



UnB | HUB



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB
Residência Multiprofissional em Saúde

Pablinne Ferreira Duarte

**Da triagem ao acompanhamento: fatores que interferem na adesão ao encaminhamento
para o ambulatório de psicologia em serviço de oncologia**

Brasília

2021

Pablinne Ferreira Duarte

Da triagem ao acompanhamento: fatores que interferem na adesão ao encaminhamento para o ambulatório de psicologia em serviço de oncologia

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - atenção ao câncer da Universidade de Brasília como requisito para a obtenção do título de especialista em Psico - oncologia.

Orientadora: Dra. Juciléia Rezende de Souza

Brasília

2021

BANCA EXAMINADORA

Membro Efetivo

Dra. Eliane Maria Fleury Seidl
Universidade de Brasília

Membro Efetivo

Liana Zaynette Torres - Hospital Universitário de Brasília

Membro Suplente

Silvia Furtado Barros- Hospital Universitário de Brasília

Orientadora

Dra. Juciléia Rezende Souza – Hospital Universitário de Brasília
Universidade de Brasília

Brasília
2021

RESUMO

Introdução: Para auxiliar na identificação de pacientes com câncer vivenciado elevado nível de *distress* e/ou apresentando dificuldade no processo de enfrentamento durante o tratamento de câncer, têm sido utilizados instrumentos e protocolos sistematizados de triagem. Entretanto, apenas a triagem não resulta em aceitação e adesão aos serviços oferecidos. Por esse motivo, é necessário identificar as barreiras que interferem na adesão ao tratamento depois do encaminhamento. **Objetivos:** Identificar e descrever os aspectos que interferem na adesão ao acompanhamento psicológico de pacientes após a identificação de risco de má adaptação psicológica. **Método:** Trata-se de estudo retrospectivo descritivo exploratório com uso de metodologia qualitativa e quantitativa. Foram entrevistados por telefone 30 pacientes selecionados por conveniência que faltaram ao agendamento realizado após serem avaliados com elevado risco de má adaptação psicológica ao ingressarem no serviço de oncologia clínica do Hospital Universitário de Brasília em 2020. Para coleta de dados utilizou-se de revisão de prontuário, questionário sociodemográfico e médico-clínico, e entrevista semiestruturada. **Resultados:** Constatou-se que, de abril a dezembro de 2019, dos 426 pacientes atendidos no acolhimento, houve uma taxa de referenciamento de 35% (N=147), porém desses pacientes encaminhados a taxa de adesão ao ambulatório de psicologia foi de 30% (N=44) e os outros 70% (N=103) não compareceram ao atendimento. Na entrevista semiestruturada, 13% (N=4) dos participantes relataram que não marcaram consulta pois não tinha vaga e outros 13% (N=4) relataram que a consulta foi desmarcada pelo próprio serviço, demonstrando que a força de trabalho reduzida e a quantidade limitada de vagas dificultaram o acesso dos pacientes ao atendimento ambulatorial. O acesso tardio dos pacientes ao serviço de oncologia também interferiu na adesão dos mesmos, pois 46% (N=14) chegaram com estadiamento clínico avançado e 13% (N=4) relataram ausência de condições físicas. Dos 103 pacientes que não compareceram à consulta, 23% (N=24) faleceram antes de um ano. No questionário de múltipla escolha, entre os itens declarados pelos participantes como sendo de muita influência para o não comparecimento ao serviço estão: achar que poderia dar conta do problema sozinho (53%, N=16) e ter dificuldade de conseguir transporte (50%, N=15). **Conclusão:** Observou-se que as principais variáveis que interferiram na adesão ao serviço de psico - oncologia foram as percepções dos pacientes sobre a própria capacidade de enfrentamento; o contexto social de vulnerabilidade; a dificuldade de chegar a tempo aos tratamentos; estadiamento avançado de

doença; a organização e os recursos disponíveis do serviço. Considera-se importante promover ações para aumentar a força de trabalho disponível e para evitar desperdícios de vagas novamente; implementar na atividade da triagem psicológica a prática de questionar se o paciente deseja e se pretende comparecer ao atendimento ambulatorial; e manter a rotina de alfabetização e orientação sobre saúde mental no serviço.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento. Psico - oncologia. Encaminhamento e consulta.

ABSTRACT

Introduction: To assist in the identification of cancer patients experiencing a high level of distress and / or presenting difficulties in the coping process during cancer treatment, systematic screening instruments and protocols have been used. However, only screening does not result in acceptance and adherence to the services offered. For this reason, it is necessary to identify the barriers that interfere with treatment adherence after referral. **Objectives:** To identify and describe the aspects that interfere in patients' adherence to psychological monitoring after identifying the risk of psychological maladaptation. **Method:** This is a retrospective, descriptive exploratory study using qualitative and quantitative methodology. Thirty patients selected by convenience were interviewed by phone who missed the appointment made after being evaluated with a high risk of poor psychological adaptation when they entered the clinical oncology service at Hospital Universitário de Brasília in 2020. For data collection, medical record review was used, sociodemographic and medical-clinical questionnaire, and semi-structured interview. **Results:** It was found that, from April to December 2019, of the 426 patients seen at the reception, there was a referral rate of 35% (N = 147), but of these patients referred the rate of adherence to the psychology outpatient clinic was 30 % (N = 44) and the other 70% (N = 103) did not attend the service. In the semi-structured interview, 13% (N = 4) of the participants reported that they did not make an appointment because they had no vacancy and another 13% (N = 4) reported that the consultation was canceled by the service itself, demonstrating that the reduced workforce and the limited number of places hindered patients' access to outpatient care. The patients' late access to the oncology service also interfered in their adherence, as 46% (N = 14) arrived with advanced clinical staging and 13% (N = 4) reported absence of physical conditions. Of the 103 patients who did not attend the consultation, 23% (N = 24) died before one year. In the multiple choice questionnaire, among the items declared by the participants as having a lot of influence on the non-attendance to the service are: feeling that they could handle the problem alone (53%, N = 16) and having difficulty getting transportation (50% , N = 15). **Conclusion:** It was observed that the main variables that interfered with adherence to the psycho - oncology service were the patients' perceptions about their own coping skills; the social context of vulnerability; the difficulty of getting to the treatments on time; advanced disease staging; the organization and available resources of the service. It is considered important to promote actions to increase the available workforce and to avoid wasting vacancies again; implement in the psychological screening activity the practice

of questioning whether the patient wishes and if he intends to attend outpatient care; and maintaining the literacy routine and guidance on mental health in the service.

Keywords: Adherence to treatment. Psycho-oncology. Referral and consultation.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	MÉTODO	14
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
5	REFERÊNCIAS	33
6	APÊNDICE	39

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de câncer pode dar início a uma série de alterações biopsicossociais cujo impacto pode provocar sentimentos de raiva, medo, ansiedade e angústia. Na literatura, inúmeras evidências demonstram que o acompanhamento psicológico pode contribuir significativamente para o processo de enfrentamento durante o tratamento de câncer. No contexto da oncologia, o psicólogo atua auxiliando o paciente a lidar com suas dificuldades, necessidades e problemas e a buscar melhores estratégias para defrontar seus medos, dúvidas e expectativas buscando recursos para conviver com a doença (PIRES *et al.*, 2019). Diante de um contexto de dificuldades e incertezas, fornecer maior suporte psicossocial pode oferecer benefícios diversos durante a trajetória de tratamento de câncer (ROWLANDS *et. al.*, 2015). O resultado da pesquisa realizada por FUNK *et al.*, 2016, por exemplo, demonstrou que o fato de que um menor índice de sintomas de *distress* poderia estar relacionado ao fato de que alguns pacientes com câncer teriam sido atendidos por membro da equipe psicossocial antes da aplicação de instrumento de rastreio de sintomas psicológicos.

A sensação de sobrecarga psicológica que perpassa o processo do adoecimento tem sido denominada na área da psico - oncologia utilizando-se o termo *distress*, o qual já foi cunhado inicialmente por Hans Selye para definir as reações de estresse provocadas por situações de excitação de longa duração, ou que exigem do sujeito um processo de adaptação durante o qual são experimentados sentimentos e reações físicas desagradáveis e ou danosos (SOUZA, 2014). Nesse cenário, *distress* é então utilizado para descrever o resultado de experiências psicológicas, sociais e/ou espirituais vivenciadas diante do adoecimento e que interferem na capacidade de lidar com o diagnóstico, os sintomas e os tratamentos relacionados ao câncer (FUNK *et al.*, 2016). Ainda, um elevado nível de *distress* pode estar associado ao sofrimento emocional, baixa qualidade de vida e utilização de serviços de saúde em grande quantidade (SINGER, *et al.* 2017).

Um estudo realizado em um ambiente neurocirúrgico, cuja amostra era composta por pacientes oncológicos diagnosticados com glioma, indicou que o *distress* é o fator mais consistente para indicar presença de necessidades não atendidas das pessoas enfrentando a doença e que o resultado de sua avaliação pode servir como indicador para o neuro - oncologista iniciar o suporte psicossocial. Os autores afirmaram que pacientes com glioma lidam não apenas com déficits neurológicos e neurocognitivos, convulsão e fadiga, mas também com o

sofrimento psicossocial, depressão e ansiedade ao longo do curso da doença e argumentaram que é importante verificar as perspectivas e necessidades dos pacientes de forma que tais avaliações façam parte do diagnóstico e tornem possível oferecer um suporte adequado, adaptado às demandas de cada paciente e, por esse motivo, como maior chance de ser eficaz (RENOVANZ et al., 2017). Nessa perspectiva, o trabalho multiprofissional contribui para identificar as necessidades não atendidas e para oferecer o cuidado centrado no paciente (RISTEVSKI et. al., 2013).

Para que seja possível identificar as necessidades psicológicas desencadeadas pelo adoecimento por câncer, existem instrumentos que foram sistematizados para serem capazes de rastrear e avaliar a necessidade de encaminhamento para acompanhamento ambulatorial com o psicólogo (FUNK et al., 2016). As avaliações procuram funcionar como estratégia de triagem com o objetivo de auxiliar na identificação do nível de sofrimento atual, de indicadores de risco, e de características individuais e contextuais relacionadas ao contexto de adoecimento e tratamento (SOUZA, 2014). Tais informações podem contribuir para que seja possível planejar os cuidados para os pacientes com maior vulnerabilidade

Estudos indicam que grupos considerados minorias em direitos sociais apresentam disparidades no nível de *distress*, maior redução da qualidade de vida e aumento de sintomas depressivos. No estudo de Funk et. al. (2016), a maioria das pessoas com *distress* elevado são pessoas de cor preta, que fazem uso de medicamentos psiquiátricos, que não tiveram contato prévio com a equipe de atendimento psicossocial e com câncer hematológico. Ainda, o tipo de câncer e o histórico de sintomas psicológicos também parecem interferir no nível de *distress* vivenciado (FUNK et al., 2016; TONDORF et al., 2018).

Apesar da existência de protocolos sistemáticos de rastreamento de risco psicológico, ainda se sabe pouco sobre o que acontece depois que tais instrumentos são utilizados e o que interfere na escolha do paciente por aderir ou não aos atendimentos recomendados (FUNK et al., 2016). Portanto, torna-se relevante estudar o processo que se segue após a triagem, no que diz respeito aos encaminhamentos realizados pela equipe e no que diz respeito aos fatores que afetam a adesão do paciente ao acompanhamento psicológico ambulatorial. No presente estudo, o termo adesão será aplicado para se referir ao comparecimento à primeira consulta psicológica após o encaminhamento.

Considerando que o paciente deve ter suas demandas atendidas em sua totalidade, abarcando as instâncias físicas, sociais e psicológicas, e conforme estabelece o princípio da

integralidade da assistência presente no SUS, que diz que o sujeito deve ser atendido através de um conjunto articulado e contínuo de ações que se faz necessário para cada caso (Art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Brasil, 1990), o estudo torna-se socialmente relevante dado que o sofrimento psicológico não tratado pode interferir no bom andamento do tratamento oncológico (FUNK et al., 2016).

No que diz respeito à relevância clínica, é através da identificação sistemática das variáveis que influenciam na adesão do paciente, que será possível trabalhar nos meios necessários para aprimorar a assistência ao paciente, reorganizar o serviço e facilitar o engajamento ao acompanhamento psicológico. Para Funk et. al. (2016) o *distress* tem implicações sérias que podem atuar como fator de risco e interferir na adesão do paciente ao tratamento do câncer, contribuir para pior qualidade de vida e até mesmo impactar em redução da taxa de sobrevida.

O serviço de psico - oncologia do Hospital Universitário de Brasília - HUB

No HUB está em uso desde 2007 um protocolo de triagem aplicado no primeiro dia que o paciente adentra o serviço de oncologia clínica. Em 2014 o instrumento utilizado foi trocado por outro, desenvolvido no próprio serviço, com o objetivo de avaliar possíveis dificuldades relacionada a cinco variáveis que funcionam como indicadores de risco psicológico, a saber, percepção da doença, suporte social emocional, suporte social instrumental, enfrentamento e nível de *distress*. Esse instrumento é utilizado durante a atividade de acolhimento, momento no qual a equipe multidisciplinar e médica da Unidade de Oncologia recebe um conjunto de pacientes que estão iniciando o tratamento no serviço de oncologia clínica. Dentre as atividades realizadas nesse momento, são de responsabilidade da equipe de psicologia: participar da palestra multidisciplinar fornecendo informações pertinentes ao tratamento, realizar a triagem psicológica, encaminhar para acompanhamento psicológico os indivíduos que apresentarem elevado risco de má adaptação psicológica, realizar intervenções em crise, acompanhar atendimentos médicos de pacientes identificados com algum tipo de vulnerabilidade psicossocial e registrar em prontuário e na planilha eletrônica do serviço as informações obtidas durante o processo de triagem.

O instrumento utilizado para realizar a triagem denomina-se Indicador de Risco Psicológico em Oncologia – IRPO. Tal ferramenta foi desenvolvida e validada nesse serviço e possui escore que varia entre 27 e 135, tendo como ponto de corte valor igual ou maior que 55,

o qual sinaliza a necessidade de encaminhamento para acompanhamento psicológico (SOUZA, 2014), o que é prontamente realizado pela equipe. Além da pontuação no IRPO, outros aspectos são contemplados para considerar a existência de elevado risco de má adaptação psicológica, independente da pontuação do instrumento, conforme definido pelo Procedimento Operacional Padronizado - POP (SOUZA, 2017), sendo eles: presença de ideação suicida e/ou histórico de transtorno psiquiátrico ativo.

Entretanto, apenas a triagem não garante a aceitação e a adesão aos serviços e cuidados oferecidos (TONDORF *et al.*, 2018). Um estudo realizado com a revisão de 644 prontuários de pacientes em acompanhamento oncológico (FUNK *et al.*, 2016) identificou que dos 195 indivíduos que apresentavam sofrimento significativo ao ingressarem no serviço, 34 recusaram atendimento psicológico e, dos 161 restantes, apenas 19% solicitaram e completaram pelo menos uma consulta.

Muito se questiona sobre o que interfere na aceitação dos serviços psicológicos. Segundo Götz *et al.* (2019), entre pacientes internados, os que mais concordam com o encaminhamento são mulheres, pessoas mais jovens, solteiros, pacientes de emergência, pacientes em cuidados paliativos, pacientes com leucemia, linfoma e tumor cerebral. Pacientes homens, casados, com câncer de fígado, próstata e cabeça e pescoço aceitam com menos frequência.

Alguns estudos indicam que o nível elevado de *distress* não significa que o paciente tenha interesse equivalente por acessar os serviços de suporte (FUNK *et al.*, 2016; LOTH *et al.*, 2018; TONDORF *et al.*, 2018). Funk *et al.* (2016) verificaram que menos de 45% de pacientes com câncer, com indicação de escores elevados de *distress*, demonstravam interesse pelos serviços de suporte oferecidos após a avaliação. No estudo realizado por Pichler *et al.* (2019), o nível elevado de *distress* em pacientes com câncer provou ser o maior preditor para a recusa do suporte psicológico, seguido por sexo, no qual homens tendem a declinar duas vezes mais que as mulheres. Em estudo anterior realizado por Barker-Glenn *et al.* (2011), além de encontrar dados compatíveis com as pesquisas mais recentes sobre a associação de elevado nível de *distress* com recusa no serviço, também se identificou que o principal motivo para o declínio dos participantes foi o recebimento de apoio pré-existente de outro lugar. Tais constatações podem sofrer influência do contexto no qual vivem os participantes. Para a realidade brasileira e das pessoas que acessam o serviço público de saúde, os estudos são escassos. Diante das informações que circulam por esse tema, é necessário identificar as

barreiras que interferem na adesão ao tratamento depois de realizado o encaminhamento, e assim, buscar formas de facilitar o engajamento dos pacientes ao serviço de psicologia (FUNK *et al.*, 2016).

Em estudo realizado em 2016 em um Centro de Câncer designado pelo Instituto Nacional de Câncer (NCI) nos Estados Unidos, examinou-se as taxas de encaminhamento e aceitação dos serviços psicossociais (psicologia, serviço social e nutrição) entre pacientes com câncer. Dos 30% que apresentavam *distress* significativo e necessidade de encaminhamento para os serviços psicossociais, 74,7% recusaram prontamente o acompanhamento e apenas 19,2% tiveram pelo menos um atendimento completado nos serviços psicossociais ofertados. Dentre os pacientes que recusaram os serviços psicossociais, 60,8% afirmaram que não percebiam necessidade de cuidados de suporte. Outros motivos relatados para a recusa foram a falta de disponibilidade de tempo dos pacientes para o serviço, melhora no sofrimento inicialmente auto relatado e apoio encontrado em recursos externos (FUNK *et. al.*, 2016).

No HUB, o protocolo de triagem utiliza o IRPO desde 2014, contudo, não existem dados sobre os pacientes que, apesar de terem sido encaminhados, possam não ter aderido ao serviço, como também não existem informações sobre quais fatores que poderiam estar interferindo na taxa de adesão a esse encaminhamento.

Tal fato chamou a atenção para a necessidade de mais bem avaliar o comportamento de adesão, de forma a facilitar a otimização do recurso humano necessário e minimizar a influência de variáveis que possam interferir no comparecimento dos pacientes, as quais podem ser multifatoriais e incluir aspectos como: dificuldades sociodemográficas, percepção incorreta sobre o papel do psicólogo, busca de outro tipo de apoio, dificuldades relacionadas ao estágio da doença ou mesmo o nível de sofrimento psicológico percebido pelo paciente.

Objetivo Geral

Identificar e descrever aspectos que interferem na adesão ao acompanhamento psicológico de pacientes com câncer identificados com elevado risco de má adaptação ao ingressarem no serviço de oncologia clínica do Hospital Universitário de Brasília - HUB.

Objetivos Específicos

- Verificar taxa de adesão ao acompanhamento psicológico ambulatorial dos pacientes com câncer encaminhados após a triagem;
- Identificar e caracterizar o perfil dos pacientes que não aderiram ao encaminhamento;
- Identificar e categorizar as barreiras que interferiram na adesão ao serviço de psicologia depois de realizado o encaminhamento.

MÉTODO

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo retrospectivo descritivo exploratório com uso de metodologia qualitativa e quantitativa com a aplicação de questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada.

Ressalta-se que foram efetuadas entrevistas gravadas por telefone em função do cenário atual de pandemia por covid-19.

Local e Data

A pesquisa foi realizada na Unidade de Oncologia do HUB, local no qual ocorreu a consulta à lista de pacientes acolhidos para tratamento em oncologia clínica, a seleção da amostra, a coleta de dados no prontuário dos participantes e do qual foi possível o contato telefônico com os pacientes, o qual ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2020.

A Unidade de Oncologia do Hospital Universitário de Brasília oferece atendimento ambulatorial médico e multiprofissional aos pacientes que estão em tratamento oncológico ou em seguimento de controle após a conclusão do tratamento. Além do atendimento ambulatorial, a unidade oferece as condições necessárias para realização de quimioterapia e radioterapia.

Aspectos e Cuidados Éticos

Os riscos envolvidos no presente estudo estavam relacionados ao fato de que responder aos questionamentos poderia provocar algum nível de desconforto, como por exemplo, por lembrar dificuldades psicológicas, sociais, instrumentais, vivências relacionadas ao tratamento oncológico, o que poderia favorecer manifestações de sofrimento emocional ou

angústia. Também se previu o risco de provocar algum nível de constrangimento ao ser questionado sobre os motivos que influenciaram o não comparecimento à consulta psicológica marcada e ao responder sobre os fatores que possam ter contribuído. Tais riscos puderam ser minimizados por: a) a pesquisadora responsável possuía formação e experiência para intervenção em crise, estando capacitada dar uma primeira assistência caso ocorresse alguma mobilização emocional mais intensa no participante; b) a pesquisadora poderia reencaminhar, se houvesse interesse, para atendimento pela equipe de psico - oncologia da Unidade de Oncologia do HUB, conforme acordado previamente com os responsáveis pelo serviço; c) considerando a não adesão anterior e motivos que possam estar associados, a pesquisadora elaborou uma lista de serviços com atendimento psicológico gratuito no Distrito Federal para ofertar a quem demonstrasse necessidade e interesse (Apêndice B). Ainda, como ganho secundário à participação, a oportunidade de ter novo contato com profissional de psicologia poderia servir para favorecer a adesão e busca por atendimento, pois tratam-se de indivíduos que já foram identificados previamente com necessidade de acompanhamento. Nessas condições, o projeto foi submetido para aprovação na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais CEP/CHS. O estudo foi aceito com o número CAAE 34480720.6.0000.5540 e parecer 4.227.840.

População e Amostra

Pacientes com câncer (N=30), adultos, assistidos no serviço de oncologia clínica da Unidade de Oncologia do Unacon HUB, que ingressaram no serviço entre janeiro e dezembro de 2019 e selecionados por conveniência. A ordem de convite para participar foi decrescente, ou seja, os primeiros pacientes a serem incluídos foram aqueles que ingressaram mais recentemente no serviço – seguindo de dezembro de 2019 para janeiro de 2019 até completar 30 pacientes, o que aconteceu no dia 01/04/2019.

Para o presente estudo, com o objetivo de padronizar o perfil da amostra e evitar possíveis vieses, foram considerados aptos a participar da pesquisa apenas os sujeitos que responderam ao IRPO e atingiram pontuação igual ou superior a 55. O fato de o sujeito ter conseguido responder ao instrumento por si só já denota que possui capacidade cognitiva adequada para participar da entrevista, além de indicar que o paciente teve contato prévio com algum psicólogo. Não foram incluídos pacientes quando, apesar de terem sido encaminhados após identificação de ideação suicida ou de transtorno psiquiátrico, não tivessem respondido ao instrumento.

A adesão ao acompanhamento psicológico foi definida no presente estudo como o comparecimento do paciente à primeira consulta psicológica marcada após o encaminhamento. Optou-se por não inserir na pesquisa os atendimentos psicológicos subsequentes por se considerar que variáveis diferentes poderiam interferir após o paciente ter contato com o primeiro atendimento.

Critérios de Inclusão: pacientes com câncer; adultos (maiores de 18 anos) que participaram da atividade multiprofissional de acolhimento; que tenham respondido ao instrumento de triagem psicológica - Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO) e sido encaminhados para atendimento individual posterior; que não tenham agendado ou comparecido ao primeiro atendimento após terem sido encaminhados para atendimento ambulatorial.

Critérios de Exclusão: pacientes que não participaram da atividade multiprofissional de acolhimento; que não tenham respondido ao instrumento de triagem psicológica - IRPO; que compareceram ao primeiro atendimento após terem sido encaminhados para atendimento ambulatorial.

Instrumentos

1. Questionário para coleta dos dados sociodemográficos e médico-clínicos: os dados sociodemográficos incluem informações como sexo, data de nascimento, idade, situação conjugal, quantidade de filhos, situação laboral, renda familiar, religião, cor e escolaridade; os aspectos médico-clínicos incluem elementos como tipo de câncer, classificação de tumores malignos: *Tumor, Lymphnode e Metastasis* – TNM (tumor, linfonodo e metástase), estadiamento clínico, histórico de tratamento, histórico de acompanhamento psicológico e histórico de tratamento psiquiátrico.

2. Entrevista semiestruturada: instrumento desenvolvido pela pesquisadora com base em dados da literatura (Apêndice A). Iniciava-se com uma questão aberta norteadora, dividida em duas partes, “gostaríamos de saber o que você pensa a respeito do serviço de psicologia” e “quais foram as razões para não comparecer ao atendimento”. Após, dava-se início ao questionário estruturado para avaliar o quanto os seguintes fatores poderiam ou não ter colaborado para a não adesão: sensação de sobrecarga emocional; percepção sobre o papel do suporte psicológico e sobre como se sentia a respeito de falar de questões emocionais para

um psicólogo; preferência por buscar outros tipos de suporte social; e preferência por outros tratamentos e outros recursos de apoio.

Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu na seguinte ordem:

1) identificou-se os pacientes elegíveis a participar do estudo através da lista de pacientes que participaram do acolhimento (disponível na Unidade de Oncologia). Nessa lista foi verificado o nome dos que foram encaminhados para atendimento psicológico;

2) conferiu-se nos prontuários dos pacientes elegíveis quais não agendaram ou não compareceram à primeira consulta no ambulatório de psicologia;

3) realizou-se contato com os pacientes elegíveis por meio de ligação telefônica para realizar o convite para participarem da pesquisa. Inicialmente foi explicado a eles como a pesquisa seria realizada, incluindo o fato de que entrevista seria gravada, e, conforme o paciente aceitava, a ligação telefônica continuava sendo gravada e ocorria o registro da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE e do aceite. Tal medida foi adotada em função do panorama atual de pandemia por COVID-19. Ainda, a todo momento era salientado ao entrevistado que tinha o direito de se abster de sua participação a qualquer momento e sem qualquer tipo de prejuízo ao seu acompanhamento no HUB;

4) realizou-se a entrevista semiestruturada após registro da concordância ao TCLE. Informava-se que as informações coletadas ficariam guardadas sob sigilo pela pesquisadora, podendo ser solicitadas a qualquer momento para fins de comprovação da anuência do participante;

5) coletou-se os dados médico-clínicos posteriormente à ligação, considerando que o acesso ao prontuário dependia de anuência do participante. Também foram coletados dados sociodemográficos, a fim de complementação das informações prestadas pelo paciente.

Análise dos dados

Todas as respostas da parte aberta da entrevista foram transcritas e uma planilha foi criada para inclusão dos dados sociodemográficos, médicos clínicos, a confirmação ou não de comparecimento ao atendimento psicológico e as respostas objetivas. Para analisar as respostas abertas, utilizou-se de análise de conteúdo de Bardin (2016), o qual trata da descrição do conteúdo da mensagem e torna possível categorizar os significados das respostas apresentadas pelos participantes durante a entrevista aberta. A análise de conteúdo trata-se de um conjunto

de técnicas de análises das comunicações que se utiliza de procedimentos sistemáticos e objetivos para descrição do conteúdo das mensagens, podendo até mesmo lançar mão de indicadores quantitativos. Tal análise permite a realização de inferências sobre os conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens (BARDIN, 2016, p. 48).

Dessa forma, as respostas dadas pelos participantes na entrevista aberta foram avaliadas e categorizadas de acordo com a semelhança de significados dos conteúdos apresentados e, posteriormente, foram quantificadas e organizadas conforme a frequência. Já os dados inseridos na planilha foram analisados por meio de estatísticas descritivas, utilizando-se do software Microsoft Excel.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletados dados de prontuários referentes aos acolhimentos realizados entre as datas de 01/04/2019 a 30/12/2019, pois, retrospectivamente, ao chegar em abril completou-se as 30 entrevistas planejadas. Na tabela 1 constam as informações sobre a coleta de dado até a composição da amostra.

Durante esse período, o número de prontuários registrados nos acolhimentos foi de 426 e, entre esses, observou-se uma taxa de 35% de pessoas encaminhadas para atendimento psicológico com o total de 147 pacientes encaminhados. Entre os pacientes encaminhados, os dados indicam uma taxa de 30% de adesão ao ambulatório de psicologia, sendo que das 147 pessoas encaminhadas, apenas 44 agendaram e compareceram à consulta na data marcada. Por outro lado, cerca de 70% dos pacientes encaminhados, ao todo 103 pessoas, não compareceram ao atendimento.

Entre os 103 pacientes que foram encaminhados e não compareceram à primeira consulta, 41 não puderam ser contatados, seja porque não atenderam as ligações, seja porque não possuem contato de telefone próprio ou por constarem informações incompletas no prontuário. Sobre os demais, 24 pacientes já haviam falecido no momento da entrevista, uma pessoa estava internada e sete não aceitaram participar da pesquisa.

Conforme os dados apresentados, 23% dos pacientes encaminhados faleceram em menos de um ano após adentrarem no serviço. Tal fato pode ser devido ao número limitado de serviços especializados na região, o que aumenta o tempo de espera na fila de regulação do

sistema de saúde até que se tenha acesso ao tratamento. Nesse contexto, a condição clínica do paciente ao ingressar no serviço de oncologia pode ter sido um fator que dificultou o comparecimento aos atendimentos, visto que o tempo entre o ingresso e o óbito é um sinalizador do nível de gravidade da doença no momento que o paciente teve acesso ao serviço de oncologia clínica. Tais observações serão discutidas mais adiante.

Tabela 1 - Caracterização do processo de inclusão e exclusão de participantes no período entre 01/04/2019 e 30/12/2019

	N	%
Pacientes registrados no acolhimento	426	
Pacientes encaminhados ao serviço de psicologia	147	35
Pacientes encaminhados que compareceram à consulta em psicologia	44	30
Pacientes encaminhados que não compareceram à consulta em psicologia	103	70
Pacientes encaminhados que não compareceram a consulta e não foi possível entrar em contato	41	40
Pacientes encaminhados que não compareceram a consulta e que faleceram antes da pesquisa ser iniciada	24	23
Pacientes encaminhados que não compareceram a consulta e estavam internados e sem condições de participar da pesquisa	1	1
Pacientes encaminhados que não compareceram a consulta e não aceitaram participar do estudo	7	7
Pacientes encaminhados que não compareceram a consulta e aceitaram participar da pesquisa	30	29

O perfil sociodemográfico e de crenças religiosas/espirituais da amostra, composta de 30 pacientes, pode ser observado na tabela 2. Dentre os participantes, a maioria era do sexo feminino (80%), estava na faixa etária entre 46 e 60 anos (40%; média de idade = 52,8; amplitude: 25 a 75 anos), declarava-se da cor parda (57%), possuía o ensino médio completo (43%), era casada ou estava em um relacionamento estável (43%), possuía filhos (90%). Quanto a renda, 33% recebiam algum tipo de auxílio financeiro, 30% estavam desempregados, 23% aposentados e, ainda, a maioria (47%) apresentava renda familiar de 1 salário mínimo. Sobre a escolha religiosa, 57% declararam-se católicos e 30% evangélicos.

Com relação ao status de relacionamento, Tuinman. et al. (2014), identificaram que pacientes casados tem duas vezes menos chances de desejar acompanhamento adicional e que o apoio diário do parceiro, quando este compartilha a mesma residência, pode se mostrar mais eficaz que o apoio da família e amigos. No presente estudo, apesar da maioria dos pacientes

que não compareceram à consulta serem casados (43%), não se observou o status de relacionamento como um determinante para a adesão ao atendimento psicológico, pois a maioria dos pacientes que usaram o serviço também eram casados (57,89%).

Tabela 2 - Perfil da amostra estudada (N=30)

	N	%
Sexo		
Feminino	24	80
Masculino	6	20
Cor		
Parda	17	57
Branca	6	20
Preta	3	10
Amarela	3	10
Sem declaração	1	3
Crença religiosa/espiritual		
Católico(a)	17	57
Evangélico(a)	9	30
Acredita em Deus	2	7
Espiritualista	1	3
Sem declaração	1	3
Estado civil		
Relacionamento estável/ Casado	13	43
Separado/ Divorciado	8	27
Solteiro	8	27
Viúvo	1	3
Escolaridade		
Médio completo	13	43
Fundamental incompleto	7	23
Superior completo	4	13
Não alfabetizado	3	10
Fundamental completo	2	7
Médio incompleto	1	3
Possui filhos		
Sim	27	90
Não	3	10
Situação Laboral		
Auxílio	10	33
Desempregado/ Sem atividade remunerada	9	30
Aposentado	7	23
Ativo	2	7
Licença médica	1	3
Pensionista	1	3
Condição socioeconômica		
1 Salário mínimo	14	47
3 Salários mínimos	10	33
Acima de 3 salários	2	7
Sem renda	4	13

Conforme mencionado, a faixa etária da maioria dos entrevistados encontrava-se no intervalo de 46 a 60 anos (40%). Esse dado está de acordo com a literatura que relaciona idade mais jovem com maior sofrimento psicológico no início do tratamento. Segundo Tuinman et. al. (2014) em relação à fase de vida, pacientes mais jovens e de meia idade em comparação com aqueles a cima de 65 anos eram duas vezes mais propensos a experienciar maior quantidade de *distress* e de desejarem ter acompanhamento. Outros autores também indicam que, entre mulheres com diagnóstico de câncer de mama, o estágio avançado da doença, o diagnóstico recente, a presença de uma elevada carga de sintomas e estar em idade mais jovem, são fatores que também estão relacionados com a presença de maiores necessidades de ações que possam contribuir para o bem estar emocional (FISZER et. al., 2014; ROWLANDS et. al., 2015).

As tabelas 3 a 6 apresentam as informações sobre os dados médico-clínicos dos participantes. Na tabela 3, verifica-se que a maioria possuía diagnóstico de câncer de mama (33%), seguido de câncer intestinal (20%). Segundo o perfil epidemiológico do Distrito Federal, os três principais tipos de neoplasias malignas diagnosticadas no Estado nos últimos anos são: câncer de próstata (59,38%), câncer de mama (34,66%) e câncer de traqueia, brônquio e pulmão (28%, INCA, 2019).

Tabela 3 - Perfil da amostra em relação ao diagnóstico (N=30)

Diagnóstico	N	%
Mama	10	33
Intestinal	6	20
Útero	5	17
Ovário	2	7
Pulmão	2	7
Próstata	2	7
Urotelial papilar	1	3
Reto	1	3
Cólon	1	3

Dos 30 participantes, apenas em 20 prontuários foram identificados algum registro de estadiamento. Tal cenário ocorre devido às particularidades de definição de determinados tumores e devido ao fato de muitos pacientes chegarem ao serviço sem informações suficientes para que seja feito o registro. Conforme demonstrado na tabela 4, a maioria chegou ao acolhimento da oncologia com a seguinte classificação de tumores malignos *Tumor, Lymphnode e Metastasis* TNM: T2 ou T3 (40%), N1 (17%), M0 (43%) e estadiamento III (33%). O estadiamento é uma classificação de tumores na qual a base é a dimensão do tumor

(T) que varia de T0 a T4, a avaliação da extensão dos linfonodos (N) que varia de N0 a N3 e a existência ou não de metástase à distância (M) que varia de M0 a M1 (BRASIL, 2014). Realizada a avaliação destes fatores, o quadro clínico é classificado em estágios que variam de I a IV graus crescentes de gravidade de doença. (BRASIL, 2014). Chamou atenção o fato de um total de 46% dos participantes do estudo encontrarem-se com estadiamento avançado no momento do acolhimento (III e IV), porém tal característica tem sido comum ao perfil dos pacientes atendido em serviços públicos, principalmente pela demora para obterem o diagnóstico, seguida de demora para chegarem aos serviços especializados em tratamentos oncológicos. Conforme análise de dados no Sistema de Regulação do serviço de saúde - Sisreg realizada em outubro de 2018, em algumas unidades federativas a média de tempo de espera para a realização de determinadas consultas com especialistas é maior que 100 dias e no Distrito Federal o tempo médio de espera para obter uma consulta com um médico gastroenterologista é de 208 dias (BRASIL, 2019). Segundo análise do Tribunal de Contas da União, o percentual de pacientes que foram diagnosticados com câncer em grau de estadiamento III e IV foi 56% em 2017 (BRASIL, 2019).

Tabela 4 - Perfil da amostra em relação ao estadiamento (N=30)

Indicador TNM	N	%
T1	4	13
T2	6	20
T3	6	20
T4	2	7
Sem identificação de T	12	40
N1	5	17
N2	4	13
N3	3	10
Sem identificação de N	18	60
M0	14	47
M1	1	3
Sem identificação de M	15	50
Estadiamento clínico		
I	3	10
II	5	17
III	10	33
IV	4	13
Sem identificação	8	27

O histórico de tratamento realizado até o dia do acolhimento dos pacientes que foram entrevistados foi apresentado na tabela 5.

Tabela 5 - Histórico de tratamento prévio (N=30)

Tratamentos anteriores	N	%
Cirurgia	11	37
Sem tratamento	10	33
Quimioterapia	3	10
Radioterapia	2	7
Quimioterapia e cirurgia	2	7
Quimioterapia, cirurgia e radioterapia	1	3
Outros	1	3

Na tabela 6 foram apresentados os escores relativos ao Índice Geral de Risco (IGR) avaliado com o IRPO, como também o histórico da amostra com tratamentos em saúde mental. Conforme os registros nos prontuários eletrônicos, dentre os pacientes entrevistados, 83% nunca tinham realizado tratamento psicológico e 77% nunca tinham feito tratamento psiquiátrico. Durante um estudo com pacientes internados, Pichler et. al. (2019) identificaram em seus dados que o fato de o paciente já ter tido contato com algum tratamento psicológico anterior à triagem poderia contribuir para a aceitação sobre o suporte psicológico atual e acrescentaram que a falta de experiência com esse tipo de serviço pode estar associada a atitudes desfavoráveis com o mesmo.

Durante as entrevistas, constatou-se que apenas um paciente estava sendo acompanhado por psicólogo em posto de saúde próximo a sua residência e dois estavam sendo acompanhados por psiquiatra da própria Unidade de Oncologia do HUB.

Aqui vale relatar que, durante a entrevista, duas participantes (P1 e P2) solicitaram que fosse realizado agendamento para atendimento psicológico no HUB, o que foi prontamente realizado e confirmou-se que os atendimentos foram efetuados posteriormente. Conforme previsto durante a elaboração da pesquisa, tais solicitações poderiam ocorrer a partir do contato. As participantes apresentaram como principal motivação para iniciar o acompanhamento psicológico a percepção de sobrecarga emocional nas últimas semanas e necessidade de apoio especializado. P1 declarou que se arrependeu de não ter comparecido à consulta agendada no início do tratamento, quando preferiu priorizar o tratamento da doença física, e que percebia a necessidade atual de ajuda. P2 informou que desde o começo gostaria de fazer acompanhamento

psicológico, contudo a consulta foi desmarcada pelo serviço e, posteriormente, não conseguiu agendar atendimento devido às restrições impostas pela pandemia da Covid-19.

Em relação à pontuação no IRPO, a média no Índice Geral de Risco (IGR) foi de 71 (variação 56 – 98), sendo que o ponto de corte no instrumento está no escore igual ou superior a 55. Apesar do elevado índice de risco psicológico, 57% dos participantes nem sequer chegaram a agendar a primeira consulta e os outros 43% faltaram ao atendimento agendado. As justificativas relatadas pelos participantes serão apresentadas mais adiante na Tabela 8.

Importante ressaltar que o serviço de psicologia da Unidade de Oncologia conta com um número restrito de profissionais disponíveis para oferecer atendimento ambulatorial. Sendo assim, as faltas decorrentes das consultas agendadas resultam em recurso humano ocioso e na impossibilidade de oferecer suporte aos pacientes que poderiam comparecer ao atendimento, dado que alguns se queixaram de dificuldade para obter-se a vaga. Ações no sentido de minimizar a ociosidade das vagas parecem ser importantes para um melhor aproveitamento dos profissionais de psicologia.

Estudos indicam que ter alto nível de *distress* pode não significar a necessidade ou desejo de acompanhamento adicional e que, quando esse suporte é oferecido, mais da metade dos pacientes com câncer que apresentam alto índice de *distress*, não querem ou não usam o serviço (PICHLER et. al., 2019; BARKER-GLENN et. al. 2011). Por ser um recurso escasso, considera-se necessário incluir estratégias para minimizar a falta de adesão e/ou a perda de agendamentos. Um artifício possível seria incluir na triagem perguntas para investigar se o paciente deseja atendimento psicológico e se pretende comparecer aos atendimentos. Segundo Pichler et. al. (2019), a diretriz de prática clínica alemã para psico - oncologia sugere que, não apenas seja feita a triagem de sofrimento psicossocial, mas que também seja avaliado o desejo subjetivo de obter apoio psicológico. Para Barker-Glenn et. al. (2011), questionar e quantificar se os pacientes querem ou não ajuda é uma forma de, não apenas detectar necessidades não atendidas, mas também de direcionar as intervenções aos indivíduos dispostos a aceitá-las.

Tabela 6 - Índice Geral de Risco Psicológico IGR e histórico de tratamento em saúde mental (N=30)

Característica	Média	Amplitude
IGR - Índice Geral de Risco (Psicológico)	71	56 - 98
	N	%
Tratamento psicológico prévio		
Não	25	83
Sim	5	17
Acompanhamento psicológico em curso		
Não	29	97
Sim, em outro serviço	1	3
Histórico de tratamento psiquiátrico		
Não	23	77
Sim	7	23
Acompanhamento psiquiátrico em curso		
Não	28	93
Sim, no serviço	1	3
Sim, em outro serviço	1	3
Agendou a primeira consulta		
Não agendou	17	57
Sim, mas não compareceu	13	43

Para compreender melhor os motivos que podem ter levado os pacientes a não aderirem ao serviço, a entrevista foi direcionada para investigar fatores relatados na literatura como possíveis causas. A tabela 7 apresenta questões que investigam se o participante se lembra de ter sido encaminhado e, caso se lembre, questiona se ele concordou com tal encaminhamento.

Todos os participantes receberam no dia do acolhimento o encaminhamento para serem acompanhados pelo serviço de psicologia, mas apenas 73% relataram lembrar de ter recebido. Dentre esses, ao serem questionados se concordavam de que havia a necessidade de terem sido encaminhados para acompanhamento psicológico, 60% afirmou que percebia a necessidade de apoio psicológico na época, apesar da não adesão. Mesmo dentro do grupo composto pelos oito participantes que não se recordavam de terem sido encaminhados, 3 deles responderam que concordavam de que havia a necessidade de serem acompanhados pela psicologia na época que foram atendidos no acolhimento. Alguns fatores que podem ter interferido serão discutidos mais adiante.

A dificuldade de recordar as informações recebidas no dia do acolhimento pode ser compreendida pelo fato de que, para a maioria, o evento ocorreu há cerca de um ano até o

momento da entrevista, entretanto também pode ser necessário revisitar a forma como ocorre o encaminhamento, buscando melhorar a sensibilização dos pacientes triados para a importância do serviço que lhes é disponibilizado.

Tabela 7 - Reação às questões relativas ao encaminhamento para o serviço de psico-oncologia (N=30)

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Lembram do encaminhamento	22	73	8	27
Lembraram e concordaram que havia necessidade	18	60	4	13
Não lembraram, mas concordaram que havia necessidade	3	10	5	17

A tabela 8, por sua vez, apresenta dados relativos aos possíveis motivos para o participante não ter aderido ao encaminhamento. Dentre os fatores questionados aos pacientes que se lembravam de terem sido encaminhados (N=22), identificou-se que 13% relatou não ter encontrado vaga quando tentaram fazer o agendamento; 13% explicou que o atendimento foi desmarcado pelo próprio serviço; 13% indicou a falta de condições físicas para comparecer. Houve algumas outras respostas menos frequentes, mas predominaram as listadas anteriormente. O principal motivo que interferiu na adesão desses pacientes parece ter sido a própria dificuldade do serviço em absorver o montante de pacientes triados, representado na ausência de vagas no dia do acolhimento e na necessidade de desmarcar consultas, principalmente quando iniciada a pandemia. Considerando a queixa de ausência de vagas e o número de faltas aos agendamentos realizados, ações para evitar desperdícios de vagas novamente aparecem como uma solução para minimizar o problema identificado.

Importante esclarecer que o procedimento padrão do serviço é oferecer nova data de atendimento para as consultas desmarcadas, contudo, devido às restrições impostas pela pandemia da Covid-19 no início do ano de 2020 não foi possível realizar nenhum reagendamento. Entretanto, o número restrito de profissionais de psicologia ao longo de 2019 também parece ter sido um importante fator, aumentando a dificuldade de acesso a um profissional especializado. Em 2019 a equipe de psicologia da Unidade de Oncologia contava apenas com parte da carga horária de uma psicóloga e parte da carga horária de duas residentes de psicologia que se dividiam entre as atividades ambulatoriais relacionadas ao atendimento de pacientes em quimioterapia e radioterapia, os atendimentos em enfermaria e as disciplinas cursadas.

Tabela 8 - Fatores relatados como justificativa para não adesão ao encaminhamento à psicologia (N=30)

	N	%
Não lembra	6	20
Ausência de condições físicas	4	13
Consulta desmarcada pelo serviço	4	13
Ausência de vaga	4	13
Não achou necessário	3	10
Ter muitas consultas agendadas	2	7
Não sabia do encaminhamento	2	7
Esqueceu da consulta	2	7
Preferir priorizar o tratamento médico	1	3
Transferido para outro hospital	1	3
Tinha outro compromisso	1	3
Não sabia o procedimento para marcar	1	3
Não tinha dinheiro	1	3
Fazia tratamento psicológico em outro serviço	1	3
Dependia de outras pessoas para ir	1	3

A pergunta seguinte, representada na tabela 9, questionava sobre a percepção do participante a respeito do serviço de psicologia. As respostas foram coletadas de forma que cada participante poderia oferecer uma quantidade livre de explicações. Dentre os 30 entrevistados, 67% mencionaram os adjetivos “bom”, “ótimo” e “importante”. Ainda, 23% relataram que a psicologia oferece ajuda e apoio emocional, 13% mencionaram que os profissionais atuam oferecendo orientações. P17 destacou sobre o profissional da psicologia oferecer espaço de escuta, P16 referiu que tem a função de “trabalhar a autoestima”. Mais uma vez a questão da oferta de serviço foi sinalizada, com P10 descrevendo que a demanda e a espera são muito altas e as consultas são muito longas. Apenas P11 não soube responder.

Essa pergunta foi realizada com o objetivo de compreender melhor qual é a visão geral que os participantes teriam sobre a atuação do psicólogo e se seria possível associar essa percepção com os motivos pelos quais os pacientes poderiam optar por não buscar esse serviço. Dentro do grupo de pessoas que relataram que o trabalho do psicólogo é oferecer ajuda, P13 utilizou a expressão “ajuda à pessoa com a mente fraca”. Uma percepção como essa, poderia levar o indivíduo a se sentir estigmatizado ao buscar por apoio psicológico. Contudo, não houve outros relatos semelhantes. Parece que a percepção sobre o papel do psicólogo não foi o principal fator que pudesse explicar a falta de adesão, considerando que também a percepção de que existia necessidade foi recorrente dentre os entrevistados.

Tabela 9 - Percepção sobre o papel da psicologia (N=30)

	N	%
Bom, ótimo, importante	20	67
Oferece ajuda/ apoio emocional	7	23
Oferece orientações	4	13
Demanda alta, muita demora, consultas são longas	1	3
Não sabe dizer	1	3
Oferece espaço de escuta	1	3
Trabalha a autoestima	1	3

O próximo questionamento buscava afunilar a pergunta anterior e indagava sobre o papel do psicólogo que trabalha com pacientes que estão enfrentando uma doença como o câncer. Apesar de ser muito parecido com o item anterior, esta questão conduzia a uma resposta com aspecto mais descritivo, além de aproximar o serviço oferecido com a própria realidade dos pacientes. Como pode ser visto na tabela 10, as repostas mais frequentes, que poderiam ser mais de uma por paciente, foram relacionadas a oferta de apoio emocional (33%), espaço de escuta (33%), orientações (27%) e apoio no enfrentamento da doença (33%). Entretanto, mesmo tendo passado pela palestra psicoeducativa no dia do acolhimento, 13% relataram não saber qual seria o papel do psicólogo. Apenas P11 optou por não responder.

As respostas apresentadas demonstraram que a maioria dos participantes possuía alguma compreensão sobre o que esperar ao procurar apoio psicológico, não apresentando uma percepção estigmatizada sobre o papel do psicólogo. Um estudo realizado por Götz et. al., (2018) no *Comprehensive Cancer Center Zurich*, que tinha como um dos objetivos identificar o perfil dos pacientes internados que foram encaminhados para o acompanhamento psicossocial, observou-se que, entre o total dos rastreios documentados (7034), 10% (676) continham a informação do motivo pelo qual o rastreio não foi completado. Destes 10%, registrou-se que 55,3% dos pacientes recusaram responder a triagem de risco psicológico devido a crença de futilidade. Uma explicação para a clareza sobre o papel do psicólogo percebida pelo relato da maioria dos participantes do presente estudo pode estar relacionada à psicoeducação realizada no dia do acolhimento no qual é descrita o papel do psicólogo, possibilitando que percepções previamente concebidas sejam ressignificadas. Entretanto, apesar de em menor número, 13% continuou sem saber descrever o papel desse profissional. Dentre esse grupo de pessoas que não souberam responder, observou-se que 75% não completaram o ensino fundamental, viviam com a renda familiar de um salário mínimo e chegaram ao serviço com a doença em estadiamento III, ou seja, apresentavam um perfil

compatível com maior vulnerabilidade social. Nenhum deles havia realizado tratamento psicológico anteriormente. Considera-se importante compreender tais características para que seja possível oferecer maior atenção a esse perfil de pacientes durante o atendimento psicológico no acolhimento.

Tabela 10 - Percepção sobre a contribuição da psicologia durante o tratamento oncológico (N=30)*

	N	%
Oferecer apoio emocional	11	37
Oferecer espaço de escuta	10	33
Oferecer orientações	8	27
Auxiliar no enfrentamento da doença	5	17
Atuar no comportamento	5	17
Organização mental	5	17
Não soube referir	4	13
Motivar para o tratamento	4	13
Realizar avaliação psicológica	2	7
Estimular a comunicação	1	3
Trabalhar questões do passado/ história de vida	1	3
Ajudar a compreender os outros	1	3
Não aceitou responder	1	3

*Mais de uma resposta por participante.

Para descobrir se o método de abordagem das psicólogas poderia ter contribuído para a não adesão ao serviço, foi questionado aos participantes como eles avaliavam/percebiam a forma como foram comunicados sobre a necessidade de atendimento psicológico no dia do acolhimento. Como pode ser visto na tabela 11, observou-se que em 73% das respostas os adjetivos “bom” e “ótimo” estavam presentes, como também 13% mencionaram que as profissionais foram atenciosas. P15 relatou que se sentiu acolhida, P1 informou que teve um atendimento rápido. Considerando que a maioria das respostas indicam uma avaliação positiva da abordagem das psicólogas no dia do acolhimento, essa variável também parece não contribuir significativamente para a não adesão ao encaminhamento.

Tabela 11 - Percepção dos participantes sobre o atendimento psicológico durante o acolhimento (N=30)

Categorias	N	%
Bom/ ótimo	22	73
Atencioso	4	13
Normal	3	10
Não lembra	3	10
Sério	1	3
Ofereceu acolhimento	1	3
Rápido	1	3
Estranho	1	3

No item seguinte apresentado na tabela 12, questionou-se se, desde o dia do acolhimento, o participante foi atendido por outro serviço que tenha conseguido minimizar e melhorar seu bem estar emocional. O objetivo era identificar outros recursos que o paciente poderia estar utilizando como apoio para lidar com o processo de adoecimento vivenciado. Chamou atenção o fato de 57% (N=17) dos entrevistados relatarem que conseguiram apoio de outro tipo de serviço, dentre os quais: (20%) equipe médica, (10%) serviço social, (10%) psicólogo em outro local, (7%) a fisioterapia, (7%) a enfermagem, (7%) a nutrição e (7%) toda a equipe. Esses dados demonstram que o atendimento humanizado no trabalho da equipe multiprofissional pareceu minimizar o desconforto emocional do paciente ao longo do tratamento, demonstrando que outros profissionais, além do psicólogo, podem contribuir para a manutenção da saúde mental dos pacientes em tratamento de câncer.

Tabela 12 - Outros serviços considerados fontes de suporte emocional pelos participantes (N=30)

Categorias	N	%
Médico	6	20
Serviço Social	3	10
Psicóloga em outro local	3	10
Enfermeiras	2	7
Nutricionista	2	7
Toda a equipe	2	7
Fisioterapeuta	2	7
Coach	1	3
Atendimento para a terceira idade	1	3
Psiquiatria	1	3

A tabela 13 apresenta as respostas sobre o quanto consideravam que determinados fatores, anteriormente identificados na literatura, poderiam contribuir para alguém não ir ao atendimento psicológico quando encaminhado. As respostas aqui foram de múltipla escolha e os participantes tiveram a opção de escolher entre “pouco”, “mais ou menos” ou “muito”. Um item considerado com influência na percepção dos pacientes foi “Não saber o papel do psicólogo” (47%). Entretanto, observou-se uma tendência a escolher entre os dois extremos de resposta “pouco” (40%) ou “muito” (47%) e, embora a maioria tenha respondido que “não saber o papel do psicólogo” pode contribuir muito para não vir ao atendimento, as outras opções obtiveram uma porcentagem alta. Tal percepção vai ao encontro dos relatos anteriores, que indicaram que a percepção sobre o papel do profissional teve menor influência na escolha por comparecer/agendar ou não o atendimento.

Em relação aos outros itens, os que foram considerados com muita influência no comparecimento/agendamento foram: achar que poderia dar conta do problema sozinho (53%) e dificuldade de transporte (50%). Sobre a percepção dos participantes de que conseguem lidar com o contexto de adoecimento sozinhos, pode-se relacionar com dados da literatura mencionados anteriormente, os quais referem que a presença de sobrecarga emocional não significa que o indivíduo deseja ter algum tipo de suporte adicional (PICHLER et. al., 2019; BARKER-GLENN et. al. 2011). Sobre a dificuldade de conseguir transporte, pode-se associar essa informação com o contexto de vulnerabilidade dos participantes, dos quais 47% viviam com a renda familiar de um salário mínimo e 46% chegaram ao acolhimento com estadiamento avançado da doença (estadiamento III e IV), o que poderia indicar a necessidade de meio de transporte particular devido as condições físicas apresentadas.

Tabela 13 - Nível de contribuição de alguns fatores sobre a adesão ao atendimento psicológico (N=30)

	Pouco N (%)	Mais ou Menos N (%)	Muito N (%)
Achar que pode dar conta do problema sozinho	13 (43)	1 (3)	16 (53)
Ter dificuldade para conseguir transporte	6 (20)	9 (30)	15 (50)
Não saber o papel do psicólogo	12 (40)	4 (13)	14 (47)
Achar que o suporte da família e amigos é suficiente	17 (57)	4 (13)	9 (30)
Preferir suporte de outro tipo (pessoa ou profissional)	18 (60)	7 (23)	5 (17)
Achar que ter fé é suficiente	14 (47)	11 (37)	5 (17)
Preferir priorizar o tratamento da doença física	18 (60)	7 (23)	5 (17)

Ao final, visando compreender melhor como os participantes estavam se sentindo no momento da pesquisa, foram realizadas algumas perguntas utilizando escala *likert* de 10 pontos (tabela 14 a tabela 16). Dentre os 30 entrevistados, a maioria (82%) pontuou valor acima de quatro para *distress* atual (tabela 14) indicando, segundo o ponto de corte utilizado no Termômetro de *Distress*, moderado a elevado nível, ou seja, novamente seriam triados e encaminhados para assistência psicológica. O Termômetro de *Distress* é uma ferramenta de avaliação cujo objetivo é identificar o nível de *distress* e suas possíveis causas. Essa ferramenta é composta por dois instrumentos, sendo o primeiro um termômetro que analisa o nível de *distress* e oferece ao paciente a opção de assinalar partindo do zero (sem *distress*) até dez (*distress* extremo). O ponto de corte do instrumento que aponta a presença de *distress* é o valor quatro. O segundo instrumento é uma lista de 35 itens cujo objetivo é reconhecer as possíveis causas do *distress* (DECAT, et. al., 2009).

Sobre o quanto o participante achava que ter suporte psicológico poderia ajudar a lidar com o contexto de adoecimento e tratamento (tabela 15), corroborando com as respostas anteriores, a maioria (73%) pontuou acima de oito. Tal resposta confirma que a maioria dos participantes considera que poderia ter sido beneficiada com o apoio psicológico durante o processo de adoecimento e tratamento.

Finalmente, sobre o quanto o participante se sentiria confortável falando sobre suas questões emocionais com um psicólogo (tabela 16), também a maioria (80%) indicou que se sentiria confortável indicando, na escala de zero a dez, valor acima de oito pontos.

Tabela 14 - Nível atual de *distress*

Escore	0 - 4	5 - 8	9 - 10
N	5	18	7
%	17	59	23

Tabela 15 - Percepção sobre o quanto o suporte psicológico poderia ajudar

Escore	0 - 4	5 - 8	9 - 10
N	0	8	22
%	0	27	73

Tabela 16 - Percepção sobre o nível de conforto em falar com um psicólogo

Escore	0 - 4	5 - 8	9 - 10
N	0	6	24
%	0	21	80

As respostas apresentadas demonstram atitudes favoráveis diante do profissional psicólogo. Entretanto, considera-se importante salientar que pesquisas que utilizam medidas de auto relato podem apresentar resultados imprecisos e enviesados devido a interferência da desejabilidade social cujo efeito refere-se à tendência dos participantes de emitir respostas que sejam socialmente desejáveis, principalmente quando o entrevistador está inserido no contexto do conteúdo do questionário (ANASTASI e URBINA, 2000; CROWNE e MARLOWE, 1960; KROSNICK et. al., 1985; apud JUNIOR et. al. 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes com diagnóstico de câncer atendidos na Unidade de Oncologia do HUB são atendidos por uma equipe multiprofissional na atividade de acolhimento e também são avaliados pela equipe de psicologia. Constatou-se durante o estudo que, no ano de 2019, muitas variáveis podem ter interferido na adesão do paciente ao serviço após ser encaminhado para o ambulatório de psicologia, como a própria percepção do indivíduo sobre sua capacidade em lidar com o contexto de adoecimento e tratamento, o contexto social de vulnerabilidade, como por exemplo, a renda familiar e o acesso a um meio de transporte adequado para a sua condição física e quadro clínico, o fato de que muitos pacientes chegam ao serviço em estadiamento avançado de doença e não conseguem chegar a tempo aos tratamentos oferecidos e, principalmente, a organização e os recursos disponíveis do serviço. Conforme observado no estudo, muitos participantes não acessaram o atendimento psicológico devido à falta de vagas e a quantidade reduzida da força de trabalho.

Diante da quantidade limitada de vagas, o número de pacientes que chegam ao serviço e o número de faltas aos agendamentos realizados, considera-se importante promover ações para aumentar a força de trabalho disponível e também ações para evitar desperdícios de vagas novamente. Conforme abordado na literatura, pode-se implementar na atividade da triagem

psicológica a prática de questionar se o paciente deseja e se pretende comparecer ao atendimento ambulatorial (BARKER-GLENN et. al., 2011; PICHLER et. al., 2019). Também pode ser útil realizar busca ativa dos pacientes que faltaram às consultas para compreender as limitações individuais e tentar adaptar o serviço às necessidades mencionadas, além de oferecer a opção de atendimento *on-line* para aqueles pacientes que têm dificuldade de se locomover até a Unidade de Oncologia.

Por outro lado, observou-se neste estudo que o trabalho de psicoeducação que já é realizado pela psicologia no dia do acolhimento pode contribuir para que os pacientes conheçam o serviço e tenham percepções favoráveis do mesmo. Segundo Pichler et. al. (2019), a elaboração de materiais informativos sobre os serviços psicológicos oferecidos é importante para favorecer a adesão aos atendimentos. Para Tondorf et. al. (2018), os pacientes que têm a intenção de usar o serviço de psico-oncologia, o fazem por apresentarem opiniões positivas do serviço e por buscarem maior conhecimento de enfrentamento. Assim, relataram que a alfabetização sobre saúde mental é um aspecto importante para promover a utilização do serviço. Além disso, a literatura orienta que a adesão pode ser maior se o paciente estiver familiarizado com a equipe e é importante aumentar o envolvimento dos cuidadores e promover linguagem bidirecional (FUNK et. al., 2016).

Algumas características do presente estudo podem ser apontadas como limitações em sua produção. Assim, considera-se que a pesquisa poderia apresentar resultados mais consistentes caso o número de participantes fosse maior. O fato de as entrevistas terem ocorrido por telefone e cerca de um ano após a data do acolhimento, pode ter contribuído para menor controle sobre os fatores de interferência durante a comunicação com os entrevistados e pode ter interferido na qualidade da memória sobre o evento. Além disso, como já mencionado anteriormente, os dados obtidos por meio de medidas de autorrelato, como é o caso da entrevista na qual o sujeito fala de si mesmo, podem apresentar informações que sofreram a interferência da desejabilidade social. Finalmente, a quantidade de referências apresentadas no estudo sobre adesão foi pequena. Observou-se que, na literatura, muito se fala sobre os instrumentos de avaliação psicológicas nos serviços, mas pouco se fala sobre o que acontece depois da aplicação dos testes de avaliação e sobre a adesão dos pacientes ao serviço de psico - oncologia. Essa tendência se refletiu na quantidade de referências utilizadas para a produção deste estudo.

Conforme demonstrado pelos dados que estão disponíveis na literatura, a adesão ao serviço de psicologia é um fator que enfrenta diversos desafios no contexto de cuidados

oncológicos. Sendo assim, a Unidade de Oncologia do HUB conta com uma equipe de profissionais que apresenta esforços para manter a proximidade com o paciente durante o seu processo de tratamento, dispondo de empenho para promover a apresentação do serviço, para agregar valor junto a equipe multiprofissional e buscando compreender as necessidades psicossociais manifestadas.

REFERÊNCIAS

ALVES, Gizele S.; VIANA, Jéssica A.; SOUZA, Mayra F. S. (2018). **Psico-oncologia: Uma aliada no tratamento de câncer**. Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, v.3, n. 5, p. 520-537. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15992>. Acesso em 10 Fev. 2020

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em 02 Jan. 2021.

BARKER-GLENN, Elena; PARK, Bert; GRANGER, Lorraine; SYMONDS, Paul; MITCHELL, Alex. **Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: validation of a simple help question**. *Psycho-Oncology*. v. 20; p. 525 – 531. 2011. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pon.1759>. Acesso em 03 Jan. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em oncologia**. Ministério da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_oncologia.pdf. Acesso em 05 Jan 2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de auditoria operacional da política nacional para a prevenção e controle do câncer**. RA 02365520186. Plenário. Interessado Ministério da Saúde (vinculador). Relator Augusto Nardes. Brasília, Ago. 2019. Disponível em: <https://tcu.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/751001239/relatorio-de-auditoria-ra-ra-2365520186>. Acesso em 05 Jan 2021.

DECAT, Cristiane; LAROS, Jacob; ARAÚJO, Tereza. **Termômetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos**. *Psico-USF*, v. 14, n. 3, p. 253 – 260, Brasília, Set./ Dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psuf/v14n3/v14n3a02.pdf>. Acessado em 03/01/2021.

FISZER, Chavie; DOLBEAULT, Sylvie; SULTAN Serge; BRÉDART, Anne. **Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: a systematic review**. *Psycho-Oncology* v. 23, p. 361–374, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pon.3432>. Acesso em 03 Jan. 2021.

FUNK, Rachel; CISNEROS, Cassidy; WILLIAMS, Rush C; KENDALL, Jeffrey; HAMANN, Heidi A. **What happens after distress screening?** Patterns of supportive care service utilization among oncology patients identified through a systematic screening protocol. *Supportive Care in Cancer*, Berlin Heidelberg, v. 24, p. 2861–2868, Fev. 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-016-3099-0>. Acesso em: 08 Maio 2020.

GÖTZ, Anna; KRÖNER, A.; JENEWEIN, J.; SPIRIG, R. **Evaluation of the adherence of distress screening with the distress thermometer in cancer patients 4 years after implementation.** *Supportive Care in Cancer*, Berlin Heidelberg, v. 27, p. 2799 – 2807, 2019. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Estimativa 2020:** incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 01 Dez. 2020.

JUNIOR, Rodolfo; MOURA, Maria; HUTZ, Claudio. **Adaptação brasileira da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne.** *Avaliação Psicológica*. v. 3, n. 2, p. 83 – 92, Porto Alegre, Nov. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712004000200003. Acessado em: 10/01/2021.

LOTH, Fanny; MERANER, Verena; HOLZNER, Bernhard; SINGER, Susanne; VIRGOLINI, Irene; GAMPER, Eva. **Following patient pathways to psycho-oncological treatment: Identification of treatment needs by clinical staff and electronic screening.** *Psycho-Oncology*. v. 27, p. 1312 – 1319, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001788/>. Acesso em: 08 Maio 2020.

PICHLER, Theresia; et. al. **Factors associated with the decline of psychological support in hospitalized patients with câncer.** *Psycho-Oncology*. v. 28, p. 2049 – 2-59. 2019.

PIRES, Raphaella P.; SOUZA, Isabel C. S.; PEREIRA, Jéssica M.; LIMA, Raquel S. G. S.; QUINTANA, Rócio; SOUZA, Marcio C. **A psicologia no contexto de produção do cuidado segundo a percepção de pessoas com doença oncológica.** *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, Jan./Jun. – 2019.

RENOVANZ, Mirjam; HECHTNER, Marlene; JANKO, Mareile; KOHLMANN, Karoline; COBURGER, Jan; NADJI-OHL, Minou; KÖNIG, Jochem; RINGEL, Floriam; SINGER, Susanne; HICKMANN, Anne-Katrin. **Factors associated with supportive care needs in glioma patients in the neuro-oncological outpatient setting.** *Springer Science+Business Media*, Nova York – EU, v. 133, p. 653-662, Maio 2017.

ROWLANDS, Ingrid; JANDA, Monika; McKINNON, Loretta; WEBB, Penelope; BEESLEY, Vanessa. **Prevalence, predictors, and correlates of supportive care needs among women**

3–5 years after a diagnosis of endometrial câncer. Support Care Cancer. V. 23, p. 1205 – 1214, 2015.

SINGER, Singer; DANKER, Helge; ROICK, Julia; EINENKEL, Jens; BRIEST, Susanne; SPIEKER, Henning; DIETZ, Andreas; HOFFMANN, Isabell; PAPSDORF, Kirsten; MEIXENSBERGER, Jürgen; MÖSSNER, Joachim; SCHIEFKE, Franziska; DIETEL, Anja; WIRTZ, Hubert; NIEDERWIESER, Dietger; BERG, Thomas; KERSTING, Anette. **Effects of stepped psychooncological care on referral to psychosocial services and emotional well-being in cancer patients: A cluster-randomized phase III trial.** Psycho-Oncology, v. 26, p. 1675-1683, jun. 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/pon.4492>. Acesso em 17 Dez. 2020.

SOUZA, Juciléia R. **Indicador de risco psicológico em oncologia (IRPO):** Construção e validação de um instrumento de triagem para pacientes com câncer. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia da Saúde) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

SOUZA, Juciléia R. **Procedimento operacional padronizado (POP) para atendimento em psico-oncologia – Serviço de oncologia clínica.** POP psicossocial; n° 7; p. 1 – 46; Hospital Universitário de Brasília, 2017.

TONDORF, T; GROSSERT, A; ROTHSCHILD, S. I.; KOLLER, M. T.; ROCHLITZ, C.; KISS, A.; SCHAEFERT, R.; MEINLSCHMIDT, G. HUNZIKER, S.; ZWAHLEN, D. **Focusing on cancer patients' intentions to use psychooncological support:** A longitudinal, mixed-methods study. PSYCHO-ONCOLOGY. v. 27, p. 1656 – 1663, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001470/>. Acesso em 10 Abril 2020.

TUINMAN, Marrit A.; NUENEN, F. M. Van; HAGEDOORN, M.; HOEKSTRA-WEEBERS, J. E. H. M. **Distress, problems and referral wish of cancer patients:** differences according to relationship status and life phase. Psycho-Oncology, v. 24, p.699-704 Oct.2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.3712>. Acesso em 16 Dez. 2020.

APÊNDICE

Apêndice A - Instrumentos de coletas de dados

Parte 1- Dados Sociodemográficos e Médico Clínicos		
Continua em tratamento no HUB: () não () sim		
Sexo:	Data de Nascimento:	Idade:
Situação Conjugal: () solteiro(a) () separado(a) () viúvo(a) () relacionamento estável/casado.		
Filhos: () não () sim		
Situação laboral (ver no prontuário): () ativo () licença médica () inativo/desempregado () aposentado () auxílio INSS () sem atividade remunerada		
Renda mensal familiar (ver no prontuário): () Nenhuma renda. () Menos de 1 salário mínimo. () Até 1 salário mínimo (até R\$ 1039,00 inclusive). () De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 1039,00 até R\$ 2078,00 inclusive). () De 2 a 5 salários mínimos (de R\$ 2078,00 até R\$ 5195,00 inclusive). () De 5 a 10 salários mínimos (de R\$ 5195,00 até R\$ 10390,00 inclusive). () A cima de 10 salários mínimos (maior que R\$ 10390,00).		
Religião:		
Raça: () branca () preta () parda () amarela () indígena () sem declaração		

Escolaridade: () não alfabetizado () fundamental incompleto () fundamental completo () médio incompleto () médio completo () superior incompleto () superior completo () pós-graduação.
Tipo de câncer (ver no prontuário):
Diagnóstico (TNM) (ver no prontuário):
Estadiamento clínico (ver no prontuário):
Histórico de tratamento (ver no prontuário): () quimioterapia () radioterapia () cirurgia () outros:
Faz acompanhamento psicológico (ver no prontuário): () No serviço () Em outro serviço () Não faz
Histórico de tratamento psiquiátrico (ver no prontuário): () não () sim Motivo:
Faz acompanhamento psiquiátrico atualmente: () não () sim Motivo:

Parte 2: Entrevista aberta

Questões norteadoras:

- (1) Lembra de ter sido encaminhado para acompanhamento psicológico no HUB?
- (2) Sim não
 - a. Se sim. Ao ser encaminhado(a), o(a) senhor(a) concordou que havia necessidade de ter sido encaminhado para acompanhamento psicológico?
 - b. Se não. Como eu vi aqui que houve um encaminhamento, o que você que houve alguma necessidade que gerou tal encaminhamento? Sim não
- (3) Como houve agendamento, para conhecermos melhor sobre o que os pacientes pensam sobre o serviço de psico-oncologia, gostaria de saber quais foram as razões para não comparecer ao atendimento agendado no dia _____, você poderia me dizer?
- (4) Além disso, o que o(a) senhor(a) pensa a respeito do serviço de psicologia?

(5) O(a) senhor(a) sabe qual é o papel do psicólogo que trabalha com pacientes enfrentando alguma doença?

(6) No dia do acolhimento, pode me dizer como avalia/percebe a forma pela qual foi comunicado a necessidade de atendimento psicológico?

Questões complementares:

(1) Nesse período de tempo desde o acolhimento, o(a) senhor(a) já foi atendido por outro serviço que tenha conseguido minimizar dificuldades e melhorar seu bem estar emocional/ ter suas necessidades atendidas? Sim não

(2) Se sim, qual?

Para entender melhor, vou fazer mais algumas perguntas:

Parte 3: entrevista dirigida

(1) O quanto você acha que os seguintes itens podem contribuir para alguém não ir ao atendimento psicológico quando encaminhado? Diga para mim se contribui “pouco”, “mais ou menos” ou “muito”:

(a) não saber o papel do psicólogo: () Pouco () Mais ou menos () Muito

(b) achar que pode dar conta do problema sozinho: () Pouco () Mais ou menos () Muito

(c) ter dificuldade para conseguir transporte: () Pouco () Mais ou menos () Muito

(d) preferir ter suporte por outro tipo de pessoa ou profissional: () Pouco () Mais ou menos () Muito. Quem? _____

(e) achar que o suporte da família e amigos é suficiente: () Pouco () Mais ou menos () Muito

(f) achar que ter fé é suficiente: () Pouco () Mais ou menos () Muito

(g) preferir priorizar o tratamento da doença física: () Pouco () Mais ou menos ()
Muito

Gostaria de citar outra coisa que possa interferir? _____

(2) Para finalizar e sabermos como você está no momento. Numa escala de 0 a 10, o quanto de sobrecarga emocional (*distress*) o(a) senhor(a) tem sentido nas últimas semana?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(3) Numa escala de 0 a 10, o quanto o(a) senhor(a) acha que ter suporte psicológico poderia te ajudar a lidar com o contexto de adoecimento e tratamento?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(4) Na escala de 0 a 10, o quanto confortável o(a) senhor(a) se sentiria falando sobre tais questões emocionais com um psicólogo?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Apêndice B - Lista de atendimento psicológico social

Clínicas-Escola de Psicologia em Brasília – DF							
Atualizado em 12/2018.	Instituição	Clientes	Valor	Endereço	Contato	Inscrições	Documentação necessária
UNICEUB – CENFOR Centro de Formação do Psicólogo	Crianças, Adolescentes, Adultos, Idosos, Casais, Famílias e Organizações.	R\$20/mês	Setor Comercial Sul, Quadra 01, Ed. União, Bloco A	(61) - 3966-1626 (61) - 3966-1687 (recepção)	Segunda a sexta-feira, das 07:30h às 22:30h, por telefone. A partir de fevereiro.	Apenas informar dados pessoais.	
UCB – CEPPA – Centro de Formação em Psicologia Aplicada	Crianças, Adolescentes, Adultos e Grupos.	Gratuito	Campus 1, Q5 7, Lote 01, Bloco M, Sala 08, Taguatinga Sul – DF.	(61) - 3356-9328	Segunda, quarta e sexta-feira, 8:30h às 20:30h. Presencialmente.	Documento oficial com foto. Menores de 18 anos devem estar acompanhados por pais ou responsáveis.	
ABP – Clínica Escola da Associação Brasileira de Psicodrama	Crianças, Adolescentes, Adultos, Idosos, Casais e Família.	Negociável, a partir de R\$40/sessão.	CLN Qd 201, BIC, salas 105, 106 e 107 70832-530 Asa Norte - Brasília-DF.	(61) 3245-6390 (61) 3346-6832 abp.br@abpdf.com.br	Segunda à sexta-feira, das 08:00h às 17:00h, por telefone.	Documento oficial com foto.	
UnB – CAEP – Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos	Crianças, Adolescentes, Adultos e Grupos.	1% do valor da renda Familiar	Campus Universitário Darcy Ribeiro – UnB, Asa Norte - Brasília - DF. Ao lado da Autotrac, em frente à Flocruz. Entrada pela via L3 norte.	(61) - 3107-1680	Por telefone às segundas-feiras a partir das 08:30 (Vagas Limitadas).	RG, CPF, Comprovante de residência e contracheque ou comprovante de renda Familiar.	
IESB SUL - Clínica Escola (Asa Sul)	Crianças, Adolescentes, Adultos, Idosos, Casais e grupos.	Negociável, até 1 a 5% da renda.	Campus do IESB, SGAS 613/614, no segundo andar do prédio da biblioteca, Asa Sul, Brasília-DF.	(61) 3445-4502 (61) 3962-4802	Presencial com encaminhamento. Através do site: (www.iesb.br)	Apenas informar dados pessoais.	
IESB OESTE - Clínica Escola (Ceilândia)	Crianças, Adolescentes, Adultos, Idosos, Casais e grupos.	Gratuito	CAMPUS OESTE - QNN 31 - Áreas Especiais B/C/D/E - Ceilândia Norte - Ceilândia - DF - CEP: 72.225-315	(61) - 3962-4748	De Segunda à Sexta-Feira, das 8h às 20h. Aos Sábados, das 8h às 11h. A partir de março.	Documento oficial com foto, acompanhado das cópias do RG e CPF.	
UNIP – CPA Centro de Psicologia Aplicada	Acompanhamento semestral: Crianças a partir de 4 anos, adolescentes e adultos. Plantão: Adolescentes a partir de 14 anos e adultos.	Gratuito.	SGAS 913 conjunto B s/n Bloco h - Asa Sul - Brasília, DF - CEP: 70390-130	(61) 2192-7092 (61) 2192-7091	Acompanhamento semestral: De dezembro à fevereiro, por telefone. Plantão: Terça, quarta, quinta-feira e sábado. Das 08:30h às 12:30h.	Documento oficial com foto.	
UDF – Clínica Escola	Crianças, adolescentes, adultos, idosos, casais e família.	Gratuito	SGAS 903 sul lote 79, Edifício 4R – Em frente ao colégio Leonardo da Vinci – Brasília-DF	(61) 3225-7724 (61) 99963-7555	Segunda a sexta, das 8h às 22h, e aos sábados, das 8h às 12h. A partir de fevereiro.	Apenas informar dados pessoais.	

Clínicas Sociais ou de baixo custo em Psicologia no DF

Atualizado em 12/2018.	Clínicas Sociais ou de baixo custo em Psicologia no DF					
Instituição	Clientela	Valor	Endereço	Contato	Inscrições	Documentação Necessária
IGTB – Instituto de Gestalt Terapia de Brasília	Crianças, adolescentes, adultos, casais e família.	R\$25/sessão se a renda for até R\$2500. A cima deste valor, 1% da renda.	SCLN 316, bloco F, sala 219 Edifício A pollo Center Brasília - DF	(61) 3033-7094 igtb.jorgepoiano@gmail.com	Segunda à sexta-feira das 08:00h às 19:30h presencialmente.	Cópias do comprovante de renda e residência.
SPBsb - Sociedade de Psicanálise de Brasília	Crianças, adolescentes, adultos, casais e famílias.	Negociado de acordo com as condições financeiras do paciente.	Pode ser atendido em diferentes locais conforme a localização do psicanalista	(61) 3364-1553	O paciente deve se inscrever pelo site e aguardar ser chamado para uma entrevista onde poderá negociar o valor da sessão. http://www.spb.sb.org.br/site/index.php	Apenas informados pessoais.
IPA - Instituto de Psicologia Aplicada	Crianças, adolescentes, adultos, idosos, casais e família.	R\$60/sessão	STN Bloco M – Edifício Vital Brazil - 1º andar – sala 220 – Brasília-DF	(61) 98621-5366 (61) 3349-6517	Segunda à sexta-feira, das 08:00h às 17:00h, exclusivamente por telefone.	Documento oficial com foto.
INSPAC - Instituto São Paulo de Análise do Comportamento	Crianças, adolescentes e adultos.	A partir de 70 reais/sessão	Endereço: 702 Norte Ed. Brasília Rádio Center, Sala 4021 - 4º andar - Asa Norte - Brasília - DF	(61) 3425-2717 (61) 3327-7338 E-mail: inspac@inspac.com.br	Segunda à sexta-feira, das 8:00h às 20:00h, por telefone.	Apenas informados pessoais.
Centro de Orientação Médico Psicopedagógica - COMPP	Crianças e adolescentes de 0 a 18 anos.	Gratuito	Setor Médico Hospitalar Norte, Qd. 03, Bloco A - Brasília - DF	(61) 3326-3201 (61) 3325-4995	Segunda, quarta e sexta-feira, apenas pela manhã, a partir das 07:00h.	Comprovante de residência e certidão de nascimento ou outro documentação de identificação do menor, cartão do SUS.
INASP – Instituto Nacional de Saúde e Psíquica	A partir de 15 anos.	Gratuito Psicoterapia individual R\$5/sessão	Igreja Santíssimo Sacramento 806 L2 sul – Asa Sul – DF (Audatório ao lado do colégio Único)	(61) 98442-4209 http://oscupinas.org/	Através do Whatsapp. Dalzi (61)964422393 Dinalva (61)994027236	RG, CPF e comprovante Residência.

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB
Residência Multiprofissional em Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Da triagem ao acompanhamento: fatores que interferem na adesão ao encaminhamento para o ambulatório de psicologia” de responsabilidade de Pablinne Ferreira Duarte, psicóloga residente multiprofissional do Hospital Universitário de Brasília – HUB/ Universidade de Brasília.

O objetivo desta pesquisa é identificar e descrever aspectos que interferem na adesão ao acompanhamento psicológico de pacientes encaminhados durante a triagem psicológica realizada ao ingressarem no serviço de oncologia clínica do Hospital Universitário de Brasília - HUB. Além disso, a pesquisa também tem os objetivos de verificar taxa de adesão ao acompanhamento psicológico ambulatorial; identificar e caracterizar o perfil dos pacientes que não compareceram ao agendamento realizado; e identificar e categorizar as barreiras que interferiram nesse não comparecimento. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade para cooperar com a presente pesquisa.

A entrevista será realizada por meio de contato telefônico, durante o qual estou pedindo seu consentimento para participar dessa pesquisa e autorização para realizar e gravar a entrevista que farei a seguir. Estima-se que a entrevista durará no máximo 15 minutos e esclareço que o som da sua voz poderá ser usado apenas para transcrever (ouvir e colocar no papel) posteriormente as respostas dadas. Em nenhum momento haverá divulgação do som da sua voz por qualquer meio de comunicação. É para estes procedimentos que você está sendo convidado(a) a participar.

Reitero que você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e asseguramos que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo, ou seja, não será permitida a identificação em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer entidade não relacionada diretamente com este estudo. Os dados coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora, que também será responsável por adotar procedimentos de segurança com relação ao som de sua voz.

Caso a pesquisa gere algum desconforto como, por exemplo, lembrar as dificuldades vivenciadas no tratamento oncológico, ou venha a sentir algum sofrimento emocional e angústia diante das perguntas, peço que informe, pois podemos interromper a qualquer momento sem nenhum prejuízo ao seu atendimento e continuidade do tratamento. Ainda, caso sinta necessidade, poderemos te encaminhar novamente para atendimento psicológico no ambulatório de Psico-oncologia da Unidade de Oncologia do HUB, ou, se preferir, podemos dar orientações sobre como encontrar outros serviços de acompanhamento psicológico gratuito ou de baixo custo no Distrito Federal.

Esperamos que a presente pesquisa nos auxilie a encontrar e estruturar os meios necessários para aprimorar a assistência ao paciente e reorganizar o serviço de acompanhamento psicológico durante o tratamento oncológico.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para se recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone: (61) 996311678 ou através do *e-mail* pablinne.duarte@gmail.com.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Hospital Universitário de Brasília, durante a apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), podendo ser publicados posteriormente.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina (CEP/FM) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1918 ou do e-mail cepfm@unb.br, horário de atendimento

de 08:30hs às 12:30hs e de 14:30hs às 16:00hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FM está localizado na Faculdade de Saúde/Faculdade de Medicina no 2º andar do prédio, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome e Assinatura do(a) participante.

Assinatura da pesquisadora responsável

Pablinne Ferreira Duarte

Psicóloga residente – CRP- 01/19495.

Brasília, ____ de _____ de _____.