

MÁRCIA CAVALCANTI LACERDA

**Identificação de depressão, ansiedade e de risco para suicídio em
pacientes com câncer de cabeça e pescoço**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências –
Profissional

Programa de Inovação e Avaliação de
Tecnologias em Cancerologia

Orientador: Prof. Dr. Gilberto de Castro Junior

**São Paulo
2022**

MÁRCIA CAVALCANTI LACERDA

**Identificação de depressão, ansiedade e de risco para suicídio em
pacientes com câncer de cabeça e pescoço.**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências -
Profissional

Programa de Inovação e Avaliação de
Tecnologias em Cancerologia

Orientador: Prof. Dr. Gilberto de Castro Junior

**São Paulo
2022**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Lacerda, Márcia Cavalcanti

Identificação de depressão, ansiedade e de risco
para suicídio em pacientes com câncer de cabeça e
pescoço / Márcia Cavalcanti Lacerda. -- São Paulo,
2022.

Dissertação (mestrado profissional)--Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Inovação e Avaliação de Tecnologias em
Cancerologia.

Orientador: Gilberto de Castro Junior.

Descritores: 1.Ansiedade 2.Transtorno de
ansiedade 3.Depressão 4.Tristeza 5.Suicídio
6.Neoplasias de cabeça e pescoço

USP/FM/DBD-519/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por ter me sustentado até aqui, mesmo diante de tantas dificuldades. E por me mostrar a cada dia o quão valioso é o seu amor e que nele tudo posso.

Dedico ainda à minha mãe Maria José Ferreira da Silva Cavalcanti, que se foi tão cedo, mas que antes de partir me ensinou a ser forte e nunca desistir e me deu o seu mais puro amor.

Agradeço ao meu pai Aldo Tenório Cavalcanti pelos ensinamentos. Aos meus filhos Pedro Henrique Cavalcanti Lacerda e Giovana Cavalcanti Lacerda por ser a minha fortaleza, o meu estímulo diário e as coisas mais preciosas da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Sou grata pela confiança depositada na concretização deste projeto pelo meu orientador Dr. Gilberto de Castro Júnior. Agradeço pela sua competência e respeito com que conduziu este projeto. Um homem que eu considero um grande “mestre” e dono de um grande coração. A quem eu terei gratidão eterna.

Não posso deixar de declarar a minha mais sincera gratidão a essas pessoas tão especiais: Adriana Marques da Silva, que me incentivou, acreditou e me convenceu a enfrentar esse desafio.

À minha Diretora Maria Rita da Silva, que possibilitou e incentivou mais esse crescimento.

À Coordenadora Lenira Corsi Ruggiero Nunes e toda a equipe de enfermeiros e técnicos do ambulatório do 4º andar que me apoiaram e me acolheram.

Agradeço à Priscila Rangel e à Chrisna de Sousa Silva Mendes, que me auxiliavam, me incentivavam e dividiram comigo as angústias e desafios.

À Gerente Leonice Sapucaia por me ouvir, me entender e por ter um coração bondoso.

Aos meus amigos Antônio Gomes da Silva e Maria da Cruz dos Santos, que me cederam sua casa para que eu pudesse dormir algumas horas e voltar para o Hospital para dar continuidade à coleta de dados.

Às minhas amigas enfermeiras Paula Chaves Sampaio e Anna Cláudia Collina por toda ajuda e paciência.

Ao Professor Alessandro Gonçalves Campolina, à Professora Patrícia Coelho de Soarez e todo o corpo docente que fez parte desta Jornada.

A Gerente Silvia Vieira Lima, a quem eu tenho uma enorme admiração e respeito.

Aos Psicólogos Lórgio Henrique D. Rodriguez e Paulo Thadeu Fantinato Moreira e ao Psiquiatra Dr. Fábio Scaramboni Camtinelli, que contribuíram com o processo.

À Dra. Rossana Verônica Mendoza López e Mayra Priscila dos Reis Silva, pelo auxílio com os gráficos. A todos vocês, muito obrigada!

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardosos, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de Siglas

Lista de Tabelas

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Câncer e transtornos mentais.....	3
1.2 Suicídio.....	4
1.3 Prevenção e Tratamento.....	6
2. REVISÃO DA LITERATURA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	8
2.1 O Câncer e sua relação com o suicídio.....	8
2.2 Câncer de cabeça e pescoço, ansiedade, depressão e suicídio.....	10
3 OBJETIVO.....	12
4. DESENHO DO ESTUDO E METODOLOGIA.....	13
4.1 Instrumentos do estudo.....	14
4.2 Local do estudo.....	15
4.3 População do estudo.....	16
4.4 Considerações éticas.....	17
4.5 Financiamento.....	17
4.6 Gerenciamento dos dados.....	17
5. RESULTADO.....	18
6. DISCUSSÃO.....	22
6.2 Passos futuros.....	25
7. CONCLUSÕES.....	26
8. ANEXOS	
Anexo. 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	27
Anexo 2 Parecer Consubstanciado do CEP.....	30
Anexo 3 HADS – Escala de Avaliação de Ansiedade e Depressão.....	33
Anexo 4. BSI – Escala de Ideação Suicida.....	35
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
Apêndice Questionário sociodemográfico.....	46

LISTA DE SIGLAS

BSI	Inventário de Ideação Suicida
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CCEP	Comissão Científica de Ensino e Pesquisa
CEC	Carcinoma de células escamosas
CID	Classificação Internacional de Doenças
DP	Desvio Padrão
HADS	Escala de Avaliação de Ansiedade e Depressão
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICESP	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
IHI	Institute for Healthcare Improvement
OMS	Organização Mundial da Saúde
SARS-Cov-2	Coronavírus
SINAM	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIVA	Sistema de Vigilância e Violências e Acidentes

LISTA DE QUADOS E TABELAS

Quadro 1. Classificação Internacional das Doenças (CID 10-2011).....	17
Tabela 1. Características da população de estudo – ICESP 2020 a 2022.....	20
Tabela 2. Sítio primário do câncer nos pacientes avaliados.....	21
Tabela 3. Pontuação relativa à ansiedade no questionário HADS, risco de depressão e ansiedade e resultados de avaliação de risco para suicídio de acordo com a pontuação da escala de ideação suicida de Beck (BSI).....	22

Lacerda MC. Identificação de depressão, ansiedade e de risco para suicídio em pacientes com câncer de cabeça e pescoço [dissertação]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2022.

RESUMO

Transtornos mentais, incluindo ansiedade e depressão, são muito frequentes na população brasileira. Observa-se maior risco para suicídio em pacientes com câncer naqueles diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço, uma doença associada a vários estigmas e ainda com elevada mortalidade. Neste estudo foram avaliados os riscos de ansiedade, depressão e risco de suicídio em pacientes com câncer de cabeça e pescoço localmente avançado, com indicação de quimioterapia e radioterapia concomitantes, antes da primeira consulta ambulatorial com o médico Oncologista Clínico, através da aplicação dos questionários de avaliação *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e Inventário Beck de Ideação Suicida (BSI), após consentimento livre e esclarecido. Entre novembro/2021 e junho/2022, 55 pacientes foram avaliados e responderam aos questionários propostos. Destes, 32 eram do sexo masculino (58%) e com mediana de 61 anos de idade (21-89). Em termos de escolaridade, 20 pacientes declararam possuir nível secundário (36%), 13 pacientes tinham nível primário (24%), 11 pacientes sabiam ler e escrever (20%), e 4 deles declararam ser analfabetos (7 %). Quanto ao estado civil, 19 eram casados (35%) e 20 divorciados e/ou separados (36%); 32 referiram ser católicos (58%) e 45 pacientes (82%) tinham uma renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. Na avaliação sobre o etilismo, 26 eram atuais etilistas (47%), e em relação ao tabagismo, a maior parte dos pacientes entrevistados era tabagista (29 pacientes, 53%) e 10 ex-tabagistas (18%). O sítio primário mais frequente do carcinoma de cabeça e pescoço foi a boca, em 33 pacientes (60%). Segundo as somas do questionário HADS, 28

pacientes (51%) pontuaram de 0 a 7, ou seja, improvável para ansiedade; 19 (35%) pontuaram de 8 a 11, com possível ansiedade; e 8 deles pontuaram de 12 a 21 (14%), sendo a ansiedade provável nestes pacientes. Quanto à depressão, 40 pacientes (73%) pontuaram de 0 a 7, ou seja, improvável para depressão; 10 (18%) pontuaram de 8 a 11, com possível depressão; e 5 deles pontuaram de 12 a 21 (9%), sendo a depressão provável nestes pacientes. Dos 5 pacientes com risco provável para depressão, 3 eram homens, e destes 5 pacientes, nenhum era casado ou mantinha um relacionamento e todos os 5 pacientes declararam uma renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos. A pontuação máxima atingida para ansiedade foi 15 pontos, em um único paciente e para depressão, foi 13 pontos, em 2 pacientes. Na avaliação da Psicologia, onde foi aplicado o BSI para avaliar a ideação suicida, dos 25 participantes avaliados, nenhum apresentou risco para suicídio. Em conclusão, o risco para ansiedade e depressão parece ser alto nessa população, mas sem apresentar risco de ideação suicida.

Descritores: Ansiedade, Transtornos de Ansiedade, Depressão, Tristeza, Suicídio, Câncer de cabeça e pescoço.

Lacerda MC. Identification of depression, anxiety and suicide risk in patients with head and neck cancer [dissertation]. São Paulo: “Faculty of Medicine, University of São Paulo”; 2022.

ABSTRACT

Mental disorders, including anxiety and depression, are very common in the Brazilian population. A higher risk of suicide is observed in patients with head and neck cancer, disease associated with various stigmas and with high mortality. In this study, the risks of anxiety, depression and suicide were evaluated in patients with locally advanced head and neck cancer, with indication for concurrent chemotherapy and radiotherapy, before the first outpatient consultation with the Clinical Oncology team, through the application of the questionnaires Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Beck Suicide Ideation Inventory (BSI), after informed consent. Between November/2021 and June/2022, 55 patients were evaluated and answered the proposed questionnaires. Of these, 32 were male (58%) with median age of 61 years (21-89). Twenty patients declared having a secondary level of education (36%), 13 patients had a primary level (24%), 11 patients could only read and write (20%), and 4 declared to be illiterate (7%). As for marital status, 19 were married (35%) and 20 were divorced (36%); 32 reported being Catholic (58%) and 45 patients (82%) had a family income of 1 to 3 minimum wages. In the assessment of alcoholism, 26 were current drinkers (47%), and regarding smoking, most of the interviewed patients were current smokers (29 patients, 53%) and 10 were former smokers (18%). The most frequent primary site of head and neck carcinoma was the mouth, in 33 patients (60%). According to the HADS questionnaire, 28 patients (51%) scored from 0 to 7, unlikely for anxiety; 19 (35%) scored from 8 to 11, with

possible anxiety; and 8 of them scored from 12 to 21 (14%), anxiety being likely in these patients. As for depression, 40 patients (73%) scored from 0 to 7, unlikely for depression; 10 (18%) scored from 8 to 11, with possible depression; and 5 of them scored from 12 to 21 (9%), with depression being likely in these patients. Of the 5 patients at a likely risk for depression, 3 were men, and out of these 5 patients, none was, and all 5 patients declared a family income between 1 and 3 minimum wages. The maximum score reached for anxiety was 15 points, in a single patient, and for depression, 13 points, in 2 patients. In the Psychologic evaluation, being the BSI to assess suicidal ideation, none was at risk for suicide out of the 25 participants evaluated. In conclusion, the risk for anxiety and depression seems to be high in this population, but without risk of suicidal ideation.

Descriptors: Anxiety, Anxiety disorders, Depression, Sadness, Suicide, Head and neck neoplasms.

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos de ansiedade no Brasil, atingem cerca de 12% a 20% da população, enquanto os transtornos depressivos variam entre 11% e 18%. Quando somados, sua prevalência pode atingir 24% da população geral¹. Situações de ansiedade e depressão estão entre as principais causas de incapacidades no mundo, associando-se a elevados riscos de morte prematura, doenças cardíacas, diversos tipos de câncer e mortalidade por causas externas.^{2,3}

Estudos relatam que 90% dos pacientes que apresentam transtorno psiquiátrico como morbidade, desenvolveu o transtorno como uma reação a doença ou ao tratamento, 10% tinham o transtorno antes da doença, na forma de transtorno de ansiedade ou personalidade.⁴

O transtorno de ansiedade pode se manifestar diante de uma ameaça, uma notícia, um estresse, no qual o indivíduo não saiba como lidar ou desconheça os possíveis prejuízos^{5,6}. Sua maior prevalência tem se manifestado em indivíduos jovens e do sexo feminino.⁷

Já a depressão é uma das alterações afetivas mais estudadas atualmente. Ela é diagnosticada pelo Psiquiatra, de acordo com a sua frequência, duração e intensidade, podendo manifestar-se através de sintomas como alteração do sono, apatia, irritabilidade, agressividade, desolação, agitação ou retardo psicomotor, sensação de culpa excessiva, alterações do apetite, pensamentos, ideação ou tentativa de suicídio. O indivíduo pode ter alteração da sua percepção, podendo ver a vida e seus problemas como grandes catástrofes.⁸

O impacto que o diagnóstico do câncer pode causar na vida e na saúde mental dos pacientes tem sido muito estudado. Quando não diagnosticada e tratada precocemente o

câncer resulta principalmente em morte, principalmente naquelas neoplasias mais frequentes, além de afetar o indivíduo em diversos aspectos, físicos, emocionais, sociais e econômicos. O indivíduo pode apresentar crises existenciais e apresentar algumas reações psicológicas que geralmente são definidas como negação, raiva, negociação, depressão e aceitação.^{9,10}

Os primeiros 6 meses após o diagnóstico tem sido considerado um período crítico e como o suicídio é de difícil prevenção, é importantíssimo que esses pacientes sejam acompanhados e recebam um suporte psicológico adequado, de acordo com as suas necessidades.^{9,11}

De acordo com a OMS, o suicídio é um problema de saúde pública. Cerca de 800.000 pessoas se suicidam a cada ano, sendo uma morte a cada 40 segundos.¹² A presença de eventos de vida estressantes e doenças crônicas incapacitantes, também fazem parte dos fatores de risco.⁴ Por ser uma doença que pode causar incapacidade, o câncer tem sido associado a diversos transtornos mentais, que podem aumentar as ações autodestrutivas, pois levam os pacientes a sofrerem os efeitos causados pela dor, efeitos adversos do tratamento, desfiguração ou perda de função, e alterações de papéis familiares, entre outros.¹³

Existem evidências de que pacientes com alto risco para suicídio, em seu maior número, são homens diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço ou mieloma múltiplo, com doença avançada, com pouco apoio social ou cultural e com opções de tratamento limitadas.⁹ Um estudo realizado em Navarra evidenciou que o suicídio aumentava com a idade e estava associado a fatores como homem solteiro, moradia urbana, solidão, baixo nível educacional, entre outros.¹⁴

Apesar de estudos comprovarem a relação entre o câncer e o elevado risco de suicídio, essa associação muitas vezes é negligenciada pelos profissionais de saúde.¹⁵

Atualmente, o suicídio está sendo um assunto muito discutido e preocupante. Mesmo com baixos números de mortes absolutas de suicídios em pacientes com câncer, o risco existente deve ser uma preocupação e muitas ocorrências podem ser evitáveis. ¹⁶

1.1 Câncer e os transtornos mentais

O câncer de maneira geral, já é considerado o principal problema de saúde pública. Na maioria dos países esta doença é a maior causadora de morte antes dos 70 anos de idade. ¹⁷ O câncer de cabeça e pescoço é um conjunto de tumores malignos que acometem o trato aero digestivo superior (cavidade oral, faringe, laringe, cavidades nasais e seios paranasais), glândulas tireoide e paratireoide, partes moles e ossos da face e do pescoço, glândulas salivares maiores (parótidas, sublinguais e submandibulares), componentes das órbitas e estruturas da base do crânio. O carcinoma de células escamosas é o tipo histológico mais frequente, estando presente em cerca de 90% dos casos. ^{18,19}

Mesmo com os tratamentos avançados e tecnologias inovadoras, a notícia sobre o diagnóstico é vivenciada de maneira traumática. Geralmente, ao terem conhecimento da doença, muitos indivíduos enxergam o diagnóstico como uma sentença final. Então, perdem a perspectiva de vida, sua vida social é modificada e o desenvolvimento de suas atividades podem se tornar mais difíceis devido aos tratamentos e procedimentos invasivos, sofrendo grande interferência na sua qualidade de vida, no trabalho e na imagem corporal. ^{20, 21,22}

O tratamento do câncer de cabeça e pescoço pode acarretar muitas alterações na qualidade de vida dos pacientes. O tratamento através de cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia vai depender de alguns fatores como, por exemplo, localização do tumor, ressecabilidade e abordagens que visam preservar os órgãos. A cirurgia

costuma ser a primeira opção de tratamento, para pacientes com doença primária, secundária e até mesmo recorrente. Apesar de a cirurgia ser a primeira opção na grande maioria dos casos, existem outras abordagens na doença localmente avançada, como quimiorradioterapia adjuvante, na dependência de fatores de risco adversos, além de quimiorradioterapia concomitante exclusiva baseada em platina, com cirurgia reservada para doença residual.^{23,24.}

Apesar de muitas opções de tratamento, o paciente pode sofrer de diversos efeitos adversos como mucosite, xerostomia, radiodermite, boca seca, prejuízos na mastigação, mutilação, desnutrição, perda de peso, entre outros. No seu conjunto, são também causas de ansiedade, depressão e até mesmo de ideação suicida.^{25,26}

1.2 Suicídio

O suicídio e sua consumação é um resultado da junção de vários fatores que fazem com que o indivíduo coloque fim à própria vida. Fatores de risco diversos, podendo ser de ordem biológica, social, antropológica e filosófica, são associados.²⁵

A palavra suicídio vem do latim *sui*, “próprio” e *caedere*, “matar”, o que quer dizer sobre o ato intencional de matar a si mesmo. E apesar de ser um grande problema de saúde pública não só no Brasil, mas no mundo, é um tema pouco abordado, silenciado pela sociedade.²⁶

O indivíduo que comete o suicídio, antes de fazê-lo, demonstra sinais, sentimentos, buscas constantes por respostas que possam aliviar o seu sofrimento, fuga de situações estressantes, um ato desesperado, um quadro depressivo, desesperança, que muitas vezes é piorada por parte dos familiares, profissionais de saúde, pessoas do convívio que não percebem a gravidade do problema e o pedido de

ajuda. No seu conjunto, isso leva ao indivíduo a cometer o suicídio, como se aquele ato fosse uma solução para os seus problemas.²⁷

O suicídio tem sido estudado desde o século XVIII, suas causas, impactos causados na economia, além da sua relação com doenças mentais. A maioria dos estudos associa o suicídio como resultado de uma rede de interação psicológica, genética, biológica, sociocultural, econômica e cultural.^{28,29} Segundo a OMS, o suicídio é responsável por um milhão de óbitos a cada ano. Estão entre as três causas de morte nos indivíduos com idade entre 15 a 44 anos.³⁰

A notificação de casos de suicídio tornou-se compulsória no Brasil a partir de 2011, chamada de violência autoprovocada, onde inclui autoagressão e tentativa de suicídio. Para se conhecer um pouco sobre a dimensão das tentativas de suicídio no Brasil, dois sistemas de informações em saúde têm sido utilizados: o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o Sistema de Vigilância e Violências e Acidentes (VIVA), onde são inseridas as informações notificadas através da Ficha de Notificação Individual de violência interpessoal/autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM). Este formulário deve ser preenchido em toda ocorrência de caso suspeito ou confirmado de violência, atendidos no SUS.³¹

Os coeficientes de mortalidade por suicídio são avaliados para cada 10.000 habitantes. As regiões com o maior índice de mortes por suicídio estão nos países da Europa Oriental e os mais baixos, em países da América Central e América do Sul. Os Estados Unidos, Japão, Austrália e países da Europa Central encontram-se num nível intermediário.³⁰

Na comparação de suas projeções demográficas realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 16% dos óbitos por suicídio

não foram registrados em cartório. O IBGE calcula ainda que cerca de 14% dos óbitos decorrentes de suicídio podem não ter sido notificados (subnotificação).³¹ Além de subnotificações e sub-registros existem outras denominações sobre causa do óbito que podem esconder o verdadeiro motivo da morte, como por exemplo, afogamento, envenenamento acidental, acidentes e causa de morte indeterminada.³²

Entre os transtornos mentais mais associados aos suicídios estão a depressão, o transtorno bipolar e a dependência de álcool e drogas psicoativas. O risco pode ser agravado ainda mais quando essas condições são combinadas, como por exemplo, depressão e alcoolismo ou até mesmo depressão, ansiedade e agitação.³³ O número de óbitos ocorridos dentro de hospitais é alto. De acordo com as estatísticas, essas ocorrências atingem de 3 a 5 vezes mais do que na população geral.³⁴

1.3 Prevenção e tratamento

A incidência média de transtornos psiquiátricos em pacientes com câncer chega a 30-40%, sendo a depressão e o risco de suicídio as mais investigadas.¹⁷ Depressão e ansiedade são distúrbios com alta prevalência em indivíduos com câncer, interferindo na capacidade do paciente lidar com a doença, com o seu tratamento, interferindo na qualidade de vida, hospitalização e aumentando também o risco de suicídio. Quando comparados como a população geral, pessoas com câncer possuem, em geral, duas vezes mais riscos de cometer suicídio.

Sintomas depressivos, mau prognóstico, sentimentos de carência, e desconforto causado pela dor, são exemplos de situações que aumentam o suicídio em indivíduos com câncer.^{35,36}

É importante entender a diferença de ideação suicida (parte do processo de suicídio) e tentativa de suicídio (preditora de futuras tentativas).³⁷ Diante disso, os

profissionais de saúde devem estar atentos ao comportamento dos pacientes e ter ciência do potencial risco de suicídio desses pacientes e dos fatores de risco associados à morte. Intervenções para aliviar os sintomas depressivos devem levar em considerações características demográficas como sexo, idade e condição social.

38

Através de estudos já publicados, foi possível observar que o risco de suicídio é significativamente elevado durante os primeiros quatro anos após o diagnóstico de câncer, com um pico de incidência durante os primeiros meses.³⁹

Um estudo realizado em pacientes com câncer internados em um hospital universitário, demonstrou que 1 a cada 5 pacientes sofrem de depressão e que 5% deles apresentam risco de suicídio, sendo este número maior naqueles que apresentam dor e estão deprimidos.⁴⁰

A falta de acesso aos serviços de psicologia, à psicoterapia, falta de acesso a informações sobre saúde mental, medicamentos de alto custo, tabus sociais, pouca habilidade dos profissionais quanto à saúde mental, além do número reduzido de especialistas na área, tornam cada vez mais difícil o tratamento e a prevenção de transtornos mentais.³⁸

Os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e toda a equipe multidisciplinar, precisam identificar avaliar e reconhecer esses riscos. Uma pesquisa realizada com Oncologistas deixou clara a falta de preparo destes profissionais. A necessidade de treinamento para o reconhecimento da população diagnosticada é essencial para a atuação destes profissionais identificando previamente os comportamentos e características clínicas, quanto para os gestores de saúde, para que possam trabalhar medidas preventivas e melhorias neste processo.¹⁸ É muito importante a sensibilização dentro das Instituições no que diz respeito à

prática destas notificações para que desta forma, medidas públicas possam ser implementadas.⁴⁰

2. REVISÃO DA LITERATURA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O maior número de casos de suicídio ocorre por meio da ingestão de medicamentos e substâncias letais, mais comumente pelas mulheres, enquanto o uso de armas de fogo, arma branca e enforcamento, mais utilizados pelos homens. Estudos mostram que, mulheres atentam mais contra a vida enquanto os homens consumam o fato. Além desses meios, o indivíduo ainda pode atentar contra a própria vida, de uma maneira disfarçada, fazendo uso abusivo de drogas, álcool, deixando de ter cuidados com a própria saúde ou até mesmo, praticando esportes ou atividades que coloquem em risco a sua vida.³³

Momentos críticos na vida financeira, emocional, aparecimento de doenças e experiências que possam causar grandes impactos na vida do indivíduo, como por exemplo, ser vítima de violências, abusos, experiências de grupos que sofrem discriminação seja ela racial, sexual, além de dificuldade de enfrentar conflitos, são também grandes causadores desse triste atentado contra a vida.³⁴

2.1 O Câncer e sua relação com o suicídio

Em algum lugar do planeta ocorre uma morte por suicídio a cada 45 segundos. Anualmente, um milhão de pessoas cometem o suicídio no mundo.³⁴ O registro de tentativas e casos consumados de suicídio é de extrema importância e favorece a construção de estratégias de prevenção e enfrentamento, além de fomentar discussões e despertar o interesse na área de saúde mental.³⁵

Criada em 1731, a palavra suicídio, cuja origem vem do latim: sui (si mesmo) e caederes (ação de matar), fala sobre uma espécie de refúgio, utilizando a morte como um ato de desespero, como a solução de um sofrimento insuportável.^{31,32}

Um indivíduo que atenta contra a própria vida, apresenta um risco de morte de até cem vezes mais em relação à população geral. Uma vez que é feita a primeira tentativa até a efetivação do fato, é um grande risco. O câncer atualmente é uma das questões de saúde públicas mais complexas enfrentadas pelo sistema público de saúde, além de ser uma das maiores causas de morte em todo o mundo.³⁶

O diagnóstico do câncer pode trazer muitas inseguranças ao paciente, muitas vezes acompanhado por transtornos mentais. Pacientes com câncer e principalmente em fases mais avançadas da doença podem apresentar um desejo de acelerar a morte, sendo a depressão e a desesperança os mais fortes preditores deste sentimento.³⁷

O maior índice de suicídio em pacientes com câncer varia de acordo com o seu tipo, estando os maiores números entre pacientes com: câncer de pulmão, estômago, e cabeça e pescoço, incluindo cavidade oral, faringe e laringe.³⁸ Além do fato de ter que lidar com uma doença preocupante e causadora de muitas mortes, os pacientes com câncer de cabeça e pescoço na grande maioria das vezes precisa lidar com fatores que causam alterações na sua autoimagem e com perdas funcionais significativas, resultando em má qualidade de vida.^{39,40} Em outras palavras, o tratamento desses pacientes costuma ser agressivo, e tanto o tratamento quanto a doença em si podem causar mutilações, alterações ou perda de órgãos, alterações na voz, dificuldade para engolir, alterações na aparência, dor, fadiga, falta de ar, secreções desagradáveis e mal cheirosas, entre outras limitações que podem causar um impacto muito negativo na vida do paciente.^{39,40}

4.2 Câncer de cabeça e pescoço, ansiedade, depressão e suicídio.

O aparecimento de do carcinoma de células escamosas (CEC) de cabeça e pescoço é o resultado de um amplo conjunto de exposições ambientais e fatores genéticos. Trata-se de uma doença multifatorial que tem como fatores de risco importantes o tabagismo e o alcoolismo. Isso não quer dizer que todos os indivíduos fumantes e etilistas irão desenvolver a doença, mas esses vícios elevam o risco de desenvolvê-la.^{41,42} Alterações genéticas e infecções por HPV também fazem parte dos fatores de risco.⁴³

O CEC de cabeça e pescoço está entre a quinta causa de morte no mundo: são cerca de 500.000 casos novos por ano. O entendimento do desenvolvimento da doença e de seu estadiamento podem auxiliar na definição do tratamento e na reabilitação necessária. A expectativa de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço com metástases em linfonodos é de aproximadamente 50% a longo prazo.^{44, 45,46}

O apoio social, familiar é muito importante para esses pacientes que enfrentam uma situação difícil. O fato de pertencer a um grupo, receber amor e acolhimento, tem um impacto positivo na saúde física e mental. E de acordo com estudos, pacientes com câncer de cabeça e pescoço, na maioria das vezes, não tem essa rede de apoio e quando existe essa rede, nem sempre são solidárias ou positivas, podendo ser mais um estressor na vida desses pacientes.^{47,48}

A depressão pode se apresentar como sintomas de tristeza, vazio, irritabilidade, podendo gerar alterações somáticas e cognitivas que muitas vezes afetam a capacidade funcional do indivíduo. A adequada identificação e seu tratamento precoce podem afastar o indivíduo dessa condição e ainda prevenir o aparecimento de novos episódios.

49,50

A questão da religiosidade ou espiritualidade colaborar na melhora da qualidade de vida de forma muito positiva, são matérias de atual discussão. Estudos mostram que a crença pode diminuir a depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, além do abuso do álcool e drogas.⁵¹

Pacientes com distúrbios de ansiedade e depressão podem intensificar seus sintomas, ter uma hospitalização prolongada, assim como a sua recuperação, além de várias idas ao serviço de saúde, conforme um estudo realizado pela *National Comorbidity Survey*.^{52,53} Diante de tais evidências a *Joint Comission Insternational* (JCI), lançou em sua 7ª edição, uma recomendação para os Hospitais acreditados, para que existam protocolos de triagem, diagnóstico e medidas de prevenção para pacientes com risco de suicídio. Trata-se de uma acreditação hospitalar cujo papel é garantir que a Instituição siga protocolos, alinhando conceitos, padronizando modelos de processos e mantendo o ritmo e o foco em melhorias. De acordo com a OMS e do Institute for Healthcare Improvement (IHI), cerca de 17% dos pacientes internados sofrem danos causados por eventos adversos. Dessa forma, a acreditação não pode ser vista como uma ferramenta apenas de avaliação, mas também como uma forma de orientar políticas de saúde.^{54,55}

No ICESP, são admitidos cerca de 450 pacientes novos por mês pela Regulação, sendo que 70 desses tem diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço. A real incidência de ansiedade e depressão em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em nosso meio (população brasileira) ainda não está adequadamente avaliada.²⁴ Assim, estes estudo tem como objetivo verificar a prevalência de depressão, ansiedade e de risco para suicídio em pacientes com câncer de cabeça e pescoço num hospital oncológico da rede pública de Saúde, especializado no tratamento do câncer.

3. Objetivo

O presente estudo teve como objetivo principal verificar a prevalência de depressão, ansiedade e de risco para suicídio em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

4. DESENHO DO ESTUDO E METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado em um hospital oncológico, referência no tratamento do câncer (ICESP), na cidade de São Paulo, SP, Brasil, e que teve como população-alvo os pacientes oncológicos de cabeça e pescoço, atendidos na referida Instituição entre os meses de novembro de 2021 a junho de 2022, no ambulatório cirúrgico, com idades acima de 21 anos, no período estudado.

Os dados foram analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 25. A análise descritiva foi realizada por meio de média, mediana e desvio-padrão.

Trata-se de uma amostra de conveniência. Inicialmente foram identificados 81 pacientes, sendo que 55 atendiam aos critérios da pesquisa e consentiram em participar após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos aqueles que não tinham condições de compreender e realizar os procedimentos do estudo. Além disso, outros pacientes com outro diagnóstico de câncer que não fosse primário em cabeça e pescoço (boca, faringe ou laringe), com exceção de CEC in situ de colo de útero, CBC de pele tratado, também foram excluídos. Ademais, não foram incluídos aqueles sem proposta ou indicação de radioterapia e quimioterapia.

A abordagem para participação no estudo ocorreu durante a primeira consulta ambulatorial. O sigilo e autonomia dos participantes foram assegurados através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (**ANEXO 1**).

4.1 Instrumentos do estudo

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados: um formulário sócio demográfico, a escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e o questionário Beck de avaliação de ideação suicida (BSI)^{34,35} O primeiro instrumento trata-se de um formulário elaborado pelos autores do projeto, contendo as variáveis como gênero, idade, escolaridade, estado civil, renda familiar e vícios (etilismo, tabagismo).

O segundo instrumento é a HADS, uma escala desenvolvida por pesquisadores americanos, validada em inglês e português. É uma escala inicialmente desenvolvida para avaliar pacientes não psiquiátricos, porém atualmente é utilizada em todos os tipos de pacientes, sejam eles internados ou não, com ou sem doença psiquiátrica. É uma escala de fácil manuseio e de rápida execução, podendo ser realizada pelo entrevistador ou pelo próprio paciente, contendo 14 itens, onde 7 avaliam ansiedade e 7 avaliam depressão. Cada um dos itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. As questões 1,3,5,7,9,11 e 13 estão relacionadas à ansiedade, enquanto que as questões 2,4,6,8,10,12 e 14 estão relacionadas à depressão. A estimativa do diagnóstico de ansiedade ou depressão é realizada da seguinte maneira: escore de 0-7 pontos é considerado improvável; de 8-11 pontos é considerado possível (questionável/duvidoso) e de 12-21 é considerados provável.⁵⁶ Esta escala avalia como o paciente se sentiu nos últimos dias, antes da entrevista, através de questões de múltipla escolha e suas questões foram elaboradas de maneira a evitar que distúrbios somáticos possam comprometer o seu resultado.²⁶

A média de tempo para aplicação dos questionários levou em média 15 a 20 minutos. O questionário foi aplicado com a presença do pesquisador, paciente e

familiar e em alguns casos, somente o pesquisador e o paciente, sendo obedecida a decisão do paciente. No momento da aplicação dos instrumentos, o indivíduo tinha ciência sobre o estudo, objetivos e direitos relacionados à pesquisa. Todos os indivíduos participantes tiveram registrados em seu prontuário a data da aplicação do HADS.

O terceiro instrumento utilizado foi o BSI: resultados de HADS com escore maior ou igual a 8 para ansiedade e/ou depressão eram informados para o Psicólogo co-investigador, para programação e aplicação do BSI na consulta ambulatorial de Psicologia já direcionado para este atendimento.

Desenvolvido por Beck et al. em 1979, o Inventário de Ideação Suicida (BSI) detecta a presença de ideação suicida e mede a extensão da motivação e planejamento de um comportamento suicida. É um instrumento semiestruturado, com 19 questões, onde cada questão é avaliada entre 0-2 pontos, sendo que uma pontuação mais alta representa ideação suicida grave.¹⁰

Tanto a abordagem para participação no estudo, quanto à avaliação realizada pela Psicologia, foram realizadas de acordo com os agendamentos dos pacientes, em datas onde os mesmos já deveriam comparecer à Instituição, para consulta(s) e/ou tratamentos, não acarretando nenhum tipo de custo para o paciente, ou deslocamento específico para a realização do estudo.

4.2. Local do Estudo

O estudo foi realizado no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS) localizado na região central da capital. Integrado ao complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), reconhecido como o maior e mais

importante centro de atendimento médico e hospitalar da América Latina. Inaugurado em 2008 e que hoje é reconhecido nacionalmente e internacionalmente como centro de excelência em oncologia e pesquisa. O mesmo tem em sua visão tornar-se um Centro de Excelência internacionalmente reconhecido na área do Câncer, seus valores são a qualidade, competência, ética, dinamismo, humanismo, criatividade, confiabilidade e segurança. E que tem como compromisso sempre considerar a saúde como direito à cidadania.

4.3. População de estudo

Os pacientes elegíveis para o estudo apresentaram todas as características abaixo:

- Idade igual ou maior que 21 anos de ambos os sexos;
- Capacidade cognitiva preservada;
- Carcinoma de células escamosas, comprovado histologicamente ou citologicamente;
- Sítios primários: boca, faringe e laringe.
- Pacientes com indicação de tratamento quimioterápico concomitante com radioterapia, antes da primeira consulta ambulatorial com o oncologista clínico, com aplicação de questionários de avaliação;
- Concordância em participar do estudo através de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os códigos selecionados para o diagnóstico primário do câncer localizado em cabeça e pescoço foram obtidos a partir da Classificação Internacional das Doenças (CID 10-2011)²⁰ representados no **Quadro 1**, incluindo neoplasias primárias em boca, faringe e laringe.

Quadro 1 - Classificação Internacional das Doenças (CID 10-2011):

Sítio Tumoral	CID
Neoplasia maligna da base de língua	C01
Neoplasia maligna de outras partes e de partes não específicas da língua	C02
Neoplasia maligna de gengiva	C03
Neoplasia maligna de assoalho da boca	C04
Neoplasia maligna do palato	C05
Neoplasia maligna de outras partes e de partes não específicas da boca	C06
Neoplasia maligna da amígdala	C09
Neoplasia maligna da orofaringe	C10
Neoplasia maligna de nasofaringe	C11
Neoplasia maligna de seio piriforme	C12
Neoplasia maligna de hipofaringe	C13
Neoplasia maligna de outras localizações e de Localizações Mal definidas, do lábio, cavidade oral e faringe	C14

3.4 Considerações éticas

O estudo foi submetido e aprovado junto à Comissão Científica de Ensino e Pesquisa (CCEP), Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPesq – FMUSP) e Plataforma Brasil, sob o número do parecer .5.049.249 (ANEXO 2).

3.5 Financiamentos

Para a realização desse estudo não houve financiamento.

3.6. Gerenciamento de dados

As variáveis do estudo foram extraídas dos questionários e prontuário eletrônico, tabuladas em planilha Excel pela pesquisadora, onde os dados de identificação dos participantes foram anonimizados, garantindo a segurança da informação conforme Lei Geral de Proteção de Dados nº 13.709/2018.

5. RESULTADOS

No período de novembro de 2021 a junho de 2022, 81 pacientes foram identificados, sendo que 55 atendiam aos critérios da pesquisa (n=145) e consentiram em participar após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A aplicação dos instrumentos aos que consentiram a participação no estudo ocorreu nas dependências da Instituição que sediou a presente pesquisa ocorrendo de forma individual e também na presença do acompanhante, de acordo com a escolha do paciente. Ocorreu sempre que possível em ambiente privado cedido pela equipe de enfermagem da área ambulatorial e algumas vezes, durante o período de sala de espera. Quando nestas circunstâncias, as entrevistas só ocorreram quando era possível assegurar a privacidade dos participantes.

Destes 55 pacientes, 32 eram do sexo masculino (58%) e idade variando entre 21 e 89 anos, com mediana de 61 anos de idade. De acordo com a escolaridade, 20 dos pacientes declararam possuir nível secundário (36%), 13 pacientes tinham nível primário (24%), 11 pacientes sabiam apenas ler e escrever (20%), 4 deles declararam ser analfabetos (7 %), 5 tinham nível superior completo (9%) e 2 cursando nível superior (4%). Em termos de estado civil, 19 eram casados (35%) e 20 divorciados e/ou separados (36%). Em relação à religião, 32 referiram ser católicos (58%); em sua maioria, apresentam uma renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (45 dos 55 participantes, ou 82 n %) (Tabela 1).

Quanto ao etilismo, 27 dos pacientes negaram fazer uso atual de álcool, 2 afirmam que pararam de beber e 26 eram atuais etilistas. Já em relação ao tabagismo, a maior parte dos pacientes entrevistados é fumante ou ex-fumantes, sendo 29 tabagistas (53%) e 10 ex-tabagistas (18%). Quanto às neoplasias, o maior

número de pacientes tinha a boca como sítio primário, correspondendo a 33 pacientes (60%)

Quanto às respostas ao questionário HADS, 28 pacientes (51%) pontuaram de 0 a 7, ou seja, improvável para ansiedade; 19 (35%) pontuaram de 8 a 11, com possível ansiedade; e 8 deles pontuaram de 12 a 21 (14%), sendo a ansiedade provável nestes pacientes. Entre esses 08 pacientes com provável ansiedade, 6 eram do sexo feminino e todos tinham câncer de boca. A pontuação máxima atingida para ansiedade entre eles foi 15 pontos, em um único paciente. Em relação ao estado civil, somente 1 era casado (12,5%) e 4 possuíam renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (50%).

Quanto à depressão, 40 pacientes (73%) pontuaram de 0 a 7, ou seja, improvável para depressão; 10 (18%) pontuaram de 8 a 11, com possível depressão; e 5 deles pontuaram de 12 a 21 (9%), sendo a depressão provável nestes pacientes. (tabela 4). Dos 5 pacientes com risco provável para depressão, 3 eram homens, e destes 5 pacientes, nenhum era casado ou mantinha relacionamento, e todos os 5 pacientes declararam uma renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos. A pontuação máxima atingida para depressão, foi 13 pontos, em 2 pacientes.

Na avaliação da Psicologia, onde foi aplicado o BSI para avaliar a ideação suicida, dos 25 participantes avaliados, nenhum apresentou risco para suicídio.

Tabela 1. Características da população de estudo – ICESP 2020 a 2022.

Características	n	%
Idade - Mediana	61 anos	--
Idade - Mínima – máxima	21 – 89 anos	--
Sexo		
Masculino	32	58
Feminino	23	42
Total	55	100
Escolaridade		
Nível secundário	20	36
Nível primário	13	24
Sabem ler e escrever	11	20
Analfabetos	04	07
Nível superior completo	05	09
Nível superior incompleto	02	04
Total	55	100
Estado civil		
Casados	19	35
Divorciados e/ou separados	20	36
Viúvos	07	13
Solteiros	09	16
Total	55	100
Religião		
Católico	32	58
Evangélico	18	33
Não seguem religião	3	5
Crê em Deus, mas não segue religião	2	4
Total	55	100
Renda familiar		
01 a 03 salários mínimos	45	82
03 a 07 salários mínimos	08	14
08 a 10 salários mínimos	02	04
Total	55	100
Tabagismo		
Tabagista ativo	29	53
Ex tabagista	10	18
Nunca foram tabagistas	16	29
Total	55	100
Etilismo		
Etilista diário	26	47
Ex etilista	02	04
Nunca foram etilistas	27	49
Total	55	100

Tabela 2. Sítio primário do câncer nos pacientes avaliados.

Sítio primário	Nº	%
Boca	33	60
Laringe	11	20
Orofaringe	03	06
Hipofaringe	04	07
Nasofaringe	04	07
Totais	55	100

Tabela 3. Pontuação relativa à ansiedade no questionário HADS, risco de depressão e ansiedade e resultados de avaliação de risco para suicídio de acordo com a pontuação da escala de ideação suicida de Beck (BSI).

Pontuação HADS - Ansiedade	Nº	%
0 a 7 - Improvável	28	51
8 a 11 - Possível	19	35
21 a 21 - Prováveis	08	14
Totais	55	100
Pontuação HADS - Depressão		
0 a 7 - Improvável	40	73
8 a 11 - Possível	10	18
21 a 21 - Prováveis	05	09
Totais	55	100
Pontuação BSI - Resultados		
Sem risco	25	45
Apresentaram risco	00	00
Não avaliados	30	55
Totais	55	100

6. DISCUSSÃO

A realização do presente estudo nos permitiu explorar, para a amostra estudada, aspectos relativos ao risco de ansiedade, depressão e para suicídio em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, bem como a correlação entre tais dados, respondendo às nossas principais questões de pesquisa.

Entre os pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos nesta Instituição onde o estudo foi realizado, foi observado que muitos possuem histórico de tabagismo, etilismo, restrições econômicas, entre outros motivos aqui não explorados, fazendo com que estes indivíduos tivessem deficiências importantes na rede de apoio de cuidados e dificuldade de adesão ao tratamento. Além disso, efeitos adversos dos tratamentos (agudos e crônicos) dos tratamentos disponíveis podem impactar diretamente na sua qualidade de vida, o que pode causar grande sofrimento psicológico, apresentado em forma de sintomas de depressão, ansiedade, manifestação de pensamentos de desesperança, insatisfação pessoal e sentimentos de medo e incerteza relacionados ao futuro. Dessa forma, consideramos esses pacientes como vulneráveis e que precisam de maior atenção e acompanhamento.

Diante da magnitude dessa questão, esse trabalho teve como objetivo avaliar a prevalência de depressão e ansiedade, o sofrimento psíquico e o potencial risco de suicídio em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em estágio, acreditando que uma intervenção precoce e abordagem de um especialista poderia favorecer a adesão ao tratamento, esclarecer dúvidas e oferecer um suporte emocional adequado.

A estruturação deste estudo foi conduzida visando entregar um produto sólido, que possa contribuir com melhorias na vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço tratados na Instituição do estudo e também padronizar e descrever melhor

um procedimento para acompanhar pacientes com câncer que sofram com distúrbios mentais ou que correm o risco de desenvolvê-los. Além de possibilitar um levantamento de dados futuro, relacionados ao número de pacientes que apresentarem esse risco.

Uma pesquisa realizada com profissionais da área da oncologia, incluindo médicos, enfermeiros e assistentes sociais, evidenciou que pelo menos um dos profissionais tinha vivenciado um caso de paciente que cometeu suicídio. Além de relatarem que esse assunto é pouco discutido e que falta conhecimento suficiente para uma ação mais efetiva e preventiva ¹¹.

Este estudo se mostrou de acordo com dados da literatura no que diz respeito àqueles mais acometido por carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço, ou seja, pacientes do sexo masculino (58%), predomínio de câncer de boca, com forte exposição ao álcool e ao tabaco (47% com ingestão diária de álcool e 53% de atuais tabagistas, ativos), com baixo nível de escolaridade (51% de analfabetos, ou sabendo apenas ler e escrever, ou nível primário) e faixa de salários entre 1 a 3 salários mínimos em 82% dos pacientes. O consumo excessivo de álcool e tabaco são fatores predisponentes para o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço. ¹⁸ Além disso, exposição ao tabaco e ao álcool pode ser utilizada como estratégias para lidar ou evitar sentimentos negativos como medo, preocupação, raiva e tristeza. ⁵⁹

A maior parte dos participantes do estudo (36%) não vivia com um companheiro. Um achado importante, visto que, de acordo com estudos, um maior risco de suicídio está entre os viúvos e pessoas separadas. ^{58,59}

Ansiedade provável foi detectada pelo instrumento HADS em 14% da amostra e depressão provável em 9% da amostra. Entre esses 08 pacientes com provável ansiedade, 6 eram do sexo feminino e todos tinham câncer de boca. A pontuação

máxima atingida para ansiedade entre eles foi 15 pontos, em um único paciente. Em relação ao estado civil, somente 1 era casado (12,5%) e 4 possuíam renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (50%). O conjunto dessas características ajuda a explicar a frequência de ansiedade, multifatorial em sua origem, e que pelo exposto, pode amplificar o quadro psicopatológico.

O mesmo pode dizer em relação ao quadro de depressão provável: dos 5 pacientes com risco provável para depressão, 3 eram homens, e destes 5 pacientes, nenhum era casado ou mantinha relacionamento, e todos os 5 pacientes declararam uma renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos.

As cifras de provável ansiedade e depressão estão de acordo com outros estudos. A variabilidade de frequência pode ser explicada pelas populações diferentes analisadas (inserção em diferentes culturas e valores), os instrumentos utilizados para medidas e fatores de riscos diversos.^{60, 61,62}

Nesta amostra avaliada, não observamos risco de suicídio avaliado pelo BSI no grupo estudado. Em estudo americano recente, a taxa de mortalidade por suicídio foi de 59,2 por 100.000 pessoas-ano em condados metropolitanos, 64,0 por 100.000 pessoas-ano nos condados urbanos e 126,7 por 100.000 pessoas-ano nos condados rurais. Comparado com a população em geral, o risco de suicídio foi marcadamente maior entre os pacientes com câncer de cabeça e pescoço em regiões metropolitanas e rurais (risco entre 3 e 5,5 vezes o da população em geral. Isso mostra a importância de variáveis ambientais no processo.⁶³

Educação em saúde pode ser especialmente útil nesse cenário, onde devidamente justificada na literatura, pode ser delineada para atender às demandas e toda a problemática aqui exposta, necessitando também atender familiares. Estas

ações precisam ser sistemática e periodicamente avaliadas com indicadores de efetividade.^{64, 65}

Em nosso hospital foi revisado o procedimento de preparo do quarto para pacientes com risco de suicídio. Está em discussão um novo fluxograma onde a proposta será uma avaliação da Psicologia em pacientes novos, onde será definido um instrumento de avaliação para ansiedade e/ou depressão e estes pacientes serão encaminhados para a Psicologia, e se preciso, para a psiquiatria. A ideia também é inserir uma sinalização no prontuário eletrônico, para que toda vez que este paciente for admitido no Hospital, seja acionada a Psicologia para uma avaliação, acolhendo esse paciente e direcionando de acordo com suas necessidades, como fruto desse estudo, refletindo a importância do tema e o impacto prático da temática abordada nesse Mestrado.

A escolha dos instrumentos de avaliação foi um grande limitador do estudo. Visto que um deles só pode ser aplicado por um profissional formado em Psicologia (BSI), por ser patenteado e precisar desse profissional para que a compra dos questionários sejam feitas. Outro fator limitante foi o fato da pesquisa ser realizada em cenário pandêmico (SARS-Cov-2), onde muitas das consultas ocorreram de forma online, ou foram remar cadas.

6.2 Passos futuros

Futuros estudos a serem desenvolvidos precisam abordar o desenvolvimento de instrumentos locais de avaliação de ansiedade, depressão e risco de suicídio; impacto destes em qualidade de vida; intervenções educacionais direcionadas a prevenção, diagnóstico e tratamento dessas psicopatologias; e a importância da equipe multidisciplinar nesse cenário.

7. CONCLUSÕES

O perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço está bem próximo aos dados descritos na literatura, chamando a atenção, o aumento do número de pacientes do sexo feminino. A grande maioria dos pacientes tem baixa escolaridade, baixa renda familiar, grande parte usuários ou ex-usuários de álcool ou tabaco, com prevalência de tumor na região da boca, com fragilidade nos vínculos familiares.

A incidência de provável depressão e ansiedade foram 9% e 14%, respectivamente, sem nenhum caso ter apresentado risco para suicídio.

Os resultados do estudo sugerem que devemos considerar algumas características importantes como idade, rede de apoio social e o sexo (gênero), para propor ações que aliviem os sintomas depressivo-ansiosos em pacientes com câncer e para que o seu impacto na vida do paciente seja o menor possível.

A pesquisa conseguiu melhorar os desfechos assistenciais, melhorando o procedimento já existente na Instituição, trabalhar uma ferramenta que possa auxiliar em futuras coletas de dados, alinhando os cuidados relacionados à segurança do paciente em risco de suicídio. Outro ponto importante será fortalecer esse procedimento dentro da Instituição e trazer novos conhecimentos relacionados a ele. Foi possível levar para discussão a implantação da notificação compulsória, caso algum acidente venha a ocorrer e, se aprovado, iremos disseminar a informação de maneira uniforme dentro da Instituição.

8. ANEXO

Anexo 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DA PESQUISA

TÍTULO DA PESQUISA: Identificação de depressão, ansiedade e de risco para suicídio em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

PESQUISADOR PRINCIPAL: Dr. Gilberto de Castro Júnior

PESQUISADOR EXECUTANTE: Enfermeira: Márcia Cavalcanti Lacerda

UNIDADE DO HCFMUSP: “FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO”

DURAÇÃO DA PESQUISA: 180 meses

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Apresentação:

Convidamos o (a) senhor (a) a participar de uma pesquisa científica. Pesquisa é um conjunto de procedimentos que procura criar ou aumentar o conhecimento sobre um assunto. Estas descobertas embora frequentemente não tragam benefícios diretos ao participante da pesquisa, podem no futuro ser úteis para muitas pessoas.

Para decidir se aceita ou não participar desta pesquisa, o (a) senhor (a) precisa entender o suficiente sobre os riscos e benefícios, para que possa fazer um julgamento consciente. Inicialmente explicaremos as razões da pesquisa. A seguir, forneceremos um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), documento que contém informações sobre a pesquisa, para que leia e discuta com familiares e ou outras pessoas de sua confiança. Uma vez compreendido o objetivo da pesquisa e havendo seu interesse em participar, será solicitada a sua rubrica em todas as páginas do TCLE e sua assinatura na última página. Uma via assinada deste termo deverá ser retida pelo senhor (a) ou por seu representante legal e uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável.

Justificativa, objetivos e Procedimentos:

O (A) Senhor teve diagnóstico de câncer (cabeça e pescoço). Segundo estudos, existe um potencial risco para desenvolver depressão e até mesmo pensamentos suicidas. Até o presente momento, não temos noção do tamanho desse risco, sendo o principal objetivo deste estudo é

identificar o risco de desenvolver ansiedade, depressão e de risco para suicídio em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Por isso é importante que obtenhamos mais informações sobre pacientes como você e sobre esses riscos, já que nesse tipo de câncer ainda não há dados conclusivos. Esse estudo poderá possibilitar uma avaliação do sofrimento psíquico e potencial risco de suicídio em pacientes de cabeça e pescoço, possibilitando assim uma intervenção precoce de um especialista, além de tentar favorecer a adesão ao tratamento, esclarecer dúvidas e oferecer um suporte emocional adequado.

Procedimentos que serão realizados e métodos que serão empregados

Os participantes receberão 02 tipos de questionários devidamente validados, com questões simples, além de acompanhamento do prontuário via sistema por um período máximo de 180 dias.

Benefícios esperados para o participante

Uma vez identificado o seu risco para ansiedade, depressão e risco para suicídio, você será encaminhado ao serviço de Psicologia, onde será avaliado e serão realizadas outras avaliações e se necessário, você será encaminhado ao serviço de Psiquiatria.

Esclareço que você tem plena liberdade de se recusar a participar deste estudo e que, mesmo após ter sido assinado, este termo, você pode desistir de colaborar com a pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo pessoal ou profissional algum. Os nomes ou quaisquer dados que possam identifica-lo serão mantidos em sigilo e, portanto, não serão divulgados ou mencionados em qualquer etapa do estudo. Você não terá despesas e nem tampouco compensação financeira.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa. O investigador principal é o Dr. Gilberto de Castro Júnior, que pode ser encontrado neste endereço: Av. Dr. Arnaldo, 251, Cerqueira César, 5º andar, Tel. (11) 3893-2686, e-mail: gilberto.castro@hc.fm.usp.br ou Márcia Cavalcanti Lacerda, Av. Dr. Arnaldo, 251 – 21º andar, (11) Tel.3893-4405, e-mail: marcia.lacerda@hc.fm.usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua

Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1549, das 7 às 16h de segunda a sexta-feira ou por e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Fui suficientemente informado a respeito do estudo: “Identificação de depressão, ansiedade e de risco para suicídio em pacientes com câncer de cabeça e pescoço”.

Eu discuti as informações acima com o Pesquisador Executante: Márcia Cavalcanti Lacerda sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço. Assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

----- Data ____/____/____

Assinatura do participante /representante legal

Nome do participante/representante legal

----- Data ____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO 2. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Identificação de depressão, ansiedade e de risco para suicídio em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

Pesquisador: Gilberto de Castro Junior

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 49879521.4.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.049.249

Apresentação do Projeto:

Trata-se da reapresentação do projeto original (V3) sobre a "Identificação de depressão, ansiedade e de risco para suicídio em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. De acordo com o pesquisador, "Depressão e ansiedade são sintomas comuns em pacientes com câncer. Quando não vistos e tratados prontamente, esses sintomas podem ter consequências importantes para esses pacientes. Neste estudo, avaliaremos a incidência de depressão, ansiedade e risco para suicídio em pacientes com câncer de cabeça e pescoço."

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário deste estudo é "verificar a prevalência de depressão, ansiedade e de risco para suicídio em pacientes com câncer de cabeça e pescoço". Secundariamente, o pesquisador planeja "Determinar a frequência de pacientes que apresentam rastreamento positivo de ansiedade e/ou depressão utilizando a escala Hospitalar Anxiety and Depression Scale (HADS)."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores informam no documento PB_Informações Básicas que os riscos "são mínimos", enquanto os benefícios seriam indiretos por "avaliar a prevalência de depressão e ansiedade na população e o potencial risco de suicídio em pacientes de cabeça e pescoço em estágio avançado, possibilitando assim, uma intervenção precoce e abordagem de um especialista, além de tentar favorecer a adesão ao tratamento, esclarecer dúvidas e oferecer um suporte emocional adequado."

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira César **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappelqadm@hc.fm.usp.br



USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - HCFMUSP



Continuação do Parecer: 6.049.269

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo observacional sobre os sintomas emocionais dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço (n = 150) no ICESP. O projeto descreve a importância do tema, bem como estabelece as etapas de sua execução. Projeto consolidado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está escrito em formato de carta convite, descrevendo os procedimentos aos quais o participante se submeterá, bem como riscos e benefício, sigilo e confidencialidade. Em geral, a linguagem é clara e acessível.

Recomendações:

Vide abaixo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador reformulou adequadamente a pendência levantada anteriormente.

Projeto aprovado, sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1673893.pdf	08/10/2021 15:55:54		Aceito
Outros	lenina000.pdf	08/10/2021 15:55:14	MARCIA CAVALCANTI LACERDA	Aceito
Outros	PROJETO_MESTRADO.docx	20/08/2021 09:16:20	MARCIA CAVALCANTI LACERDA	Aceito
Outros	TCLE_MARCIA_AGOSTO.doc	20/08/2021 09:15:47	MARCIA CAVALCANTI	Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira César **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2061-7585 **Fax:** (11)2061-7585 **E-mail:** capping.adm@hc.fm.usp.br

Página 10 de 14



USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - HCFMUSP



Continuação do Parecer: 5.049.209

Outros	TCLE_MARCIA_AGOSTO.doc	20/08/2021 09:15:47	LACERDA	Aceito
Outros	MEMORANDOAAGOSTO.pdf	20/08/2021 09:10:18	MARCIA CAVALCANTI LACERDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PARECERPARDADOSDIGITAIS.pdf	19/07/2021 11:34:30	MARCIA CAVALCANTI LACERDA	Aceito
Outros	SEMCUSTO.pdf	19/07/2021 11:29:25	MARCIA CAVALCANTI LACERDA	Aceito
Outros	CARTECOMPROMISSO.pdf	19/07/2021 11:18:17	MARCIA CAVALCANTI LACERDA	Aceito
Outros	CARTEANUENCIA.pdf	14/07/2021 09:35:10	MARCIA CAVALCANTI LACERDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMARCIAJULHO.doc	13/07/2021 10:47:32	MARCIA CAVALCANTI LACERDA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	13/07/2021 10:46:20	MARCIA CAVALCANTI LACERDA	Aceito
Outros	ESCALA_HADS.docx	18/02/2021 14:54:39	MARCIA CAVALCANTI LACERDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MESTRADO_ATUALIZADO_FEV2021.docx	18/02/2021 14:51:36	MARCIA CAVALCANTI LACERDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO PAULO, 20 de Outubro de 2021

Assinado por:

ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-010
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)2061-7585 Fax: (11)2061-7585 E-mail: ccppesq.adm@hc.fm.usp.br

ANEXO 3. HADS – Escala de Avaliação de Ansiedade e Depressão

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME:.....
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M F
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO:.....Nº..... APTO:
 BAIRRO.....CIDADE.....
 CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

VOCÊ FUMA OU JÁ FUMOU?				SIM () NÃO ()			
SE FUMA, QUANTIDADE DIÁRIA:							
SE PAROU, QUANTO TEMPO FAZ?							
COM QUAL FREQUÊNCIA VOCÊ TOMA BEBIDA ALCÓLICA?				NÃO BEBO () MUITA FREQUÊNCIA () DIARIAMENTE ()			
ESCALA HAD – AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO							
• Eu me sinto tensa (o) ou contraído (o):							
() a maior parte do tempo [3]	() boa parte do tempo [2]	() de vez em quando [1]	() nunca [0]				
1. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:							
() sim, do mesmo jeito que antes [0]	() não tanto quanto antes [1]	() só um pouco [2]	() já não consigo ter prazer em nada [3]				
1. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer							
() sim, de jeito muito forte [3]	() sim, mas não tão forte [2]	() um pouco, mas isso não me preocupa [1]	() não sinto nada disso [1]				
1. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas							
() sim, do mesmo jeito que antes [0]	() atualmente, um pouco menos [1]	() atualmente, bem menos [2]	() não consigo mais [3]				
1. Estou com a cabeça cheia de preocupações							
() a maior parte do tempo [3]	() boa parte do tempo [2]	() de vez em quando [1]	() raramente [0]				
1. Eu me sinto alegre							
() nunca [3]	() poucas vezes [2]	() muitas vezes [1]	() a maior parte do tempo [1]				
1. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:							
() sim, quase sempre [0]	() muitas vezes [1]	() poucas vezes [2]	() nunca [3]				

Continuação

ESCALA HAD – AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO			
• Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:			
() quase sempre [3]	() muitas vezes [2]	() poucas vezes [1]	() nunca [0]
1. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
() nunca [0]	() de vez em quando [1]	() muitas vezes [2]	() quase sempre [3]
1. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
() completamente [3]	() não estou mais me cuidando como eu deveria [2]	() talvez não tanto quanto antes [1]	() me cuido do mesmo jeito que antes [0]
1. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:			
() sim, demais [3]	() bastante [2]	() um pouco [1]	() não me sinto assim [0]
1. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir			
() do mesmo jeito que antes [0]	() um pouco menos que antes [1]	() bem menos do que antes [2]	() quase nunca [3]
1. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
() a quase todo momento [3]	() várias vezes [2]	() de vez em quando [1]	() não senti isso [0]
1. Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
() quase sempre [0]	() várias vezes [1]	() poucas vezes [2]	() quase nunca [3]
RESULTADO DO TESTE:			
OBSERVAÇÕES:			
Ansiedade: [] questões (1,3,5,7,9,11,13) Depressão: [] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)		Score: 0 -7 pontos: improvável 8-11 pontos: possível (questionável ou duvidosa) 12 - 21 pontos: provável	
NOME DO RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE			
DATA:			

Fonte: The Hospital Anxiety and Depression Scale ⁶⁸

Anexo 3. BSI – Escala de Ideação Suicida



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações, abaixo. Faça um círculo na afirmação que em cada grupo **melhor** descreve como você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Tome o cuidado de ler **todas as afirmações em cada grupo, antes de fazer uma escolha**.

Parte 1

<p>1 0 Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte. 1 Tenho um desejo fraco de viver. 2 Não tenho desejo de viver.</p> <p>2 0 Não tenho desejo de morrer. 1 Tenho um desejo fraco de morrer. 2 Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte.</p> <p>3 0 Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer. 1 Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais. 2 Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.</p>	<p>4 0 Não tenho desejo de me matar. 1 Tenho um desejo fraco de me matar. 2 Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte.</p> <p>5 0 Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar. 1 Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso. 2 Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.</p> <p style="background-color: #e0e0e0;">Se você fez um círculo nas afirmações “zero”, em ambos os grupos 4 e 5, passe para o grupo 20. Se você marcou “um” ou “dois”, seja no grupo 4 ou 5, então abra a página e prossiga no grupo 6.</p>
---	---

_____ Subtotal da Parte 1

<p>20 0 Nunca tentei suicídio. 1 Tentei suicídio uma vez. 2 Tentei suicídio duas ou mais vezes.</p> <p style="background-color: #e0e0e0;">Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.</p> <p>21 0 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco. 1 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado. 2 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.</p>
--

_____ Subtotal da Parte 2

_____ **Escore Total**

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1991 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casapsi® Livraria e Editora Ltda. BSI é um logotipo da Psychological Corporation.

Parte 2

<p>6 0 Tenho breves períodos com idéias de me matar que passam rapidamente. 1 Tenho períodos com idéias de me matar que duram algum tempo. 2 Tenho longos períodos com idéias de me matar.</p> <p>7 0 Raramente ou ocasionalmente penso em me matar. 1 Tenho idéias freqüentes de me matar. 2 Penso constantemente em me matar.</p> <p>8 0 Não aceito a idéia de me matar. 1 Não aceito, nem rejeito, a idéia de me matar. 2 Aceito a idéia de me matar.</p> <p>9 0 Consigo me controlar quanto a cometer suicídio. 1 Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio. 2 Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p>10 0 Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc. 1 Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc. 2 Eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> <p>11 0 Minhas razões para querer cometer suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim etc. 1 Minhas razões para querer cometer suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas. 2 Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.</p> <p>12 0 Não tenho plano específico sobre como me matar. 1 Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes. 2 Tenho um plano específico para me matar.</p>	<p>13 0 Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar. 1 O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo. 2 Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.</p> <p>14 0 Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio. 1 Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio. 2 Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.</p> <p>15 0 Não espero fazer uma tentativa de suicídio. 1 Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio. 2 Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p> <p>16 0 Eu não fiz preparativos para cometer suicídio. 1 Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio. 2 Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.</p> <p>17 0 Não escrevi um bilhete suicida. 1 Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei. 2 Tenho um bilhete suicida pronto.</p> <p>18 0 Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio. 1 Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio. 2 Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p>19 0 Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar. 1 Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar. 2 Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.</p>
--	--

Passa para o Grupo 20.

<p>20 0 Nunca tentei suicídio. 1 Tentei suicídio uma vez. 2 Tentei suicídio duas ou mais vezes.</p> <p>Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.</p> <p>21 0 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco. 1 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado. 2 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.</p>
--

Subtotal da Parte 2

Score Total

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1991 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casapós® Livraria e Editora Ltda. BSI é um logotipo da Psychological Corporation.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, Nishimura R, Anthony JC, Gattaz WF, Kessler RC, Viana MC. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*. 2012;7(2):e31879. doi: 10.1371/journal.pone.0031879. Epub 2012 Feb 14.
2. Russ, T. C., Stamakis, E., Hamer, M., Starr, J. M., Kivimäki, M., & Batty, G. D. (2012). Association between psychological distress and mortality: Individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 345, e 4933.
3. Jiménez-Hernández M, Castro-Zamudio S, Guzmán-Parra J, Martínez-García Ai, Guillén-Benítez C; Moreno-Kustner B. Las demandas por conducta suicida a los servicios de urgências prehospitalarios de Málaga: características y factores asociados. *An Sist Sanit Navar* 2017; 40:379-389.
4. Brown LF, Kroenk K, Theobald DE, Wu J, Tu W. Associação de depressão e ansiedade com qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com câncer com depressão e/ou dor. *Psychooncology*.2010;19(7):734-41.
5. Husson O, Mols F, van de Poll-Franse LV A relação O, Mols F, van de Poll-Franse LV A relação entre fornecimento de informações e qualidade de vida relacionada à saúde, ansiedade e depressão entre sobreviventes de câncer: uma revisão sistemática *Ann Oncol*2011; 22(4):761-72.
6. Gullich I, Ramos AB, Zan TRA, Sherer C, Mendoza-Sassi RA. Prevalência de ansiedade em pacientes internados num hospital universitário do Sul do Brasil e fatores associados. *Rev. Bras. Epidemiol*.2013;16(3):644-57.

7. Esteves Fernanda Cavalcante, Galvan Alda Luiza. Depressão numa contextualização contemporânea. Aletheia [Internet]. 2006 Dez [citado 2022 Set 04]; (24): 127-135. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300012&lng=pt.
8. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP. 2016.
9. Lester D, Smith B. Aplicabilidade dos estágios de morte de Kubler-Ross para o indivíduo suicida: uma revisão da literature. Psychol Rep. 1989; 64: 609-10.
10. Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A. Risco de suicídio após diagnóstico de câncer na Inglaterra. JAMA Psiquiatria [Internet]. 1º de janeiro de 2019 [citado em 13 de outubro de 2019];76(1):51. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2714596>
11. Goñi Sarriés, A., & Zandio Zorrilla, M. (2017). El suicidio: un reto para la prevención [Suicide: the challenge of prevention]. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 40(3), 335–338. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0122>
12. Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., & Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ (Clinical research ed.)*, 361, k1415. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415>
13. Ascarate L, Comb R, White M, Goni A, Cuestsa MJ, Pradin I et al. Características dos suicídios consumados em Navarra em função do sexo (2010-2013). *No Syst Health Navar* 2015; 38:9-2.

14. Sengül, M. C. B., Kaya, V., Sen, C. A., & Kaya, K. (2014). Association between suicidal ideation and behavior, and depression, anxiety, and perceived social support in cancer patients. *Medical Science Monitor*, 20, 329-336.
16. Granek L, Nakash O, Ariad S, Chen W, Birstock-Cohen S, Shapira S, et al. From will to live to will to die: oncologists, nurses, and social workers identification of suicidality in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2017;25(12):3691-702. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3795-4>.
17. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [on-line] – Rio de Janeiro: 2019.
17. Alvarenga MA, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli E, Ruback MJC. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringol*. Fev. 2008;74(1):68-78.
19. Haddad RI, Shin DM. Recent advances in head and neck cancer. *N Eng J Med*. 2008;359(11):1143-54.
20. Sette CP, Gradwohl SMO. Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. *Rev Psicol UNESP [Internet]*. 2014; [cited 2017 Dec 27]; 13(2):26-31. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v13n2/a03.pdf>»
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v13n2/a03.pdf>.
20. Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicol Estudos*. 2008 [Acesso 11 ago 2013]; 13(2):231-7.
21. Pinto AC, Marchesini SM, Zugno PI, Zimmermann KG, Dagostin VS, Soratto MT. A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. *Rev Saúde Com*. 2015;11(2):114-22.

22. Hunter KU, Jolly S. Clinical review of physical activity and functional considerations in head and neck cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013 May;21(5):1475-9. doi: 10.1007/s00520-013-1736-4. Epub 2013 Feb 17. PMID: 23417564.
23. Boehm A, Wichmann G, Mozet C, Dietz A. Opções de terapia atuais em câncer recorrente de cabeça e pescoço. *ENT*. 2010 agosto;58(8):762-9. Alemão. doi: 10.1007/s00106-010-2156-0. PMID: 20628714.
24. Shin DM, Khuri FR. Avanços no Manejo do Carcinoma Espinocelular Recidivante ou Metastático de Cabeça e Pescoço. *Pescoço*. 2013 mar;35(3):443-53. doi: 10.1002/hed.21910. Epub 2 de novembro de 2011. PMID: 22052826.
25. Pinto GP, Mont'alverne DGB. Neoplasias de cabeça e pescoço: impactos funcionais e na qualidade de vida. *Rev. Bras. Cir Cabeça Pescoço*. [Internet]. 2015 jul/ago/set [citado em 28 fev 2018];44(3):152-6.
26. Barbosa Fabiana de Oliveira, Macedo Paula Costa Mosca, Silveira Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. *Rev. SBPH* [Internet]. 2011 Jun [citado 2022 Set 04] ; 14(1): 233-243. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt.
27. Organização Mundial da Saúde (OMS). Impacto das crises econômicas na saúde mental. Copenhague: OMS; 2011.
28. Andrés Halicioglu F. Determinants of suicides in Denmark: evidence from time series data. *Health Policy*. 2010;98(2-3):263-9.
29. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*. 2012:1-7.

30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). Tábuas completas de mortalidade – 2006.
31. Gotsens M, Marí-Dell'Olmo M, Rodríguez-Sanz M, Martos D, Espelt A, Pérez G, Pérez K, Teresa Brugal M, Barbería Marcalain E, Borrell C. Validación de la causa básica de defunción en las muertes que requieren intervención medicolegal [Validation of the underlying cause of death in medicolegal deaths]. *Rev Esp Salud Publica*. 2011 Mar-Apr;85(2):163-74.
32. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002 Oct;1(3):181-5. PMID: 16946849; PMCID: PMC1489848.
33. Martelli C, Awad H, Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé: données épidémiologiques et prévention [In-patients suicide: epidemiology and prevention]. *Encephale*. 2010 Jun;36 Suppl 2:D83-91. French. doi: 10.1016/j.encep.2009.06.011. Epub 2009 Sep 26. PMID: 20513465.
34. Amiri S, Behnezhad S. Cancer Diagnosis and Suicide Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Suicide Res*. 2020;24(sup2):S94-S112. doi: 10.1080/13811118.2019.1596182. Epub 2019 May 9. PMID: 30955459.
35. Kye SY, Park K. Suicidal ideation and suicidal attempts among adults with chronic diseases: A cross-sectional study. *Compr Psychiatry*. 2017; 73:160-7.
36. Choi, S.B., Lee, W., Yoon, J.H., Won J. U., & Kim, D.W. (2017). Risk factors of suicide attempt among people with suicidal ideation in South Korea: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 17,579
37. Santos, Manoel Antônio dos Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciência &*

- Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 9 [Acessado 16 agosto 2022], pp. 3061-3075.
38. Prankeviciene, A. et al. (2016). Suicidal ideation in patients undergoing brain tumor surgery: prevalence and risk factors. *Support Care Cancer*, 24(7), 2963-70.
39. Spencer, R. J., Ray, A., Pirl, W. F., & Prigerson, H.G. (2012). Clinical correlates of suicidal thoughts in patients with advanced cancer. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 4.[
40. Spoletini, I, Gianni, W., Caltagirone, C., Madaio, R., Repetto, L., & Spalletta, G. (2011). Suicide and câncer: where do we go from here? *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 78,206-219.
41. O'Mahony S, Goulet J, Kornblith A, Abbatiello G, Clarke B, Kless-Siegel S, Breitbart W, Payne R. Desire for hastened death câncer pain and depression: observational study. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29 (5): 446-445.
42. Haddad RI, Shin DM. Avanços recentes em câncer de cabeça e pescoço. *N Eng J Med*. 2008;359(11):1143-54.
43. Liang C, Marsit CJ, Houseman EA, Butler R, Nelson HH, McClean MD, et al. Interações gene-ambiente de novas variantes associadas ao câncer de cabeça e pescoço. *Pescoço*. 2012;34(8):1111-8.
44. Cardoso MFA, Novikoff S, Tresso A, Segreto RA, Cervantes O. Prevenção e controle das sequelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. *Radiol Bras*. 2005;38(2):107-15.
45. Dasgupta S, Dash R, Das SK, Sarkar D, Fisher PB. Emerging strategies for the early detection and prevention of head and neck squamous cell cancer. *J Cell Physiol*. 2012;227(2):467-73.

46. Wan Leung S, Lee TF, Chien CY, Chao PJ, Tsai WL, Fang FM. Qualidade de vida relacionada à saúde em 640 sobreviventes de câncer de cabeça e pescoço após radioterapia usando os questionários EORTC QLQ-C30 e QLQ-H&N35. *Câncer BMC*. 2011; 11:128.
47. Tachezy R, Klozar J, Rubenstein L, Smith E, Saláková M, Smahelová J, et al. Demographic and risk factors in patients with head and neck tumors. *J Med Virol*. 2009;81(5):878-87.
48. Wan Leung S, Lee TF, Chien CY, Chao PJ, Tsai WL, Fang FM. Health-related quality of life in 640 head and neck cancer survivors after radiotherapy using EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 questionnaires. *BMC Cancer*. 2011; 11:128.
49. Braam MP, Roesink JM, Raaijmakers CP, Busschers WB, Terhaard CH. Quality of life and salivary output in patients with head-and-neck cancer five years after radiotherapy. *Radiat Oncol*. 2007; 2:3.
50. Langford CP, Browsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *J Adv Nurs*. 1997; 25:95–100.
51. Pietras T, Witusik A, Panek M, et al. Anxiety, depression and methods of stress coping in patients with nicotine dependence syndrome. *Med Sci Monit*. 2011;17(5):CR272–76.
52. Moreira-Almeida, Alexander, Lotufo Neto, Francisco and Koenig, Harold G. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [online]. 2006, v. 28, n. 3 [Acessado em 17 de agosto de 2022], pp. 242-250.
53. Grady-Weliky, TA (2002). Comorbidade e suas implicações no tratamento: mudanças ao longo da vida. Syllabus and Proceedings Summary, American Psychiatric Association, Annual Meeting, 295.

54. Massie, MJ (2004). Prevalência de depressão em pacientes com câncer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 57-71. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgh014.
55. Fortes MT, Mattos RA, Baptista TW. Accreditation or accreditations? A comparative study on accreditation in France, United Kingdom and Cataluña. *Rev Assoc Med Bras*. 2011; 57(2):240-7.
56. Lima SB, Erdmann AL. Atuação da enfermagem no processo de credenciamento de um serviço de emergência. *Acta Paul Enferm* 2006;19(3):271-8.
57. Castro, Martha Moreira Cavalcante et al. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Revista Brasileira de Anestesiologia* [online]. 2006, v. 56, n. 5 [Acessado 15 Dezembro 2022], pp. 470-477. Disponível em: Epub 22 Set 2006. ISSN 1806-907X. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942006000500005>.
58. Hortense FTP, Carmagnani MI, Bretas AC. O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(1):24-30.
59. Botega, Neury J. et al. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública* [online]. 1995, v. 29, n. 5 [Acessado 17 agosto 2022], pp. 359-363.
60. Volpe FM, Corrêa H, Barrero SP. Epidemiologia do suicídio. In: Correa H, Perez S, organizadores. *Suicídio, uma morte evitável*. São Paulo: Editora Atheneu; 2006. p. 11-27.
61. Paula JM, Sonobe HM, Nicolussi AC, Zago MMF, Sawada NO. Sintomas de depressão nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico: um estudo prospectivo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar.abr. 2012.

62. Lee Y, Lin PY, Lin MC, Wang CC, Lu HI, Chen YC, Chong MY, Hung CF. Morbidity and associated factors of depressive disorder in patients with lung cancer. *Cancer Manag Res.* 2019 Aug 9;11:7587-7596. doi: 10.2147/CMAR.S188926. PMID: 31496813; PMCID: PMC6691945.
63. Twigg, J. A., Anderson, J. M., Humphris, G., Nixon, I., Rogers, S. N., & Kanatas, A. (2020). Best practice in reducing the suicide risk in head and neck cancer patients: a structured review. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 58(9), e6-e15.
64. Osazuwa-Peters, N., Barnes, J. M., Okafor, S. I., Taylor, D. B., Hussaini, A. S., Boakye, E. A., ... & Lee, W. T. (2021). Incidence and risk of suicide among patients with head and neck cancer in rural, urban, and metropolitan areas. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 147(12), 1045-1052.
65. Hortense, F. T. P., Bergerot, C. D., & Domenico, E. B. L. D. (2020). Qualidade de vida, ansiedade e depressão de pacientes com câncer de cabeça e pescoço: estudo clínico randomizado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54.
66. Twigg, J. A., Anderson, J. M., Humphris, G., Nixon, I., Rogers, S. N., & Kanatas, A. (2020). Best practice in reducing the suicide risk in head and neck cancer patients: a structured review. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 58(9), e6-e15.

Apêndice. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº:

GÊNERO: MASCULINO () FEMININO () **IDADE:**_____

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO () VIÚVO () DIVORCIADO () CASADO/VIVE COM
COMPANHEIRO ()

NÚMERO DE FILHOS:_____

OCUPAÇÃO:_____

NÍVEL DE INSTRUÇÃO: ANALFABETO () SABE LER E ESCREVER ()
ENSINO PRIMÁRIO () ENSINO SECUNDÁRIO () ENSINO SUPERIOR ()

RENDA FAMILIAR: DE 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS ()

DE 3 A 6 SALÁRIOS MÍNIMOS ()

DE 6 A 10 SALÁRIOS MÍNIMOS ()

MAIS DE 10 SALÁRIOS MÍNIMOS ()

QUAL A SUA RELIGIÃO OU CULTO? _____

PRATICANTE? SIM () NÃO ()