que o esperado para a população com câncer em geral<sup>6, 7-9,11</sup>. Cerca de 50% dos pacientes apresentam algum transtorno psiquiátrico e 47% reportam um nível de *distress* moderado a severo<sup>9-12</sup>. Contudo, existem poucas evidências acerca dessa temática e as publicações

existentes, com amostra restrita, em virtude da raridade do CP, são oriundas de países desenvolvidos (ex.: Estados Unidos, Canadá e Europa). Dentre os estudos realizados com amostra brasileira, apenas um descreveu a prevalência de *distress* e depressão em pacientes com câncer raro<sup>10</sup>. Neste estudo foi possível constatar que a prevalência de *distress* é significativamente superior a descrita para a população geral de pacientes com câncer<sup>8</sup>. Resultado semelhante foi obtido para sintomas depressivo, contudo a diferença encontrada não foi significativa<sup>13</sup>.

Notavelmente, cada paciente reage de maneira distinta ao adoecimento e ao tratamento<sup>14</sup>. No processo de adaptação a essa condição adversa é preciso considerar as estratégias de enfrentamento (*coping*) utilizadas<sup>10</sup>. Como parte de um processo dinâmico, as estratégias focadas na emoção (ex.: distanciamento, fuga-esquiva) ou no problema (ex.: reavaliação positiva, solução de problema) auxiliam o paciente a manter a percepção de controle frente às incertezas e questionamentos impostos por esse diagnóstico, reduzindo sintomas emocionais<sup>15</sup>. Nesse cenário, a compreensão acerca do diagnóstico é fundamental para tomada apropriada de decisão e adesão ao tratamento<sup>16</sup>. Alguns estudos sugerem uma associação entre esse entendimento, a estratégia de enfrentamento e o *distress*<sup>13,14</sup>.

Até o momento, não há informações disponíveis sobre a vivência de homens com CP no Brasil e escassos dados publicados no exterior. Tendo em vista a relevância de um maior conhecimento acerca do impacto emocional vivenciado por esses pacientes para oferta de um suporte psicológico apropriado, o presente estudo teve como objetivo descrever a prevalência de *distress*, sintomas depressivos e estratégias de enfrentamento em pacientes recém-diagnosticados com CP. Além disso, será avaliado a associação entre esses fatores emocionais, determinando a relação entre esses fatores e o entendimento do diagnóstico.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo multicêntrico, prospectivo e longitudinal. Um total de 18 pacientes foram recrutados de 3 hospitais de referência em Oncologia do Maranhão (Hospital de Câncer do Maranhão, Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA – Unidade Presidente Dutra e Hospital do Câncer Aldenora Bello - HCAB). Foi utilizada uma amostra por conveniência captando todos os pacientes elegíveis que constavam no censo hospitalar durante o período desse estudo. Houve uma perda amostral de 7 pacientes por óbito nos tempos 1 (22%) e 2 (16%) de avaliação.

Durante o período de coleta de dados, realizou-se uma busca ativa e diária nos hospitais citados. Essa identificação e coleta de dados foram realizadas pelo primeiro autor (FL). Nos casos em que o paciente era analfabeto, FL optou pela aplicação assistida dos instrumentos utilizados. Os critérios de elegibilidade foram: confirmação diagnóstica de neoplasia peniana e idade superior a 18 anos. Critério de exclusão compreendia recusa em participar da pesquisa, fase terminal da doença, história prévia de outros cânceres, diagnóstico clínico prévio de depressão e alterações neurológicas e/ou psiquiátricas descritas em prontuário clínico.

Pacientes elegíveis foram informados sobre o objetivo e metodologia do estudo. Aqueles que concordaram assinaram ao Termo de Consentimento Informado e Esclarecido. Após assinatura, os participantes responderam a três instrumentos validados em território brasileiro (Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Estratégias de *Coping* e Termômetro de *Distress*) e a um questionário socioeconômico para caracterização dessa população (T0). Esses pacientes foram reavaliados com os mesmos instrumentos no intervalo de três (T1) e seis meses (T2) após a primeira avaliação, conforme orientação de um dos instrumentos utilizado (Termômetro de *Distress*)<sup>17</sup>.

### **Medidas de Estudo**

*Questionário sociodemográfico*: idade, estado civil, escolaridade, raça, religião, estado e município de origem, município de residência, profissão, renda, número de filhos, principal cuidador (a), expectativas relacionadas ao tratamento, conhecimento e entendimento da doença, conhecimento e entendimento do diagnóstico.

*Termômetro de Distress (TD)*: escala de 11 pontos para avaliação do nível de *distress* em pacientes com câncer. A pontuação varia de 0 (sem *distress*) a 10 (*distress* extremo), sendo que a pontuação maior ou igual a 4 indica um *distress* moderado à severo<sup>18,19</sup>. Na sequência, o paciente é orientado a indicar a natureza do *distress* em uma lista com 35 problemas, subdivididos no domínio Prático, Familiar, Emocional, Espiritual e Físico<sup>18</sup>.

*Inventário de Estratégias de Coping*: questionário para avaliação das estratégias de enfrentamento, composto por 66 itens, em escala tipo Likert de quatro pontos (0, não usei essa estratégia a 3, usei em grande quantidade). A somatória dos pontos indica o tipo de estratégia utilizada: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva<sup>20,21</sup>. Para algumas análises, essas estratégias foram agrupadas em estratégias focadas no problema (confronto, autocontrole,

resolução de problemas, reavaliação positiva e suporte social) e na emoção (afastamento, aceitação de responsabilidade e fuga-esquiva)<sup>22, 23</sup>.

*Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)*: questionário com 21 questões para avaliação da intensidade de episódios depressivos em uma escala tipo Likert de quatro pontos. A pontuação final é classificada em depressão mínima (0 a 13 pontos), leve (14 a 19 pontos), moderada (20 a 28 pontos) e severa (29 a 63 pontos)<sup>24, 25</sup>.

### **Análise Estatística**

Realizou-se uma análise descritiva das variáveis quantitativas, utilizando média e desvio padrão quando a distribuição foi normal e mediana e quartis quando foi não normal. Para comparação das medidas entre os tempos optou-se pelo teste não paramétrico ANOVA de Friedman, seguido do teste de comparação múltipla de Dunn. A correlação entre os resultados obtidos em cada tempo foi verificada por meio do teste Qui-Quadrado de Spearman, sendo considerado o nível de significância de 5%.

No que diz respeito às comparações entre participantes do grupo com entendimento do diagnóstico e não entendimento do diagnóstico foram realizadas estatísticas descritivas das variáveis de interesse e teste inferenciais de diferenças entre grupos independentes não paramétricos. Também foram realizadas análise de variância no T0, T1 e T2. Para interpretação do tamanho de efeito da diferença entre as médias foi utilizado Cohen's *d* e sua versão corrigida para o teste não paramétrico Mann-Whitney. Considerou-se o critério proposto por Cohen (1992)<sup>26</sup> para classificação do efeito: pequeno ( $d \leq 0,30$ ), moderado ( $d \geq 0,50$ ) e grande ( $d \geq 0,70$ ).

Esse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão (Protocolo número 2.290.072), tendo cumprido todos os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, da Associação Médica Mundial.

## **RESULTADOS**

### **Características da amostra**

A amostra final foi de 11 pacientes, sendo que 54% foram recrutados no Hospital de Câncer do Maranhão, 27% no HUUFMA – Unidade Presidente Dutra e 18% no HCAB.

Esses pacientes tinham em média 57 anos (DP=20, variando entre 22 e 87), a maioria estava casada ou em união estável (73%), com baixo grau de escolaridade (54% se declararam analfabeto ou tendo cursado um período inferior a nove anos de estudo, ensino fundamental incompleto) (vide Tabela 1). Houve uma predominância de pacientes que se diziam pardos (54%), seguido de brancos (27%) e negros (18%). Quanto à religião, 63% referiu ser católico, 27% evangélico e 9% espírita.

Tal como descrito na Tabela 1, todos eram oriundos do estado do Maranhão (82% interior do estado e 18% capital), sendo que a maioria residia na zona rural (54%) ou na periferia (36%). Mais da metade dos pacientes (55%) exercia profissões informais, tais como: lavrador (27%), autônomo (9%), comerciante (9%) e pedreiro (9%). Enquanto 27% exerciam profissões formais: auxiliar de limpeza (9%), técnico em refrigeração (9%) e trabalhador da construção civil (9%). Uma proporção de 18% estava aposentada. A renda mensal não ultrapassou o limite de 3 salários mínimos (até R\$ 2.811,00). Esses pacientes tinham em média 4,8 filhos (DP=5,9, variando entre 0 e 19). O cuidador principal dos pacientes era um membro externo à família nuclear e extensa (45%), ou o próprio companheiro (a) /esposo(a) (28%), o genitor(a) (18%), ou o filho(a) (9%).

Todos os pacientes referiram expectativa de cura, em relação ao diagnóstico de câncer, mais da metade dos pacientes (55%) relatou insatisfatória compreensão acerca da doença e baixo entendimento acerca do tratamento.

### **Prevalência de *Distress*, Depressão e Estratégias de Enfrentamento**

No primeiro tempo (T0), apenas 36% reportaram um nível de *distress* moderado a grave, variando entre 5 (9%), 8 (18%) e 10 (9%). Problemas físicos e emocionais foram os mais frequentemente reportados (Tabela 2): mudança ao urinar (73%), aparência (73%), ansiedade (54%), medo (54%), preocupação (54%), dormir (54%), tristeza (45%), dores (45%), sexual (27%) e alimentação (27%). No domínio prático, problemas no trabalho/escola (27%) e financeiros (18%) foram os mais citados.

Na aplicação do BDI-II, a grande maioria dos pacientes (82%) não apresentou sintomas clínicos de depressão. Apenas um (9%) paciente foi identificado com depressão leve à moderada e um (9%) com depressão moderada à grave. Os pacientes relataram choro (63%) e tristeza (54%). No que diz respeito às estratégias de enfrentamento, suporte social (45%) foi a mais utilizada no T0, seguida de confronto (9%), resolução de problema (9%), afastamento (9%) e fuga-esquiva (9%).

Três meses após a primeira avaliação (T1), a prevalência de pacientes com *distress* moderado à severo aumentou para 45%. Contudo, houve uma redução na frequência com que problemas emocionais foram reportados (ex.: medo), mantendo a mesma prevalência para ansiedade (54%). Já a prevalência de sintomas físicos e práticos aumentou e, em alguns casos, se manteve, como é possível observar na Tabela 2. Houve redução apenas nos itens mudança ao urinar (36%), indigestão (9%), inchaço (9%) e ansiedade (45%).

Ademais, nenhum paciente foi identificado com depressão, não sendo reportado nenhum sintoma no BDI-II. Nesse período (T1), as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos pacientes foram suporte social (27%) e reavaliação positiva (18%).

Na última etapa da avaliação (T2), apenas 9% reportou *distress* moderado à severo. A proporção de problemas reportados reduziu, com exceção dos problemas relacionados a dor (73%), alimentação (45%), mudança ao urinar (45%), indigestão (18%), alteração da aparência (82%) e fadiga (18%) (Tabela 2). No BDI-II, nenhum paciente foi identificado com depressão. A semelhança do que foi observado no T0 e T1, suporte social (36%) e reavaliação positiva (36%) foram as estratégias de enfrentamento mais utilizadas.

Em uma análise comparativa, sentimentos de fracasso no passado, de punição e perda de autocrítica não obtiveram registro em nenhum dos marcos da aplicação. Pensamento ou desejo suicida foi identificado apenas no T0. O sintoma tristeza diminuiu 9% no T1 e T2 permanecendo com 45%. Já o sintoma choro diminuiu significativamente para 36% no T1, com leve aumento (45%) no T2. Além disso, os sintomas perda de autoestima, perda de interesse, indecisão, desvalorização, alteração do apetite, sentimento de culpa e dificuldade de concentração diminuíram com o passar dos meses. Já os sintomas pessimismo, perda de prazer, agitação, falta de energia e cansaço ou fadiga reduziram no T1, mas aumentaram no T2. Em contrapartida, sintomas irritabilidade e perda de interesse por sexo tiveram um leve aumento no T1 e posterior diminuição no T2. Sintoma de alteração de padrão do sono se manteve no T1, diminuindo no T2.

### **3.3 Associação entre os resultados dos instrumentos de medida e a compreensão do diagnóstico**

*Distress* e sintomas depressivos não sofreram alterações significativas entre os tempos de avaliação. Já o uso da estratégia de enfrentamento – fuga-esquiva – diminuiu significativamente no decorrer dos tempos de avaliação (seis meses). Houve uma associação positiva entre a prevalência de *distress* e sintomas depressivos (Tabela 3), bem como entre o

uso da estratégia suporte social e prevalência de *distress* e o uso de fuga-esquiva e sintomas depressivos, ambas no T0.

Não foram encontradas diferenças significativas entre o entendimento do diagnóstico e os níveis mensurados no TD e no BDI-II nos três tempos de avaliação. Entretanto, observou-se que pacientes com entendimento diagnóstico adequado tenderam a apresentar níveis mais altos de *distress* e depressão, como pode ser visto na Tabela 4. Ademais, o tamanho de efeito das diferenças encontradas no T0 foi considerado grande, sendo igual a 0,98 para níveis de depressão e 1,05 para *distress*. Quanto ao uso de estratégias de enfrentamento, diferenças significativas foram encontradas entre o entendimento do diagnóstico e estratégia focada no problema no T1 e T2 (Tabela 5). Porém, não foram encontradas diferenças em relação à enfrentamento frente emoção nos três tempos de coleta.

## DISCUSSÃO

Esse é o primeiro estudo que avaliou a prevalência de *distress*, depressão e estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes brasileiros recém-diagnosticados com CP. Observou-se um grande aumento na prevalência de *distress* moderado à severo reportados no meio do tratamento (T1), com posterior redução no último tempo de avaliação (T2). Esse achado contradiz os descritos em outros estudos, sugerindo que as repercussões físicas, emocionais e sociais desse diagnóstico tendem a agravar durante o tratamento, com posterior redução seis meses depois<sup>17,27</sup>. Ou seja, acredita-se que esse paciente leve mais tempo para se adaptar às mudanças impostas por esse tipo de câncer, comparado aos pacientes com um diagnóstico não raro. Contudo, o mesmo não ocorreu para episódio depressivo, poucos pacientes apresentaram os critérios clínicos, sendo todos identificados apenas no T0. Essa divergência pode ser atribuída às características sociodemográfica dessa população e que se enquadra com o perfil e fatores de risco para CP, tais como: faixa etária acima dos 40 anos, baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e baixo poder aquisitivo<sup>7,28,29,30</sup>.

Um outro aspecto que precisa ser considerado na interpretação desses resultados é a presença e natureza dos problemas reportados por esses pacientes no decorrer da pesquisa. Notavelmente, ansiedade, medo, tristeza e preocupação foram os mais indicados no T0 e T1, sendo que tristeza e preocupação se mantiveram altos no T2. Dentre os físicos, a alteração na aparência, dores e sono foram os mais mencionados nos três tempos de avaliação. Estudos anteriores atestam existir uma associação entre problemas físicos e emocionais, sendo considerados como fatores preditores de um agravamento dos sintomas emocionais<sup>27,30,31</sup>.

Inclui-se, ainda, a essa lista a alteração na aparência, mudança ao urinar e questões sexuais, prováveis sequelas do CP. Nessa discussão, cabe resgatar o simbolismo integrado ao pênis no entendimento da vivência desse paciente<sup>32</sup>. O pênis é um órgão impregnado de significados e pode representar para muitos pacientes a própria masculinidade<sup>32</sup>. Esse contexto precisa ser levado em consideração para um melhor entendimento e planejamento psicoterapêutico para esse paciente nas diferentes fases do adoecimento.

Em relação às estratégias de enfrentamento, os pacientes apresentaram formas de enfrentamento focadas no problema, sendo suporte social e reavaliação positiva as principais utilizadas. Tais estratégias são caracterizadas como esforços cognitivos e/ou comportamentais para minimizar ou eliminar um evento estressante. Alguns estudos enfatizam que os homens tendem a optar por estratégias focadas no problema e que provavelmente essa seja uma potencial razão para eles reportarem menos problemas e menos sintomas emocionais, estando pouco inclinados a solicitar assistência psicológica<sup>33-35</sup>.

Ao analisar as correlações entre as variáveis pesquisadas, pacientes com maior entendimento do diagnóstico apresentaram maiores níveis de *distress* e sintomas depressivos. Esse achado reforça a compreensão de que os estigmas atrelados ao câncer desencadeiam sofrimentos psíquicos. Contudo, esse achado precisa ser interpretado com cautela, não podendo ser utilizado para justificar a não comunicação do diagnóstico e prognóstico. Um entendimento insatisfatório acerca da própria condição clínica impede uma participação ativa do paciente em seu adoecimento, impactando na qualidade de vida e no bem-estar físico, social e emocional<sup>37,38</sup>. Algumas abordagens psicoterápicas (ex.: terapia cognitivo comportamento) poderiam ser utilizadas para reduzir pensamentos negativos intrusivos (preocupações reais versus pensamentos distorcidos), auxiliando o paciente no enfrentamento da doença e na preparação para o futuro.

Algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas. Primeiro, o tamanho restrito da amostra, limitando algumas análises estatísticas e a generalização dos resultados encontrados. Todavia, com base nesses resultados é possível traçar alguns direcionamentos para avaliação psicossocial desses pacientes. O uso de escalas de avaliação de sintomas clínicos de depressão não se mostrou útil. Em contrapartida, o TD identificou importantes necessidades que precisam ser melhor abordadas no decorrer do tratamento, auxiliando no planejamento terapêutico. Sugere-se incluir instrumentos que abordem questões relacionadas a sexualidade e identidade masculina, tal como o proposto por Hoytt e colaboradores<sup>38</sup> para pacientes com câncer de testículo<sup>38</sup>. Parte dessa escala foi traduzida e validada para o

português, podendo ser testada em pacientes com CP<sup>39</sup>. Segundo, o presente estudo incluiu apenas pacientes recém-diagnosticados com CP, sendo necessário novos estudos que avaliem o impacto tardio desse diagnóstico e tratamento. Ademais, novas pesquisas são necessárias para ampliar a investigação acerca da compreensão do diagnóstico e tratamento por parte do paciente e cuidadores, incluindo avaliação dos médicos oncologistas responsáveis por comunicar essas informações.

Em resumo, o presente estudo descreveu o impacto biopsicossocial do diagnóstico e do tratamento do CP em uma amostra de pacientes tratados no estado do Maranhão. Os resultados sugerem que esses pacientes vão apresentar uma piora nos sintomas emocionais (ansiedade), físicos e práticos três meses após o início do tratamento. Sendo assim, sugere-se estruturação de um programa de suporte psicossocial para o gerenciamento do sofrimento desses pacientes, levando em consideração a estratégia de enfrentamento mais utilizada no decorrer do tempo (suporte social). Ademais, constatou-se relevância de estruturação de uma abordagem efetiva e viável para comunicação do diagnóstico, objetivo do tratamento e prognóstico, levando em consideração as características sociodemográficas dessa população. Com base nas evidências descritas na literatura, acredita-se ser viável redução dos sintomas físicos e emocionais, com positivo impacto na qualidade de vida desses pacientes.

## Referências

1. Brasil, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: Incidência de cancer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
2. Llapa-Rodriguez EO, Oliveira ASAD, Oliveira DDS, Gois CFL, Euzébio DM, Mattos MCT. Analysis of socio-economic variables and the risk that they present for the patient with penile cancer. *Rev enferm UFPE on line*. 2014 8; 2013-9.
3. Souza VC, Dourado SMM. Câncer de pênis no Brasil: um problema de saúde pública. *Rev Bras Oncol Clin*. 2015; 11: 58-9.
4. Figliuolo G, Lima SNP, Costa SP, Silva JMD, Paiva CS, Bezerra JNA, et al. Clinical and epidemiological profile associated with risk factors for patients with penile cancer treated at an Oncological Reference Hospital in Manaus. *Rev Bras Oncol Clin*. 2015; 11:60-5.
5. Batista LL, Fonseca AGD, Andrade Filho, JFA, Moreira RR, Regis JS, Ferreira PRC. Study of inguinal lymphadenectomy performed on patients with penile cancer in a referral hospital in Brazilian Amazon. *Rev Para Med*. 2014; 28: 22-41.
6. Aita GA. Características clinicopatológicas e fatores prognósticos em portadores de câncer de pênis com linfonodos negativos submetidos ou não a linfadenectomia inguinal [dissertation]. Fundação Antônio Prudente; São Paulo; 2014.
7. Coelho RWP, Pinho JD, Moreno JS, Garbis DVEO, Nascimento AMT, Larges JS et al. Penile Cancer in Maranhão, Northeast Brazil: The highest incidence globally?. *BMC Urol*. 2018; 18(1):50-6.
8. Bifulco VA, Faleiros DAM. Psico-oncologia. Em: Bifulco VA, Junior H J F, editores. Câncer: uma visão multiprofissional. São Paulo: Manole Ltda; 2014. p.443-66
9. Maddineni SB, Lau MM, Sangar VK. Identifying the needs of penile cancer sufferers: a systematic review of the quality of life, psychosexual and psychosocial literature in penile cancer. *BMC Urol*. 2009;9:8-13.
10. Rocha LSBM, Neves ET, Leite M.T, Beuter M, Brondani CM, Perlini NMOG. Self-care of elderly of cancer patients undergoing outpatient treatment. *Texto contexto Enferm*. 2014;23:29-37.
11. Hakenberg OW, Comperat E, Minhas S, Nechi A, Protzel C, Watkin N. Guidelines on Penile Cancer. *Uroweb Org*; 2016 [acesso em 22 nov 2018] Disponível em: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Penile-Cancer-2016-1.pdf>

12. Dräger DL, Protzel C, Hakenberg OW. Identifying psychosocial distress and stressors using distress-screening instruments in patients with localized and advanced penile cancer. *Clin Genitourin Cancer*. 2017;15:605-9.
13. Bergerot CD, Bergerot, PG, Philip EJ, De Domenico EBL, Manhaes MFM, Pedras RN et al. Assessment of distress and quality of life in rare cancers. *Psychooncology*. 2018;27(12):2740-6.
14. Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. The concept of coping: a theoretical review. *Estud Psico*. 1998;13:273-94.
15. Folkman S. Stress, coping, and hope. *Psychooncology*. 2010;19:901-8.
16. Davis TC, Williams MV, Marin E, Parker RM, Glass J. Health literacy and cancer communication. *CA Cancer J Clin*. 2002;52:134-49.
17. Bergerot CD, Philip EJ, Schuler TA, Clark KL, Loscalzo M, Buso MM, et al. Development and implementation of a comprehensive psychosocial screening program in a Brazilian cancer center. *Psychooncology*. 2016;25:1343-9.
18. Decat CS, Laros JA, Araújo TCCF. Distress Thermometer: validation of a brief screening instrument to detect distress in oncology patients. *PsicoUSF*. 2009;14:253-60.
19. Holland JC, Andersen B, Breitbart WS, Compas B, Dudley MM, Fleishman S et al. Distress management. *J Natl Compr Canc Netw*. 2013;11:190-209.
20. Folkman S, Lazarus RS. *Ways of coping questionnaire: Research edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1988.
21. Savoia MG, Santana P, Meijas NP. The adaptation of Coping Strategies Inventory by Folkman and Lazarus into Portuguese. *Psicol USP*. 1996;17:183-201.
22. Franks HM, Roesch SC. Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psychooncology*. 2006;15:1027-37.
23. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, De Longis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 1986;50:992-1003.
24. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for beck depression inventory II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
25. Paranhos ME, Argimon IIL, Werlang BSG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) in adolescents. *Revista de Avaliação Psicológica*. 2010;9:383-92.
26. Cohen, J. A power primer. *Psychol Bull*. 1992;112(1):155-9.

27. Giese-Davis J, Waller A, Carlson LE, Goff S, Zhong L, Neri et al. Screening for distress, the 6th vital sign: Common problems in cancer outpatients over one year in usual care: Associations with marital status, sex, and age. *BMC Cancer*. 2012;12:441-52.
28. Torbrand C, Wigertz A, Drevin L, Flokvaljon Y, Lambe M, Hakansson U, . Socioeconomic factors and penile cancer risk and mortality; a population based study. *BJU Int*. 2017;119:254-60.
29. Couto TC, Arruda RMBA, Couto MCC, Barros FD. Epidemiological study of penile cancer in Pernambuco: experience of two reference centers. *Int Braz J Urol*. 2014;40:738-44.
30. Paiva GR. Carcinoma de pênis: panorama da doença no Estado da Bahia: considerações epidemiológicas e histopatológicas. Bahia, 2010. [acesso em 31 set. 2018]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4208/1/Geise%20Paiva.%20Carcinoma%20de%20p%C3%AAnis.pdf>
31. Deschild TL, Potter P, Olsen, Liu J. The persistence of symptom burden: Symptom experience and quality of life of cancer patients across one year. *Support Care Cancer*. 2014;22:1089-96.
32. Fitzgerald P, Lo C, Li M, Gagliese L, Zimmermann C, Rodin G. The relationship between depression and physical symptom burden in advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care*. 2015;5:381-8.
33. Barros EM, Melo MCB. Câncer de pênis: perfil sócio-demográfico a respostas emocionais à penectomia em pacientes atendidos no Serviço de Psicologia do Hospital de Câncer de Pernambuco. *Rev SBPH*. 2009;12:99-111.
34. Matud MP. Gender differences in stress and coping styles. *Pers Individ Differ*. 2004;37:1401-15.
35. Mazure CM, Maciejewski PK. Interplay of stress, gender and cognitive style in depressive onset. *Arch Women Ment Health*. 2003;6:5-8.
36. Cohen M. Coping and emotional distress in primary and recurrent breast cancer patients. *J Clin Psychol Med Settings*. 2002;9:245-51.
37. Epstein AS, Prigerson HG, O'Reilly EM, Maciejewski PK. Discussions of Life Expectancy and Changes in Illness Understanding in Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol*. 2016;34:2398-403.
39. Temel JS, Greer JA, Admane S, Gallagher ER, Jackson VA, Lynch TJ, et al. Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care. *J Clin Oncol*. 2011;29:2319-26.

38. Husson O, Mols F, Fransen MP, van de Poll-Franse LV, Ezendam NP. Low subjective health literacy is associated with adverse health behaviors and worse health-related quality of life among colorectal cancer survivors: results from the profiles registry. *Psychooncology*. 2015;24:478-86.
40. Hoyt MA, Cano SJ, Saigal CS, Stanton AL. Health-related quality of life in young men with testicular cancer: validation of the Cancer Assessment for Young Adults (CAYA). *J Cancer Surviv*. 2013;7:630-40.
41. Manhaes MFM, Okuma GY, Pedras RN, De Domenico EBL, Bergerot CD. Biopsychosocial needs of survivors of testicular cancer and evidence of validation of a brief scale. *Estud Psicol (Campinas)*. 2019;36:Early View.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos pacientes com câncer de pênis atendidos nos hospitais de referências em oncologia em São Luís, Maranhão, 2018. (n=11).

<b>Características</b>	<b>N (%)</b>
<b>Idade</b> <i>M (DP)</i>	57 (20,1)
<b>Estado civil</b> <i>n (%)</i>	
União estável	08 (72,7)
Separado	01 (9,1)
Solteiro	02 (18,2)
<b>Grau de Instrução</b> <i>n (%)</i>	
Baixa escolaridade (Analfabeto, Fundamental Incompleto)	06 (54,5)
Ensino Fundamental completo	05 (45,4)
<b>Raça</b> <i>n (%)</i>	
Branco	03 (27,3)
Pardo	06 (54,5)
Negro	02 (18,2)
<b>Religião</b> <i>n (%)</i>	
Católica	07 (63,3)
Evangélico	03 (27,3)
Espírita	01 (9,1)
<b>Procedência</b> <i>n (%)</i>	
Capital	02 (18,2)
Interior	09 (81,8)
<b>Local de Residência</b> <i>n (%)</i>	
Centro	01 (9,1)
Periferia	04 (36,4)
Zona Rural	06 (54,5)
<b>Profissão</b> <i>n (%)</i>	
Informal	06 (54,6)
Formal	05 (45,5)
<b>Renda mensal</b> <i>n (%)</i>	
Até 1 salário mínimo	08 (72,7)
De 1 a 3 salários mínimos	03 (27,3)
<b>Número de Filhos</b> <i>M (DP)</i>	4,8 (5,9)
<b>Principal cuidador</b> <i>n (%)</i>	
Companheira(o)/esposa(o)	03 (27,7)
Filho (a)	01 (9,1)
Genitor(a)	02 (18,2)
Outros	05 (45,5)

**Tabela 2.** Descrição das frequências dos Problemas reportados no Termômetro de Distress durante seis meses dos pacientes com câncer de pênis atendidos nos hospitais de referências em oncologia em São Luís, Maranhão, 2018. (n=11).

<b>Sintomas</b>	<b>T0</b>	<b>T1</b>	<b>T2</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Problemas Financeiros</b>	2 (18,2)	2 (18,2)	2 (18,2)
<b>Transporte</b>	1 (9,1)	2 (18,2)	2 (18,2)
<b>Problema com filho</b>	0	1 (9,1)	0
<b>Problemas no trabalho/escola</b>	3 (27,3)	4 (36,4)	0
<b>Ansiedade</b>	6 (54,5)	5 (45,5)	0
<b>Medo</b>	6 (54,5)	4 (36,4)	4 (36,4)
<b>Irritabilidade</b>	2 (18,2)	2 (18,2)	1 (9,1)
<b>Tristeza</b>	5 (45,5)	6 (54,5)	4 (36,4)
<b>Preocupação</b>	6 (54,5)	5 (45,5)	4 (36,4)
<b>Perda de Interesse</b>	1 (9,1)	1 (9,1)	1 (9,1)
<b>Envolvimento Espiritual e Religioso</b>	1 (9,1)	0	0
<b>Alteração da Aparência</b>	8 (72,7)	9 (81,8)	9 (81,8)
<b>Dificuldade para tomar banho/ se vestir</b>	3 (27,3)	3 (27,3)	2 (18,2)
<b>Mudança ao urinar</b>	8 (72,7)	4 (36,4)	5 (45,5)
<b>Constipação</b>	4 (18,2)	0	2 (18,2)
<b>Alimentação</b>	3 (27,3)	4 (36,4)	5 (45,5)
<b>Fadiga</b>	2 (18,2)	2 (18,2)	2 (18,2)
<b>Sentir-se Inchado</b>	2 (18,2)	1 (9,1)	1 (9,1)
<b>Deambular</b>	2 (18,2)	3 (27,3)	2 (18,2)
<b>Indigestão</b>	2 (18,2)	1 (9,1)	2 (18,2)
<b>Concentração</b>	1 (9,1)	0	0
<b>Nariz Seco</b>	1 (9,1)	0	1 (9,1)
<b>Dores</b>	5 (45,5)	7 (63,6)	8 (72,7)
<b>Sexual</b>	3 (27,3)	3 (27,3)	2 (18,2)
<b>Cocceira</b>	2 (18,2)	0	1 (9,1)
<b>Dormir</b>	6 (54,5)	6 (54,5)	6 (54,5)
<b>Mãos e Pés Formigando</b>	2 (18,2)	0	1 (9,1)

**Tabela 3.** Correlação entre as variáveis dos pacientes com câncer de pênis atendidos nos hospitais de referências em oncologia de São Luís, Maranhão, 2018. (n=11).

	<b>TD</b>						<b>BDI</b>					
	<b>T0</b>		<b>T1</b>		<b>T2</b>		<b>T0</b>		<b>T1</b>		<b>T2</b>	
	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>TD</b>	-	-	-	-	-	-	0,698	0,017	0,867	0,001	0,850	0,001
<b>BDI-II Total</b>	0,698	0,017	0,867	0,001	0,850	0,001	-	-	-	-	-	-
<b>Suporte Social</b>	0,682	0,021	0,020	0,954	0,161	0,635	0,509	0,110	0,315	0,345	0,157	0,644
<b>Fuga Esquiva</b>	0,367	0,267	0,333	0,317	-0,033	0,94	0,732	0,010	0,550	0,08	-0,012	0,972

**Tabela 04** - Níveis de depressão e TD em função de entendimento diagnóstico durante seis meses dos pacientes com câncer de pênis atendidos em São Luís, Maranhão (n=11).

Variáveis	Entendimento Diagnóstico												U
	Não						Sim						
	N	M	DP	M D	Percentil 25% 75%		N	M	DP	MD	Percentil 25% 75%		
<b>TD (T0)</b>	6	2.2	2.0	2.0	0.5	3.5	5	6.0	4.0	8.0	4.0	8.0	6.5
<b>TD (T1)</b>	6	3.8	2.5	4.5	2.5	5.0	5	2.6	2.5	3.0	0.0	5.0	19.0
<b>TD (T2)</b>	6	2.0	1.8	2.0	0.5	3.5	5	2.4	2.5	3.0	0.0	3.0	14.0
<b>BDI-II (T0)</b>	6	2.5	2.9	2.0	0.5	2.8	5	8.7	6.3	7.0	7.0	12.0	7.0
<b>BDI-II (T1)</b>	6	2.0	1.6	2.5	0.5	3.0	5	2.8	3.0	2.0	0.0	6.0	13.5
<b>BDI-II (T2)</b>	6	2.8	3.8	1.0	0.0	5.0	5	2.8	2.8	3.0	0.0	5.0	14.5

**Tabela 5.** Enfrentamento em função de entendimento diagnóstico durante seis meses dos pacientes com câncer de pênis atendidos em São Luís, Maranhão (n=11).

Enfrentamento	Entendimento Diagnóstico												U
	Não						Sim						
	Percentil						Percentil						
	N	M	DP	MD	25%	75%	N	M	DP	MD	25%	75%	
Focado no Problema (T0)	6	8.7	11.7	4.0	0.5	12.0	5	19.2	9.2	17.0	14	23	5,5
Focado no Problema (T1)*	6	1.0	2.4	0.0	0.0	0.0	5	10.4	5.3	11.0	5	15	2,0
Focado no Problema (T2)*	6	1.3	2.2	0.0	0.0	2.3	5	9.2	3.8	9.0	7	10	0,5
Focado na Emoção (T0)	6	3.8	4.2	2.5	0.5	6.8	5	5.4	6.5	3.0	0	9	13,5
Focado na Emoção (T1)	6	0.2	0.4	0.0	0.0	0.0	5	1.8	2.0	2.0	0	2	7,0
Focado na Emoção (T2)	6	0.5	1.2	0.0	0.0	0.0	5	2.8	1.9	3.0	2	4	5,0

Nota. \* p< 0.05

## 5 CONCLUSÕES

O câncer é conhecido como uma doença crônico-degenerativa que, na maioria das vezes, representa uma ameaça à saúde e à integridade do corpo. Atualmente configura-se como uma doença carregada de estigmas e de extrema importância na área tanto em seus aspectos clínicos, quanto psicossociais.

Esse é o primeiro estudo que avaliou a prevalência de *distress*, depressão e estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes brasileiros recém-diagnosticados com CP. Neste estudo, pôde-se observar que os pacientes apresentaram características semelhantes à outros estudos nacionais e internacionais no que diz respeito ao perfil clínico e as características epidemiológicas. Encontrou-se uma prevalência de pacientes com baixo grau de instrução, baixa renda econômica, que exerciam profissões informais, casados e com faixa etária prevalente entre 40 a 60 anos de idade. Entretanto, no que diz respeito aos sintomas depressivos e prevalência de *distress* os achados encontrados não foram de encontro aos registros na literatura o que pode ser atribuído a baixo entendimento do diagnóstico e tratamento por parte dos pacientes. No que diz respeito às estratégias de enfrentamento, os pacientes apresentaram, assim como em demais estudos, estratégias tanto focadas no problema quanto na emoção. Havendo uma prevalência das estratégias focadas no problema. As estratégias de enfrentamento mais identificadas foram suporte social e reavaliação.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas. Primeiro, os achados não significativos na correlação níveis de Depressão, TD e Entendimento do Diagnóstico podem decorrer do pequeno tamanho da amostra que possivelmente não teve poder estatístico suficiente para rejeitar a hipótese nula. Segundo, o presente estudo examinou apenas pacientes recém-diagnosticados com câncer de pênis, é incerto se os achados são generalizáveis para pacientes que receberam diagnósticos de câncer anteriormente. Se faz importante um estudo futuro considerando uma amostra maior e dados clínicos mais detalhados dos pacientes (tempo de diagnóstico, estadiamento e fase do tratamento). E por último, torna-se relevante a realização de estudos onde a compreensão do diagnóstico e tratamento sejam adequadas visando avaliar as repercussões psíquicas como evento estressor que é adoecimento

Dessa forma, o presente no presente estudo pode-se corroborar os achados na literatura quanto o diagnóstico de câncer de pênis pode ser devastador do ponto de vista emocional para os pacientes acometidos por esta comorbidade. O simbolismo atribuído ao órgão acarreta uma variedade de deficiências físicas e psicossociais e mudanças no estilo de vida podem ocorrer e resultar em uma menor qualidade de vida relacionada à saúde. Faz-se importante o gerenciamento do sofrimento dos pacientes visando ofertar a integralidade da prática oncológica. A avaliação psíquica detalhada dos pacientes diagnosticados com câncer de pênis é uma excelente ferramenta para auxiliar os psicólogos a realizarem intervenções que favoreçam o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento por parte destes pacientes para vivenciar a situação.

## REFERÊNCIAS

ADLER, N.E; PAGE, A.E.K. **Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs**. Washington: National Academies Press, 2008.

AITA, G. A. **Características clinicopatológicas e fatores prognósticos em portadores de câncer de pênis com linfonodos negativos submetidos ou não a linfadenectomia inguinal**. 2014. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Fundação Antônio Prudente, São Paulo, 2014.

ALNAJJAR, H.M.; MALONE, P.R. Diagnosis and Staging of Penile Cancer. In: MUNEER, A; HORENBLAS, S (Eds). **Textbook of Penile Cancer**. Switzerland: Springer, 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5 ed. São Paulo: Artmed, 2013.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n.2, 273-294, 1998.

BALLENGER, J.C.; DAVIDSON, J.R.T.; LECRUBIER, Y. et al. Consensus statement on depression, anxiety, and Oncology. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 62, n. 8, p. 64-67, 2001.

BARROS, E.N.; MELO, M.C.B. **Câncer de pênis: perfil sócio-demográfico a respostas emocionais à penectomia em pacientes atendidos no Serviço de Psicologia do Hospital de Câncer de Pernambuco**. Rev. SBPH, v. 12, n. 1, p. 99-111, 2009.

BARNHOLTZ-SLOAN, J.S.; MALDINADO, J.; POW-SANG, J. et al. Incidence trends in primary malignant penile cancer. **Urol Oncol**, v. 25, p. 361-367, 2007.

BATISTA, L.L.; FONSECA, A.G.D.; ANDRADE FILHO, J.F.A. et al. Estudo das linfadenectomias inguinais realizadas em pacientes portadores de câncer de pênis em Hospital de Referência da Amazônia. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 28, n.3, p. 22-41, 2014.

BELHIANE, H. P. P.; MATOS, L. R. P.; CAMARGO, F. O paciente frente ao diagnóstico de câncer e a atuação dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**, v. 3, n. 4, p. 1374-81, 2014.

BERGEROT, C.D. **Avaliação do distress para identificação de fatores de risco e proteção na experiência oncológica: contribuições para estruturação de rotinas e programas em psico-oncologia**. 2013. 199 f. Tese (Doutorado em) - Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, DF, 2013.

BEZERRA, A.L.; LOPES, A.; SANTIAGO, G.H. et al. Human papillomavirus as a prognostic factor in carcinoma of the penis: analysis of 82 patients treated with amputation and bilateral lymphadenectomy. **Cancer**, v. 91, p. 2315-2321, 2001.

BIFULCO, V. A.; FALEIROS, D. A. M. Psico-oncologia. In: Bifulco, V. A. & Junior, H. J. F. (Orgs). **Câncer: uma visão multiprofissional**. 2. ed: Manole Ltda, 2014. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=tvk1CQAAQBAJ&pg=PT537&dq=tudo+sobre+ocancer+como+referenciar&hl=ptBR&sa=X&ei=qkhZVdfRA8XdsASE14GIDw&ved=0CDYQ6AEwBQ#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 26 maio 2018.

BOTTINO, S.M.B.; FRÁGUAS, R.; GATTAZ, W.F. Depressão e câncer. **Revista de Psiquiatria Clínica**, n. 36, v. 3, p. 109-115, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

\_\_\_\_\_. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da saúde**. Maceió, 2017.

\_\_\_\_\_. **Organização Mundial de Saúde**. Brasília. 2015. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839)>. Acesso em: 10 out. de 2018.

BULLEN, K; EDWARDS, S.; MARKE, V. et al. Looking past the obvious: experiences of altered masculinity in penile cancer. **Psycho-Oncology**, v. 19, p.933-940, 2010.

BULTZ, B.D.; LOSCALZO, M.J.; CLARK, K.L. Screening for distress, the 6th vital sign, as the connective tissue of health care systems: A roadmap to integrated interdisciplinary person-centered care. In: GRASSI, L.; RIBA, M. (Eds.). **Clinical psycho-Oncology: An International perspective**. Oxford: Jhon Wiley & Sons Ltd, p. 83-96, 2012.

CARLSON, L.E.; WALLER, A.; MITCHELL, A.J. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: Review and recommendations. **Journal of Clinical Oncology**, v. 30, n.11, p. 1160-1177, 2012.

CHAUX, A.; CUBILLA, A.L. Diagnosis and Pathology of Penile Cancer. In: MUNEER, A; HORENBLAS, S. (Eds). **Textbook of Penile Cancer**. Switzerland: Springer, p. 57-88, 2016.

COELHO, R.W.P.; PINHO, J.D.; MORENO, J.S. et al. Penile Cancer in Maranhão, Northeast Brazil: The highest incidence globally? **BMC Urology**, n.18, v.50, 2018.

CURADO, M.P.; EDWARDS, B; SHIN, H.R. et al. Cancer incidence in five continents. **IARC Scientific Publications**, n.160, v.9, 2007.

FAVORITO, L.A.; NARDI, A.; RONALSA, M. et al. Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. **Int Braz J Urol**. v. 34, p. 587-593, 2008.

FIGLIUOLO, G.; LIMA, S.N.P.; SILVA, J.M.D. et al. Perfil clínico-epidemiológico associado a fatores de risco de pacientes com câncer de pênis atendidos em um Hospital de Referência Oncológica em Manaus. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v.11, n.40, p.60-65, 2015.

FLECK, M.P. et al. Guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (complete version). **Rev. Bras Psiquiatr.** v. 25, n.2, p.114-22, 2003.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. **Ways of coping questionnaire**. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1988.

HERNANDES, B.Y.; BARNHOLTZ-SLOAN, J.; GERMAN, R.R. et al. Burden of invasive squamous cell carcinoma of the penis in the United States, 1998-2003. **Cancer**, v. 113, p. 2883-2891, 2008.

GANDINI, R.C. et al. Beck Depression Inventory - BDI: factorial analysis for women with cancer. **Psico-USF**, v.12, n.1, pp.23-31, 2007.

GIULIANO, A.R.; NIELSON, C.M.; FLORES, R. et al. The optimal anatomic sites for sampling heterosexual men for human papillomavirus (HP) detection: the HPV detection in men study. **J Infect Dis.** v. 196, p. 1146-1152, 2007.

HAKENBERG, O.W. et al. **Guidelines on Penile Cancer**. Uroweb Org. 2015.

HAMILTON, M. A rating scale for depression. **Journal Neurosurg Psychiatry**, v. 23, p. 56-62, 1960.

HARISH, K.; RAVI, R. The role of tobacco in penile carcinoma. **Br J Urol.** v. 75, p. 375-377, 1995.

HOLLAND, J.C. IPOS Sutherland memorial lecture: An international perspective on the development of psychosocial oncology: Overcoming cultural and attitudinal barriers to improve psychosocial care. **Pscho-Oncology**, v.13, p. 445-459, 2004.

\_\_\_\_\_. The IPOS new international standard of câncer care: Integrating the psychosocial domain into routine care. **Psycho-Oncology**, n. 20, p. 677-680, 2011.

IWASAWA, A.; KUMAMOTO, Y.; FUJINAGA, K. Detection of human papillomavirus deoxyribonucleic acid in penile carcinoma by polymerase chain reaction and in situ hybridization. **J Urol.**, v. 149, p. 149:59-63, 1993.

KILMARTIN, C.T. **The Masculine Self**. 2. ed. McGraw- Hill: Boston, 2000.

KIRKHAM, A.P.S. Radiological Imaging in Penile Cancer. In: MUNEER, A; HORENBLAS, S (Eds). **Textbook of Penile Cancer**. Switzerland: Springer, p. 89-114, 2016.

LLAPA-RODRIGUÉZ, E.O et al. Análise de variáveis socioeconômicas e o risco que apresentam frente ao câncer. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v.8, n.7, p. 2013 – 2019, 2014.

LAZARUS, R.S. Coping theory and research: past, present, and future. **Psychosomatic Medicine**, v.55, p. 234-247, 1993.

\_\_\_\_\_. **Stress, appraisal, and coping**. Springer: New York, 1984.

LICKLIDER, S. Jewish penile carcinoma. **J Urol.**, v. 86, n. 98, 1961.

MARTINO, W.; PALLOTTA-CHIAROLLI, M. **So What's a Boy? Addressing Issues of Masculinity in Schooling**. Open University Press: London, 2003.

MASSIE, M.J.; SHAKIN, E.J. Management of depression and anxiety in cancer patients. In: BREITBART, W.; HOLLAND, J. C. (Eds.). **Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients**. Washington, DC: American Psychiatric Press, p. 1-21, 1993.

MCDANIEL, J.S. et al. Depression in patients with cancer: Diagnosis, biology, and treatment. **Archives of General Psychiatry**, v.52, n.2, p. 89-99, 1995.

MITCHELL, A.J. Screening procedures for psychosocial distress. In: HOLLAND, J. C. et al. (Eds.). **Psycho-Oncology**. 2 ed. New York, NY: Oxford University Press, p. 389-398, 2010.

MILLER, K.; MASSIE, M.J. (2010). Depressive disorders. In: HOLLAND, J. C. et al. (Eds.). **Psycho-Oncology**. 2 ed. New York, NY: Oxford University Press, p. 311-318, 2010.

MORRIS, B.J.; ROSE, B.R. Cervical screening in the 21st century: the case for human papillomavirus testing of self-collected specimens. **Clin Chem Lab Med**. v. 45, p. 577-591, 2007.

MONTGOMERY, S.A; ASBERG, M. A new depression scale designed to be sensitive to change. **Br. J. Psychiatry**, n. 134, p. 382-389, 1979.

MOYNIHAN C. Theories in health care and research: theories of masculinity. **Br Med J**, v. 317, p.1072–1075, 1998.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **Distress: Treatment guidelines for patients**. 2005.

\_\_\_\_\_. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): distress Management**. 2011.

\_\_\_\_\_. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: distress Management**. 2018.

NASCIMENTO, A.N. et al. Estratégias de Enfrentamento de familiares de mulheres acometidas por câncer de mama. **Ciência Cuid. Saud**, v. 10, n.4, p. 789-794, 2011.

NIELSON, C.M.; FLORES, R.; HARRIS, R.B. et al. Human papillomavirus prevalence and type distribution in male anogenital sites and semen. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**. v. 16, p. 1107-1114, 2007.

OTTENHOF, S.R. et al. Epidemiology of Penile Cancer. In: MUNEER, A.; HORENBLAS, S. (Eds.). **Textbook of Penile Cancer**. Switzerland: Springer, p. 1-9, 2016.

PARANHOS, M.E.; ARGIMON, I.I.L.; WERLANG, B.S.G. Propriedades Psicométricas do inventário de Depressão de Beck – II (BDI – II) em adolescentes. **Revista de Avaliação Psicológica**, v. 9, n. 3, p. 383-392, 2010.

PASTORE, A.L. et al. Pshycological distress in patients undergoing surgery for urological cancer: A single center cross-sectional study. **Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations**, v. 35, n. 12, p. 673-677, 2017.

RIBEIRO, J.P.; SANTOS, C.S. Estudo conservador de adaptação do Ways of coping questionarie a uma amostra e context portugueses. **Revista Análise Psicológica**, v. 4, n. 19, 491-502, 2001.

ROCHA, L.S.B.M. et al. O cuidado de idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial. **Revista Texto e Contexto enfermagem**, n. 23, v. 1, p. 29-37, 2014.

ROMBALDI, R.L.; SERAFINI, E.P.; VILLA, L.L. et al. Infection with human papillomaviruses of sexual partners of women having cervical intraepithelial neoplasia. **Braz J Med Biol Res**. v. 39 p. 177-187, 2006.

RUNOWICZ, C.D. et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology breast cancer survivorship care guideline. **J Clin Oncol.**, v.34, n.6, p.611–635, 2016.

SAVOIA M.G; SANTANA P.; MEJIAS, N.P. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. **Revista de Psicologia da USP**, v. 17, n.7, p. 183-201, 1996.

SKINNER, E.A. et al. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. **Psychol Bull**, v.129, n.2, p. 216-69, 2003.

SOUZA, V. C.; DOURADO, S. M. M. Câncer de pênis no Brasil: um problema de saúde pública. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v.11, n.40, p. 58-59, 2015.

STANKIEWICZ, E.; KUDAHETTI, S.C.; PROWSE, D.M. et al. HPV infection and immunochemical detection of cell-cycle markers. **Modern Pathology**, v.22, n.9, p. 1160-1168, 2009.

TSENG, H.F.; MORGENSTERN, H. MACK, T. et al. Risk factors for penile cancer: results of a population-based case-control study in Los Angeles county (United States). **Cancer Causes Control**. v. 12, p. 267-277, 2001.

VITALIANO, P.P.; MAIURO, R.D.; RUSSO, J. *et al.* Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. **Journal of Behavioral Medicine**, v.10, n.1, p.1-18, 1987.

YI, M.; KEEHO, P.; PARK, E. Y. Psychosocial needs of low-income people with cancer in Korea. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 18, p. 549-556, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020**. 2013. Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_10Rev1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-en.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2018.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO: Prevalência de *Distress*, sintomas depressivos e estratégias de enfrentamento em homens recém-diagnosticados com câncer de pênis.

Prezado,

O senhor está sendo convidado a participar do presente estudo sobre Prevalência de *Distress*, sintomas depressivos e estratégias de enfrentamento em homens recém-diagnosticados com câncer de pênis. O objetivo dessa pesquisa é avaliar se tais homens apresentam correlação entre a presença de *distress*, que é um risco psíquico, sintomas depressivos e escassez de estratégias de enfrentamento.

Caso aceite participar desta pesquisa, o senhor vai responder a quatro questionários referentes a dados pessoais e estratégias de enfrentamento da doença. Os riscos referentes à pesquisa consistem no possível constrangimento que pode ser gerado por algumas perguntas relacionadas à sexualidade. Os questionários sobre a forma como o senhor tem enfrentado a doença podem gerar uma mobilização emocional. Porém, todas as perguntas serão realizadas por uma profissional capacitada e que lhe fornecerá todo o apoio necessário.

Os benefícios que o senhor terá ao participar deste estudo será um acolhimento psicológico no recém-diagnóstico, proporcionado por uma psicóloga experiente na área da oncologia. Caso haja a necessidade de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, o senhor será encaminhado aos serviços gratuitos vinculados ao Sistema Único de Saúde. Além disso, o senhor estará contribuindo para o esclarecimento e desenvolvimento de conhecimento na área de psicooncologia, visando à melhoria da assistência de pacientes portadores de câncer de pênis.

Todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais e utilizadas somente neste estudo. Os seus dados serão identificados em um código e, não, com o nome. Apenas os membros da pesquisa terão conhecimento dos dados, assegurando assim a sua privacidade. O senhor poderá sair da pesquisa em qualquer momento, bastando para isso, comunicar aos responsáveis pela investigação, sem prejuízo algum para o seu atendimento.

Não haverá despesa financeira para o senhor e nenhum procedimento que possa prejudicar sua saúde, portanto, não haverá indenização por parte da equipe científica e da Instituição responsável. Sempre que tiver dúvidas ou necessitar de esclarecimentos sobre a pesquisa, o senhor poderá contatar a pesquisadora responsável Profa. Luciane Maria Oliveira Brito pelo número (98) 3272-9520, ou sobre os aspectos éticos, contatar a Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, situado na Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, em frente ao auditório Multimídia da PPPGI, email: cepufma@ufma.br, telefone: 3272-8708. Em caso de denúncias ou questões éticas relativas à pesquisa, o CEP também deverá ser contatado.

Se concordar em participar, o senhor deverá assinar este termo de consentimento em duas vias, ficando uma com o senhor e a outra com o pesquisador e todas as páginas das duas cópias serão rubricadas.

**NOMES DOS PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:**

Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito (Responsável)

Fernanda Lima Britto Oliveira

São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_.

---

Assinatura do participante

---

Pesquisador Responsável

## APÊNDICE B - Parecer Consubstânciado pelo CEP

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Prevalência de Distress, sintomas depressivos e estratégias de enfrentamento em pacientes recém diagnosticados com câncer de Pênis.

**Pesquisador:** FERNANDA LIMA BRITTO OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 71102817.0.0000.5087

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Maranhão

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.290.072

#### Apresentação do Projeto:

De acordo com o documento do Ministério da Saúde, no que diz respeito à situação de saúde do homem no Brasil, o câncer de pênis é um tumor raro, que representa 2% de todos os tipos de câncer que atingem o homem, sendo cinco vezes mais prevalente nas regiões Norte e Nordeste. De acordo com o INCA, o câncer de pênis é diagnosticado, em sua maioria, acima dos 50 anos de idade. A incidência dá-se conforme as condições socioeconômicas, grau de instrução, higiene íntima, circuncisão e estudos científicos também sugerem a associação entre infecção pelo vírus HPV (papilomavírus humano) e o câncer de pênis (Brasil, 2015). Nos últimos tempos, devido à sua incidência, o câncer se tornou um problema de saúde pública. Mesmo com todo o aparato e avanços tecnológicos o câncer ainda é percebido cheio de estigmas e está associado à morte. Sendo assim, percebe-se que cada paciente reage de forma subjetiva ao adoecimento/tratamento. E adaptar-se ao tratamento oncológico depende das estratégias de enfrentamento (coping) desenvolvidas durante a vida (ROCHA et al., 2014). De acordo com a National Comprehensive Cancer Network (2007), o distress é definido como uma "experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica, social e/ou espiritual

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

**UF:** MA **Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.290.072

que pode interferir na habilidade de lidar efetivamente com o câncer, os sintomas físicos e o tratamento”. Dessa forma, diante da relevância que já apontada nos estudos no que diz respeito à mensuração e ao gerenciamento do risco psíquico para os pacientes oncológicos é que se pensou nesse estudo. Objetivando proporcionar uma qualidade de assistência a tais pacientes nos três níveis de atenção à saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar mudanças na prevalência de distress, sintomas depressivos e estratégias de enfrentamento em pacientes recém-diagnosticados com câncer de pênis.

Objetivo Secundário:

Avaliar as correlações existentes entre os dados sociodemográficos e a presença de distress e sintomas depressivos;

Estudar as correlações existentes entre as variáveis sociodemográfica se o tipo de estratégia de enfrentamento utilizada por esses pacientes;

Determinar a correlação existente entre distress/sintomas depressivos e estratégias de enfrentamento;

Investigar fatores preditivos de distress, estratégias de enfrentamento e sintomas depressivos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos da pesquisa consistem na possibilidade de constrangimento dos participantes da pesquisa frente a algumas questões do questionário bem como mobilização emocional diante da situação de adoecimento vivenciada pelo mesmo.

Benefícios:

Os benefícios do presente projeto residem no aprimoramento científico dos conteúdos no que diz respeito aos pacientes diagnosticados com câncer de pênis e a identificação e encaminhamento dos pacientes com risco psíquico para unidades especializadas.

A partir dos resultados obtidos, estima-se propor um protocolo de atenção a esses pacientes visando promoção e prevenção de saúde no que diz respeito ao risco psíquico.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.290.072

466/12 do CNS.

**Recomendações:**

Não existem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não existem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_883757.pdf	10/07/2017 11:01:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofernandalima.pdf	10/07/2017 11:00:38	FERNANDA LIMA BRITTO OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofernandalima.doc	10/07/2017 11:00:12	FERNANDA LIMA BRITTO OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	27/06/2017 16:17:58	FERNANDA LIMA BRITTO OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	27/06/2017 16:17:45	FERNANDA LIMA BRITTO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaofinanceira.pdf	05/05/2017 18:22:57	FERNANDA LIMA BRITTO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromisso.pdf	05/05/2017 18:22:30	FERNANDA LIMA BRITTO OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	05/05/2017 18:21:57	FERNANDA LIMA BRITTO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodeanuencia.pdf	05/05/2017 18:20:22	FERNANDA LIMA BRITTO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoinstituicoes.pdf	05/05/2017 15:05:56	FERNANDA LIMA BRITTO OLIVEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.290.072

Não

SAO LUIS, 21 de Setembro de 2017

---

Assinado por:  
**FRANCISCO NAVARRO**  
(Coordenador)

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética      **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA      **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708      **Fax:** (98)3272-8708      **E-mail:** cepufma@ufma.br

**ANEXOS**

## ANEXO A – Questionário Sociodemográfico



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
FUNDAÇÃO Instituída nos termos da Lei n.º 5.152 de 21/10/1966  
São Luís – Maranhão

Centro de Ciências e Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto  
Mestrado Acadêmico



### QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

#### DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_  
Hospital de Origem: \_\_\_\_\_ Data do Atendimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Diagnóstico/Estadiamento: \_\_\_\_\_  
Triagem ( ) Encaminhamento ( )

1. Qual o seu estado civil?

( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Reside com Companheira(o)  
( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Viúvo

2. Estado de origem: \_\_\_\_\_ e Município de origem: \_\_\_\_\_

3. Município em que mora hoje: \_\_\_\_\_

4. Em que localidade da cidade seu domicílio se encontra?

( ) Bairro na periferia da cidade ( ) Bairro na região central da cidade  
( ) Região rural (chácara, sítio, fazenda, aldeia, etc.) ( ) Outro: \_\_\_\_\_

5. Número(s) de Filho(s)?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2  
( ) 3 ( ) 4 ( ) Outros: \_\_\_\_\_

6. Em relação à religião, você diria que é:

( ) Ateísta ( ) Acredito em Deus mas não sigo nenhuma religião  
( ) Católico ( ) Evangélico ( ) Batista ( ) Testemunha de Jeová  
( ) Espírita ( ) Budista ( ) Muçulmano ( ) Judeu  
( ) Outras \_\_\_\_\_

7. Qual seu grau de instrução?

( ) Alfabetizado  
( ) Fundamental Incompleto  
( ) Fundamental Completo  
( ) Médio Incompleto  
( ) Médio Completo  
( ) Superior Incompleto  
( ) Superior Completo  
( ) Pós Graduado

8. Qual a sua renda mensal aproximadamente?

( ) Nenhuma renda  
( ) Até 1 salário mínimo (até R\$ 678,00)  
( ) De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 678,01 até R\$ 2.034,00)  
( ) De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.034,01 até R\$ 4.068,00)  
( ) De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 4.068,01 até R\$ 6.102,00)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
FUNDAÇÃO Instituída nos termos da Lei n.º 5.152 de 21/10/1966  
São Luís - Maranhão

Centro de Ciências e Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto  
Mestrado Acadêmico



- ( ) De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 6.102,01 até R\$ 8.136,00)  
( ) De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 8.136,01 até R\$ 10.170,00)  
( ) Mais de 15 salários mínimos (mais de R\$ 10.170,01)

9. Qual a sua cor/raça?

- ( ) Branco  
( ) Pardo  
( ) Preto  
( ) Amarelo (oriental)  
( ) Vermelho (indígena)  
( ) Prefiro não declarar

10. Expectativas relacionadas ao tratamento. Curativa?

- ( ) Sim ( ) Não

11. Quem o acompanha e apoia durante o tratamento?

- ( ) Esposa(o) ( ) Companheira(o) ( ) Filho(a)  
( ) Genitor(a) ( ) Outros \_\_\_\_\_

12. Receptivo ao Atendimento ( ) Sim ( ) Não  
13. Conhecimento do Diagnóstico ( ) Sim ( ) Não  
14. Entendimento do Diagnóstico ( ) Sim ( ) Não  
15. Conhecimento do Tratamento ( ) Sim ( ) Não  
16. Entendimento do Tratamento ( ) Sim ( ) Não

## ANEXO B – Termômetro de Distress

Termômetro de *Distress*\*

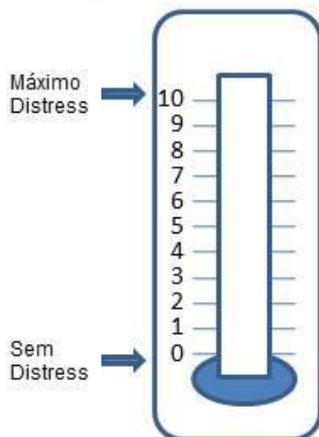
Nome:

Prontuário:

Data:

Primeiramente, circule um número de 0 a 10 que melhor descreve a quantidade de *distress*\* que você tem experimentado na semana passada incluindo o dia de hoje.

Indique a seguir se algum desses itens tem sido um problema para você **na última semana, incluindo o dia de hoje**. Certifique-se de assinalar **Sím (S)** ou **Não (N)** em cada item.



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

\* **Distress** = Experiência emocional desagradável e de natureza psicológica, social e/ou espiritual, que pode interferir na maneira de enfrentar a doença, os sintomas físicos e o tratamento.

## ANEXO C – Inventário Ways of Coping

### *Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus*

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação \_\_\_\_\_, de acordo com a seguinte classificação:

- 0. não usei esta estratégia
- 1. usei um pouco
- 2. usei bastante
- 3. usei em grande quantidade

1.	Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2.	Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3.	Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4.	Deixei o tempo passar – a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5.	Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6.	Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7.	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias.	0	1	2	3
8.	Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9.	Me critiquei, me repreendi.	0	1	2	3
10.	Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11.	Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12.	Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13.	Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14.	Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
15.	Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16.	Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17.	Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
18.	Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
19.	Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2	3
20.	Me inspirou a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21.	Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
22.	Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23.	Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24.	Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25.	Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26.	Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27.	Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
28.	De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29.	Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30.	Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31.	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32.	Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33.	Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34.	Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35.	Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
36.	Encontrei novas crenças.	0	1	2	3

## ANEXO C – Continuação Inventário Ways of Coping

37.	Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38.	Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39.	Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40.	Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41.	Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
42.	Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43.	Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44.	Mínimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45.	Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46.	Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
47.	Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48.	Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
49.	Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50.	Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51.	Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
52.	Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53.	Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54.	Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
55.	Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0	1	2	3
56.	Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
57.	Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58.	Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59.	Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60.	Rezei.	0	1	2	3
61.	Me preparei para o pior.	0	1	2	3
62.	Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63.	Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64.	Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65.	Eu disse a mim mesmo(a) "que as coisas poderiam ter sido piores".	0	1	2	3
66.	Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3

## ANEXO D – Inventário de Depressão de Beck – BDI – I

### Instruções:

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, a que melhor descreva o modo como você tem se sentido nas **duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje**. Faça um círculo em volta do número (0,1,2,ou 3), correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (Alterações no padrão de sono) e o item 18 (Alterações de apetite).

<p><b>1. Tristeza</b>            0 Não me sinto triste.            1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.            2 Estou triste o tempo todo.            3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p><b>2. Pessimismo</b>            0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.            1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.            2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.            3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p> <p><b>3. Fracasso passado</b>            0 Não me sinto um(a) fracassado(a).            1 Tenho fracassado mais do que deveria.            2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.            3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p><b>4. Perda de prazer</b>            0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.            1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.            2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.            3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p><b>5. Sentimentos de culpa</b>            0 Não me sinto particularmente culpado(a).            1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.            2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.            3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p>	<p><b>6. Sentimentos de punição</b>            0 Não sinto que estou sendo punido(a).            1 Sinto que posso ser punido(a).            2 Eu acho que serei punido(a).            3 Sinto que estou sendo punido(a).</p> <p><b>7. Auto-estima</b>            0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).            1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).            2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).            3 Não gosto de mim.</p> <p><b>8. Autocrítica</b>            0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.            1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.            2 Eu me critico por todos os meus erros.            3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p><b>9. Pensamentos ou desejos suicidas</b>            0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.            1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.            2 Gostaria de me matar.            3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p><b>10. Choro</b>            0 Não choro mais do que chorava antes.            1 Choro mais agora do que costumava chorar.            2 Choro por qualquer coisinha.            3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p>
--	--

## ANEXO D – Continuação Inventário de Depressão de Beck – BDI – I

<p><b>11. Agitação</b></p> <p>0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).</p> <p>3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p> <p><b>12. Perda de interesse</b></p> <p>0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.</p> <p>2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.</p> <p>3 É difícil me interessar por alguma coisa.</p> <p><b>13. Indecisão</b></p> <p>0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.</p> <p>1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.</p> <p>2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.</p> <p>3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.</p> <p><b>14. Desvalorização</b></p> <p>0 Não me sinto sem valor.</p> <p>1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.</p> <p>2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.</p> <p>3 Eu me sinto completamente sem valor.</p> <p><b>15. Falta de energia</b></p> <p>0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.</p> <p>1 Tenho menos energia do que costumava ter.</p> <p>2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.</p> <p>3 Não tenho energia suficiente para nada.</p> <p><b>16. Alterações no padrão de sono</b></p> <p>0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.</p> <p>1a Durmo um pouco mais do que o habitual.</p> <p>1b Durmo um pouco menos do que o habitual.</p> <p>2a Durmo muito mais do que o habitual.</p> <p>2b Durmo muito menos do que o habitual.</p> <p>3a Durmo a maior parte do dia.</p> <p>3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.</p>	<p><b>17. Irritabilidade</b></p> <p>0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual</p> <p>3 Fico irritado(a) o tempo todo.</p> <p><b>18. Alterações de apetite</b></p> <p>0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.</p> <p>1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.</p> <p>1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.</p> <p>2a Meu apetite está muito menor do que antes.</p> <p>2b Meu apetite está muito maior do que antes.</p> <p>3a Não tenho nenhum apetite.</p> <p>3b Quero comer o tempo todo.</p> <p><b>19. Dificuldade de concentração</b></p> <p>0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.</p> <p>1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.</p> <p>2 É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.</p> <p>3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.</p> <p><b>20. Cansaço ou fadiga</b></p> <p>0 Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado(a) ou fadigado(a) mais facilmente do que o habitual.</p> <p>2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.</p> <p>3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.</p> <p><b>21. Perda de interesse por sexo</b></p> <p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.</p> <p>2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
--	--

Subtotal página 2

Subtotal página 1

Pontuação total