



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**NÚCLEO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO DE MEDICAMENTOS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TRANSLACIONAL**

**FELLIPE SOUSA DA SILVA**

**O USO DA PSICOEDUCAÇÃO NO CUIDADO DA SAÚDE MENTAL DE  
INDIVÍDUOS COM NEOPLASIA ENDÓCRINA MÚLTIPLA TIPO 1 FAMILIAR**

**FORTALEZA/CE**

**2024**

FELLIPE SOUSA DA SILVA

O USO DA PSICOEDUCAÇÃO NO CUIDADO DA SAÚDE MENTAL DE INDIVÍDUOS  
COM NEOPLASIA ENDÓCRINA MÚLTIPLA TIPO 1 FAMILIAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina Translacional da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Medicina Translacional.

.

Orientador: Profa. Dra. Ana Rosa Pinto Quidute  
Coorientador: Prof. Dr. Manoel Ricardo Alves Martins

FORTALEZA/CE

2024

---

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- S58 Silva, Fellipe Sousa.  
O uso da psicoeducação no cuidado da saúde mental de indivíduos com Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 1 familiar / Fellipe Sousa Silva. – 2024.  
62 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina Translacional, Fortaleza, 2024.  
Orientação: Profa. Dra. Ana Rosa Pinto Quidute .  
Coorientação: Prof. Dr. Manoel Ricardo Alves Martins .
1. Psicoeducação. 2. Intervenção. 3. Adaptação psicológica. 4. Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 1. 5. Saúde mental. I. Título.

CDD 610

---

FELLIPE SOUSA DA SILVA

O USO DA PSICOEDUCAÇÃO NO CUIDADO DA SAÚDE MENTAL DE INDIVÍDUOS  
COM NEOPLASIA ENDÓCRINA MÚLTIPLA TIPO 1 FAMILIAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina Translacional da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Medicina Translacional.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Manoel Ricardo Alves Martins (Coorientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Dra. Raquel Carvalho Montenegro  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Dra. Cinthia Mendonça Cavalcante  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, pois tenho aprendido a cada dia sobre novas formas de saber que Ele está ao meu lado e comigo perante as minhas decisões, e que me acompanhou desde quando, ainda na minha adolescência, comecei a pensar em fazer mestrado para atuar como professor.

Aos meus pais, que sempre foram meus maiores incentivadores nos estudos, apesar de nunca me cobrarem para que eu me formasse ou me tornasse o profissional que eles quisessem. Pelo contrário, sempre me deixaram à vontade para escolher ser o que eu quisesse. Obrigado, Sr. Ivanilson e Dona Deise, obrigado por todo investimento e incentivo. Eu amo vocês. Esse título é uma conquista nossa!

Aos meus cães, que em muitos momentos são uma forma de esquecer tudo e saber que estão ali para me receber a cada dia quando chego em casa. Ao Dexter, Harry, Snoopy e ao falecido Billy.

À minha vó, que carinhosamente chamávamos de Dona Iraci. Queria muito que estivesse aqui nesse momento.

Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos, por todos os momentos juntos de encontros em família e as brincadeiras que fazem dar um sentido a mais na vida.

Ao Cícero, que mesmo distante, foi suporte e ouviu muito das minhas angústias, ansiosos, medos e muitos momentos me auxiliou a enfrentar. Obrigado!

À Psicóloga e amiga Lívia Sales, que acreditou e confiou bastante em mim, enquanto eu ainda estava na graduação, e tive a honra de trabalhar e juntos começar a pensar sobre esse mestrado. Muito obrigado, Lívia!!! Eu queria que todo estudante de psicologia tivesse o privilégio de trilhar com pessoas como você durante a caminhada profissional.

À Psicóloga e amiga Geórgia por ter desempenhado um papel importantíssimo ao me indicar profissionalmente para que eu tivesse um estágio remunerado em um período tão delicado da minha vida, e essa simples indicação mudou e acrescentou tantos rumos em minha vida. Serei eternamente grato!

À Psicóloga e amiga Priscilla, que por muitos momentos me acolheu em meio a angústias que surgiam para além até das questões do mestrado e que foi companhia para aliviar os dias tensos desse período. Obrigado!

À minha parceira de coleta de dados, Endocrinologista Juliana Tomaz, por todo o apoio, parceria, trocas, e que com certeza tornaram os dias de coleta de dados mais leves. Obrigado, Ju! Você e sua parceria foram fundamentais!! Aquele presente que o mestrado deu durante esse processo.

Aos meus professores do ensino médio que me inspiraram para que hoje chegasse aqui e aos meus professores da graduação, especialização e mestrado. Muito obrigado por serem minhas referências.

Aos pacientes com NEM-1 que me deram a oportunidade de acompanhá-los durante esse tempo e que pude ver e me tornar mais humano em cada momento que tinha com vocês, e aprender que uma síndrome hereditária não define quem vocês são, pois são muito mais que isso. Obrigado por se permitirem.

À equipe do NEPTUNEF, pelas muitas reuniões e trabalhos em congressos, que foram necessários para enriquecer a prática profissional e de pesquisa. Assim como agradeço a cada servidor do ambulatório de endocrinologia. Obrigado por me acolherem! E, em especial, aos que estiveram junto nessa etapa final, o amigo de PPG Davi, e meu coorientador Manoel Martins, por ter assumido e abraçado essa etapa final para a finalização que foi de muita importância. Assim como a Ludilene e Fábria, suportes fundamentais para aliviar as minhas muitas angústias. O PPGMT tem muito a ganhar pelo suporte das duas.

E, por fim, e não menos importante, pelo contrário, muito importante, Dra. Ana Rosa. Pela oportunidade de ter uma médica para mostrar que é possível ser humana e se importar com aqueles que vão sendo incluídos no caminho para exercer a profissão. Obrigado, Dra., por confiar em minha pessoa como profissional, me ensinar, me permitir ter voz e acreditar em uma pesquisa considerando os aspectos emocionais dos pacientes. Muito Obrigado!

*Um encontro de dois: olhos nos olhos, face a face  
E quando estiveres perto, arrancar-te-ei os olhos  
e colocá-los-ei no lugar dos meus; E arrancarei meus  
olhos para coloca-los no lugar dos teus; então  
ver-te-ei com os teus olhos E tu ver-me-ás com os meus.*

*J.L. Moreno, 1975.*

## RESUMO

**Introdução:** As síndromes familiares acometem cerca de 8% da população mundial, muitas delas de origem genética. O diagnóstico dessas síndromes pode trazer efeitos não apenas físicos, mas emocionais e psicológicos. A Neoplasia Endócrina Múltipla do tipo 1 (NEM-1) é uma síndrome genética com transmissão autossômica dominante, apresenta manifestações clínicas principalmente nas paratireoides, pâncreas e hipófise, impactando a qualidade de vida dos acometidos. Intervenções psicoeducativas possuem o objetivo de trabalhar formas de enfrentamento para entender e lidar com sua condição, proporcionando momentos para melhor pensar, sentir e agir perante as suas questões atuais, visando assim uma melhora na saúde física e mental, promovendo uma melhor adesão ao tratamento e maior autonomia com relação à sua condição de saúde. **Objetivo:** Verificar o uso da psicoeducação como recurso de enfrentamento para pacientes com neoplasia endócrina familiar. **Material e Método:** Estudo de intervenção longitudinal, não controlado, do tipo antes e depois aprovado pelo comitê de ética institucional (CAAE: 63465122.4.0000.5054.) realizado em pessoas com NEM-1 acompanhados em um serviço terciário. Os participantes do estudo passaram por avaliação através dos questionários antes e depois das intervenções psicoeducativas. As intervenções ocorreram após o momento de entrevista e aplicação dos questionários, com tempo médio de 50 minutos como um todo, utilizando do momento para refletir sobre seus aspectos de saúde e uso do átomo social. Os Questionários validados para avaliar ansiedade e depressão (HAD), *Distress Management - Thermometer and Problem List* – NCCN, e a Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP) foram utilizados e utilizado RedCap® para registro e coleta dos dados. As variáveis foram analisadas pelo teste de Shapiro-Wilk. Foram utilizados os testes de Pearson e Fischer, teste t de Student ou Mann-Whitney quando apropriados, adotando o nível de significância de 5%. As análises foram realizadas pelo Software RStudio®. **Resultados:** A amostra contou com 60 participantes com diagnóstico confirmado de NEM-1, totalizando 14 famílias identificadas, 55% mulheres, 43% na faixa etária entre 36 - 50 anos, 52% com companheiro, 52% com ensino médio, vivendo com uma renda média de 1 a 3 salários mínimos (71%). Os fatores ansiosos estavam presentes em 63%, e após as intervenções, em 30% (score  $\geq 8$ ), os fatores depressivos atingiram 43%, e após as intervenções, em 20% (score  $\geq 9$ ). O *Distress Thermometer* possibilitou mensurar uma média de  $6,25 \pm 2,74$ , considerado alto grau de sofrimento ( $>4$ ). Os resultados evidenciaram que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram: focalização no problema (78%), prática religiosas (77%), e as menos utilizadas: focalização na emoção (46%) e busca de suporte social (56%). Foi possível observar que, após as intervenções psicoeducativas, houve uma redução da pontuação da escala HAD, de  $9,5 \pm 5,2$  para  $6,2 \pm 4,3$  nos fatores ansiosos e de  $7,8 \pm 4,3$  para  $5,0 \pm 4,0$  nos fatores depressivos (N=60). No *Distress Thermometer*, houve uma diminuição de  $6,25 \pm 2,74$ , para  $4,98 \pm 2,52$  (N=60) após as intervenções. **Conclusão:** As intervenções psicoeducativas mostram-se um aliado importante para o processo e acompanhamento dos pacientes acometidos por síndromes familiares, permitindo que os sujeitos se apropriem de suas realidades e exercitem o trabalho da espontaneidade em suas vidas, ou seja, a capacidade de dar novas respostas ao que lhes tem acontecido, assim como é possível ver nos resultados uma melhora e redução dos fatores ansiosos, depressivos e na angústia do sujeito, melhorando assim sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Psicoeducação; Intervenção; Adaptação psicológica; Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 1; Saúde mental.

## ABSTRACT

**Introduction:** Family syndromes affect approximately 8% of the world population, many of which are of genetic origin. The diagnosis of these syndromes can bring about not only physical but also emotional and psychological effects. Multiple Endocrine Neoplasia type 1 (MEN-1) is a genetic syndrome with autosomal dominant transmission, manifesting clinically mainly in the parathyroid, pancreas, and pituitary glands, impacting the quality of life of those affected. Psychoeducational interventions aim to work on coping mechanisms to understand and manage their condition, providing moments to better contemplate, feel, and act regarding their current issues, thus aiming for an improvement in both physical and mental health, promoting better adherence to treatment and greater autonomy concerning their health condition. **Objective:** To assess the use of psychoeducation as a coping resource for patients with familial endocrine neoplasia. **Materials and Methods:** A longitudinal, uncontrolled intervention study, before and after, approved by the institutional ethics committee (CAAE: 63465122.4.0000.5054), was conducted on individuals with MEN-1 undergoing tertiary care. Study participants underwent evaluation through questionnaires before and after psychoeducational interventions. The interventions occurred after the interview and questionnaire application, with an average time of 50 minutes overall, utilizing the time to reflect on their health aspects and social atom usage. Validated questionnaires assessing anxiety and depression (HAD), Distress Management - Thermometer and Problem List - NCCN, and the Coping Strategies Inventory (EMEP) were used, and RedCap® was employed for data recording and collection. Variables were analyzed using the Shapiro-Wilk test. Pearson and Fischer's tests, Student's t-test, or Mann-Whitney tests were utilized where appropriate, adopting a significance level of 5%. Analysis were performed using RStudio® software. **Results:** The sample comprised 60 participants with a confirmed diagnosis of MEN-1, encompassing 14 identified families, 55% women, 43% in the age range of 36 - 50 years, 52% partnered, 52% with a high school education, living with an average income of 1 to 3 minimum wages (71%). Anxiety factors were present in 63%, which decreased to 30% after interventions (score  $\geq 8$ ), while depressive factors were observed in 43%, reducing to 20% after interventions (score  $\geq 9$ ). The Distress Thermometer measured an average of  $6.25 \pm 2.74$ , indicating a high level of distress ( $>4$ ). The results highlighted that the most frequently utilized coping strategies were problem-focused coping (78%) and religious practices (77%), while the less frequently utilized ones were emotion-focused coping (46%) and seeking social support (56%). It was observed that after the psychoeducational



interventions, there was a reduction in the HAD scale scores from  $9.5\pm 5.2$  to  $6.2\pm 4.3$  in anxiety factors and from  $7.8\pm 4.3$  to  $5.0\pm 4.0$  in depressive factors (N=60). Regarding the Distress Thermometer, there was a decrease from  $6.25\pm 2.74$  to  $4.98\pm 2.52$  (N=60) following the interventions. **Conclusion:** Psychoeducational interventions prove to be an important ally in the process and support of patients affected by familial syndromes, allowing individuals to take ownership of their realities and exercise spontaneity in their lives, i.e., the ability to give new responses to what has been happening to them. The results show an improvement and reduction in anxiety, depression, and individual distress, thereby enhancing their quality of life.

**Keywords:** Psychoeducation, Intervention, Psychological adaptation, Multiple Endocrine Neoplasia type 1, Mental health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Principais glândulas afetadas na NEM-1.....	17
Figura 2 – Etapas do aconselhamento genético.....	19
Figura 3 – Amostra pacientes da pesquisa - NEM-1.....	27
Figura 4 – Principais modos de enfrentamento de pacientes com NEM-1.....	37
Figura 5 – Modelo Intervenção – Átomo Social.....	39
Figura 6 – Respostas da intervenção proposta para que pensassem o que poderiam fazer por si mesmos.....	41

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das principais pessoas que são suporte em dias difíceis para pacientes com NEM-1.....	39
Gráfico 2 – Distribuição dos papéis que dão sentido na vida dos pacientes com NEM-1.	40

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos pacientes com NEM1 (N total) e a distribuição das características sociodemográficas.....	31
Tabela 2 – Distribuição do tempo de diagnóstico dos pacientes com NEM1 (N total), a sintomatologia ansiosa ou depressiva e a relação do tempo diagnóstico com a presença da sintomatologia ansiosa ou depressiva.....	32
Tabela 3 – Distribuição das principais preocupações presentes dos pacientes com NEM-1 e a média do termômetro da angústia.....	33
Tabela 4 – Pontuação dos fatores de ansiedade, depressão e termômetro da angústia antes e após as intervenções. N=60.....	42
Tabela 5 – Distribuição do tempo de diagnóstico dos pacientes com NEM-1 (N = 60), a sintomatologia ansiosa ou depressiva e a relação do tempo diagnóstico com a presença da sintomatologia ansiosa ou depressiva, com antes e depois das intervenções através da psicoeducação.....	43
Tabela 6 – Distribuição dos pacientes (N= 12) que para além da intervenção solicitaram sessões de acompanhamento conforme é disponibilizado no TCLE, e a relação da sintomatologia ansiosa e depressiva com antes e depois das intervenções.....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HAD	Hospitalar Anxious Depression
HUB	Hospital Universitário de Brasília
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NEM-1	Neoplasia Endócrina Múltipla do tipo 1
NEPTUNEF	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Tumores Neuroendócrinos Familiares e Associados a Síndromes Familiares
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SED	Serviços Endocrinologia e Diabetes
DMT	Distress Management - Thermometer
EMEP	Escala Modo de Enfrentamento de Problemas
AG	Aconselhamento Genético

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>1.1</b>	<b>NEOPLASIA ENDÓCRINA FAMILIAR</b> .....	16
<b>1.2</b>	<b>A PSICOEDUCAÇÃO E AS INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS</b> .....	20
<b>1.3</b>	<b>O PSICODRAMA, A ESPONTANEIDADE E O ÁTOMO SOCIAL</b> .....	22
<b>1.4</b>	<b>Aplicabilidade</b> .....	24
<b>1.5</b>	<b>Problema de Pesquisa</b> .....	25
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	25
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	25
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	25
<b>3</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	25
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	25
<b>3.2</b>	<b>Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa e aspectos éticos</b> .....	26
<b>3.3</b>	<b>Local do estudo</b> .....	26
<b>3.4</b>	<b>Participantes do estudo</b> .....	26
<b>3.4.1</b>	<i>População</i> .....	26
<b>3.4.2</b>	<i>Critérios de inclusão</i> .....	26
<b>3.4.3</b>	<i>Critérios de exclusão</i> .....	27
<b>3.4.4</b>	<i>Amostra</i> .....	27
<b>3.5</b>	<b>Coleta de dados</b> .....	27
<b>3.6</b>	<b>Instrumentos e medidas</b> .....	28
<b>3.6.1</b>	Questionário sociodemográfico.....	28
<b>3.6.2</b>	Questionário Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).....	28
<b>3.6.3</b>	Distress Management - Thermometer and Problem List.....	29
<b>3.6.4</b>	Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP).....	29
<b>3.6.5</b>	Prontuário .....	29
<b>3.6.6</b>	Átomo social.....	29
<b>3.7</b>	<b>Organização e análise de dados</b> .....	30
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	30
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	45
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	46
<b>7</b>	<b>APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)</b> .....	50
	<b>ANEXO I – Questionário Sociodemográfico</b> .....	52

<b>ANEXO II – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD).....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO III - <i>Distress Management - Thermometer and Problem List</i>.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO IV - EMEP.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO V – Átomo Social.....</b>	<b>62</b>

## INTRODUÇÃO

### 1.1 NEOPLASIA ENDÓCRINA FAMILIAR

No campo da saúde, quando tratamos de síndromes familiares, é importante considerar o aspecto genético de doenças que atualmente são classificadas como “raras”. De acordo com o Ministério da Saúde (2014), essas doenças afetam 65 indivíduos para cada 100 mil habitantes, sendo que 80% delas tem origem genética. Esses diagnósticos afetam aproximadamente 8% da população mundial. Devido à natureza hereditária dessas condições, é crucial prestar cuidados que vão além do diagnóstico, incluindo a família como um todo no processo de investigação (Aureliano, 2018).

O processo de investigação e de espera para um possível diagnóstico traz uma série de problemáticas: Além dos sintomas ligados à patologia persistente, os pacientes sofrem estigmatização e rotulação por parte de amigos e colegas de trabalho, e lidam com situações carregadas de fatores ansiosos, conseqüentemente os impactos emocionais podem dificultar tanto a continuidade de um tratamento como a forma de lidar com a doença (Aureliano, 2018).

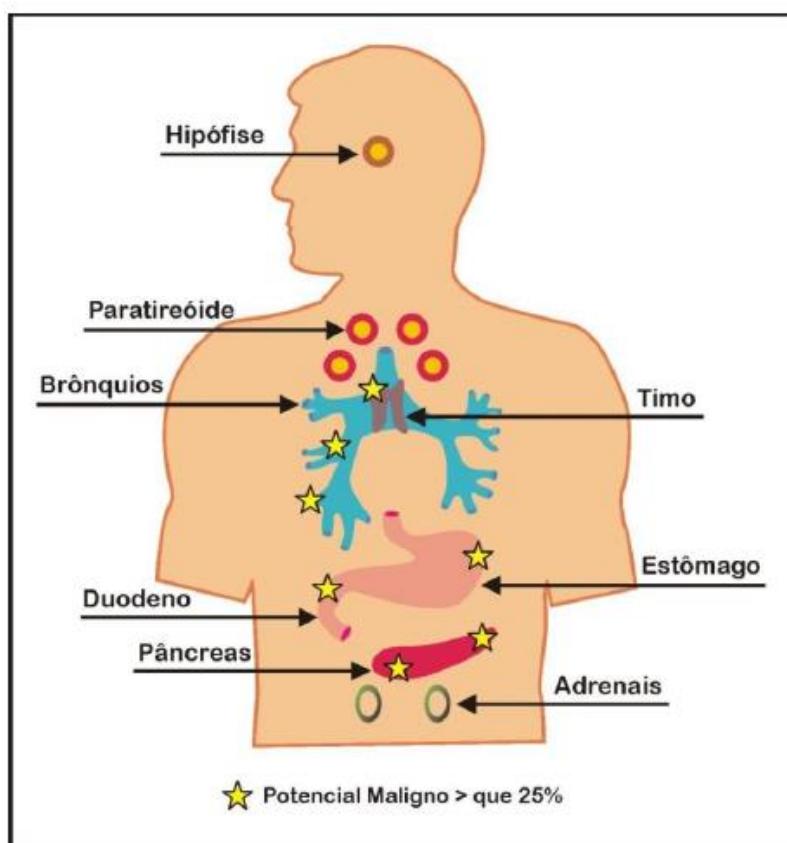
As neoplasias familiares são consideradas afecções genéticas que podem acometer os indivíduos de uma mesma família e serem transmitidos de uma geração para outra. Essas síndromes possuem características que podem levar a lesões no indivíduo durante todo o seu acompanhamento, necessitando de atenção e cuidados por toda a vida. Assim, quanto mais rápido o diagnóstico e a identificação dos genes envolvidos, melhor será a compreensão da doença e do seu tratamento (Dantas et al., 2009).

A Neoplasia Endócrina Múltipla do tipo 1 (NEM-1), também conhecida como Síndrome de Werner, é um exemplo de neoplasia associada a uma síndrome familiar, de etiologia genética ligada a mutação no gene MEN-1, localizado no cromossomo 11, com transmissão autossômica dominante, o que significa que o indivíduo afetado tem 50% de chance de transmitir a mutação para seus descendentes (Vilar *et.al.*, 2014). Estudos sobre a NEM-1 mostram que a prevalência da doença é aproximadamente de 1/30.000 (Thakker et al., 2012). Importante destacar que a NEM-1 tem ganhado visibilidade quanto aos atendimentos a pacientes com a síndrome, assim como a inclusão dos familiares em pesquisas para investigação genética, facilitando o diagnóstico precoce e um melhor prognóstico.

Na maioria dos casos, a NEM-1 manifesta-se através da formação de tumores nas glândulas: paratireoides, pituitária e pâncreas. O que a torna conhecida como “síndrome 3P”.



Os tumores nas paratireóides levam ao hiperparatireoidismo, resultando em níveis elevados de cálcio no sangue. As alterações anormais na glândula pituitária podem causar a superprodução de hormônios hipofisários, levando a distúrbios hormonais como a acromegalia, hiperprolactinemia e a síndrome de Cushing. Além disso, os tumores no pâncreas podem secretar hormônios que levam a outros distúrbios como os gastrointestinais, úlceras e diarreia (Thakker et al., 2012).



FONTE: Longuini (2011, p. 6)

**Figura 1:** Principais glândulas afetadas na NEM-1

Os indivíduos com neoplasias associadas a síndromes familiares segundo Gondim et al., (2018), vivem uma rotina de exames, necessitando de acompanhamentos e tratamento medicamentoso para controle dos hormônios, muitas vezes com alto índice de intervenções cirúrgicas, com considerável impacto sobre o modo de enfrentar e na condição de saúde desses pacientes. Esses fatores quando associados aos sintomas levam a um aumento significativo do índice de ansiedade e depressão, tornando ainda mais graves (Thakker et al., 2012), o que pode dificultar a forma de enfrentar a doença, assim como a qualidade de vida do sujeito.

A partir de um levantamento bibliográfico, estudos voltados a doenças crônicas e pacientes diagnosticados com neoplasias, mostram a correlação que o diagnóstico influencia na saúde mental dos indivíduos e seus familiares, bem como a condição de saúde e a forma com que acabam vendo e enfrentando a doença. (Miranda; Lanna; Felipe, 2015).

Ao avaliar a condição de saúde, tem-se discutido dimensões que ultrapassam o aspecto da doença, uma vez que a avaliação não se restringe apenas à perspectiva de seu diagnóstico. Considera-se, igualmente, a maneira como o próprio paciente se percebe, abrangendo tanto o aspecto físico quanto o psicossocial (Souza; Araujo, 2010).

Em estudos voltados à observação do indivíduo no modelo biopsicossocial, destaca-se a relevância de uma abordagem multidisciplinar, que se configura como aliada em pesquisas vinculadas ao processo saúde-doença. A intervenção multiprofissional representa uma abordagem mais abrangente para compreender o paciente, e tem demonstrado impacto positivo tanto na capacidade de enfrentamento quanto na condição de saúde do usuário que busca os serviços (Calvetti; Muller; Nunes, 2007).

Devido à natureza hereditária, o aconselhamento genético na NEM-1, é considerado como um fator crucial para as famílias afetadas, podendo identificar indivíduos em risco e fornecer orientação sobre opções de triagem e prevenção. O manejo precoce e adequado da NEM-1 é de fundamental importância para minimizar as complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes afetados (Garicochea; Barros, 2008).

O aconselhamento genético (AG) está relacionado a um processo de comunicação que se atenta em cuidar dos problemas humanos associados ao fator hereditário e sua ocorrência ou recorrência nas famílias. É um momento que envolve a participação de uma ou mais pessoas treinadas para auxiliar as famílias nesse processo da doença (Garicochea; Barros, 2008).

## ETAPAS ACONSELHAMENTO GENÉTICO

Etapa 1	Reconhecimento da situação diante das possibilidades de se desenvolver um câncer. (Histórico médico e familiar)
Etapa 2	Reflexão sobre sua posição, postura e atitude dentro do contexto da doença na família. (Percebe as emoções)
Etapa 3	Trata da desidentificação do indivíduo com a doença ou a possibilidade. (Prepara-se para os resultados)
Etapa 4	Realização do teste.
Etapa 5	Auxílio na interpretação e entendimento do resultado.
Etapa 6	Feito uma retrospectiva de todo o caso e melhor entendimento para estar preparado para as decisões e tratamento.
Etapa 7	Etapa de elaboração racional que culminou em uma decisão específica, encerrando o aconselhamento genético.

FONTE: Garicochea; Barros (2008)

**Figura 2:** Etapas do aconselhamento genético. (Quadro desenvolvido pelo autor)

O Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC (HUWC-UFC) em que foi realizado a pesquisa presta serviço especializado a esses pacientes. Localizado no Ceará possui atendimento a pacientes com doenças endócrinas genéticas, dentre elas, destaca-se a NEM-1, Neoplasia Endócrina Múltipla do tipo 1 (Gondim et al., 2018). De acordo com as pesquisas que tem sido feitas no estado do Ceará, há um número expressivo de mais de 90 casos identificados pelo serviço de Endocrinologia do HUWC-UFC com relação a Neoplasia Endócrina Múltipla do tipo 1. Um estudo feito entre os casos identificados até 2018, já constavam cerca de 13 famílias e 2 casos isolados, que foram observados e diagnosticados clinicamente. Com a utilização de heredogramas, solicitava-se a presença dos familiares para a realização dos exames com o intuito de investigar a mutação genética, pois a NEM-1 tem herança autossômica dominante, manifestando assim em 50% dos casos (Gondim et al., 2018).

Outro dado relevante a ser considerado do estudo em relação as neoplasias familiares, segundo Gondim et al., (2018), é que por se tratar de patologias crônicas, com múltiplos fatores e doenças associadas, muitos familiares exercem papéis simultâneos de doente, e de cuidadores

e responsáveis uns pelos outros. Além disso, os autores evidenciaram que 41% dos diagnosticados com NEM-1 apresentavam humor deprimido.

Os múltiplos fatores podem ser identificados como causadores de um certo grau de sofrimento psíquico. Além disso, pesquisadores reforçam que existe uma relação do desenvolvimento de transtornos mentais como a depressão, associado às paratireoides (Tonelli et al., 2018), condição frequente que acomete boa parte dos pacientes com NEM-1. Uma pesquisa feita pelo Serviço de Oncologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), utilizou intervenções psicossociais individuais e em grupo, para dar suporte e comprovar que essas intervenções auxiliam no melhor entendimento do paciente com relação a doença, assim como facilitam adesão aos tratamentos, melhor enfrentamento e adaptação ao diagnóstico, diminuem o sentimento de isolamento, e auxiliam na redução da ansiedade e da depressão (Souza; Araujo, 2010). Com isso, considera-se satisfatório verificar o uso da psicoeducação em pacientes com Neoplasia Endócrina Familiar, observando se tais intervenções podem servir de apoio a saúde mental.

## **1.2 A PSICOEDUCAÇÃO E AS INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS**

A psicoeducação é uma área do campo da psicologia que se concentra em trabalhar informações e orientações educacionais a indivíduos, grupos ou comunidades para promover o entendimento e o bem-estar relacionados à saúde mental e física. Estudos reforçam que a psicoeducação pode auxiliar no tratamento de doenças mentais através de mudanças no comportamento, nas relações sociais e nas emoções, contribuindo assim para a promoção da saúde mental. Portanto, passa a desempenhar um papel educativo tanto para o paciente quanto para seus familiares e cuidadores, com o objetivo de permitir que melhor entendam e enfrentem seu tratamento, melhorando a comunicação e promovendo melhor adaptação a sua condição de saúde (Lemes; Neto, 2017).

O surgimento da Psicoeducação teve origem na década de 1970 como um modelo que reflete sobre a complexidade da natureza humana, interconectando áreas do conhecimento e reconhecendo a particularidade de cada sujeito e sua condição de saúde para melhor compreender e aplicar suas técnicas no tratamento dos indivíduos (Wood et al., 1999). O autor reforça que esse modelo de intervenção busca abranger diversas dimensões do ser humano, por isso não pode ser aplicado de qualquer forma, em vez disso, requer um cuidado com o uso de suas técnicas para um melhor enfoque psicoeducativo que produza bons resultados.

A psicoeducação tem o objetivo de proporcionar uma reflexão que promova autonomia do sujeito perante ao seu estado atual, englobando o desenvolvimento emocional, comportamental, cognitivo e social, dispondo de momentos que a pessoa se aproprie a ponto de trabalhar possibilidades de enfrentamento junto ao profissional (Lemes; Neto, 2017).

Wood et al. (1999) propõem uma separação o termo "psicoeducação". A parte "psico" refere-se às teorias e técnicas psicológicas, e "educação" relacionando ao processo de ensino e aprendizagem. Abordando assim a importância de um modelo biopsicossocial, se atentando ao social, emocional e comportamental dos indivíduos. Sendo assim um modelo que se empenha como agente de transformação. A psicoeducação se propõe a auxiliar no processo de capacitar e ajudar a si mesmos, promovendo autonomia perante a sua condição de saúde (Authier, 1977).

O modelo a partir da psicoeducação está ligado a áreas como educação, medicina, filosofia e se mostra bastante eficaz a partir do momento que permite o sujeito se ver de forma holística, considerando aquilo que é importante até mesmo para além do aspecto da doença e por isso se vê aplicável em contextos hospitalares, ambulatoriais, empresas, escolas, sendo possível atuar em vários tipos de problemáticas, como ansiedade e redução dos níveis de estresse (Lemes; Neto, 2017).

A psicologia da saúde preza pela manutenção, prevenção e promoção da saúde, e por isso leva em consideração o olhar para o homem de forma a considerar os fatores biológicos, psicológicos e sociais. As intervenções da psicologia visam melhorar o bem-estar e a condição de saúde, e assim contribuir também na redução de internamentos e medicamentos com melhor aproveitamento dos serviços e atendimento prestado (Teixeira, 2004).

As intervenções psicoeducativas tem o objetivo de utilizar recursos que promovam novas formas de enfrentamento para lidar com sua condição de saúde, auxiliando assim que os pacientes compreendam melhor o quanto tem influenciado sua forma de agir, pensar e sentir, visando assim uma melhora na sua saúde física e mental (Loduca et al., 2018).

As intervenções são concebidas como abordagens não medicamentosas, sendo vivenciadas por meio de técnicas individuais ou em grupo, e podem ocorrer em uma ou várias sessões por semana (National Cancer Institute, 2008). As possibilidades para intervenções psicoeducacionais abrangem desde treinamento em resolução de problemas e enfrentamento de situações até suporte emocional e educacional, além do manejo dos sintomas. É possível incorporar materiais educativos como recurso nas intervenções. (Souza; Araujo, 2010).

### **1.3 O PSICODRAMA, A ESPONTANEIDADE E O ÁTOMO SOCIAL**

O psicodrama, desenvolvido por Jacob Levy Moreno no início do século XX, é uma abordagem psicológica que se fundamenta na análise das interações humanas por meio da ação. O termo é composto por duas partes: "psico" e "drama". No grego, "psyche" refere-se à alma ou mente, e "drama" significa ação ou ato. Portanto, "psicodrama" pode ser traduzido como "ação da mente" ou "drama da alma". Sendo dita como a ciência que estuda o homem a partir de métodos dramáticos (Moreno, 1975).

A socionomia é o campo de estudo que se concentra nas relações sociais frequentemente associado ao psicodrama, que foi concebida e elaborada por J. L Moreno (1975). Dentro deste domínio de estudo, a perspectiva é de que os indivíduos se desenvolvem e interagem na sociedade desempenhando diferentes funções, ou como conhecido na teoria psicodramática, diferentes papéis, os quais representam as formas pelas quais as pessoas se identificam enquanto interagem com os outros na sociedade. Através dessas interações, as pessoas exercem sua capacidade de espontaneidade e criatividade, possibilitando-lhes agir de maneira nova a experiências passadas ou futuras (Moreno, 1975).

A teoria psicodramática teve forte influência do teatro, e boa parte dos seus conceitos compartilham de nomenclaturas semelhante àquela usada no teatro. Um desses conceitos é o termo "papel" (Gonçalves et al., 1988). O termo papel, do inglês role (= papel), remete ao teatro grego. Na Grécia e na Roma Antiga, em apresentações teatrais, as falas de cada personagem eram registradas em rolos. A palavra "role" denotava uma folha que continha um texto, enquanto "papel" se referia ao material utilizado para fazer essa folha. O papel é a forma com que cada indivíduo assume em determinado ambiente, interagindo assim com o outro (Moreno, 1975). O exemplo dos tipos de papéis exercidos são os que desempenham uma função social, como papel de pai ou médico (Rubini, 1995).

O ser humano se desenvolve e atua na sociedade por meio dos papéis, sendo a forma com que o homem se identifica e interage com os outros na sociedade. É a partir dessa interação que o homem exerce sua capacidade de ser espontâneo e criativo, sendo essa sua capacidade de reagir ao que acontece, podendo trabalhar a capacidade de dar novas respostas a situações que lhe aconteceram ou até mesmo a situações que vão acontecer (Moreno, 1975).

As novas formas de enfrentamento que acontece a partir dos papéis desempenhados, ou capacidade de dar novas respostas, pode ser descrita por Jacob Levy Moreno (1975), através do conceito de espontaneidade, que segundo o autor, destaca como a possibilidade do homem agir de forma mais adequada mediante ao que lhe aconteceu ou ao que ainda pode acontecer

(Moreno, 1975). O trabalhar da espontaneidade está relacionado ao fato de que essas intervenções podem proporcionar momentos em que seja enfatizado a importância de se tornarem protagonistas de suas próprias vidas, cooperando assim para o seu tratamento de forma ativa e compromisso consigo mesmo frente a doença.

Para Moreno, o ato espontâneo não é um ato impulsivo, em seu livro *As palavras do pai*, destaca o conceito dizendo: "A espontaneidade é um estado de prontidão do sujeito para responder mais rapidamente quando lhe for solicitado. É uma condição – um ajustamento – do sujeito, uma preparação dele para uma ação livre" (Moreno, 1992, p. 152).

O psicodrama se mostrou particularmente relevante no contexto de pacientes internados no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (Hemoce), devido às complexas demandas emocionais e sociais associadas ao tratamento oncológico. As intervenções com a abordagem psicodramática foram utilizadas para ajudar os pacientes a lidar com estigmas sociais relacionados ao câncer, enfrentar seus medos e desenvolver seus papéis, a fim de promover sua saúde psicológica e emocional. Nesse contexto, o Psicodrama oferece uma abordagem terapêutica valiosa para pacientes oncológicos, permitindo-lhes explorar suas relações familiares e sociais, bem como seus papéis, para enfrentar os desafios associados à doença e promover uma maior saúde mental (Câmara; Amato, 2014).

A possibilidade de promoção da saúde mental pode ser vivenciada através do átomo social. O "átomo social" é definido como a menor unidade funcional em um grupo social, representando as interações e conexões que uma pessoa mantém com outros indivíduos. À medida que alguém expande sua rede de relações sociais, a tendência é que o átomo social cresça, refletindo um campo de interações interpessoais que envolvem elementos reais (Moreno, 1975).

O suporte social, intimamente relacionado ao átomo social, é considerado o núcleo das relações de um indivíduo, podendo compor de estruturas de sentimentos e redes sociométricas, ou seja, as relações envolvidas. A filosofia Moreniana destaca a importância das relações interpessoais e a interdependência entre os indivíduos, indicando que quanto mais saudáveis forem as relações e os papéis desempenhados, melhor será o bem-estar e a condição de saúde do sujeito, enquanto o isolamento social pode levar ao sofrimento. Além disso, os papéis desempenhados por uma pessoa são moldados por experiências passadas e padrões culturais, desempenhando um papel crucial na comunicação e compreensão das dinâmicas interindividuais e interculturais, permeando a cultura em que estão inseridos. Em resumo, o átomo social e o suporte social representam a complexa rede de relações e papéis

desempenhados por um indivíduo em uma sociedade, influenciando diretamente seu bem-estar e interações interpessoais (Moreno, 1994).

#### **1.4 Aplicabilidade**

Para a aplicabilidade do projeto, conclui-se que o mesmo esteve vinculado ao HUWC-UFC e o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Tumores Neuroendócrinos Familiares e Associados a Síndromes Familiares da Universidade Federal do Ceará (NEPTUNEF-UFC). No qual, segundo Gondim et al., (2018), há um trabalho que é feito semanalmente que promove assistência, com o intuito de melhor diagnosticar, diminuindo assim o nível de morbimortalidade e de custos na saúde. A pesquisa proporcionou ver os pacientes com uma visão do indivíduo que vá para além da doença, considerando assim o sujeito e sua relação com o outro e consigo mesmo através da perspectiva psicodramática, destacada através da teoria da espontaneidade, da capacidade do homem de dar novas respostas e melhor reagir ao ambiente, as coisas que lhe aconteceram ou que pode acontecer, sendo uma forma de utilizar a psicoeducação, o que permite uma melhora no enfrentamento da doença, na condição de saúde e na redução de sintomas ansiosos e depressivos.

A possibilidade da pessoa com neoplasia poder enxergar novas formas de enfrentamento da doença e melhorar sua qualidade de vida, que essa pesquisa embasará a partir das concepções teóricas da teoria psicodramática, proposta por Moreno (1975), dispondo do resgate do *Fator-e*, ou seja, resgatar a capacidade espontânea que o homem tem de lidar com situações difíceis, e assim enxergar a resposta que consegue dar no momento, se adaptando e aceitando melhor sua realidade.

Torna-se necessário monitorar o estado de saúde dos pacientes com NEM-1, considerando não apenas a saúde física, mas também a saúde mental e como tem enfrentado o processo da doença. A pesquisa buscou verificar os fatores ansiedade, depressão, modos de enfrentamento, e do *Distress Management - Thermometer and Problem List*.



## **1.5 PROBLEMA DE PESQUISA**

A psicoeducação é capaz de produzir melhora na condição de saúde e reduzir os níveis de fatores ansiosos, depressivos e de angústia em pacientes com Neoplasia Endócrina Múltipla do tipo-1?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Verificar se a psicoeducação produz melhora na condição de saúde de pacientes com neoplasia endócrina familiar.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Analisar as características clínicas e sociodemográficas quanto à presença de fatores de ansiedade e depressão;
- Analisar antes e após as intervenções quanto à presença de fatores de ansiedade e depressão;
- Analisar antes e após as intervenções o termômetro do distress;
- Analisar os modos de enfrentamento;
- Analisar as respostas apresentadas na intervenção psicoeducativa proposto através do átomo social.

## **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de intervenção longitudinal, não controlado, do tipo antes e depois, com abordagem quantitativa a partir de escalas validadas, e qualitativa a partir da intervenção psicoeducativa, fazendo uma leitura das características sociodemográficas dos pacientes com neoplasia endócrina familiar assistidos pelo ambulatório de Endocrinologia do HUWC-UFC, e correlacionando os fatores de ansiedade, depressão e do *Distress Management - Thermometer and Problem List* desses pacientes com a intervenção psicoeducativa.

### **3.2 Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa e aspectos éticos**

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do protocolo de pesquisa nº.4.282.283 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará com o número CAAE: 63465122.4.0000.5054.

O paciente somente foi incluído no estudo ao ler, consentir e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A participação foi voluntária e o entrevistado recebia a possibilidade de deixar de participar do estudo em qualquer momento do decorrer do trabalho, sem prejudicar o seu tratamento. Os participantes não receberam nenhum pagamento por participar desta pesquisa e não houve despesas em qualquer fase do estudo, incluindo exames ou consultas.

O anonimato dos participantes foi preservado em conformidade com os princípios éticos e legais, e as recomendações da Resolução nº 466, aprovada em 12 de dezembro de 2012. O risco do paciente é considerado mínimo e relacionado ao fornecimento de informações pessoais em entrevistas com instrumentos de avaliação e na participação da intervenção psicoeducativa, e foi informado aos pacientes.

### **3.3 Local do estudo**

A coleta dos dados foi realizada presencialmente no Serviço de Endocrinologia e Diabetes (SED) do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), na cidade de Fortaleza/CE, em unidade ambulatorial especializada no atendimento de pacientes com NEM-1 e a segunda parte da pesquisa virtualmente por meio de atendimento de ligação, aplicando o questionário.

### **3.4 Participantes do estudo**

#### **3.4.1– População**

O público alvo foi composto por indivíduos com diagnóstico clínico e/ou genético de Neoplasia Endócrina Múltipla do Tipo 1, acompanhados no ambulatório de Serviços de Endocrinologia e Diabetes (SED) do Hospital Terciário localizado no Ceará (HUWC-UFC).

#### **3.4.2 - Critérios de inclusão**

Indivíduos com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos, alfabetizados, com

diagnóstico clínico e/ou de mapeamento genético de NEM-1, que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

### 3.4.3 - Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão para participação nesta pesquisa, tem-se: 1. Pacientes cuja idade seja menor que 18 anos; 2. Pacientes de quadro demencial ou que inviabilizem a compreensão das perguntas contidas nos instrumentos avaliativos; 3. Pacientes com saúde física comprometida que impeçam a realização das intervenções que serão propostas pelo estudo;

### 3.4.4 – Amostra

A amostra foi estabelecida por conveniência, do universo de 90 pacientes acompanhados no SED do HUWC, na cidade de Fortaleza. Conforme figura abaixo (figura 3) dos 90 pacientes em seguimento, 60 aceitaram participar neste estudo. O período da coleta ocorreu de março a outubro de 2023, totalizando oito meses.



**Figura 3:** Amostra pacientes da pesquisa - NEM-1

### 3.5 Coleta de dados

A coleta de dados teve a duração total de 50 minutos (em média), entre aplicação de escalas, questionário sociodemográfico e intervenção. Os pacientes com NEM-1 que estiveram presentes para a consulta com a equipe médica em acompanhamento regular no ambulatório do SED foram convidados a participar do estudo e encaminhados até o pesquisador. Aqueles que

compreenderam a proposta e preenchessem os critérios de inclusão e concordassem em participar, assinaram o TCLE para serem admitidos.

Todas as escalas aconteceram na modalidade presencial, ocorreu um momento de sensibilização antes da aplicação dos questionários conduzido pelo psicólogo pesquisador responsável com o objetivo de acolher os participantes para que se sentissem à vontade para preencher o formulário e as escalas, como forma de promover a ética no cuidado com esses pacientes, e em seguida participaram das intervenções psicoeducativas. A aplicação aconteceu no SED nas dependências do HUWC-UFC – sem que houvesse interferências, podendo a aplicação ser no formato individual e/ou em grupo, mas de preenchimento individual.

A aplicação online aconteceu com alguns participantes que não conseguiam estar presente nas dependências da unidade hospitalar para a segunda parte da pesquisa. A segunda etapa consistiu exclusivamente na reaplicação de apenas duas das escalas propostas, a HAD e o *Distress Management - Thermometer and Problem List*.

Os participantes, após o momento da aplicação das escalas, eram convidados a refletir sobre o que acabavam de ouvir da equipe médica e sobre seu diagnóstico, permitindo entrar em contato com o que sabiam e até mesmo expressar sobre seus medos e receios sobre a doença, mas também sobre sua vida como um todo.

### **3.6 Instrumentos e medidas**

#### **3.6.1 Questionário sociodemográfico (ANEXO I)**

O questionário sociodemográfico foi elaborado pelo pesquisador abrangendo informações como: sexo, idade, cidade de origem, se os pais eram biológicos, quantidade de pessoas que mora, se possui filhos, estado civil, renda familiar, ocupação, escolaridade, religião, se fuma, ingere bebida alcoólica, se faz atividade física, se faz uso de remédio para ansiedade ou depressão, se teve diagnóstico para covid-19, se já fez acompanhamento com psicólogo ou psiquiatra e quantos membros da família tem NEM-1.

#### **3.6.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (ANEXO II)**

O questionário *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) desenvolvido por Zigmond, validado no Brasil por Botega (1995), é um instrumento de autopreenchimento, que tem o objetivo de mensurar fatores de ansiedade e humor depressivo em pacientes hospitalares seja ambulatorial ou internado, não-psiquiátricos. A Escala HAD contém 14 questões múltipla

escolha e é composta por duas subescalas, para ansiedade e para depressão, com sete itens cada uma. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21, sendo que a pontuação global a partir de oito é sugestiva de quadros de ansiedade e a partir de nove para quadros de depressão.

### **3.6.3 *Distress Management - Thermometer and Problem List* (ANEXO III)**

A ferramenta desenvolvida pela *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) e validada por Zeni (2011), tem o intuito de avaliar o nível de angústia relacionado ao seu estado de saúde, sendo o *distress* uma experiência emocional multifatorial, que envolve questões sociais, psicológicas e espirituais de um indivíduo vivenciado em decorrência da doença. É composta por dois instrumentos, um que avalia o nível de *distress*, em que através do termômetro a pessoa se auto avalia de 0 (zero) a 10 (dez), e em seguida há uma lista com 42 problemas, dividido em cinco áreas: preocupações físicas, preocupações emocionais, preocupações sociais, preocupações práticas e preocupações espirituais ou religiosas, que podem ser assinaladas como possíveis causas do *distress*.

### **3.6.4 Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP) (ANEXO IV)**

A Escala de modos de enfrentamento visa avaliar a forma com que o paciente enfrenta e lida com a doença, avaliando assim aspectos emocionais, físicos e sociais. Será utilizado a versão autoaplicável proposto por Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro e Becker em 1985, adaptado para o português por Gimenes e Queiroz (1997) e cuja análise fatorial foi realizada por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001). Composto por 45 itens, que vão avaliar: (a) Enfrentamento focalizado no problema; (b) Enfrentamento focalizado na emoção; (c) Busca de suporte social; (d) Busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso; (e) Qualidade de vida - domínio físico; (f) Qualidade de vida - domínio psicológico; (g) Qualidade de vida - relações sociais (h) Qualidade de vida - meio ambiente; (h) Qualidade de vida – geral; (i) Ansiedade (j) Depressão.

### **3.6.5 Prontuário**

Os prontuários dos participantes do estudo foram consultados para confirmar o diagnóstico clínico e/ou genético, e descrição do quadro clínico.

### **3.6.6 Átomo Social (ANEXO V)**

O átomo social consiste em fazer um círculo no meio de uma folha de papel e, delimitando as pessoas com quem há algum tipo de vínculo formado. O Átomo Social foi

incluindo como a intervenção psicoeducativa, em que foi possível permitir que os pacientes respondessem três perguntas: pessoas que são suportes em dias difíceis; papéis que dão sentido em sua vida; algo que possam começar a fazer por você. O autor e criador do átomo social J.L Moreno (2020), reforça que o átomo social é uma forma pensar sobre o núcleo de pessoas em que emocionalmente essas pessoas se encontram ligadas.

### **3.7 Organização e análise de dados**

As variáveis contínuas foram apresentadas em média, desvio padrão, mediana, n (frequência) e prevalência. A normalidade dos dados foi verificada por meio do Teste de Shapiro-Wilk. Para verificar a existência de interação entre as variáveis do estudo ansiedade e depressão, foram utilizados o Teste de Mann-Whitney, Teste Quiquadrado de Pearson e Teste exato de Fischer.

O nível de significância adotado no presente estudo foi de 5%. O software no qual as análises foram realizadas foi o Software RStudio®.

Os dados foram analisados quantitativa e qualitativamente, sendo as escalas no formato quantitativo adotado nível de significância  $p \leq 0,05$ , apresentados em estimativa de percentual (intervalo de confiança 95%), e as intervenções permitindo uma análise qualitativa, considerando a resposta de cada participante.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Foram incluídos neste estudo 60 pacientes com NEM-1, tendo destaque em um estudo que além de trabalhar com a intervenção através da psicoeducação, contou com o levantamento dos modos de enfrentamento desta população (EMEP), o *Distress Management - Thermometer and Problem List* e níveis de fatores ansiosos e depressivos (HAD).

A amostra foi composta em sua maioria pelo sexo feminino (55%), com idade entre 18 – 72 anos, sendo a faixa etária de maior prevalência a de 36 – 50 anos (43%). Dos indivíduos presentes nesta amostra, 52% dizem viver com um companheiro(a) e 52% possuem ensino médio, vivendo com uma renda média de um a três salários mínimos (71%). Destes 63% possuem pelo menos um filho. Quanto a religião, 93% se declaram cristãos e os demais se consideram ateus. Deste grupo, 13 indivíduos (22%) faz tratamento com medicação para ansiedade ou depressão. Dos 60 participantes, 10 indivíduos (17%) já fizeram acompanhamento

com psicólogo ou psiquiatra. Neste estudo não foi possível estabelecer uma associação significativa entre denominação religiosa e a presença ou não de sintomas de transtornos de humor. Com relação a prática de atividade física, 61% da população presente neste estudo relatou não praticar atividade física de forma alguma. Um estudo reforça que a ausência da prática de atividades física pode contribuir para piora da qualidade de vida e saúde mental (Lourenço, 2017).

**Tabela 1** - Distribuição das características sociodemográficas dos pacientes com NEM1 (N total) e a distribuição das características sociodemográficas.

Variáveis	N	Total <sup>1</sup>
<b>Estado. Civil</b>	60	
COM COMPANHEIRO		31 (52%)
SEM COMPANHEIRO		29 (48%)
<b>Qual seu sexo?</b>	60	
Masculino		27 (45%)
Feminino		33 (55%)
<b>Qual a sua faixa etária?</b>	60	
18-24 anos		4 (7%)
25-35 anos		16 (27%)
36-50 anos		26 (43%)
Acima de 51 anos		14 (23%)
<b>Possuem filhos biológicos?</b>	60	
Não		22 (37%)
Apenas 1		14 (23%)
Entre 02-04 filhos		22 (37%)
Mais de 04 filhos		2 (3%)
<b>Qual a sua escolaridade?</b>		
Ensino fundamental		11 (18%)
Ensino médio		31 (52%)
Superior		18 (30%)
<b>Religião</b>	60	
Cristão		56 (93%)
Ateu		4 (7%)
<b>Em média, qual a renda total da família?</b>	60	
Menos de um salário mínimo		5 (8%)
Entre 01 - 03 salários mínimos		42 (71%)
Entre 04 - 07 salários mínimos		8 (13%)
Entre 08 - 11 salários mínimos		5 (8%)
Mais de 12 salários mínimos		0 (0%)
<b>Você fuma?</b>	60	
Não		56 (93%)
Não, mas convivo com fumante		2 (3%)
Sim, diariamente		1 (2%)

Sim, esporadicamente		1 (2%)
<b>Você ingere bebida alcoólica?</b>	60	
Não		36 (60%)
De 1 a 3 vezes por semana		4 (7%)
Mais de 3 vezes por semana		0 (0%)
Ocasionalmente, em eventos especiais		20 (33%)
<b>Você faz tratamento com remédio controlado para depressão ou ansiedade?</b>	60	
Sim		13 (22%)
Não		47 (78%)
<b>Você já teve algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?</b>	60	
Sim		10 (17%)
Não		50 (83%)
<b>Pratica Atividade Física</b>	60	22 (39%)
<b>Não pratica Ativ. Física</b>		35 (61%)

<sup>1</sup>n (%); Média ± Desvio Padrão (Mediana)

Com relação às manifestações clínicas da NEM-1, observou-se nos percentuais do estudo uma confirmação aos achados na literatura, destacando-se majoritariamente a presença de tumor na paratireoide (Thakker et al, 2021). O tempo de diagnóstico dos participantes deste estudo possuem uma média de 8± anos. Conforme a tabela 2, é possível fazer uma relação entre o tempo de diagnóstico e a presença de fatores ansiosos e depressivos.

**Tabela 2** - Distribuição do tempo de diagnóstico dos pacientes com NEM1 (N total), a sintomatologia ansiosa ou depressiva e a relação do tempo diagnóstico com a presença da sintomatologia ansiosa ou depressiva.

Variáveis	N	Total <sup>1</sup>	Tempo. Diagnóstico – Em anos		Valor p <sup>2</sup>
			≤5, N = 26 <sup>1</sup>	>5, N = 34 <sup>1</sup>	
<b>Depressão</b>	60	26 (43%)	9 (35%)	17 (50%)	0.233
<b>Ansiedade</b>	60	38 (63%)	19 (73%)	19 (56%)	0.171

<sup>1</sup>n (%)

<sup>2</sup>Teste exato de Fisher



Dos 60 participantes da pesquisa, representado por 14 famílias identificadas, 38 (63%) apresentam percentuais com fator considerado para uma possível sintomatologia ansiosa e 26 (43%) apresentam percentual para possível sintomatologia depressiva, segundo a escala aplicada de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD). O tempo de diagnóstico mostrou que, dos 60 participantes, 26 (43%) possuem menos de cinco anos de diagnóstico, desses 19 (73%) possuem níveis de fatores ansiosos e 9 (35%) para fatores depressivos. Já os que tem acima de cinco anos de diagnóstico totalizando 34 (57%) dos participantes, sendo 19 (56%) com fatores para ansiedade e 17 (50%) para os fatores depressivos.

O tempo de diagnóstico mostra um percentual em que aqueles que tem menor tempo de diagnóstico possuem uma maior porcentagem de indivíduos com sintomatologia ansiosa, o que mostra uma certa concordância em um estudo feito com mulheres que tiveram o diagnóstico de câncer de mama e que por isso as que estavam sendo recém-diagnosticadas apresentavam maior sintomatologia do que aquelas que já estavam em período de tratamento há mais tempo (Santichi et al, 2012). Santichi et al. (2012) reforça que tais fatores podem ser explicados pelo estigma que se tem de um diagnóstico, gerando insegurança quanto ao curso da doença e provocando maior possibilidade de sintomas que possam influenciar a saúde mental e a qualidade de vida dos pacientes que foram diagnosticados a pouco tempo.

No presente estudo, os participantes como um todo obtiveram uma pontuação de  $7.8 \pm 4.3$  (7,5) - Média  $\pm$  Desvio Padrão (Mediana) - pontos para a subescala HAD-Depressão e  $9.5 \pm 5.2$  (9,0) - Média  $\pm$  Desvio Padrão (Mediana) - pontos para a subescala HAD-Ansiedade, o que mostra uma semelhança com estudo feito com pacientes que possuem diagnóstico de neoplasia de trato gastrointestinal em estágio avançado, em que 27,4% possuem pontuação acima de 8 para a subescala HAD-A e 27,8% dos participantes pontuam acima de 8 para a subescala HAD-D (Zeni, 2011).

No que se refere a escala do distress dos participantes, e as principais preocupações físicas, emocionais, sociais, práticas e religiosas, segundo a escala *Distress Management - Thermometer and Problem List* – NCCN, estão destacadas na tabela a seguir:

**Tabela 3** - Distribuição das principais preocupações presentes dos pacientes com NEM-1 e a média do termômetro da angústia.

Preocupações	N	Total <sup>1</sup>
<b>Preocupações Físicas</b>	60	

Dormir / sono	35	(58%)
Fadiga	32	(53%)
Memória ou concentração	32	(53%)
Dor	30	(50%)
Mudanças na alimentação	30	(50%)
Perda ou alteração das habilidades físicas	24	(40%)
Saúde sexual	17	(28%)
Uso de substâncias	3	(5%)
Tabagismo	2	(3%)

Preocupações	N	Total <sup>1</sup>
	60	

### **Preocupações Emocionais**

Preocupação ou ansiedade	46	(77%)
Medo	39	(65%)
Sentimentos de inutilidade ou ser um fardo	33	(55%)
Tristeza / perda	31	(52%)
Raiva	31	(52%)
Tristeza / depressão	25	(42%)
Alterações na aparência	25	(42%)
Perda de interesse ou de prazer	21	(35%)
Solidão	19	(32%)

Preocupações	N	Total <sup>1</sup>
	60	

### **Preocupações Sociais**

Relacionamento com familiares	29
-------------------------------	----

Relacionamento com amigos ou colegas de trabalho	19	(48%)
Relacionamento com o cônjuge ou companheiro	18	(32%)
Relacionamento com os filhos	18	(30%)
Comunicação com a equipe médica	14	(23%)
Capacidade de ter filhos	11	(18%)

Preocupações	N	Total <sup>1</sup>
	60	

### **Preocupações Práticas**

Cuidados dos outros	41	(68%)
Finanças	40	(67%)
Cuidando de mim mesmo	39	(65%)
Decisões de tratamento	36	(60%)
Trabalho	35	(58%)
Acesso a medicamentos	26	(43%)
Habitação	23	(38%)
Seguro de saúde	22	(37%)
Cuidados infantis	22	(37%)
Ter comida suficiente	20	(33%)
Transporte	18	(30%)
Escola	12	(20%)

Preocupações	N	Total <sup>1</sup>
	60	

### **Preocupações Religiosas ou Espirituais**

Morte, morrer ou vida após a morte	27	(45%)
Sentido de significado ou propósito	24	

	(40%)
Relacionamento com o sagrado	22 (37%)
Mudanças na fé ou crenças	13 (22%)
Conflito entre crenças e o tratamento	7 (12%)
Necessidades de rituais ou dietéticas	5 (8%)
<i>Distress Management – Thermometer – NCCN (Antes das Intervenções)</i>	6.25 ± 2.74 (6.50)
<i>Distress Management – Thermometer – NCCN (Após as Intervenções)</i>	4,98± 2,52 (5,0)

---

<sup>1</sup>n (%); Média ± Desvio Padrão (Mediana)

A análise do *Distress Management - Thermometer* (DMT) foi possível observar um alto grau de sofrimento (>4), com média de 6,25±2,74, mediana 6,5 e a diminuição para 4,98± 2,52, mediana 5,0 após as intervenções, de acordo com o instrumento relacionado a diversas áreas de sofrimentos, dentre elas destaca-se as principais preocupações físicas com relação ao sono em 58% da amostra, memória e fadiga ambas com 53%. As preocupações emocionais destacam-se a ansiedade (77%), o medo (65%) e o sentimento de inutilidade ou ser um fardo para as pessoas (55%). Com relação as preocupações sociais, o relacionamento com os familiares (48%), com amigos ou colegas de trabalho (32%), e relacionamento com o(a) companheiro(a) (30%). Em relação as preocupações práticas, em primeiro o cuidado com os outros (68%), as finanças (67%), e o cuidar de si mesmo (65%). Por fim, as preocupações religiosas com relação a morte, morrer ou vida após a morte (45%), o sentido de significado ou propósito (40%), e o relacionamento com o sagrado (37%).

Um estudo recente realizado com 30 pacientes que estavam em processo de quimioterapia, devido a diagnósticos de câncer de pulmão, cabeça e pescoço, colo do útero, dentre outros, mostrou uma relação com DMT, em que também apresentaram um alto grau de sofrimento (>4) com uma média de 6,3±2,54 (Marques et al., 2022). O que levanta uma hipótese de que pacientes que passam por processo de diagnóstico de câncer, independente da etapa que estejam no tratamento, possuem um fator em comum com relação aos níveis de angústia.

No Canadá, um estudo realizado com 384 pacientes em um centro de tratamento do câncer, mostrou que mais de 50% da sua amostra afirmava que os problemas financeiros traziam um alto grau de sofrimento, assim como preocupações presentes relacionadas a fadiga (48,5%) e 26,4% de dor (Carlson et al. 2004). O estudo reforça uma relação das principais preocupações também presentes nos pacientes com NEM-1, o que corrobora para os achados desta pesquisa.

O atentar-se para o distress, reforça o quanto as preocupações podem influenciar no curso da qualidade de vida do paciente e do próprio tratamento, por isso a necessidade de encarar o distress como sexto sinal vital nos pacientes oncológicos, dando importância ao reconhecimento e monitoramento em cada fase dos tratamentos dos pacientes (Fitch et al, 2018). Por isso a importância de uma equipe multiprofissional capacitada que consiga identificar os sinais e os níveis de distress, elencando as principais preocupações que podem estar relacionado para além do fator saúde/doença.

No que se refere aos modos de enfrentamento dos pacientes, que foi observado nos participantes da pesquisa, fazendo uma relação com um outro estudo com pacientes com câncer de cabeça e pescoço e a população geral (da amostra de validação do instrumento). Foi possível observar conforme a figura a seguir (fig.03):



**Figura 4:** Principais modos de enfrentamento de pacientes com NEM-1

A partir da figura 4 acima, observamos com a utilização da EMEP que indivíduos com NEM-1, enfrentam suas questões na seguinte ordem: primeiro fator focalizado no problema e no pensar positivo (78%), segundo fator mais presente envolve práticas religiosas (77%), terceiro fator a busca de suporte social (56%) e por último o foco nas emoções (46%), sem

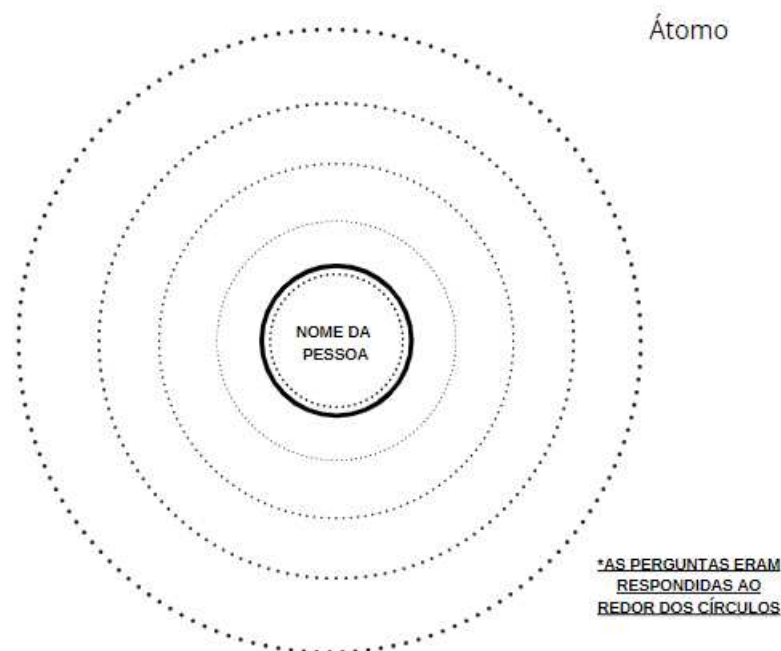
diferenças de gênero.

Com relação a uma outra pesquisa feita com a utilização da EMEP em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, houve uma relação com os dois últimos modos de enfrentamento, em que reforça que pacientes com diagnóstico de câncer utilizam menos a busca do suporte social e focar nas emoções, o que mostra uma diferença com relação a população de modo geral em que o suporte social aparece como segundo fator na amostra estudada da validação da escala (Santana et al., 2008).

A Escala de Modo de Enfrentamento (EMEP), segundo Seidl, Tróccoli e Zannon (2001), apresenta limitações por não conseguir capturar a complexidade das estratégias de enfrentamento individuais diante de situações estressantes. Nesta pesquisa, foi observada uma maior adoção de estratégias focadas no problema, o que os autores citados reforçam como uma tendência em buscar ativamente soluções e cuidados específicos. Simultaneamente, o uso de práticas religiosas é empregado como forma de reduzir o estresse ao lidar com momentos e notícias difíceis.

O grupo analisado nesta pesquisa demonstrou menor utilização do suporte social e foco nas emoções para enfrentar problemas, levantando a hipótese de que isso pode estar relacionado à natureza genética da NEM-1 e às dificuldades em comunicar-se com outros familiares sobre o assunto, ou até mesmo à falta de disposição de alguns familiares para discutir o tema. Os autores Seidl, Tróccoli e Zannon (2001) também sugerem que a dificuldade em lidar com as emoções pode estar associada à falta de adaptação a situações estressantes.

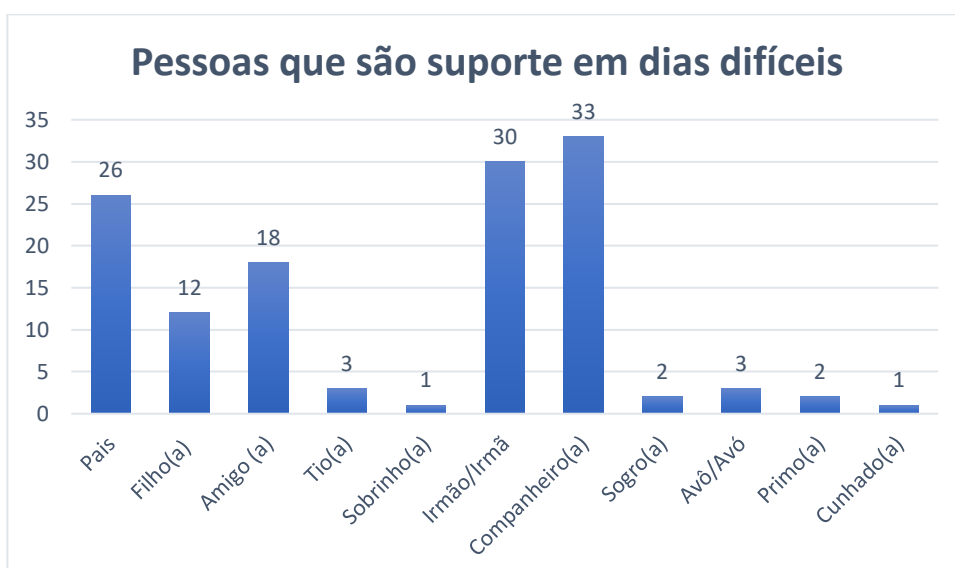
As intervenções psicoeducativas surgem nesse estudo como uma forma de mostrar a importância do acompanhamento psicológico e do atentar-se para os cuidados emocionais, psicológicos e sociais dos pacientes, e ter uma melhor clareza sobre as áreas mais afetadas na vida dos pacientes, e como auxiliá-los para melhor lidar com seus sentimentos, emoções e reduzir os níveis de angústia, fatores ansiosos e depressivos. A intervenção utilizada foi através do átomo social. Como pode ser visto no modelo que foi entregue aos pacientes da pesquisa na figura abaixo (fig.04).



**Figura 5:** Modelo Intervenção – Átomo Social

A partir da intervenção do átomo social, foi possível elaborar duas tabelas com aspectos que apresentavam em comum com os pacientes da pesquisa, destacando as principais pessoas e os principais papéis que dão sentido na vida das pessoas, como pode ser apresentado nos gráficos 1 e 2. Os participantes poderiam dizer mais de uma resposta.

**Gráfico 1** - Distribuição das principais pessoas que são suporte em dias difíceis para pacientes com NEM-1. N= 60.

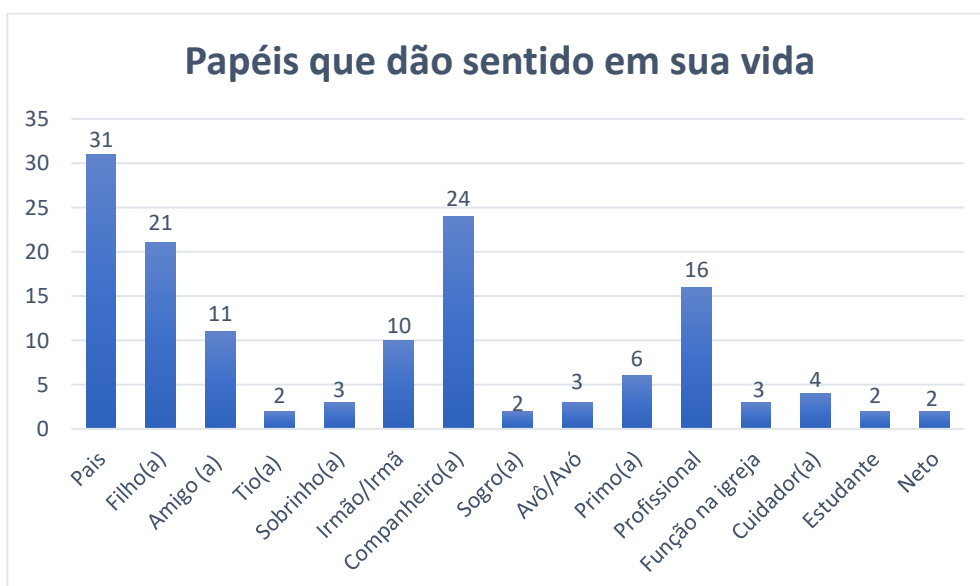


Os resultados da aplicação do átomo social visavam possibilitar aos pacientes uma reflexão sobre as pessoas que compõem seu suporte em momentos difíceis. Foram registrados os dados de 60 participantes, os quais tiveram a oportunidade de descrever livremente quem são essas pessoas, sem a opção de seleção por meio de marcação. Foi possível identificar um certo padrão com os seguintes nomes acima, mostrando que 33 citaram os companheiros como principal suporte, seguido de irmão/irmã (30), os pais (26), amigos (18), filhos (12), tios (3), avós (3), primos (2), sogros (2), sobrinhos (1) e cunhado (a).

O permitir refletir sobre as pessoas que podem ser suporte é uma forma de poder trabalhar as questões de rede de apoio dos pacientes, uma forma de trabalhar até mesmo a prevenção ao suicídio. A rede de apoio está relacionada a um conjunto de relações que permite que o indivíduo encontre suporte em meio aos multifatores que pode favorecer a um adoecimento psicológico (Costa et al., 2015). “O cuidar, de si e dos outros, o autocuidado ou cuidado com os que nos rodeiam, coloca-se inerente à nossa condição de humanos” (Queirós, 2016).

**Gráfico 2** - Distribuição dos papéis que dão sentido na vida dos pacientes com NEM-1.

N= 60.

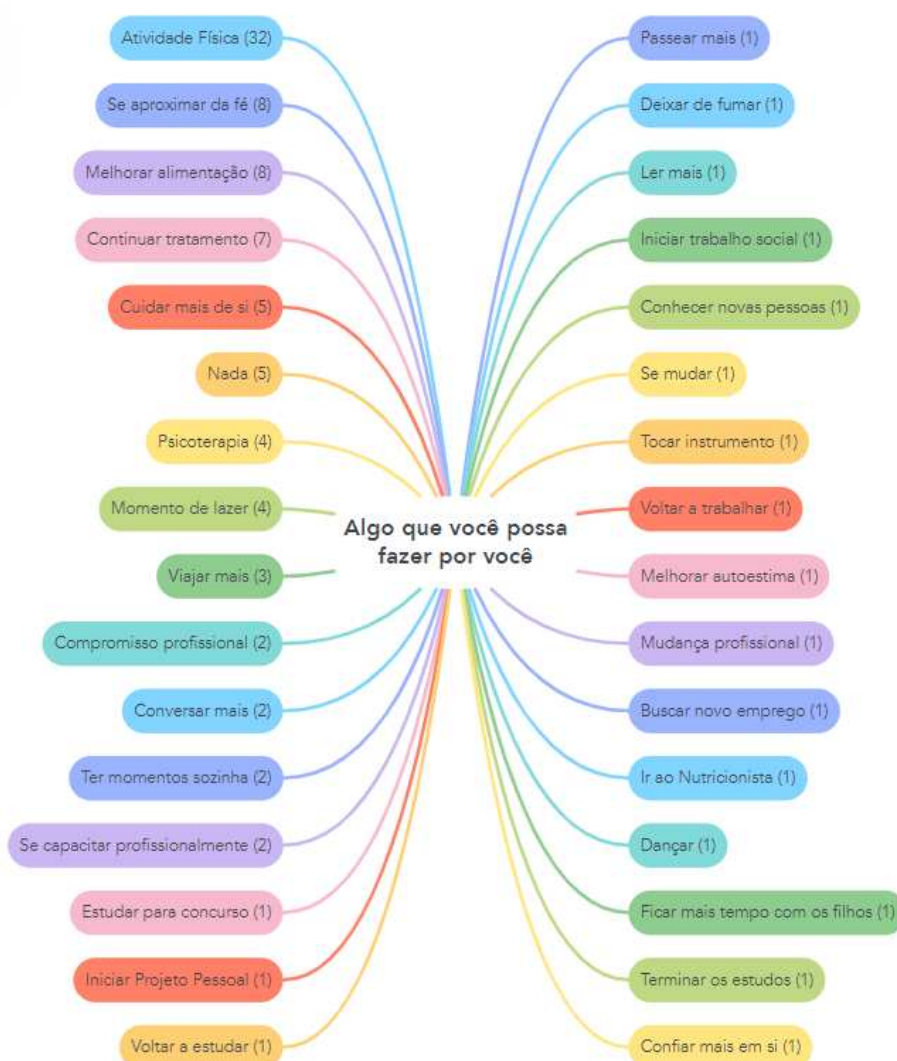


Os papéis que dão sentido à vida dos participantes dessa pesquisa, destaca-se em primeiro o papel de pai e mãe que 31 citaram, seguido de companheiro(a) (24), filho(a) (21), profissional (16), amigo(a) (11), irmã(o) (10), primo(a) (6), cuidador(a) (4), sobrinho(a) (3),



função na igreja (3), avós (3), tio(a) (2), estudante (2), neto(a) (2) e sogro (2). O destaque de papéis para os que marcaram que possuem companheiro(a) pode ser visto como um fator protetor com relação ao risco de suicídio. Um estudo feito na Dinamarca mostra que alguns dos fatores de risco para adoecimento estavam mais associados aos que necessitavam de internação hospitalar, desemprego, e não ter companheiro (Mortensen et al., 2000). A importância dessa intervenção pode promover uma forma também de reduzir a possibilidade de adoecimento, fazendo refletir e se apropriar dos seus papéis, além de permitir lembrar-se sobre o fato de não estar sozinho.

A última pergunta, consistia em poder permitir com que refletissem o que poderiam fazer por eles mesmos que pudesse auxiliar seja em algo físico, emocional, social ou espiritual em suas vidas. As respostas podem ser vistas na figura abaixo (figura 6).



**Figura 6:** Respostas da intervenção proposta para que pensassem o que poderiam fazer por si mesmos. N= 60. (Desenvolvido pelo autor)

Em se tratando das respostas apresentadas, algumas delas obtiveram resposta em comum, como por exemplo a atividade física que apareceu em pelo menos 32 respostas, assim como se aproximar da fé (8), melhorar alimentação (8), continuar o tratamento (7), cuidar mais de si (5), psicoterapia (4), momentos de lazer (4) viajar mais (3), compromisso profissional (2), conversar mais (2), momentos sozinha (2), se capacitar profissionalmente (2) e outros que apareceram apenas uma vez como por exemplo, estudar para concurso, iniciar projeto pessoal, voltar a estudar, passear mais, deixar de fumar, ler mais, iniciar trabalho social, conhecer novas pessoas, se mudar, tocar instrumento, voltar a trabalhar, melhorar autoestima, mudança profissional, buscar novo emprego, ir ao nutricionista, dançar, ficar mais tempo com os filhos, terminar os estudos, confiar mais em si. Dos 60 participantes, 5 responderam que não se veem fazendo nada para si mesmo.

Os 60 participantes foram submetidos a pelo menos duas interações com o psicólogo responsável pela aplicação da pesquisa, resultando em um total de 120 contatos com os participantes. Adicionalmente, como descrito no TCLE (Apêndice A), o estudo incluiu a possibilidade de disponibilizar pelo menos duas sessões de psicoterapia para aqueles pacientes que manifestassem interesse após a intervenção. Esse acréscimo resultou em um total de 25 sessões de psicoterapia, envolvendo 12 pacientes. Em sua totalidade, esta pesquisa envolveu 145 interações com os participantes do estudo.

A segunda parte da pesquisa contou com uma reaplicação da escala HAD e do DMT, em que foi possível quantificar as possibilidades de mudança observada nas escalas.

**Tabela 4** – Pontuação dos fatores de ansiedade, depressão e termômetro da angústia antes e após as intervenções. N= 60.

<b>Pontuação Ansiedade (Antes Intervenções)</b>	9.5 ± 5.2 (9.0)
<b>Pontuação Ansiedade (Após Intervenções)</b>	6.2 ± 4.3 (5.0)
<b>Pontuação Depressão (Antes Intervenções)</b>	7.8 ± 4.3 (7.5)
<b>Pontuação Depressão (Após Intervenções)</b>	5.0 ± 4.0 (4.0)
<b>DMT (Antes Intervenções)</b>	6,25±2,74 (6,5)
<b>DMT (Após Intervenções)</b>	4,98±2,52 (5,0)

---

Média ± Desvio Padrão (Mediana)

Os resultados das amostras (N=60) de antes e depois das intervenções, mostram que antes das intervenções a pontuação de ansiedade média era de  $9,5 \pm 5,2$ , mediana 9,0 e após as intervenções de  $6,2 \pm 4,3$ , mediana 5,0. Com relação a pontuação de depressão, antes das intervenções de  $7,8 \pm 4,3$ , mediana 7,5 e após as intervenções de  $5,0 \pm 4,0$ , mediana 4,0. Se tratando da pontuação global em cada subescala que vai de 0 a 21, sendo que a partir de oito é sugestiva de quadros de ansiedade e a partir de nove para quadros de depressão, o estudo reforça que é possível perceber o quanto a psicoeducação exerce uma função de reduzir níveis de fatores ansiosos e depressivos.

O DMT apresentou uma diminuição de  $6,25 \pm 2,74$  (mediana 6,5) para  $4,98 \pm 2,52$  (mediana 5,0) após as intervenções. O valor de angústia considerável é ( $>4$ ). Nesta amostra, é possível observar o potencial para reduzir os níveis de angústia na população estudada por meio da psicoeducação, embora tenha havido uma limitação na pesquisa relacionada ao tempo. Pacientes que venham a receber um acompanhamento prolongado durante o curso da doença podem ter uma redução nos níveis de angústia e uma melhor capacidade de enfrentamento em relação à doença. Isso reforça a importância do psicólogo na equipe multiprofissional.

**Tabela 5** – Distribuição do tempo de diagnóstico dos pacientes com NEM-1 (N = 60), a sintomatologia ansiosa ou depressiva e a relação do tempo diagnóstico com a presença da sintomatologia ansiosa ou depressiva, com antes e depois das intervenções através da psicoeducação.

Variáveis	N	Tempo.Diagnóstico – Em anos			Valor p <sup>2</sup>
		Total <sup>1</sup>	$\leq 5$ , N = 26 <sup>1</sup>	$> 5$ , N = 34 <sup>1</sup>	
<b>Ansiedade</b>	60	38 (63%)	19 (73%)	19 (56%)	0.171
<b>Ansiedade.Pos</b>	60	18 (30%)	5 (19%)	13 (38%)	0.111
<b>Depressão</b>	60	26 (43%)	9 (35%)	17 (50%)	0.233
<b>Depressão.Pos</b>	60	12 (20%)	6 (23%)	6 (18%)	0.602

<sup>1</sup>n (%)

<sup>2</sup>Teste qui-quadrado de independência

A partir da amostra (N= 60), é possível observar na tabela que houve uma diminuição dos percentuais de fatores ansiosos de 38 (63%) para 18 (30%) após as intervenções com o psicólogo. E com relação aos percentuais de fatores depressivos, houve a diminuição de 26 (43%) para 12 (20%), reforçando a importância do processo interventivo como forma de melhor lidar com as questões de saúde.

**Tabela 6** – Distribuição dos pacientes (N= 12) que para além da intervenção solicitaram sessões de acompanhamento conforme é disponibilizado no TCLE, e a relação da sintomatologia ansiosa e depressiva com antes e depois das intervenções.

Variáveis	N	Total <sup>1</sup>
<b>Ansiedade antes Interv.</b>	12	12 (100%)
<b>Ansiedade após Interv.</b>	12	7 (58%)
<b>Depressão antes Interv.</b>	12	10 (83%)
<b>Depressão após Interv.</b>	12	4 (33%)

<sup>1</sup>n (%)

A partir da amostra (N=12), observou-se uma redução nos percentuais de fatores ansiosos de 12 (100%) para 7 (58%) após as intervenções e as sessões solicitadas pelos pacientes com o psicólogo. Quanto aos percentuais de fatores depressivos, houve uma diminuição de 10 (83%) para 4 (33%), destacando a importância do trabalho e do acompanhamento psicológico para pacientes lidando com aspectos de adoecimento.

Os resultados reforçam uma pesquisa que foi feita com 70 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, que mostrou que a partir da intervenção psicoeducacional em que foi possível ver o quanto os pacientes obtiveram um aumento de insights, ou seja, que obtiveram atitudes positivas frente ao seu tratamento e seu diagnóstico, trazendo benefício e reduzindo a possibilidade de adoecimento mental (Ruzanna et al., 2010).

O permitir pensar sobre o que podem fazer por si, é uma forma de trabalhar o que J. L. Moreno (1975), chama de espontaneidade, a capacidade de dar novas respostas ao que tem lhe acontecido, sendo assim um forma de resgatar o aspecto saudável do indivíduo, em que a partir

do momento em que entram em contato com sua realidade e a melhor compreende, começam a exercitar novas perspectivas perante ao que lhe tem acontecido.

## 5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa revelou evidências significativas sobre a influência positiva das intervenções psicoeducativas na saúde mental de indivíduos que enfrentam neoplasias relacionadas a síndromes familiares. Essas intervenções possibilitam que os participantes adquiram maior domínio sobre sua realidade de vida, dada a necessidade de enfrentar continuamente os desafios do tratamento. Destaca-se, assim, a importância de promover a autonomia e a apropriação de sua própria narrativa, proporcionando aos indivíduos a capacidade de reflexão sobre sua situação, vislumbrar novas perspectivas e desenvolver estratégias para lidar com cada fase do tratamento.

A escala EMEP proporciona ao indivíduo a oportunidade de contemplar quais estratégias de enfrentamento são pertinentes em distintos momentos de sua trajetória, permitindo reflexões sobre a rede de apoio disponível, a dimensão da fé, a autorregulação emocional, bem como demandas práticas que requerem resolução.

A análise dos índices de ansiedade e depressão nessa população oferece uma base sólida para futuras investigações, dado que os dados indicam a presença de um impacto psicológico significativo em pacientes diagnosticados com NEM-1. Essas constatações incentivam a prospecção de novas abordagens e intervenções destinadas a melhorar o bem-estar psicológico desses indivíduos.

A mensuração das principais preocupações e o termômetro da angústia através do DMT possibilita reforçar o quanto somos seres biopsicossociais, em que é possível pontuar outras preocupações que vão para além do diagnóstico e que podem influenciar no tratamento e na qualidade de vida do sujeito, reforçando que os estudos em pesquisas também considere esses outros fatores que vão para além da díade saúde/doença.

A atuação do psicólogo em um ambiente de saúde emerge como um destaque notável, conforme evidenciado nesta pesquisa. O papel do psicólogo na equipe se revela crucial ao fomentar um ambiente propício para a realização de atividades de psicoeducação, avaliação abrangente – tanto quantitativa quanto qualitativa, utilizando escalas específicas –, e ao facilitar a promoção da aceitação e engajamento dos pacientes em seu próprio processo de

tratamento. Esses achados ressaltam a significativa contribuição da presença da psicologia em equipes hospitalares, inclusive no contexto de pacientes com neoplasias hereditárias.

É possível enfatizar o ineditismo da pesquisa ao conduzir uma intervenção com pacientes diagnosticados com NEM-1, explorando não apenas os modos de enfrentamento dessa população, mas também examinando o termômetro do distress, as principais preocupações, os fatores ansiosos e depressivos, além de correlacionar esses aspectos com o tempo decorrido desde o diagnóstico. Os dados obtidos, provenientes desta amostra específica, promoverão uma valiosa expansão nas investigações relacionadas a pacientes com NEM-1, proporcionando uma base mais abrangente para futuros estudos nesse campo.

## 6 REFERÊNCIAS

AURELIANO, W. D. A. Trajetórias Terapêuticas Familiares: doenças raras hereditárias como sofrimento de longa duração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 369-380, 2018.

AUTHIER, J. The psychoeducation model: Definition, contemporary roots and content. **Canadian Journal of Counselling and psychotherapy**, v. 12, n. 1, 1977. Disponível em: <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/60143/45506> Acesso em: 01, nov. 2023

BOTEGA, N.J; BIO, M.R.; ZOMIGGNAMI, M.A. Transtorno do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, Vol.29, Outubro 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dY4tVF5tWXkrfkyjz5Sp4rM/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 02 out. 2023

BRASIL. Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. **Diário Oficial da União**, 2014. Acesso em: 28 out. 2023

CALVETTI, P. Ü.; FIGHERA, J.; MULLER, M. C.; POLI, M. C. Psicologia da saúde e qualidade de vida: pesquisas e intervenções em psicologia clínica. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v.14, n.1, 18-23 p. jan-jun 2006. Disponível em: <https://docplayer.com.br/21520156-Psicologia-da-saude-e-qualidade-de-vida-pesquisas-e-intervencoes-em-psicologia-clinica.html>. Acesso em: 06 fev. 2022.

CÂMARA, R. A.; AMATO, M. A. P. (2014). A vivência de pacientes com câncer hematológico sob a perspectiva do psicodrama. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 22(1), 85-91, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicodrama/v22n1/n1a09.pdf> Acesso em: 06 nov. 2023

CARLSON. L.E.; ANGEN. M.; CULLUM. J.; GOODEY. E.; KOOPMANS. J.; LAMONT. L.; MACRAE. J.H.; MARTIN. M.; PELLETIER. G.; ROBINSON. J.; SIMPSON. J.S.; SPECA. M.; TILLOTSON. L.; BULTZ. B.D. High levels of untreated distress and fatigue in

cancer patients. **Br J Cancer**. 2004; Jun 14;90(12):2297-304. doi: 10.1038/sj.bjc.6601887. Acesso em: 24 set. 2023.

COSTA, R. F. D.; ZEITOUNE, R. C. G.; QUEIROZ, M. V. O.; GÓMEZ GARCÍA, C. I.; & RUIZ GARCÍA, M. J. Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 0741-0747, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000500005>. Acesso em: 24 set. 2023.

DANTAS, É. L. R.; LIMA SÁ, F. H.; DE CARVALHO, S. M. D. F.; ARRUDA, A. P.; RIBEIRO, E. M.; RIBEIRO, E. M. Genética do câncer hereditário. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 55(3), 263-269, 2009.

FITCH, M. I.; ASHBURY, F.; NICOLL, I. Reflections on the implementation of screening for distress (sixth vital sign) in Canada: key lessons learned. **Supportive Care in Cancer**, v. 26, p. 4011-4020, 2018. Acesso em: 24 set. 2023.

GIMENES, M. G. G.; QUEIROZ, E. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após mastectomia. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o câncer*. São Paulo: Editorial Psy, p. 173-195, 1997.

GONÇALVES, C. S.; WOLFF, J. R.; ALMEIDA, W. C. Lições de psicodrama: introdução ao pensamento de J.L. Moreno. São Paulo - SP: Ágora, 1988.

GONDIM, A. S.; SOARES, C. E. L.; CUSTÓDIO, M. P.; CASTRO, A. R.; SILVA, F. E. L.; QUIDUTE, A. R. P. Síndrome hereditária familiar associada a neoplasias: ação extensionista na construção de heredogramas e detecção de comorbidades. **Revista Extensão em Ação**, Fortaleza, v.2, n.16, jul./dez. 2018. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/extensaoemacao/article/view/33569>>. Acesso em: 05 fev. 2022.

LEMES, C. B.; NETO, O. J. **Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde**. Temas em Psicologia, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 17–28, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.9788/TP2017.1-02>>. Acesso em: 01 nov. 2023.

LODUCA, A.; MÜLLER, B. M.; FOCOSI, A. S.; SAMUELIAN, C.; & YENG, L. T. Como programas psicoeducativos interdisciplinares de abordagem psicodramática podem ajudar na adesão ao tratamento para dores crônicas. **BrJP**, v. 1, p. 122-126, 2018.

LOURENÇO, B.S.; PERES M.A.A.; PORTO I.S.; OLIVEIRA R.M.P.; DUTRA V.F.D. Atividade física como estratégia terapêutica em saúde mental: revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem. Escola Ana Nery **Revista de Enfermagem**, 2017; 21 (3) Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0390>

MARQUES, D. C.; COSTA, C. C. P.; ASSAD, L. G.; PIRES, B. M. F. B.; GOMES, H. F.; PERES, E. M.; REIS, M. D. F. L. Avaliação do nível de distress em pacientes oncológicos atendidos em um ambulatório de quimioterapia. **Global Academic Nursing Journal**, v. 3, n. 4, p. e305-e305, 2022.

MIRANDA, S. L.; LANNA, M.; FELIPPE, W. Espiritualidade, Depressão e

Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 870-885, Sept. 2015. Disponível em: &lt; [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932015000300870&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300870&lng=en&nrm=iso)&gt;. Acesso em: 06 fev. 2022. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002342013>.

MORENO, J. L. Psicodrama. São Paulo: Cultrix, 1975  
\_\_\_\_\_. As palavras do pai. São Paulo: Ed. Psy, 1992.  
\_\_\_\_\_. Quem sobreviverá? Fundamentos da sociometria, psicoterapia de grupo e sociodrama (Vol. 2, D. L. Rodrigues & M. A. Kafuri, Trans.). Goiânia: Dimensão, 1994.  
\_\_\_\_\_. Sociometria, método experimental e a ciência da sociedade: abordagem para uma nova orientação política. São Paulo: FEBRAP, 2020.

MORTENSEN, P. B.; AGERBO, E.; ERIKSON, T.; QIN, P.; WESTERGAARD-NIELSEN, N. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. **The Lancet**, v. 355, n. 9197, p. 9-12, 2000. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)06376-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)06376-X)

NATIONAL CANCER INSTITUTE. PDQ supportive and palliative care editorial board. From: <https://www.cancer.gov/publications/pdq/editorial-boards/supportive-care>. Retrieved 06 fev. 2022.

QUEIRÓS, P. J. P.; FONSECA, E. P. A. M.; MARIZ, M. A. D.; CHAVES, M. C. R. F.; CANTARINO, S. G. Significados atribuídos ao conceito de cuidar. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 10, p. 85-94, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388247711009.pdf>. Acesso em: 24 set. 2023.

GARICOCHEA, B.; BARROS, M. C. M. In: CARVALHO, V. A.; FRANCO, M. H. P.; KOVÁCS, M. J. **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. Parte II. P. 23-31.

RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>; Acesso em: 05 fev. 2022.

RUBINI, C. O conceito de papel no psicodrama. **Revista Brasileira de Psicodrama**, 3(1), 45-62, 1995. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/355757555/Conceito-papel-No-Psicodrama>; Acesso em 04 nov. 2023.

RUZANNA, Z.; MARHANI, M.; PARVEEN, K.; & CHEAH, Y. C. Does psychoeducation improve insight of patients with schizophrenia?. **Malaysian Journal of Psychiatry**, v. 19, n. 2, p. 27-40, 2010.

SANTANA, J. J. R. A.; ZANIN, C. R.; & MANIGLIA, J. V. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 18, p. 371-384, 2008.

SANTICHI, E. C.; BENUTE, G. R. G.; JUHAS, T. R.; PERARO, E. C.; LUCIA, M. C. S. D. Rastreio de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em diferentes etapas do



tratamento para o câncer de mama. **Psicologia Hospitalar**, v. 10, n. 1, p. 42-67, 2012. Acesso em: 24 set. 2023.

SOUZA, J. R.; ARAÚJO, T. C. C. F. Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 27, n. 2, p. 147-159, 2010. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/2969>; Acesso em: 05 fev. 2023.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 17, p. 225-234, 2001. Acesso em: 29 out. 2023.

TEIXEIRA, J. A. C. Psicologia da Saúde. Análise Psicológica [online], 3 (XXII), 441-448, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a02.pdf>; Acesso em: 06 fev. 2022.

THAKKER, R. V.; NEWAY, P. J.; WALLS, G. V.; BILEZIKIAN, J.; DRALLE H.; EBELING, P. R.; MELMED, S.; SAKURAI, A.; TONELLI, F.; BRANDI, M. L. Clinical practice guidelines for multiple endocrine neoplasia type 1 (MEN1). *J Clin Endocrinol Metab.* 2012 Sep; v.97, n.9, pp. 2990-3011. doi: 10.1210/jc.2012-1230. Epub 2012 Jun 20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22723327>; Acesso em: 05 fev. 2022.

TONELLI, F.; MARINE, F.; GLUSTI, F.; BRANDI, M.L. Total and Subtotal Parathyroidectomy in Young Patients With Multiple Endocrine Neoplasia Type 1-Related Primary Hyperparathyroidism: Potential Post-surgical Benefits and Complications. *Frontiers in Endocrinology*; September 2018, volume 9, article 558. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6165877/>; Acesso em: 05 fev. 2022.

WOOD, M. M.; NICHOLS, P.; BRENDTRO, L. K. (1999). Psychoeducation: An idea whose time has come. 1999. Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=ED435157> Acesso em: 01 nov. 2023.

ZENI, L. L. Tradução, adaptação cultural e validação do termômetro de angústia (Distress Thermometer). 2011. Disponível em: <https://accamargo.phlnet.com.br/MESTRADO/2011/LucianaZeni/LucianaZeni.pdf>. Acesso em: 24 set. 2023.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Por favor, leia atentamente todas as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos e você se sinta à vontade para participar.

Convidamos você a participar como voluntário da pesquisa intitulada: “A influência da psicoeducação na saúde mental em portadores de Neoplasias Associadas a Síndromes Familiares”.

Este estudo buscar avaliar sintomas relacionados a fatores ansiosos e de depressão, bem como a qualidade de vida e modo de enfrentamento de problemas e da saúde mental em pacientes com Neoplasias Associadas a Síndromes Familiares acompanhados pelo ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário Walter Cantídio. Queremos mensurar se a psicoeducação exerce alguma influência nesses sintomas, no modo de enfrentar os problemas e as situações quanto ao diagnóstico e na percepção da qualidade de vida desses pacientes.

Sua participação é voluntária. O risco envolvido é mínimo podendo estar relacionado à memória de alguns eventos marcantes durante o preenchimento dos questionários propostos. Para tanto, toda a avaliação será acompanhada pelo pesquisador e psicólogo com formação e experiência no atendimento clínico para proporcionar o suporte psicológico e/ou encaminhamento caso seja necessário.

De toda forma, fica garantido o direito de você, participante desistir dessa pesquisa, a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo no seu acompanhamento na instituição ou qualquer outra penalidade. Como benefício da pesquisa, nós pesquisadores poderemos conhecer melhor a sua percepção da doença, proporcionar um espaço de psicoeducação, ou seja, em que poderá aprender mais sobre a doença assim como qual seu grau de acometimento psicológico, e propiciar um atendimento direcionado nesse aspecto.

Ressaltamos que não há pagamento ou despesa para participar dessa pesquisa. Oferecemos aos pacientes que desejarem a possibilidade de participarem de pelo menos 02 encontros em grupo de suporte e apoio psicossocial a portadores de neoplasias associadas a síndromes familiares conduzido pelo psicólogo e pesquisador Fellipe Sousa da Silva CRP 11/17862, bem como informações e encaminhamento para atendimento psicológico individual, caso haja necessidade. Logo, para que sua participação aconteça, precisamos:

1. Da sua autorização para termos acesso ao seu prontuário médico;
2. Da sua disponibilidade em comparecer, em dia agendado previamente pelo pesquisador e, em sala adequada e cedida por essa Instituição, para preencher 4 questionários em um total médio de tempo de 50 minutos, a saber:

- 2.1 Escala HAD – avaliar sintomas de ansiedade e depressão;

- 2.2 Termômetro e problemas Distress – Levantamento de problemas que possam estar associado a doença;

- 2.3 Questionário sociodemográfico- para levantar dados gerais como idade, estado civil, nível de escolaridade.

- 2.4 Escala Modo de Enfrentamento de Problemas - EMEP

Sendo três dos questionários que serão refeitos ao final da pesquisa para que possa haver uma comparação e mensuração dos dados, antes dos encontros e momentos de psicoeducação e depois dos momentos, ao final da pesquisa. Os questionários que serão refeitos são: Escala HAD – avaliar sintomas de ansiedade e depressão; Termômetro e problemas Distress – fazer um levantamento de problemas que possam estar associado ao distress; EMEP – avaliar modo de enfrentamento de problemas.

Os dados serão guardados em sigilo e analisados coletivamente, de forma que você não se sinta exposto ou seja identificado. Sendo assim, você será representado por um número em

cada questionário realizado. O resultado da pesquisa será divulgado para profissionais estudiosos do assunto. O material coletado pode ser utilizado apenas para produção científica para estudo e aprofundamento nessa temática e sob responsabilidade do pesquisador.

**ATENÇÃO. Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:**

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 Rodolfo Teófilo / Telefone: 3366.8346

Complexo Hospitalar UFC/EBSERH

Rua Coronel Nunes de Melo, 1142 Térreo – Rodolfo Teófilo | 60.430-370 – Fortaleza-CE | (85) 3366-8589

Responsável pela pesquisa: Felipe Sousa da Silva.

Programa de Pós-Graduação em Medicina Translacional – Mestrado em Medicina Translacional da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Endereço :Rua Alberto Feitosa Lima, 61 telefone para contato: (085) 98201.0414

.....  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, RG nº \_\_\_\_\_ declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li /ouvi cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nome do voluntário**

Data

Assinatura

--	--	--

**Nome do pesquisador**

Data

Assinatura

--	--	--

**Nome do profissional que aplicou o TCLE**

Data

Assinatura

--	--	--

Desde já agradecemos a sua participação.(Destaque na linha pontilhada e fique com a parte superior desta folha)

## ANEXO I – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Pesquisa Sociodemográfica Pacientes com NEM-1 - Ano 2021 (Pesquisadoras responsáveis Psicólogo Fellipe Sousa e Dra. Ana Rosa Quidute - Universidade Federal de Ceará / Mestrado em Medicina Translacional). Você concorda participar da pesquisa?  Sim  Não

**Qual o seu nome completo?**

---

**Qual o seu telefone de contato ou WhatsApp (COM DDD)?**

---

**Qual número do seu prontuário no Hospital das Clínicas?**

---

**Qual a sua idade?**

---

18-24 Anos

25-35 Anos

36-50 Anos

Acima 51 Anos

**Qual seu sexo?**

Masculino

Feminino

**Em qual cidade você nasceu?**

---

**Qual o seu estado civil?**

Solteiro(a)

Casado (a)

União estável

Separado(a) ou divorciado(a)

Viúvo(a)

**Qual a sua escolaridade?**

Ensino Fundamental

Ensino Médio

Ensino Superior

**Qual a sua ocupação atual? (Com o que trabalha?)**

---

**Qual nome completo da sua mãe?**

---

**Qual o nome completo do seu pai?**

---

**Os seus pais citados acima são os seus pais biológicos?**

- SIM, ambos são os meus pais biológicos.
- Apenas mãe.
- Apenas pai.
- NÃO.
- Não sei ou prefiro não responder.

**Com quem você mora?**

- Sozinho.
- Com familiares.
- Com amigos.
- Outro \_\_\_\_\_

**Quantas pessoas vivem com você na mesma residência?**

- Moro sozinho
- 01 - 04 pessoas
- 05 - 09 pessoas
- Mais de 10 pessoas

**Em média, qual a renda total da família?**

- Menos de um salário mínimo
- Entre 01 - 03 salários mínimos
- Entre 04 - 07 salários mínimos
- Entre 08 - 11 salários mínimos
- Mais de 12 salários mínimos

**Você tem filho(s) biológico(s)?**

- NÃO
- Apenas 01
- Sim, entre 02 - 04 filhos
- Mais de 04 filhos

**Quantas pessoas na sua família tem o diagnóstico clínico ou genético de NEM-1?**

---

**Você fuma?**

- Não
- Não, mas convivo com fumante.
- Sim, diariamente.
- Sim, esporadicamente

**Se você fuma, quantos cigarros fuma por dia?**

---

**Com que frequência você ingere bebida alcoólica?**

- Não faço ingestão de bebida alcoólica.
- De 01 à 03 vezes por semana
- Mais de 03 vezes por semana.
- Ocasionalmente, em eventos especiais.

**Você faz algum tipo de atividade física regularmente? (Entende-se atividade física pelo menos 150 minutos por semana)**



Sim



Não

**Qual a sua religião?**



Católico



Evangélico



Espírita



Testemunha de Jeová



Outros \_\_\_\_\_

**Que ano você recebeu o diagnóstico (clínico ou genético) de NEM1?**

---

**Você faz tratamento com remédio controlado para depressão ou ansiedade?**



Sim



Não

**Você já teve ou tem algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?**

---



Sim.



Não.

## ANEXO II - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD

Nº: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Por favor, leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponde a como você tem se sentido **na última semana**. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão.

Vale mais a sua resposta espontânea.

**A Eu me sinto tenso ou contraído**

3. ( ) A maior parte do tempo 2. ( ) Boa parte do tempo 1. ( ) De vez em quando 0. ( ) Nunca

**D Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas que costumava gostar**

0. ( ) Sim, do mesmo jeito que antes 1. ( ) Não tanto quanto antes  
2. ( ) Só um pouco 3. ( ) Já não sinto mais prazer em nada

**A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer**

3. ( ) Sim, de um jeito muito forte 2. ( ) Sim, mas não tão forte  
1. ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa 0. ( ) Não sinto nada disso

**D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas**

0. ( ) Do mesmo jeito que antes 1. ( ) Atualmente um pouco menos  
2. ( ) Atualmente bem menos 3. ( ) Não consigo mais

**A Estou com a cabeça cheia de preocupações**

3. ( ) A maior parte do tempo 2. ( ) Boa parte do tempo  
1. ( ) De vez em quando 0. ( ) Raramente

**D Eu me sinto alegre**

3. ( ) Nunca 2. ( ) Poucas vezes 1. ( ) Muitas vezes 0. ( ) A maior parte do tempo

**A Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado**

1. ( ) Sim, quase sempre 1. ( ) Muitas vezes 2. ( ) Poucas vezes 3. ( ) Nunca

**D Estou lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas**

3. ( ) Quase sempre 2. ( ) Muitas vezes 1. ( ) De vez em quando 0. ( ) Nunca

**A Tenho uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha, ou um aperto no estômago...)**

0. ( ) Nunca 1. ( ) De vez em quando 2. ( ) Muitas vezes 3. ( ) Quase sempre

**D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência**

3. ( ) Completamente 2. ( ) Não estou mais me cuidando como eu deveria  
1. ( ) Talvez não tanto quanto antes 0. ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes

**A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum**

3. ( ) Sim, demais 2. ( ) Bastante 1. ( ) Um pouco 0. ( ) Não me sinto assim

**D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir**

0. ( ) Do mesmo jeito que antes 1. ( ) Um pouco menos do que antes

2. ( ) Bem menos do que antes 3. ( ) Quase nunca

**A De repente tenho a sensação de entrar em pânico**

3. ( ) A quase todo momento 2. ( ) Várias vezes

1. ( ) De vez em quando 0. ( ) Não sinto isso

**D Consigo sentir prazer ao assistir a um bom programa de TV, de rádio, ou quando leio alguma coisa**

0. ( ) Quase sempre 1. ( ) Várias vezes 2. ( ) Poucas vezes 3. ( ) Quase nunca

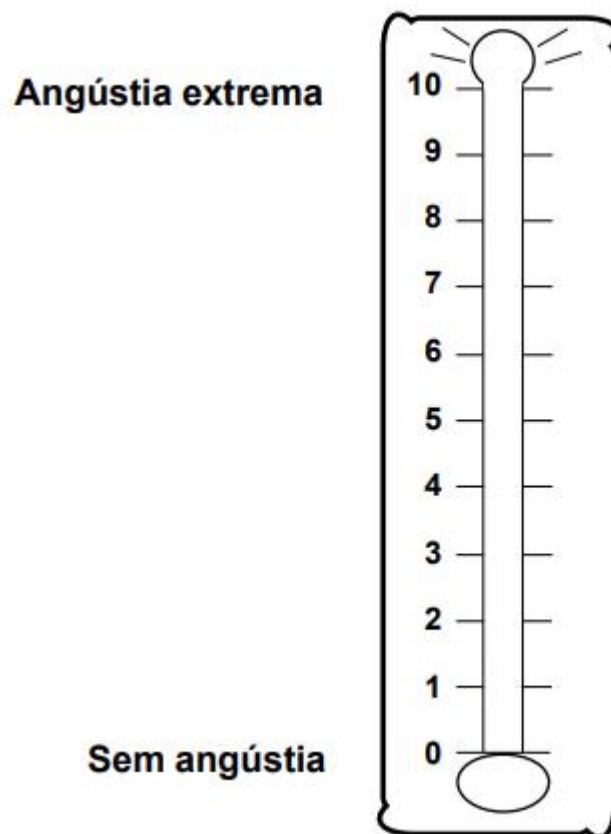


### ANEXO III - *Distress Management - Thermometer and Problem List*

#### Termômetro de Angústia da NCCN

A angústia é uma experiência desagradável de natureza mental, física, social ou espiritual. Ela pode afetar a maneira como você pensa, sente ou age. A angústia pode tornar mais difícil lidar com a doença, seus sintomas ou seu tratamento.

**Instruções:** Circule o número (0–10) que melhor descreve quanta angústia você experimentou na última semana, inclusive hoje.



## Lista de problemas

Indique se alguma das opções a seguir foi um problema para você na semana passada, incluindo hoje.

Certifique-se de marcar **SIM** ou **Não** para cada uma das opções

<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b><u>Problemas práticos</u></b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b><u>Problemas físicos</u></b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidados infantis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparência
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Banho/vestir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiração
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguros/financeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mudanças na micção
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipação
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabalho/escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarreia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Decisões de tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentação
		<b><u>Problemas familiares</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fadiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lidar com crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensação de inchaço
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lidar com o parceiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Febres
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacidade de ter filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se locomover
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de saúde familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestão
		<b><u>Problemas emocionais</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Memória/concentração
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Feridas na boca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nariz seco/ congestionado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perda de interesse em atividades habituais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pele seca/coçando
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b><u>Preocupações espirituais/religiosas</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dormir
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de substâncias
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formigamento nas mãos/pés
<b>Outros problemas:</b> _____					

## ANEXO IV – EMEP

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta condição, no momento atual.

Veja um exemplo:

### **Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema**

1	2	3	4	5
<b>Eu nunca faço isso</b>	<b>Eu faço isso um pouco</b>	<b>Eu faço isso às vezes</b>	<b>Eu faço isso muito</b>	<b>Eu faço isso sempre</b>

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Obrigado pela sua participação!

1	2	3	4	5
<b>Eu nunca faço isso</b>	<b>Eu faço isso um pouco</b>	<b>Eu faço isso às vezes</b>	<b>Eu faço isso muito</b>	<b>Eu faço isso sempre</b>

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.
2. Eu me culpo.

3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.
5. Procuro um culpado para a situação.
6. Espero que um milagre aconteça.
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.
8. Eu rezo/ oro.
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero.
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.
13. Desconto em outras pessoas.
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema.
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.
16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.
17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.
19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.
21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem-sucedido.
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.
27. Tento esquecer o problema todo.
28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.
29. Eu culpo os outros.
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia.
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.
34. Procuro me afastar das pessoas em geral.
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.
36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.
37. Descubro quem mais é ou foi responsável.
38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar

muitodinheiro) que me fazem sentir melhor.

39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.

40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.

41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.

42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.

43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação.

44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação.

45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.

**Agradecemos sua participação!**

## ANEXO V – ÁTOMO SOCIAL

Átomo

