Article published online: 2025-03-07

ARTIGO ORIGINAL

# Sintomas biopsicossociais em pacientes com câncer incurável no Brasil

## Biopsychosocial symptoms in patients with incurable cancer in Brazil

Isadora Miranda de Azevedo[1], Carolina Gaue Zayat[1], Getúlio Yuzo Okuma[1], Edvane Birelo Lopes De Domenico[1], Cristiane Decat Bergerot[1]


## RESUMO

**Objetivo:** Cuidado paliativo (CP) é essencial para a identificação e manejo dos sintomas reportados por pacientes com câncer metastático. Essa assistência promove uma maior qualidade de vida à pacientes e familiares ao longo do continuum da doença, por meio da antecipação, prevenção e alívio do sofrimento. No Brasil, o CP ainda é incipiente no âmbito da assistência oncológica. Sendo assim, o presente estudo objetiva caracterizar as principais demandas de pacientes com câncer em estadio IV, bem como, identificar os fatores associados aos sintomas a fim de determinar aqueles de maior risco psicológico. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo realizado com 253 pacientes diagnosticados com câncer metastático, em tratamento quimioterápico paliativo em um hospital público universitário, localizado em São Paulo. Para tanto, os pacientes foram avaliados quanto ao distress (Termômetro de Distress – TD), a ansiedade e a depressão (Escala de Ansiedade e Depressão – HADS) e a qualidade de vida (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - FACT-G). Os procedimentos de análise de dados incluíram na análise descritiva, correlação linear simples e regressão logística. **Resultados:** A média da idade dos pacientes avaliados foi de 56,6 anos, sendo 64,4% do sexo feminino, 51% casados e 54,2% com Ensino Fundamental. Os cânceres de mama (29,2%) e gastrointestinal (28,9%) foram os mais frequentes. Quase metade dos pacientes (44,7%) reportou um distress moderado a severo, sendo que 21,7% apresentaram sintomas de ansiedade e 16,6% de depressão. A correlação foi significativa entre esses sintomas psicossociais (ps<0,001), sendo que maiores escores de distress estiveram associados a uma pior qualidade de vida global, com consequente impacto negativo no bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional (ps<0,001). Ademais, idade jovem, medo, preocupação, fadiga, dor, sono, ansiedade e depressão foram os fatores associados a um maior risco psicológico. **Conclusão:** Pacientes com câncer metastático reportaram inúmeros sintomas físicos e psicossociais. Essa alta prevalência impactou significativamente na qualidade de vida desses pacientes, reforçando a relevância da inserção precoce do CP. Constata-se que a assistência precisa considerar a inserção de uma rotina de avaliação sistemática que auxilie na identificação dos sintomas, para proposição de tratamentos adequados e direcionados às necessidades dos pacientes, de maneira a reduzir, antecipar e prevenir o sofrimento desses pacientes.


**Descritores:** Cuidados paliativos; Psico-oncologia, Distress; Qualidade de vida; Serviço público

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

**Conflitos de interesse:** Nenhum dos autores refere conflitos de interesses.

**Recursos financeiros:** Para a realização desse trabalho não houve auxílio ou recursos financeiros.

**Autor correspondente:** Cristiane Decat Bergerot

Universidade Federal de São Paulo. Rua Napoleão de Barros, 754 - Vila Clementino. CEP: 04024-002 - São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: crisbergerot@gmail.com

**Recebido em:** 29 de Maio de 2017 | **Aceito em:** 21 de Agosto de 2017

DOI:10.26790/BJO20171345A92

## ABSTRACT

**Objective:** Palliative Care (CP) is essential for the identification and management of symptoms reported by patients with metastatic cancer. Such assistance promotes higher quality of life for patients and families throughout the disease continuum, by anticipation, prevention and relief of suffering. In Brazil, the CP is still incipient in the context of Oncology care. Thus, the present study aims to characterize the main demands reported by cancer patients at stage IV, as well as to identify the factors associated with symptoms in order to determine those most at psychological risk. **Methods:** This is a descriptive and prospective study conducted with 253 patients diagnosed with metastatic cancer, undergoing a palliative chemotherapy treatment in a public hospital, located in Sao Paulo. To this end, patients were evaluated regarding the distress (Distress Thermometer), anxiety and depression (Hospital Anxiety and Depression Scale), and the quality of life (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - General). The data analysis procedures included the descriptives analysis, simple linear correlation and logistic regression. **Results:** The average age of patients was 56.6 years, 64.4% female, 51% married, and 54.2% had elementary school. Breast (29.2%) and gastrointestinal (28.9%) cancers were the most frequent. Almost half of patients (44.7%) reported a moderate and severe distress, and 21.7% showed symptoms of anxiety and 16.6% of depression. The correlation was significant among these psychosocial symptoms (ps<0.001), with higher scores of distress associated with a worse quality of life, with consequent negative impact on the physical, social/family, emotional and functional well-being (ps<0.001). In addition, young age, fear, worry, fatigue, pain, sleep, anxiety and depression were factors associated with a greater psychological risk. **Conclusion:** Patients with metastatic cancer reported numerous physical and psychological symptoms. This high prevalence significantly impacted on the quality of life of these patients, highlighting the importance of early insertion of CP. We noted that the cancer care need to consider the screening routine that helps the identification of symptoms, to adequate propose a treatment targeted to the patients needs, in order to anticipate and prevent the suffering of these patients.


**Keywords:** Palliative care; Psycho-oncology; Distress; Quality of life; Public service

## INTRODUÇÃO

Nas últimas cinco décadas, o cuidado paliativo (CP) evoluiu de uma filosofia que visa melhorar a assistência a pacientes no final da vida para uma especialidade qualificada que busca oferecer uma assistência integral ao paciente e familiares ao longo da trajetória da doença.[1] De acordo com o consenso internacional, o CP pode ser definido como uma assistência centrada no paciente e familiares que otimiza a qualidade de vida ao antecipar, prevenir e tratar o sofrimento.[2,3] O CP ao longo do continuum da doença envolve a identificação das necessidades de cada paciente e a proposição de um tratamento para os sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais, facilitando a autonomia do paciente, seu acesso à informação e a participação na decisão terapêutica.[2,3]

Vários estudos randomizados forneceram evidências de que a inserção precoce do CP está associada a benefícios potenciais como, por exemplo, a uma melhor qualidade de vida, a otimização do controle de sinais e sintomas físicos e psicossociais e a uma maior sobrevida.[4-6] Essas constatações favoreceram a proposição de ações e recomendações para a integração do CP precoce na assistência Oncológica.[3,7-9] Diversos modelos conceituais e clínicos foram desenvolvidos com o intuito de auxiliar a integração do CP nos serviços de Oncologia.[10] Em todas as propostas, a avaliação das necessidades do paciente é imperativa e atua de forma efetiva na identificação e definição de tratamentos e ou encaminhamentos efetivos e que atendam as necessidades de cada paciente.

Entre os pacientes com câncer metastático sabe-se que a prevalência de sintomas físicos e psicossociais é acentuada. Estudos indicam que além de um alto distress[11] e da piora na qualidade de vida[12,13] é comum o relato de sintomas mal controlados, de intensidade moderada a severa, de fadiga/astenia,

dor, dispneia, alimentação (anorexia/caquexia), sono, náusea/vômito, constipação, ansiedade e depressão.[11-14] Para tanto, instrumentos de medida de qualida de vida (ex.: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - FACT, Quality of Life at the End of Life - QUAL-E) e de sinais e sintomas (ex.: Termômetro de Distress - TD, Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton - ESAS, Escala de Ansiedade e Depressão - HADS) sendo utilizados e recomendados a inserção na rotina de avaliação seriada.[15,16]

No Brasil, em resposta a essas evidências, portarias foram criadas com o intuito de promover a inserção do CP no Sistema único de Saúde (SUS),[17] auxiliar na conscientização e na normatização de ações para a prática clínica, em prol da redução da disparidade no acesso a esse serviço. Em 2005 foi publicada a primeira portaria (nº 2.439/2005) que determinou a inserção do CP na Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO).[18] Dias depois foram propostas algumas normas de funcionamento para a rede de alta complexidade (Portaria nº 741/2005), com inclusão dos Centros e Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).[19] Já em 2013, foram instituídas as medidas de promoção de melhorias para a qualidade de vida dos usuários do SUS, nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade (Portaria nº 874/2013).[20]

Contudo, mesmo com a alta prevalência (60,5%) de pacientes diagnosticados com câncer em estadiamento avançado[21], o CP permanece incipiente na assistência Oncológica brasileira. Pouco se sabe sobre as necessidades físicas e psicossociais reportadas por pacientes brasileiros. Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo caracterizar as principais demandas de pacientes diagnosticados com câncer metastático (estadio IV), em tratamento paliativo em um Serviço de Oncologia designado como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Ademais, identificar os fatores associados aos sintomas a fim de determinar aqueles de maior risco psicológico.

## MÉTODOS

Um estudo descritivo e prospectivo foi conduzido no ambulatório de Oncologia do Hospital São Paulo (HSP), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), no período entre abril de 2015 a janeiro de 2016. Após submissão e aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (Registro 100531/2015), os pacientes foram contatados na sala de espera dos ambulatórios de Oncologia. Nesse momento, foram informados acerca da metodologia e objetivo do estudo, não havendo incentivo para participação.

### Participantes

Pacientes foram elegíveis se diagnosticados com um câncer metastático, com um Eastern Cooperative Oncology Group Status (ECOG) ≤ 2, estivessem em tratamento quimioterápico sem intenção curativa, com idade igual ou superior a 18 anos e concordassem em participar da pesquisa. Não eram elegíveis aqueles com alguma comorbidade psiquiátrica ou déficit cognitivo e que apresentassem alguma outra incapacidade para responder aos instrumentos. Os pacientes que concordaram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e na sequência responderam de forma assistida a três instrumentos que avaliaram o distress, a ansiedade, a depressão e a qualidade de vida. O tempo aproximado de aplicação foi de 30 minutos. Cumpre mencionar que não houve recusa em participar do estudo.

### Instrumentos

Fatores sociodemográficos e clínicos: idade, sexo, raça, estado civil e escolaridade foram reportados pelos pacientes no momento anterior à aplicação dos instrumentos. O tipo de câncer, ano do diagnóstico, modalidades de tratamento realizados e performance status (ECOG) foram coletados no prontuário eletrônico.

**Distress:** versão traduzida e validada para o português do Termômetro de Distress (TD)[22] que avalia o distress em uma escala de 11 pontos (0 - sem distress a 10 - distress extremo) e os potenciais proble-

mas correlacionados em uma Lista de Problemas (LP), com 35 itens subdivididos em cinco domínios – prático, familiar, emocional, espiritual e físico. Pontuação igual ou superior a quatro é indicativa de distress moderado a severo.[22]

Ansiedade e Depressão: versão traduzida e validada para o português da Escala de Ansiedade e Depressão (HADS)[23], composta por 14 itens que avaliam sintomas de ansiedade e depressão, em escalas de pontuação 0-21. O indicador para sintomas moderados ou graves de ansiedade é o escore igual ou superior a oito e, para sintomas moderados a graves de depressão, igual ou superior a nove.[23]

Qualidade de Vida: versão traduzida e validada para o português do Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-General (FACT-G)[24], composta por 27 itens que avaliam o bem-estar físico (sete itens; pontuação 0-28), social/familiar (sete itens; pontuação 0-28), emocional (seis itens; pontuação 0-24) e funcional (sete itens; pontuação 0-28). Os escores de cada domínio são somados, podendo totalizar 108 pontos. Quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida.[24]

### Análise estatística

Para a caracterização da amostra utilizou-se a estatística descritiva que analisou as frequências, as médias e desvios-padrão das variáveis pesquisadas. Avaliou-se a correlação entre distress, ansiedade/depressão e qualidade de vida. Por fim, utilizou-se a Regressão Logística para identificação dos fatores potenciais associados ao distress, incluindo as variáveis sociodemográficas e clínicas, a ansiedade/depressão, a lista de problemas e a qualidade de vida. As covariáveis que estavam associadas significativamente ao distress foram incorporadas no modelo final da Regressão Logística.

## RESULTADOS

Um total de 253 pacientes participou desse estudo. A maioria deles era do sexo feminino (64,4%), com idade média de 56,6 anos (20-86 anos; DP=14,2), casados (51%), brancos (54,5%) e tendo cursado o Ensino Fundamental (54,2%). Os tipos de câncer mais frequentes foram mama (29,2%) e gastrointestinal (28,9%), 61,7% foram diagnosticados entre os anos de 2014 e 2015, tal como descrito na tabela 1.

A proporção de pacientes que reportaram distress moderado a severo foi de 44,7%. Destes, apenas 21,7% apresentaram sintomas moderados a severos de ansiedade e 16,6% de depressão. Ademais, elevado nível de distress esteve significativamente associado à ansiedade e depressão (ps<0,001). Na LP, observou-se que os problemas mais frequentemente listados foram: fadiga (60,5%), dor (53,4%), preocupação (51,8%), sono (48,8%), pele seca/coceira (42,5%), náusea (41,9%), alimentação (39,9%) e tristeza (38,7%) (Tabela 2).

No geral, os pacientes apresentaram uma qualidade de vida média de 78,8 (DP = 16,9), com pontuações mais altas nas sub-escalas bem-estar físico (M=20,8; DP=5,6) e social/familiar (M=20,8; DP=4,9) (Tabela 2). Uma associação significativa foi encontrada entre maiores escores de distress e uma pior qualidade de vida global, com consequente impacto negativo no bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional (ps<0,001).

Na regressão logística foi possível identificar uma associação significativa entre distress moderado a severo e idade jovem, medo, preocupação, fadiga, dor, sono, ansiedade e depressão (Tabela 3). Esse modelo foi significativo – $x^2(6)=66,33$, p<000 – e explicou 31% (Nagelkerke R2) da variância no distress moderado a severo, classificando corretamente 75% dos casos. Idade mais jovem esteve associada a um maior risco de distress. Contudo, gênero, estado civil, raça, escolaridade, renda mensal e tipo de câncer não foram significativamente associados a um elevado nível de distress, assim como qualidade de vida e demais problemas avaliados.

**Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas**

| Características | n |
|---|---|
| Idade (Min - Max) | 20-86 |
| M (SD) | 57,6 (14,2) |
| Sexo (%) | |
| Masculino | 90 (35,6) |
| Feminino | 163 (64,4) |
| Raça (%) | |
| Branco | 138 (54,5) |
| Negro | 32 (12,6) |
| Pardo | 73 (28,9) |
| Amarelo | 10 (4,0) |
| Estado civil (%) | |
| Solteiro | 35 (13,8) |
| Casado | 129 (51,0) |
| Divorciado | 48 (19,0) |
| Viúvo | 41 (16,2) |
| Escolaridade (%) | |
| Sem escolaridade | 20 (7,9) |
| Ensino Fundamental | 137 (54,2) |
| Ensino Médio | 72 (28,5) |
| Ensino Superior | 24 (9,5) |
| Tipo de câncer (%) | |
| Mama | 74 (29,2) |
| Gastrointestinal | 73 (28,9) |
| Hematológico | 24 (9,5) |
| Pulmão | 24 (9,5) |
| Geniturinário | 20 (7,9) |
| Ginecológico | 15 (5,9) |
| Ano do diagnóstico (%) | |
| 2001-2006 | 8 (3,2) |
| 2007-2011 | 30 (11,8) |
| 2012 | 24 (9,5) |
| 2013 | 35 (13,8) |
| 2014 | 57 (22,5) |
| 2015 | 99 (39,2) |
| Tratamentos realizados (%) | |
| Quimioterapia | 253 (100) |
| Hormonioterapia | 18 (7,1) |
| Cirurgia | 146 (57,7) |
| Radioterapia | 76 (30,0) |

**Tabela 2. Dados descritivos dos instrumentos de medida de distress, ansiedade, depressão e qualidade de vida**

| Características | n |
|---|---|
| HADSA | |
| Min-Max | 0-18 |
| M (DP) | 4,8 (3,8) |
| ≥ 8 (%) | 21,7 |
| HADSD | |
| Min-Max | 0-17 |
| M (DP) | 4,75 (3,9) |
| ≥ 9 (%) | 16,6 |
| TD | |
| Min-Max | 0-10 |
| M (DP) | 3,6 (2,6) |
| ≥ 4 (%) | 44,7 |
| Problema prático (%) | 56,9 |
| Cuidar da casa | 20,9 |
| Financeiro | 38,7 |
| Problema familiar (%) | 15,4 |
| Filhos | 13,8 |
| Problema emocional (%) | 62,5 |
| Medos | 21,7 |
| Nervosismo | 37,5 |
| Tristeza | 38,7 |
| Preocupação | 51,8 |
| Perda do interesse nas atividades usuais | 22,5 |
| Problema espiritual (%) | 5,5 |
| Problema físico (%) | 96,0 |
| Aparência | 35,2 |
| Respiração | 31,2 |
| Constipação | 21,3 |
| Alimentação | 39,9 |
| Fadiga | 60,5 |
| Inchaço | 25,3 |
| Memória/Concentração | 34,8 |
| Nausea | 41,9 |
| Dor | 53,4 |
| Pele seca/coceira | 42,5 |
| Sono | 48,8 |
| Mãos/Pés formigando | 35,7 |
| FACTG | |
| Min-Max | 34-107 |
| M (DP) | 78,8 (16,9) |
| Bem-estar físico | |
| Min-Max | 0-28 |
| M (DP) | 20,8 (5,6) |
| Bem-estar social/Familiar | |
| Min-Max | 0-28 |
| M (DP) | 20,8 (4,9) |
| Bem-estar emocional | |
| Min-Max | 4-24 |
| M (DP) | 18,9 (4,6) |
| Bem-estar funcional | |
| Min-Max | 4-28 |
| M (DP) | 18,1 (5,9) |

TD: Termômetro de distress. HADS-A: Escala de ansiedade e depressão - Sintomas de ansiedade. HADS-D: Escala de ansiedade e Depressão - Sintomas de depressão. FACT-G: *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - General*. M: média; DP: desvio padrão.

**Tabela 3. Covariáveis associadas ao distress moderado a severo**

| Covariáveis | B | DP | ß | Valor p |
|---|---|---|---|---|
| Idade | -0,02 | 0,009 | 0,98 | 0,04 |
| Medo | 1,60 | 0,74 | 4,96 | 0,03 |
| Preocupação | 0,60 | 0,40 | 2,33 | 0,03 |
| Fadiga | 0,97 | 0,32 | 2,64 | 0,003 |
| Dor | 1,14 | 0,03 | 3,13 | 0,000 |
| Sono | 0,79 | 0,30 | 2,21 | 0,009 |
| Ansiedade | 2,43 | 0,06 | 1,27 | 0,000 |
| Depressão | 0,27 | 0,06 | 1,30 | 0,000 |

B: coeficiente DP: desvio padrão.

## DISCUSSÃO

No presente estudo prospectivo identificou-se uma alta frequência de sintomas físicos e psicossociais em pacientes diagnosticados com câncer em estadio IV, em tratamento paliativo, em um serviço público de referência, localizado na capital do estado de São Paulo. Verificou-se, ainda, que esses sintomas impactaram significativamente na qualidade de vida desses pacientes, corroborando com as evidências descritas na literatura e com a relevância da inserção precoce do CP.[4,5,25-27]

Uma grande proporção dos pacientes reportaram níveis de distress e de ansiedade de moderado a severo, o que pode ser compreendido pela alta prevalência de sintomas físicos mal controlados e por uma possível percepção do diagnóstico como uma doença incurável, dado o longo período de tratamento a que esses pacientes estão submetidos. A falta de uma avaliação sistemática para manejo efetivos dos sintomas e uma má comunicação acerca do prognóstico podem resultar em uma sensação de ameaça iminente e de insegurança relacionados ao futuro incerto.[28] Além disso, pacientes em CP representam uma população vulnerável e com um potencial risco de distress. Intervenções psicossociais precoces e direcionadas às necessidades do paciente poderão prevenir o agravamento dos sintomas e auxiliar os pacientes no enfrentamento do próprio prognóstico.

Notavelmente, a prevalência de depressão encontrada foi inferior à descrita na literatura,[11,27] sugerindo um enfrentamento adaptativo (estratégia focada no significado), no qual o paciente poderia estar renovando o senso crítico de propósito e relevância.[29] Estudos futuros são necessários para esclarecer os fatores preditivos desse sintoma, bem como avaliar possíveis correlações entre as morbidades psicológicas e os fatores que influenciam o processo de adaptação ou mesmo as estratégias de enfrentamento. Não obstante, os escores médios quando comparados aos escores normativos (próximos ao percentil 50)[30] reforçam essa possibilidade adaptativa. Essa comparação indica uma qualidade de vida relativamente boa, considerando o contexto social e clínico dos pacientes.

Ademais, quase todos os pacientes reportaram algum problema físico, sendo a dor, fadiga e sono os mais listados. Na análise suplementar, esses sintomas físicos estiveram associados a um maior risco psicológico, bem como a idade jovem, os sentimentos de preocupação e medo, a ansiedade e a depressão. Esses achados sugerem que a presença desses fatores pode agravar o sofrimento dos pacientes em estadio IV. Essas informações são cruciais para o desenvolvimento de um planejamento assistencial preciso, centrado nas necessidades dos pacientes que apresentam um maior risco psicológico.

Contudo, o presente estudo apresenta algumas limitações, tais como o tamanho restrito da amostra e ao fato de ser um estudo não longitudinal, realizado em uma única instituição. Há ainda a não utilização de instrumentos que mensurem a gravidade dos sintomas físicos reportados e a exclusão de pacientes com ECOG>2. Futuros estudos devem avaliar o benefício da rotina de avaliação de sintomas físicos e psicossociais, bem como avaliar formas de melhorar o acesso ao CP no Brasil. Por meio desse estudo foi possível descrever as principais necessidades reportadas por pacientes em estadio IV e identificar os potenciais fatores associados a um maior risco psicológico.

## CONCLUSÃO

O alívio do sofrimento é o principal objetivo dos cuidados paliativos. Contudo, a identificação das fontes desse sofrimento é complexa e por vezes negligenciada. Sabe-se que as fontes potenciais de sofrimento para esta população podem ir além dos sintomas físico, incluindo complicações psicológicas e psiquiátricas (ex.: ansiedade e depressão), emanando medos e preocupações passadas, presentes e futuras. Esse estudo abre a oportunidade para a estruturação de ações e otimização de recursos que busquem identificar e tratar os sinais e sintomas dos pacientes, para que seja viável antecipar e prevenir o sofrimento dos pacientes em CP.

## REFERÊNCIAS


1. Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. Nat Rev Clin Oncol. 2016;13(3):159-171
2. Dahlin C. Clinical practice guidelines for quality palliative care. 3rd ed. Pittsburg: National Consensus Project for Quality Palliative Care; 2013 .
3. Ferrel BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American society of clinical oncology practice guideline update. J Clin Oncol. 2017;35(1):96-112
4. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: A cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2014;383(9930):1721-30.
5. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010:363(9930):733-42.
6. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, et al. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2015;33(13):1438-45.
7. Institute of Medicine. Dying in America: improving quality and honoring individual preferences near the end of life. Washington: The National Academies Press; 2015.
8. Partridge AH, Seah DS, King T, Leighl NB, Hauke R, Wollins DS, et al. Developing a service model that integrates palliative care throughout cancer care: the time is now. J Clin Oncol. 2014;32(29):3330-6.
9. Mellar PD, Strasser F, Cherny N, Levan N. MASCC/ESMO/EAPC survey of palliative programs. Support Care Cancer. 2015;23(7):1951-68.
10. Hui D, Bruera E. Models of integration of oncology and palliative care. Ann Palliat Med. 2015;4(3):89-98.
11. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. Psycho-Oncology. 2001;10(1):19-28.
12. Strömgren AS, Goldschmidt D, Groenvold M, Petersen MA, Jensen PT, Pedersen L, et al. Self assessment in cancer patients referred to palliative care: a study of feasibility and symptom epidemiology. Cancer. 2002;94(2):512-20.
13. Diaz-Frutos D, Baca-Garcia E, García-Foncillas J, Lopez-Castroman J. Predictors of psychological distress in advanced cancer patients under palliative treatments. Eur J Cancer Care. 2016;25(4):608-15.
14. Levy M, Smith T, Alvarez-Perez A, Back A, Baker JN, Beck AC, et al. NCCN clinical practice guidelines in oncology: Palliative care, version 1.2016. J Natl Compr Canc Netw. 2016;14(1):82-113.
15. Breitbart W, Chochinov HM, Passik SD. Psychiatric symptoms in palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. Oxford textbook of palliative medicine. 3rd ed. Oxford University Press; 2004.
16. Kelly B, McClement S, Chochinov HM. Measurement of psychological distress in palliative care. Palliative Med. 2006;20(8):779-89.
17. Mendes EC, Vasconcelos LC. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários no SUS. Saúde Debate. 2015;39(106):881-92.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2439/GM, de 8 de dezembro de 2005[Internet]. [citado 2017 Fev 21]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/ prt2439_08_12_2005.html.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 741/2005, de 19 de dezembro de 2005 [Internet]. [citado 2017 Fev 21]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/ prt0741_19_12_2005.html.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 874/2013 [Internet]. [citado 2017 Fev 21]. Disponível em http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.
21. Diário Oficial da União. Tribunal de Contas da União. Ata 44/2011, sessão 25/10/2011[Internet]. [citado 2017 Fev 21]. Disponível em http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD-014D7327AB4E2000. .
22. Decat CS, Laros JA, Araujo TC. Termômetro de distress: Validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. Psico-USF. 2009;14(3):253-60.
23. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WA. Transtorno de humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev Saúde Pública. 1995;29(5):355-63.
24. Arnold BJ, Eremenco S, Chang CH, Odom L, Ribaudo J, Cella D. Development of a single portuguese language version of the Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT-G) scale. Qual Life Res. 2000;9(3):316
25. Sekine R, Ogata M, Uchiyama I, Miyacoshi K, Uruma M, Miyashita M, et al. Changes in and associations among functional status and perceived quality of life of patients with metastatic/locally advanced cancer receiving rehabilitation for general disability. Am J Hosp Palliat Care. 2015;32(7):695-702.
26. Mehta RD, Roth AJ. Psychiatric considerations in the oncology setting. CA Cancer J Clin. 2015;65(40:300-14. .

27. Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y, Kissane DW, Zabora JR. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. Psychosomatics. 2009;50(4):383-91.
28. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC, Voest EE, de Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2007;34(1):94-104.
29. Folkman S. Stress, coping, and hope. Psychooncology. 2010;19(9):901-8.
30. Brucker PS, Yost K, Cashy J, Webster K, Cella D. General population and cancer patient normas for the functional assessment of cancer therapy - General (FACT-G). Eval Health Prof. 2005;28(2):192-211.