

## **Suicídio em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço.**

Cinthia Gabrir da Fonseca Konaka

Mestrado Acadêmico em Ciências da Fundação Antônio  
Prudente.

Orientador: Prof. Dr. José Guilherme Vartanian

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Duarte Pereira da Cruz  
Lourenço

**São Paulo**  
**2024**

## FICHA CATALOGRÁFICA

**Konaka, Cinthia Gabrir da Fonseca.**

**Suicídio em pacientes com câncer de cabeça de pescoço. / Cinthia Gabrir da Fonseca Konaka - São Paulo, 2024**

**58f.**

**Dissertação de mestrado - Fundação Antônio**

**Prudente.**

**Curso de Pós-Graduação em Ciências-Área de concentração: Oncologia.**

**Orientador: Dr. José Guilherme Vartanian**

**1. câncer de cabeça e pescoço , 2. câncer 3.suicídio**

**CDU 616**

## **Folha de Aprovação**

**Aluna:** Cinthia Gabrir da Fonseca Konaka

**Título:** Suicídio em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço.

**Aprovado em:** 12/06/2024

### **Membros da Banca Examinadora:**

Orientador: Prof. Dr. José Guilherme Vartanian  
Instituição: Fundação Antônio Prudente

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Duarte Pereira da Cruz Lourenço  
Instituição: Fundação Antônio Prudente

Membro da Banca: Dr. Luis Paulo Kowalski  
Instituição: Fundação Antônio Prudente

Membro da Banca: Dr. Rogério Dedivits  
Instituição: Universidade de São Paulo USP

Membro da Banca: Stephania Suguita  
Instituição: Universidade Paulista

## **Olhar interno**

“Não somos apenas o que pensamos ser; somos mais. Somos também o que lembramos e aquilo de que nos esquecemos; somos as palavras que trocamos, os enganos que cometemos, os impulsos a que cedemos, sem querer.”

**Sigmund Freud**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos pacientes que generosamente participaram desta pesquisa e nos permitiram acessá-los em momento tão crítico e delicado. Também a cada profissional de saúde que realmente ama cuidar, aos pós-graduandos dedicados e implicados.

Dedico à minha família que tolerou e compreendeu minha ausência, sabendo que os amo, mas que parte de mim precisava estar aqui, neste projeto, dedicada a este tema e mais do que tudo: aos pacientes em sofrimento.

Na minha história, o tempo e as circunstâncias se cruzaram e as especializações ocorreram no mesmo período, então dedico também aos meus amigos que encontrei na Residência do ACCC: Lucas, Gabriela, Alê e Lygia. Vocês foram essenciais para a jornada de cada dia.

## AGRADECIMENTOS

“Há escolhas que valem a pena!”

Há muitas graças e motivos para agradecer!

Começando pelos meus pais (Cleuza e Joberto) obrigada por me ensinarem a desejar e lutar pelas minhas conquistas. E ao meu irmão Wesley, companheiro e amigo.

Agradeço ao meu marido Sergio Konaka, sou muito grata por você acreditar em mim e me dar o espaço para me expressar e construir minha carreira profissional, você me motivou a alcançar os meus objetivos e me ajudou a superar os desafios. Você é meu amor, meu companheiro nesta vida e me ajudou a tornar realidade o sonho de concluir meu mestrado. É meu amigo, meu conselheiro e parceiro. A paz e “lugar seguro” em meio ao turbilhão da vida, estou muito feliz por ter você ao meu lado e não poderia ter feito isso sem a sua ajuda.

Querida filha Ana Laura, você é “toda minha vida”, obrigada por compreender meu trabalho, meus estudos e motivo das minhas ausências quando necessárias. Espero dar-te um bom exemplo de dedicação e superação na vida. Te amo!

Agradeço imensamente ao meu orientador Dr. José Guilherme Vartanian, pela dedicação, parceria, paciência e ensinamentos.

Sou muito Grata à Tarsila Guimarães por todo apoio, ensinamentos, parceria, contribuição e amizade, muito obrigada.

Agradeço à minha Co Orientadora Profa. Dra. Maria Teresa, por acreditar em mim e neste projeto.

Gostaria de agradecer ao Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço por todo apoio, estrutura e suporte, em especial ao Dr. Luiz Paulo Kowalski por suas contribuições e consideração.

## RESUMO

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) engloba regiões anatômicas relacionadas a importantes funções vitais, como alimentação, respiração, fonação e aparência, com potencial de afetar de forma importante a qualidade de vida, envolvendo questões relacionadas à atividade laboral, interação social e auto imagem. Tanto o diagnóstico como o tratamento podem provocar sofrimento psíquico considerável. A maioria dos pacientes elabora de alguma forma ou transforma em sintomas e transtornos mentais, mas uma parcela da população mundial pode ter o pior desfecho possível: O suicídio, definido como o ato de tirar a própria vida, vários são os motivos que levam um indivíduo a esta atitude tão extrema. Pacientes oncológicos apresentam risco maior de suicídio, que pode aumentar em até 13 vezes em média para os recém diagnosticados. Na população de pacientes com CCP, observa-se um risco 2 a 3 vezes maior que nos demais sítios.

**Objetivo:** Identificar o potencial risco de suicídio em pacientes com CCP, traçando fatores possivelmente preditivos para risco ou proteção, avaliando o grau de ansiedade e depressão e também os resultados relativos à qualidade de vida. **Método:** Estudo prospectivo, aplicamos instrumentos psicométricos e questionários em 181 pacientes com diagnóstico recente de CCP.

**Instrumentos:** Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington (UW-QOL), Escala de Ansiedade e Depressão (HADS), seção de risco de suicídio do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Teste de Fagerstrom para dependência de nicotina (FTND) e Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener (CAGE) para dependência de álcool.

**Resultados:** Analisamos os dados separando o grupo de pacientes da topografia tireoide em um grupo e os demais diagnósticos de CCP em outro. A regressão logística demonstrou que o risco seria maior no segundo grupo (não-tireoide). Este grupo apresentou uma associação de maior risco (OR 9,85 – IC 1,40-66,80) em pontuar na categoria risco alto do MINI quando comparado com os diagnosticados com câncer de tireoide (OR 0,10 - IC 0,15-0,71). A análise mostra que os pacientes de câncer de tireoide estão mais propensos a pontuar menos na escala MINI, mas

apresentam maior risco para sintomas depressivos (OR 4,11). Por isso, é necessário investigar os fatores que estão associados à proteção e riscos de ambos os grupos de pacientes.

**Descritores:** Câncer de cabeça e pescoço; Câncer; Suicídio; Qualidade de Vida; Psicologia;

## ABSTRACT

Head and neck cancer (HNC) encompasses anatomical regions related to important vital functions such as eating, breathing, speech, and appearance, with the potential to significantly affect quality of life, involving issues related to work activity, social interaction, and self-image. Both diagnosis and treatment can cause considerable psychological distress. Most patients develop it in some way or transform it into symptoms and mental disorders, but a portion of the world's population may experience the worst possible outcome: suicide, defined as the act of taking one's own life. There are several reasons that lead an individual to this extreme act. Cancer patients have a higher risk of suicide, which can increase up to 13 times on average for those recently diagnosed. In the population of patients with HNC, a risk 2 to 3 times higher than in other cancer sites is observed.

**Objective:** To identify the potential risk of suicide in patients with HNC, outlining possible predictive factors for risk or protection, and evaluating the degree of anxiety and depression as well as outcomes related to quality of life. **Method:** In this prospective study, we administered psychometric instruments and questionnaires to 181 patients with a recent HNC diagnosis.

**Instruments:** University of Washington Quality of Life Questionnaire (UW-QOL), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), suicide risk section of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND), Cut down, Annoyed by Criticism, Guilty and Eye opener (CAGE). **Results:** We analyzed the data by separating the group of patients with thyroid topography into one group and the other HNC diagnoses into another. Logistic regression demonstrated that the risk would be higher in the second group (non-thyroid). This group showed a higher risk association (OR 9.85 – CI 1.40-66.80) of scoring in the high-risk category of the MINI compared to those diagnosed with thyroid cancer (OR 0.10 - CI 0.15-0.71). The analysis shows that thyroid cancer patients are more likely to score lower on the MINI scale but have a higher risk for depressive symptoms (OR 4.11). Therefore, it is necessary to investigate the factors associated with protection and risks for both groups of patients.

**Keywords:** Head and neck cancer; Cancer; Suicide; Quality of life; Psychology;

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1:</b> Características sociodemográficas e clínicas da amostra.....                                                                                                                                                            | 25 |
| <b>Tabela 2:</b> Descritiva com separação de topografia tireoide x demais CCP.....                                                                                                                                                       | 26 |
| <b>Tabela 3:</b> Descrição do score da qualidade de vida por tipo de diagnóstico no Núcleo de cirurgia de cabeça e pescoço, período de 2019-2022.....                                                                                    | 28 |
| <b>Tabela 4:</b> Qualidade de vida de acordo com os dados clínicos dos pacientes no Núcleo de cirurgia de cabeça e pescoço, período de 2019-2022.....                                                                                    | 28 |
| <b>Tabela 5:</b> Características clínicas e sociodemográficas da amostra avaliando risco no MÍNI.....                                                                                                                                    | 29 |
| <b>Tabela 6:</b> Associação entre qualidade de vida e escala MINI dos pacientes.....                                                                                                                                                     | 31 |
| <b>Tabela 7 :</b> Características Clínicas e variáveis específicas para pacientes da topografia tireoide...                                                                                                                              | 32 |
| <b>Tabela 8 :</b> Regressão logística de acordo com o tipo de diagnóstico ajustado para escolaridade, raça, sexo, faixa etária, tabagismo e etilismo, dos pacientes no Núcleo de cirurgia de cabeça e Pescoço, período de 2019-2022..... | 33 |
| <b>Tabela 9:</b> Características Clínicas e Instrumentos HADS, UW-QOL e MINI.....                                                                                                                                                        | 34 |
| <b>Tabela 10:</b> Tabela Modelo Múltiplo de regressão logística das variáveis e instrumentos.....                                                                                                                                        | 36 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Gráfico 1 :</b> Análise temporal entre a coleta e a data do diagnóstico..... | 35 |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|

## **LISTA DE SIGLAS ABREVIATURAS**

|               |                                                                                             |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CCP</b>    | Câncer de cabeça e pescoço                                                                  |
| <b>HADS</b>   | Escala de ansiedade e depressão                                                             |
| <b>RT</b>     | Radioterapia                                                                                |
| <b>TCLE</b>   | Termo de consentimento livre e esclarecido                                                  |
| <b>INCA</b>   | Instituto Nacional do Câncer                                                                |
| <b>OMS</b>    | Organização Mundial de Saúde                                                                |
| <b>OPAS</b>   | Organização Pan Americana de Saúde                                                          |
| <b>QT</b>     | Quimioterapia                                                                               |
| <b>QV</b>     | Qualidade de vida                                                                           |
| <b>UW-QOL</b> | University of Washington – Quality of life (Universidade de Washington – Qualidade de Vida) |

# SUMÁRIO

|                                            |           |
|--------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                   | <b>13</b> |
| <b>2 OBJETIVOS.....</b>                    | <b>18</b> |
| 2.1 OBJETIVO<br>GERAL.....                 | 18        |
| 2.2 OBJETIVOS<br>ESPECÍFICOS.....          | 18        |
| <b>3<br/>METODOLOGIA.....</b>              | <b>19</b> |
| 3.1 CRITÉRIOS DE<br>INCLUSÃO.....          | 19        |
| 3.2 CRITÉRIOS DE<br>EXCLUSÃO.....          | 19        |
| 3.3 ASPECTOS<br>ÉTICOS.....                | 20        |
| 3.4 RECRUTAMENTO DOS<br>PARTICIPANTES..... | 20        |
| 3.5 COLETA DE<br>DADOS.....                | 20        |
| 3.6<br>INSTRUMENTOS.....                   |           |

..... 21

### 3.7 ANÁLISE

ESTATÍSTICA.....  
.....24

## 4

**RESULTADOS**.....  
.....**25**

## 5

**DISCUSSÃO**.....  
.....**37**

**CONCLUSÃO**.....  
.....**42**

**REFERÊNCIAS**..... **43**

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) engloba um grupo de tumores malignos que têm maior incidência nas vias aerodigestivas superiores, destacando-se principalmente as estruturas anatômicas da cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe, laringe, glândulas salivares e tireoide. Em conjunto, o CCP ocupa a sexta posição entre os cânceres mais prevalentes em todo o mundo<sup>1</sup>.

As estimativas do Instituto Nacional do Câncer (*INCA*), sugerem que para cada ano do triênio 2020-2022, esperam-se cerca de 1.830 casos de câncer de tireoide em homens e 11.950 em mulheres, na topografia de cavidade oral 11.950 na população masculina e 4.010, em mulheres. Cerca de 6.470 casos de câncer de laringe devem ser diagnosticados em homens e 1.180 mulheres<sup>2</sup>. Os fatores etiológicos mais comuns são o consumo de tabaco e álcool, referindo-se principalmente para cavidade oral, hipofaringe, laringe e orofaringe. Há uma importante influência atribuível para a infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) em pacientes com câncer de orofaringe<sup>3</sup>. Diagnosticar o local específico do tumor, estágio e tipo histológico são importantes para nortear um tratamento personalizado<sup>4</sup>.

Pacientes com (CCP) frequentemente são submetidos à cirurgia para remoção do tumor, a qual pode ser associada ao tratamento adjuvante com radioterapia, e que pode ser associada ou não a quimioterapia<sup>5</sup>. Há também a cirurgia reconstrutiva, utilizada para reparação de defeitos ablativos maiores e mais complexos. Mas, apesar dos avanços nas cirurgias reconstrutivas, muitos pacientes ainda padecem de sofrimento relacionado à imagem corporal. Por isso, a cura da doença e as taxas de sobrevida podem se mostrar insuficientes para mensurar um resultado global satisfatório na percepção dos pacientes<sup>6</sup>.

O tratamento sistêmico, pode ser empregado associado ou não à radioterapia (RT) como tratamento curativo principal, tratamento adjuvante e também é uma opção de tratamento paliativo em casos de metástase a distância em CCP<sup>7</sup>. Outra opção importante é a imunoterapia, que mostra-se como nova aliada para o tratamento do CCP<sup>8</sup>.

Pela própria localização anatômica, o CCP pode impactar importantes funções vitais, atravessando as questões essenciais como alimentação, respiração e comunicação, além de envolver também atividade laboral, interação social e autoimagem<sup>9</sup>. O tratamento e a doença

podem causar impacto no indivíduo, tornando indispensável estarmos atentos às necessidades de prevenção e cuidados em saúde mental do paciente com CCP.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta cada vez com maior frequência a relevância do cuidado com a saúde mental “não existe saúde sem saúde mental”. Os transtornos mentais têm uma alta taxa de prevalência globalmente e afetam as pessoas em todas as regiões do planeta. Em 2019, aproximadamente uma em cada oito pessoas, ou seja, cerca de 970 milhões de pessoas no mundo eram diagnosticadas com algum transtorno mental, sendo os transtornos de ansiedade e depressão os mais prevalentes. Cerca de 280 milhões de pessoas vivem com depressão e com o transtorno de ansiedade aproximadamente 301 milhões. É preciso que as pessoas tenham acesso às possibilidades de tratamento, que englobam as abordagens psicoterápicas, psicofarmacológicas e mudanças no estilo de vida<sup>10</sup>.

A depressão tem um grande impacto na carga global de outras doenças, gerando incapacidade, afetando a dinâmica familiar, interação social e atividade laboral<sup>11</sup>. Pesquisas têm mostrado taxas alarmantes de depressão no paciente com CCP, variando entre 16-44%. Um estudo na instituição indicou uma taxa menor de sintomas depressivos quando comparados com a literatura internacional. Variáveis multifatoriais, estrutura de cuidados e questões sociais também podem influenciar as taxas de transtornos mentais em pacientes com CCP<sup>12</sup>.

A pandemia por COVID-19 trouxe pesados encargos para a população, incluindo isolamento, perdas de entes queridos e prejuízos financeiros. Estimativas iniciais indicam aumento das taxas de transtornos mentais de cerca de 26% para ansiedade e 28% para depressão na população geral<sup>13</sup>. A OPAS estima que, uma a cada quatro pessoas nas Américas apresentam algum tipo de transtorno mental<sup>14</sup>.

Em decorrência de sofrimento psíquico e transtornos mentais, o ser humano pode ter reações ao sofrimento que coloquem sua vida em risco, suscitando algumas situações como a ideação suicida, que é definida como o ato de pensar, desejar ou planejar o suicídio como uma solução para uma situação de sofrimento<sup>15</sup>. O comportamento suicida engloba um espectro de comportamentos que vão desde o desejo de não estar mais vivo, a concepção de ideias e planos para o ato suicida, podem passar para a estruturação do plano escolhido e evoluir para as tentativas de autoextermínio, em que o sujeito provoca a autolesão intencional, com uso de meios potencialmente letais, com a intenção de provocar o óbito, mas sem conseguir chegar ao evento

fatal. O suicídio vai além chegando ao ato e pode ser definido como a ação de deliberadamente encerrar a própria vida<sup>16</sup>.

Para além de um pensamento, uma ideação, um plano construído e um ato suicida, a pessoa que passa por tudo isso sofre, convive com a dor psíquica e com a angústia. Trata-se de uma resposta humana diante do sofrimento, perdas e frustrações. A maioria das pessoas elaboram de alguma forma, transformam em sintomas ou transtornos mentais. Mas para uma parcela da população mundial este sofrimento culmina no pior desfecho possível: o suicídio. Há um conflito entre a vontade de matar o corpo “pulsão de morte” e a vontade de sobreviver “pulsão de vida”<sup>4</sup>. Se ampliarmos o panorama epidemiológico podemos encarar o suicídio como um desafio para a saúde pública e que pode ser lido como um comportamento que transgride às leis biológicas, desafia costumes e tradições culturais e ofende crenças religiosas, tornando-se um tabu<sup>17</sup>.

De acordo com a *Global Health Estimates*, se somadas as mortes por suicídio de todos os anos, mais pessoas morreram em decorrência do suicídio do que por malária, HIV/AIDS, câncer de mama, guerras e homicídios. Estima-se que mais de uma em cada 100 mortes (1,3%) em 2019 foram decorrentes de suicídio, aproximadamente 800 mil pessoas perdem a vida devido ao suicídio<sup>12</sup>. Em 2019 no Brasil tivemos 11.291 casos registrados, uma taxa bruta de 10.3% por cada 100 mil habitantes, variando significativamente de acordo com cidades e regiões<sup>18</sup>. A população indígena apresenta números expressivos, também a população de lavradores no Rio Grande do Sul. O Brasil possui uma taxa considerada elevada, devido à sua considerável população, está entre as dez nações que apresentam os maiores números absolutos de suicídios globalmente<sup>18</sup>. Há também um problema de subnotificação, já que muitos casos são classificados como acidentes de carro, afogamento, envenenamento acidental ou “mortes inexplicáveis”<sup>18</sup>.

Nos últimos 19 anos houve uma redução global de 36% nos índices de suicídio, contudo, nos países Americanos a realidade é oposta, pois esse índice aumentou em 17%. Possíveis fatores responsáveis por essa diferença envolvem questões sanitárias, socioeconômicas, culturais e históricas<sup>18</sup>.

Atualmente, o suicídio é considerado um evento complexo relacionado à saúde, resultante de fatores genéticos, ambientais, sociais e psicológicos/comportamentais. Estudos mostram que os transtornos mentais são fatores importantes de risco, como depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, dependência de álcool e uso de drogas psicoativas. Na maioria dos casos de suicídio há múltiplos fatores de risco, sendo que 85-95% dos falecidos possuíam algum

diagnóstico de transtorno mental próximo ao momento da morte. O suicídio é uma das dez principais causas de morte em muitos países. É mais comum entre os homens (12,6 por 100 mil) do que entre as mulheres (5,4 por 100 mil). Recentemente, houve um aumento significativo de suicídios entre adultos jovens e adolescentes a nível global<sup>12</sup>.

O número de tentativas de suicídio é substancialmente maior que o número de suicídios chegando em 10 a 20 vezes mais, e a tentativa anterior constitui-se como um elemento de risco para o comportamento suicida futuro<sup>16</sup>. O impacto do suicídio na saúde do indivíduo e nos serviços de saúde é grande, e estima-se que 1,4% da carga global de doenças seja devido a tentativas, o que acarreta importante “peso” sobre os sistemas de saúde<sup>18</sup>. É necessário refletir sobre o impacto na sociedade, pois estima-se que cerca de cinco a seis pessoas próximas ao falecido são profundamente impactadas de maneira significativa pelo suicídio do ente querido<sup>19</sup>. Pacientes internados em hospitais são expostos a fatores como dor, efeitos adversos de fármacos e preocupações com procedimentos, que podem levar à ansiedade, angústia e depressão<sup>20</sup>. Estudos mostram que as taxas de suicídio em ambientes hospitalares são alarmantes, nas internações em hospitais gerais cerca de 1,8 por 100 mil, sendo até 5 vezes mais que a população geral, chegando a 250 por 100 mil internações em hospitais psiquiátricos<sup>21</sup>.

Pacientes oncológicos apresentam um risco correspondente ao dobro em relação à população geral, com risco aumentado em até 13 vezes em média para os pacientes recém diagnosticados<sup>22</sup>. Pacientes com CCP possuem um risco duas a três vezes maior que as demais topografias<sup>23</sup>. Fatores específicos relacionados a este risco são gênero masculino, dor crônica, pouco suporte familiar e social, uso de substâncias ilícitas e transtornos mentais. O suicídio é um ato trágico, o mais extremo que o indivíduo pode tomar frente ao sofrimento. Dada a sua gravidade é preciso dar atenção ao sofrimento que leva a este ato, adotando medidas eficazes para prevenir o suicídio e abordar o sofrimento que o antecede<sup>24</sup>.

Considerando a urgência intrínseca à preservação da saúde e da vida, é imperativo que os profissionais da área da saúde cultivem uma sensibilidade aguçada em relação à seriedade e à relevância do tema em questão<sup>25</sup>. Tal postura requer um contínuo engajamento em processos de informação e capacitação em equipe, realçando a indispensável contribuição das instituições e do governo. Dessa forma, é possível estabelecer uma rede de serviços ampla e eficaz, capaz de prover assistência adequada e abrangente em todos os estágios de cuidado ao paciente CCP, desde a intervenção ambulatorial até o cirurgião<sup>26</sup>.

A pesquisa em saúde também é parte importante na contribuição de dados e estratégias de cuidado, risco de suicídio em oncologia e especificamente em pacientes com CCP é um tema que carece de literatura. Pesquisas nesta área podem auxiliar na identificação e análise do potencial de adoecimento psicológico e comportamento suicida em nosso meio. Há um estudo anterior na instituição, que avaliou risco de suicídio para pacientes com diagnóstico de câncer de próstata na instituição<sup>27</sup>. Diante dos resultados encontrados é importante considerar as particularidades do paciente com CCP, seus impactos na qualidade de vida, sintomas depressivos, ansiedade e índices elevados de comportamento suicida. É relevante também o levantamento de dados em saúde mental, para fornecer uma triagem adequada, proporcionar a possibilidade de instalação de protocolos e interlocução com o serviço de saúde mental da instituição e tratamento adequado para cada paciente<sup>28</sup>.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar e analisar o potencial risco de suicídio nos pacientes com CCP, utilizando instrumentos psicométricos, e definir possíveis fatores que possam ser protetivos e quais sinalizam potencializadores para o risco de suicídio.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Avaliar a possível associação de variáveis demográficas, clínicas e terapêuticas com o risco de suicídio.
- Avaliar o grau de ansiedade e depressão nos pacientes com CCP em período crítico de diagnóstico.
- Avaliar os resultados relativos à qualidade de vida da população estudada e suas associações com os resultados das demais variáveis.

### **3 METODOLOGIA**

Este é um estudo prospectivo, no qual foi realizada a aplicação de questionários e instrumentos psicométricos em 181 pacientes com diagnóstico de CCP, em tratamento na instituição.

#### **3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Foram selecionados participantes que preenchiam os seguintes critérios de inclusão:

- Pacientes diagnosticados com CCP, incluindo as principais topografias (boca, faringe, laringe, nasossinusal, glândulas salivares e tireoide);
- Adultos, com idade  $\geq 18$  anos;
- Ambos os gêneros;
- Pacientes em tratamento para CCP, diagnosticados dentro do período de até um ano na instituição.

#### **3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Foram excluídos:

- Indivíduos não alfabetizados, ou com déficit na compreensão e/ou expressão da linguagem devido à condição auto-aplicativa dos questionários;
- Pacientes com histórico de alterações neurológicas, relatadas pelos próprios pacientes e/ou em prontuário;
- Pacientes em condições clínicas desfavoráveis, com comprometimento do estado geral de saúde que os impeçam de participar do estudo;
- Pacientes que se recusaram a participar do estudo.

### **3.3 ASPECTOS ÉTICOS**

O referido trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do A.C.Camargo Cancer Center sob o número: CAAE52265121.5.0000.5432, aprovação 3138/21, Alias do projeto: CGdFK4216 . Não há conflitos de interesse no presente trabalho.

Após preenchimento dos questionários e instrumentos foi realizada entrevista com os participantes, nos casos em que foram identificados sintomas depressivos ou ansiosos exacerbados ou risco de comportamento suicida, assim como nos casos relatados de tentativas de autoextermínio, esses pacientes foram acolhidos pela pesquisadora e encaminhados para o departamento de saúde mental da instituição. Todos os pacientes que desejaram tiveram acompanhamento em saúde mental.

Esta pesquisa não apresenta riscos iminentes para a saúde e bem estar dos participantes. Os possíveis riscos referem-se à potencial risco de perda da confidencialidade dos dados.

### **3.4 RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES**

Pacientes atendidos no departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do ACCC com diagnósticos de CCP, que preencheram os critérios de inclusão foram convidados de forma oral (pela pesquisadora principal) a participar do estudo. Neste momento, os pacientes foram esclarecidos a respeito dos objetivos do estudo e do modo como ele seria realizado, garantindo a confidencialidade das informações obtidas, e que as mesmas não iriam interferir de nenhuma forma no tratamento. Concordando com os termos, os pacientes assinaram o termo de TCLE, em duas vias, na qual uma delas foi entregue ao participante.

### **3.5 COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi realizada no ambulatório do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia, ambulatório de quimioterapia e unidades de internação do ACCC, no período de abril de 2021 a julho de 2022. Os pacientes foram abordados, convidados a participar da pesquisa, e, quando dado o aceite, receberam e assinaram o TCLE (anexo 1) em duas

vias, no qual foi entregue uma cópia assinada para o participante e outra via permanece sob os cuidados do pesquisador.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram entregues aos pacientes para serem auto-aplicados, antes ou após as consultas nos pacientes ambulatoriais, ou nas enfermarias para os pacientes que se encontravam internados. A pesquisadora ficava à disposição para esclarecer alguma dúvida durante o preenchimento, mas não exercia nenhuma influência no preenchimento dos mesmos. Além do preenchimento dos instrumentos e questionários, foram coletados nos prontuários de cada participante, dados complementares referentes às variáveis demográficas (nome, idade, data de nascimento, gênero, estado civil, grau de escolaridade e atividade laboral), variáveis clínico-terapêuticas referentes a diagnóstico médico (CID), data do diagnóstico, estadiamento, sítio da lesão primária, tratamento com cirurgia, RT, QT e reconstrução, histórico oncológico familiar, se possuía antecedente oncológico pessoal, diagnósticos em saúde mental e uso de medicação psiquiátrica.

Todos os dados foram lançados primeiramente em planilha do programa Excel (Windows), em seguida foram trabalhados os dados e criadas variáveis com os escores dos instrumentos utilizados, essas informações foram organizadas em banco de dados.

### 3.6 INSTRUMENTOS

Foram utilizados os seguintes questionários e instrumentos psicométricos: Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington (*UW-QOL*), Escala de Ansiedade e Depressão (HADS), seção de risco de suicídio do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) , Teste de Fagerstrom para dependência de nicotina (FTND) (Fagerstrom, 1978), *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener* (CAGE).

- **Questionário Sociodemográfico**

Este questionário aborda informações relativas ao grau de instrução, estado civil, profissão, religião, antecedentes de saúde física e mental, uso de medicação psicotrópica, histórico oncológico familiar, diagnóstico de alguma síndrome hereditária. Informações adicionais também

foram coletadas, relativas ao sistema de saúde utilizado, se compareceu á consulta acompanhado, se reside sozinho, se possui animal de estimação sob sua responsabilidade, tabagismo, uso de drogas ilícitas, consumo de álcool, tratamento psiquiátrico prévio, caso de suicídio na família, histórico pessoal e familiar de tentativa de suicídio. O questionário também aborda informações relativas às variáveis clínicas como (CID e estadiamento) que também foram obtidas e/ou confirmadas a partir do prontuário. [Anexo 2].

- **Questionário Critério de Classificação Econômica Brasil.**

Tal questionário possibilita compreender as condições de moradia e estrutura familiar do ponto de vista sociodemográfico<sup>29</sup>. A classificação é feita baseada na posse de bens e não com base na renda familiar, desta forma para cada bem possuído há uma pontuação e cada classe é definida pela soma dessa pontuação. As classes definidas pelo CCEB são A1, A2, B1, B2, C, D e E [Anexo 3]. O questionário possui pontuações específicas para cada item avaliado como água encanada, rua pavimentada, escolaridade e bens. O ponto de corte para as distribuições de classes são os seguintes: 1-A (45-100 pontos), 2-B1 (34-44 pontos), 3-B2 (29-37 pontos), 4C-1 (23-28 pontos), 5-C2 (17-22 pontos), 6-D-E (0-16 pontos).

- **Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington.**

Foi aplicado o Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington (UW-QOL) traduzido e validado para português por Vartanian et al. 2006). Este questionário avalia a qualidade de vida nos pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, na percepção do paciente na última semana. É autoaplicável, composto por 12 questões pertinentes à população<sup>30</sup>. Apresenta também uma questão que permite ao paciente sinalizar três domínios de sua qualidade de vida geral que lhe são mais importantes no momento, avalie sua qualidade de vida de forma geral e um espaço aberto para o paciente descrever qualquer outra questão que sinta necessidade de informar. Foi realizado teste paramétrico (teste t) para as condições de tratamento dos participantes [Anexo 4].

- **Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS).**

A escala HADs é uma escala autoaplicável, tem o objetivo de mensurar sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com doenças clínicas, em ambiente hospitalar, fora do contexto

psiquiátrico. É composta por 14 questões no modelo de múltipla escolha, são duas subescalas, uma para avaliar sintomas de ansiedade e outra para avaliar sintomas depressivos. Solicita-se ao paciente que responda considerando como se sentiu nos últimos sete dias<sup>31</sup>. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21, para fins avaliativos, considera-se os pontos de cortes recomendados por ZIGMOND E SNAITH (1983) para ambas as subescalas: conclui-se que escores até 8 alcançados nos itens que avaliam ansiedade considera-se que o paciente não está ansioso e escores a partir de 9 indicam que há ansiedade. O mesmo critério se aplica para indicar a presença ou não de sintomas depressivos<sup>32</sup>, esta escala foi traduzida e validada para o português no Brasil, por BOTEGA [Anexo 5].

- ***Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).***

O MINI é um instrumento de avaliação de risco de suicídio, sua aplicação é breve pois leva de 2 a 5 minutos, é autoaplicável com perguntas para se responder sim ou não. A seção consiste em seis questões, divididas em dois momentos. Nas cinco primeiras perguntas, avalia-se o risco de suicídio no último mês, além de investigar se o participante já fez alguma tentativa de suicídio ao longo da vida. O MINI foi traduzido e validado para o português por AMORIM. Classifica-se como uma entrevista diagnóstica estruturada curta, mas precisa. Foi desenvolvida em trabalho conjunto de psiquiatras e clínicos nos Estados Unidos e Europa, principalmente para transtornos psiquiátricos considerando DSM-IV e CID-10<sup>34</sup>. Se o participante respondeu algum sim entre as questões C1 e C6 soma-se o total de pontos das questões (C-1=1; C2=2; C3=6; C4=10; C5=10; C6=4). O ponto de corte e classificação para o risco de suicídio segundo o instrumento é de 1-5 pontos para risco baixo; 6-9 pontos para moderado e  $\geq 10$  pontos para risco alto<sup>34</sup>, [Anexo 6].

- ***Fagerstrom Test for Nicotine Dependence – FTND (Fagerstrom, 1978)***

O teste de Fagerstrom é um instrumento para triagem de dependência à nicotina, trata-se de uma ferramenta autoaplicável, amplamente utilizada em vários países. O teste consiste em seis perguntas e tem como finalidade obter uma medida da dependência de nicotina. Foi originalmente desenvolvido por Fagerström em 1978 e posteriormente readaptado por Heatherton em 1991<sup>35</sup>. A versão utilizada neste estudo foi traduzida e validada no Brasil por Carmo e Pueyo, em 2002 [36]. Com base na pontuação do teste, é viável classificar a dependência à nicotina em cinco níveis:

muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6 a 7 pontos); e muito alto (8 a 10 pontos) [Anexo 7].

- ***Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener (CAGE)***

O CAGE é um questionário autoaplicável que inclui quatro perguntas relacionadas ao acrônimo em inglês: “*Cut down*” (pensar em diminuir a quantidade habitual de consumo de álcool), “*Annoyed by criticism*” (ficar irritado com críticas recebidas), “*Guilty*” (sentir-se culpado após o consumo excessivo de álcool) e “*Eye opener*” (necessidade de beber logo pela manhã), o objetivo deste questionário é triar e Identificar indivíduos com indícios de alcoolismo. Foi desenvolvido por Mayfield, em 1974, A tradução e validação para o português no Brasil foram conduzidas por Masur e M. (1983) <sup>37</sup>. As perguntas são diretivas e o paciente deve responder de forma afirmativa ou negativa às quatro questões. A avaliação do resultado considerado positivo para alcoolismo quando duas ou mais perguntas obtêm a resposta afirmativa [Anexo 8].

### 3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para realizar a análise descritiva, foram apresentadas as medianas, desvios padrão, valores mínimos e máximo, assim como, as respectivas proporções para cada instrumento (escala MINI e qualidade de vida). Foi testado, também, para cada instrumento e variáveis de interesse as associações preliminares com o teste do qui-quadrado, com nível de significância estatística de  $p=0,05$ . Foram realizadas descritivas das variáveis de interesse em relação à média e mediana de qualidade de vida de acordo com a escala MINI e topografia, em seguida foi realizado teste paramétrico (teste t) para as condições de tratamento dos participantes. Foi explorado um modelo logístico a fim de se entender as associações de odds ratio para a população do estudo. Os dados foram analisados utilizando os programas STATA SE 14 e Microsoft Office Excel.

## 4 RESULTADOS

As proporções da população do estudo apresentam-se preponderantemente do sexo feminino (55.80%), a média de idade foi de 51,80 anos, parte considerável da amostra está entre as faixas etárias de 30 a 69 anos, 78.45%. Quanto ao consumo de tabaco, 61,3% reportaram não serem fumantes, 29,8% ex-fumantes e 8,8% fumantes ativos no momento do tratamento. As proporções das categorias de etilistas são muito semelhantes. Por tratar-se de uma amostra hospitalar de conveniência, a proporção maior são os diagnosticados com o subtipo de câncer de tireoide (51,9%), seguidos de cavidade oral e orofaringe.

**Tabela 1:** Características sociodemográficas e clínicas da amostra.

| <b>Características Sociodemográficas e Clínicas</b> |              |
|-----------------------------------------------------|--------------|
| <b>Sexo</b>                                         |              |
| Feminino                                            | 101 (55.80 ) |
| Masculino                                           | 80 (44.20)   |
| <b>Raça</b>                                         |              |
| Branco                                              | 147 (82.12 ) |
| Não Branco                                          | 32 (17.88)   |
| <b>Faixa etária</b>                                 |              |
| 19-29                                               | 11 (6.08)    |
| 30-39                                               | 33 (18.23)   |
| 40-49                                               | 41 (22.65)   |
| 50-59                                               | 37 (20.44)   |
| 60-69                                               | 31 (17.13)   |
| 70-79                                               | 18 (9.94)    |
| >80                                                 | 10 (5.52)    |
| <b>Escolaridade</b>                                 |              |
| Baixa escolaridade                                  | 52 (28.73)   |
| Alta escolaridade                                   | 129 (71.27)  |
| <b>Tabagismo</b>                                    |              |
| Não tabagista                                       | 111 (61.33)  |
| Abstinentes                                         | 54 (29.83)   |

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| Fumante ativo           | 16 (8.84)     |
| <b>Etilismo</b>         |               |
| Não etilista            | 55 (30.56)    |
| Abstinente              | 68 (37.78)    |
| Etilista ativo          | 57 (31.67)    |
| <b>Topografia</b>       |               |
| Tireoide                | 94 (51.93)    |
| Câncer de cavidade Oral | 30 (16.57)    |
| Orofaringe              | 16 (8.84)     |
| Nasofaringe             | 10 (5.52)     |
| Laringe                 | 12 (6.63)     |
| Neuro                   | 3 (1.66)      |
| Pele                    | 14 (7.73)     |
| Outros                  | 2 (1.10)      |
|                         | 181 (100.00%) |

Analizamos os dados separando a amostra em dois grupos, desta forma agrupamos os participantes da topografia Tireoide em um grupo e os demais no grupo “não Tireoide”:

**Tabela 2** : Descritiva com separação de topografia tireoide x demais CCP.

| Topografias         |                     |                 |        |
|---------------------|---------------------|-----------------|--------|
| Características     | Não Tireoide (n 87) | Tireoide (n 94) | %      |
| <b>Faixa etária</b> |                     |                 |        |
| 19-29               | 3 (27.27)           | 8 (72.73)       |        |
| 30-39               | 10 (30.30)          | 23 (69.70)      |        |
| 40-49               | 10 (24.39)          | 31 (75.61)      |        |
| 50-59               | 18 (48.65)          | 19 (51.35)      |        |
| 60-69               | 26 (83.87)          | 5 (16.13)       |        |
| 70-79               | 12 (66.67)          | 6 (33.33)       |        |
| >80                 | 8 (80.00)           | 2 (20.00)       |        |
| p-value             |                     |                 | <0,000 |
| <b>Sexo</b>         |                     |                 |        |
| Feminino            | 36 (35.64)          | 65 (64.36)      |        |
| Masculino           | 51 (63.75)          | 29 (36.25)      |        |
| p-value             |                     |                 | <0.366 |

|                     |             |            |        |
|---------------------|-------------|------------|--------|
| <b>Raça</b>         |             |            |        |
| Branco              | 67 (45.58)  | 80 (54.42) |        |
| Não Branco          | 19 ( 59.38) | 13 (40.63) |        |
| p-value             |             |            | <0,000 |
| <b>Escolaridade</b> |             |            |        |
| Baixa escolaridade  | 35 (67.31)  | 17 (32.69) |        |
| Alta escolaridade   | 52 (40.31)  | 77 (59.69) |        |
| p-value             |             |            | <0,157 |
| <b>Tabagismo</b>    |             |            |        |
| Não tabagista       | 45 (40.54)  | 66 (59.46) |        |
| Abstinente          | 33 (61.11)  | 21 (38.89) |        |
| Fumante ativo       | 9 ( 56.25)  | 7 (43.75)  |        |
| p-value             |             |            | <0,036 |
| <b>Etilismo</b>     |             |            |        |
| Não etilista        | 25 (45.45)  | 30 (54.55) |        |
| Abstinente          | 37 (54.41)  | 31 (45.59) |        |
| Etilista ativo      | 24 (42.11)  | 33 (57.89) |        |
| p-value             |             |            | <0,358 |

As análises descritivas demonstraram que, em média, os escores do questionário de qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com câncer de tireoide é maior que os demais tipos de cânceres agrupados, com aparente distribuição normal, visto que as médias e medianas de cada grupo são semelhantes (Tabela 3). O escore composto do questionário UW-QOL, que seria a média dos 12 domínios do instrumento, e que forneceria uma “fotografia” da QV dos indivíduos no momento da aplicação das ferramentas, mostrou que a qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com câncer de tireoide foi melhor que os demais tipos de cânceres agrupados. (Tabela 3).

**Tabela 3:** Descrição do score da qualidade de vida por tipo de diagnóstico no Núcleo de cirurgia de cabeça e pescoço, período de 2019-2022.

|                    | N  | Média (dp)    | Mediana | Min-Max        |
|--------------------|----|---------------|---------|----------------|
| <b>Topografia*</b> |    |               |         |                |
| Tireoide           | 94 | 85.03 (11.81) | 86.83   | 35.33 - 100,00 |
| Não tireoide       | 87 | 73.46 (16.10) | 75.79   | 30.50 - 100,00 |

\*p<0,001 Test-t de student

Analizamos as variáveis clínicas e tratamentos a fim de se entender os possíveis impactos dos mesmos na amostra de pacientes com CCP, desta forma foram selecionadas as variáveis: recidiva, QT, RT, cirurgia e reconstrução. Para este estudo os escores foram dicotomizados, considerando uma qualidade de vida satisfatória os pacientes que o escore composto do questionário apresentava pontuação acima de 70 pontos. Em seguida, avaliamos os escores de QV em relação às características clínicas da amostra, as variáveis associadas com pior QV foram os tratamentos de radioterapia, quimioterapia e reconstrução (p<0,05) (Tabela 4).

**Tabela 4:** Qualidade de vida de acordo com os dados clínicos dos pacientes CCP.

| Características Clínicas | Qualidade de vida |                    |           |
|--------------------------|-------------------|--------------------|-----------|
|                          | Satisfatório (%)  | Insatisfatório (%) | Total (%) |
| <b>Quimioterapia*</b>    |                   |                    |           |
| Não                      | 115 (82.73)       | 24 (17.27)         | 139 (100) |
| Sim                      | 22 (55.00)        | 18 (45.00)         | 40 (100)  |
| Total                    | 137 (76.54)       | 42 (23.46)         | 179 (100) |
| P-value                  |                   |                    | <0,001    |
| <b>Radioterapia</b>      |                   |                    |           |
| Não                      | 107 (81.68)       | 24 (18.32)         | 131 (100) |
| Sim                      | 30 (62.50)        | 18 (37.50)         | 48 (100)  |
| Total                    | 137 (76.54)       | 42 (23.46)         | 179 (100) |
| P-value                  |                   |                    | <0,007    |

|                      |             |            |           |
|----------------------|-------------|------------|-----------|
| <b>Cirurgia</b>      |             |            |           |
| <i>Não</i>           | 5 (100)     | 0 (00)     | 5 (100)   |
| <i>Sim</i>           | 133 (76.00) | 42 (24.00) | 175 (100) |
| <i>Total</i>         | 138 (76.67) | 42 (23.33) | 180 (100) |
| P-value              |             |            | 0.211     |
| <b>Recidiva</b>      |             |            |           |
| <i>Não</i>           | 115 (78.77) | 31 (21.23) | 146 (100) |
| <i>Sim</i>           | 22 (66.67)  | 11 (33.33) | 33 (100)  |
| <i>Total</i>         | 137 (76.54) | 42 (23.46) | 179 (100) |
| P-value              |             |            | 0.138     |
| <b>Reconstrução*</b> |             |            |           |
| <i>Não</i>           | 113 (85.61) | 19 (14.39) | 132 (100) |
| <i>Sim</i>           | 24 (52.17)  | 22 (47.83) | 46 (100)  |
| <i>Total</i>         | 137 (76.97) | 41 (23.03) | 178 (100) |
| P-value              |             |            | <0,001    |

**\*Teste do Qui-quadrado  $p<0,001$**

Para avaliar possíveis variáveis de risco, analisamos características sociodemográficas, clínicas e tratamentos, analisando-as como variáveis de interesse de acordo com a escala MINI. Podemos perceber que, de maneira geral, as maiores proporções de cada característica estão distribuídas entre as categorias de não risco e baixo risco da escala, com destaque para o câncer de tireoide e câncer de cavidade oral (Tabela 5).

**Tabela 5:** Características clínicas e sociodemográficas da amostra avaliando risco no MÍNI.

| <b>Características Sociodemográficas</b> |                      |                  |                     |                 |                  |
|------------------------------------------|----------------------|------------------|---------------------|-----------------|------------------|
| <b>Clínicas</b>                          |                      | <b>MINI</b>      |                     |                 |                  |
|                                          | <b>Não risco (%)</b> | <b>Baixo (%)</b> | <b>Moderado (%)</b> | <b>Alto (%)</b> | <b>Total (%)</b> |
| <b><i>Faixa etária</i></b>               |                      |                  |                     |                 |                  |
| 19-29                                    | 6 (54.55)            | 3 (27.27)        | 2 (18.18)           | 0 (0.00)        | 11 (100.00)      |
| 30-39                                    | 26 (78.79)           | 5 (15.15)        | 1 (3.03)            | 1 (3.03)        | 33 (100.00)      |
| 40-49                                    | 30 (73.17)           | 5 (12.20)        | 2 (4.88)            | 4 (9.76)        | 41 (100.00)      |
| 50-59                                    | 29 (78.38)           | 4 (10.81)        | 2 (5.41)            | 2 (5.41)        | 37 (100.00)      |
| 60-69                                    | 23 (74.19)           | 6 (19.35)        | 0 (0.00)            | 2 (6.45)        | 31 (100.00)      |
| 70-79                                    | 14 (77.78)           | 4 (22.22)        | 0 (0.00)            | 0 (0.00)        | 18 (100.00)      |
| >80                                      | 9 (90.00)            | 1 (10.00)        | 0 (0.00)            | 0 (0.00)        | 10 (100.00)      |
| p-value                                  |                      |                  |                     |                 | <b>0.550</b>     |
| <b><i>Sexo</i></b>                       |                      |                  |                     |                 |                  |
| Feminino                                 | 72 (71.29)           | 18 (17.82)       | 4 (3.96)            | 7 (6.93)        | 101 (100.00)     |

|                         |              |            |           |           |               |
|-------------------------|--------------|------------|-----------|-----------|---------------|
| Masculino               | 65 (81.25)   | 10 (81.25) | 3 (3.75)  | 2 (2.50)  | 80 (100.00)   |
| p-value                 | 0.366        |            |           |           |               |
| Raça                    |              |            |           |           |               |
| Branco                  | 115 (78.23)  | 20 (13.61) | 4 (2.72 ) | 8 (5.44)  | 147 (100.00 ) |
| Não Branco              | 20 (62.50)   | 8 (25.00)  | 3 (9.38)  | 1 (3.13)  | 32 (100.00)   |
| p-value                 | 0.098        |            |           |           |               |
| Escolaridade            |              |            |           |           |               |
| Baixa escolaridade      | 38 (73.08)   | 9 (17.31)  | 2 (3.85)  | 3 ( 5.77) | 52 (100.00)   |
| Alta escolaridade       | 99 (76.74)   | 19 (14.73) | 5 (3.88)  | 6 (4.65)  | 129 (100.00)  |
| p-value                 | 0.957        |            |           |           |               |
| Tabagismo               |              |            |           |           |               |
| Não tabagista           | 92 (82.88)   | 11 (9.91)  | 3 (2.70)  | 5 (4.50)  | 111 (100.00)  |
| Abstinente              | 35 (64.81)   | 12 (22.22) | 3 (5.56)  | 4 (7.41)  | 54 (100.00)   |
| Fumante ativo           | 10 (62.50)   | 5 (62.50)  | 1 (6.25)  | 0 (0.00 ) | 16 (100.00)   |
| p-value                 | 0.093        |            |           |           |               |
| Etilismo                |              |            |           |           |               |
| Não etilista            | 41 ( 74.55)  | 8 (14.55)  | 2 (3.64)  | 4 (7.27)  | 55 (100.00)   |
| Abstinente              | 56 (82.35)   | 8 (11.76)  | 2 (2.94)  | 2 (2.94)  | 68 (100.00)   |
| Etilista ativo          | 39 (68.42)   | 12 (21.05) | 3 (5.26)  | 3 (5.26)  | 57 (100.00)   |
| p-value                 | 0.653        |            |           |           |               |
| Topografia              |              |            |           |           |               |
| Tireoide                | 75 (79.79)   | 11 (11.70) | 4 (4.26)  | 4 (4.26)  | 94 (100.00)   |
| Câncer de cavidade Oral | 18 (60.00)   | 6 (20.00)  | 2 (6.67)  | 4 (13.33) | 30 (100.00)   |
| Orofaringe              | 14 (87.50)   | 2 (12.50)  | 0 (0.00)  | 0 (0.00)  | 16 (100.00)   |
| Nasofaringe             | 5 (50.00)    | 5 (50.00)  | 0 (0.00)  | 0 (0.00)  | 10 (100.00)   |
| Laringe                 | 10 (83.33)   | 2 (16.67)  | 0 (0.00)  | 0 (0.00)  | 12 (100.00)   |
| Neuro                   | 1 (33.33)    | 2 (66.67)  | 0 (0.00)  | 0 (0.00)  | 3 (100.00)    |
| Pele                    | 13 (92.86)   | 0 (0.00)   | 0 (0.00)  | 1 (7.14)  | 14 (100.00)   |
| Outros                  | 1 (50.00)    | 0 (0.00)   | 1 (50.00) | 0 (0.00)  | 2 (100.00)    |
| p-value                 | 0.006        |            |           |           |               |
| Quimioterapia*          |              |            |           |           |               |
| Não                     | 106 ( 76.26) | 19 (13.67) | 6 (4.32)  | 8 (5.76)  | 139 (100.00)  |
| Sim                     | 30 (73.17)   | 9 (21.95)  | 1 (2.44)  | 1 (2.44)  | 41 (100.00)   |
| Total                   | 136 (75.56)  | 28 (15.56) | 7 ( 3.89) | 9 (5.00)  | 180 (100.00)  |
| p-value                 | 0.490        |            |           |           |               |
| Radioterapia            |              |            |           |           |               |
| Não                     | 96 ( 73.28)  | 21 (16.03) | 6 (4.58)  | 8 (6.11)  | 131 (100.00)  |
| Sim                     | 40 (81.63)   | 7 (14.29)  | 1 (2.04)  | 1 (2.04)  | 49 (100.00)   |
| Total                   | 136 (75.56)  | 28 (15.56) | 7 (3.89)  | 9 ( 5.00) | 180 ( 100.00) |
| p-value                 | 0.538        |            |           |           |               |
| Cirurgia                |              |            |           |           |               |
| Não                     | 3 (60.00)    | 2 (40.00)  | 0 (0.00)  | 0 (0.00)  | 5 (100.00)    |
| Sim                     | 134 (76.14)  | 26 (14.77) | 7 (3.98)  | 9 (5.11)  | 176 ( 100.00) |
| Total                   | 137 (75.69)  | 28 (15.47) | 7 (3.87)  | 9 ( 4.97) | 180 (100.00)  |
| p-value                 | 0.454        |            |           |           |               |
| Reconstrução*           |              |            |           |           |               |
| Não                     | 103 (77.44)  | 18 (13.53) | 5 (3.76)  | 7 (5.26)  | 133 (100.00)  |
| Sim                     | 33 (71.74)   | 9 (19.57)  | 2 (4.35)  | 2 (4.35)  | 46 (100.00)   |
| Total                   | 136 (75.98)  | 27 (15.08) | 7 (3.91)  | 9 (5.03)  | 179 (100.00)  |
| p-value                 | 0.787        |            |           |           |               |

Na Tabela 6, examinamos os escores de Qualidade de Vida (QV) da amostra, já dicotomizados, e avaliamos sua relação com o MINI, com o objetivo de identificar possíveis associações entre a QV e o risco de suicídio na população estudada.

O grupo de pacientes com qualidade de vida insatisfatória apresentou pontuações mais elevadas nas categorias de risco do MINI, em comparação com o grupo que possui uma QV de vida satisfatória, destes 52,4% possuíam não risco na escala MINI e 7,1% possuíam alto risco para a mesma escala, com significância estatística para o teste do qui-quadrado (Tabela 6).

**Tabela 6:** Associação entre qualidade de vida e escala MINI dos pacientes.

| MINI*             | Qualidade de vida |                    | Total       |
|-------------------|-------------------|--------------------|-------------|
|                   | Satisfatória (%)  | Insatisfatória (%) |             |
| <i>Não risco</i>  | 114(82.2.61)      | 22 (52.38)         | 136 (75.56) |
| <i>Risco leve</i> | 15 (10.87)        | 13 (30.95)         | 28 (15.56)  |
| <i>Moderado</i>   | 3 (2.17)          | 4 ( 9.52)          | 7 (3.89)    |
| <i>Alto</i>       | 6 ( 4.35)         | 3 (7.14)           | 9 (5.00)    |
| <b>Total</b>      | 138 (100)         | 42 (100)           | 181 (100)   |

\*Teste do Qui-quadrado  $p < 0,0001$

Foi realizada análise clínica dos participantes da topografia Tireoide que pontuaram na escala MINI, compreende-se que esta é uma amostra cirúrgica (Tireoidectomia), foi realizado esvaziamento cervical em 35,3% destes e apenas 11,8% apresentaram complicações. Também se observou que 47,1% foram classificados com doença de baixo risco, 47,1% com risco intermediário e 5,6% com alto risco. Avaliou-se o estágio da doença no período das entrevistas e destes 52,9% apresentaram estágio inicial, 29,4% intermediário e 17,6% estavam com doença avançada. Parte expressiva da amostra não apresentou recidiva (76,5%), a Iodo terapia foi aplicada em 41,2% dos participantes e apenas 5,9% foram submetidos à radioterapia (tabela 7).

Foram realizadas análises retrospectivas nos prontuários médicos dos participantes da topografia tireoide, com o propósito de investigar os resultados dos exames laboratoriais de

paratormônio (PTH) e cálcio, visando identificar a possível ocorrência de hipocalcemia durante o período das entrevistas clínicas. O objetivo era estabelecer uma base biológica plausível para os sintomas depressivos observados e, por conseguinte, sustentar as associações clínicas encontradas por meio de uma análise mais aprofundada.

**Tabela 7-** Características Clínicas e variáveis específicas para pacientes da topografia tireoide.

| Características Clínicas Tireoid |  | MINI          |            |              |          |             |
|----------------------------------|--|---------------|------------|--------------|----------|-------------|
| N=94                             |  |               |            |              |          |             |
|                                  |  | Não risco (%) | Baixo (%)  | Moderado (%) | Alto (%) | Total (%)   |
| Topografia                       |  |               |            |              |          |             |
| Tireóide                         |  | 75 (79.99)    | 11 (11.70) | 4 (4.26)     | 4 (4.26) | 94 (100.00) |
| *Cirurgia                        |  |               |            |              |          |             |
| *Realizou                        |  | 75 (79.99)    | 11 (11.70) | 4 (4.26)     | 4 (4.26) | 94 (100.00) |
| Esvaziamento                     |  |               |            |              |          |             |
| Realizou                         |  | 43 (78.18)    | 7 (12.73)  | 2 (3.64)     | 3 (5.45) | 55 (100.00) |
| Não realizou                     |  | 30 (81.08)    | 4(10.81)   | 2 (5.41)     | 1 (2.70) | 37 (100.00) |
| Radioiodoterapia                 |  |               |            |              |          |             |
| Realizou                         |  | 73 (80.22)    | 11 (12.09) | 3 (3.30)     | 4 (4.40) | 91 (100.00) |
| Não realizou                     |  | 2 (66.67)     | 0 (0.00)   | 1 (33.33)    | 0 (0.00) | 3 (100.00)  |

Não foi feito teste do chi quadrado pois não é gerado tabela de contingência. Temos apenas a distribuição das ocorrências.

\*Na presente amostra, todos os pacientes de C.A. Tireoide foram submetidos a procedimento cirúrgico.

A regressão logística demonstrou que os valores de OR estão mais associadas ao risco entre os diagnosticados com os demais tipos de CCP comparado com os diagnosticados com câncer de tireoide. O grupo de não tireoide apresentou uma associação de maior risco (OR 9,85 – IC 1,40-66,80) em pontuar a na categoria risco alto do MINI quando comparado com os diagnosticados com câncer de tireoide (OR 0,10 - IC 0,15-0,71) ajustado para escolaridade, raça, sexo, faixa etária, tabagismo e etilismo. Importante atentar-se que, foi percebido uma associação de risco (OR 4,11 IC 0,84-20,20) na captação de sintomas depressivos segundo a HADS, para o

grupo dos diagnosticados com câncer de tireoide quando comparados ao grupo não tireoide (Tabela 8). Podemos, nesta análise, inferir que os pacientes de CCP não-tireoide estão mais propensos a pontuar proporcionalmente na escala MINI quando comparados aos pacientes do grupo tireoide, e que pacientes do grupo tireoide podem apresentar algum risco quando apresentam sintomas depressivos.

**Tabela 8:** Regressão logística de acordo com o tipo de diagnóstico ajustado para escolaridade, raça, sexo, faixa etária, tabagismo e etilismo, dos pacientes no Núcleo de cirurgia de cabeça e Pescoço, período de 2019-2022.

| Variáveis                | Diagnóstico |              |              |              |
|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
|                          | Tireoide    |              | Não tireoide |              |
|                          | OR          | IC 95%       | OR           | IC 95%       |
| <b>MINI</b>              |             |              |              |              |
| <i>Não risco</i>         | ref.        |              | ref.         |              |
| <i>Baixo†</i>            | 0,55        | 0,13 - 2,32  | 1,81         | 0,43 - 7,60  |
| <i>Moderado</i>          | 0,98        | 0,09 - 11,00 | 1,02         | 0,09 - 11,39 |
| <i>Alto*</i>             | 0,10        | 0,15 - 0,71  | 9,85         | 1,40 - 66,80 |
| <b>Qualidade de vida</b> |             |              |              |              |
| <i>Acima da média</i>    | ref.        |              | ref.         |              |
| <i>Abaixo da média</i>   | 0,14        | 0,27 - 0,79  | 7,17         | 1,27 - 40,55 |
| <b>Quimioterapia</b>     |             |              |              |              |
| <i>Não</i>               | ref.        |              | ref.         |              |
| <i>Sim</i>               | 1,00        |              | 1,00         |              |
| <b>Radioterapia</b>      |             |              |              |              |
| <i>Não</i>               | ref.        |              | ref.         |              |
| <i>Sim*†</i>             | 0,15        | 0,31 - 0,72  | 6,67         | 1,38 - 32,15 |
| <b>HADS ansiedade</b>    |             |              |              |              |
| <i>Não</i>               | ref.        |              | ref.         |              |
| <i>Sim</i>               | 0,82        | 0,25 - 2,75  | 1,21         | 0,36 - 4,03  |
| <b>HADS depressão</b>    |             |              |              |              |
| <i>Não</i>               | ref.        |              | ref.         |              |
| <i>Sim</i>               | 4,11        | 0,84 - 20,20 | 0,24         | 0,05 - 1,19  |

\*p-value 0,02 para diagnosticados Tireoide; \*\*p-value 0,05 para diagnosticados Tireoide

†p-value 0,02 para diagnosticados CCP sem tireoide; ††p-value 0,05 para diagnosticados CCP sem tireoide

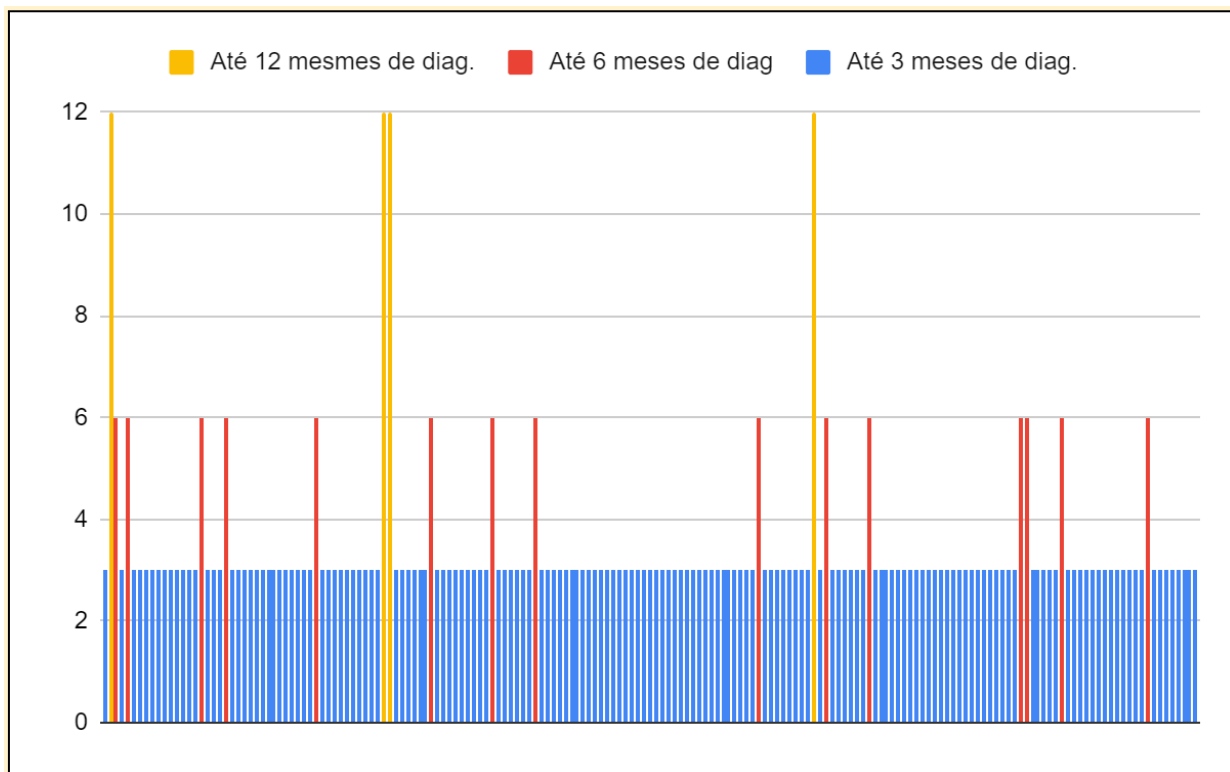
Comparamos os resultados encontrados nos instrumentos UW-QOL e HADS com o MINI, e observamos algumas associações com significância estatística (Tab 9). Para a escala HADS, que avalia sintomas de ansiedade e depressão, os subescores de ansiedade (HADS-A) e depressão (HADS-D) foram dicotomizados para análise. Ressaltando que entre os indivíduos que responderam com qualidade de vida insatisfatória no UW-QOL, 47% destes pontuaram em algum grau na escala MINI.

**Tabela 9** - Características Clínicas e Instrumentos HADS, UW-QOL e MINI.

| Características Clínicas |               | MINI        |              |            |               |
|--------------------------|---------------|-------------|--------------|------------|---------------|
| N = 181                  | Não risco (%) | Baixo (%)   | Moderado (%) | Alto (%)   | Total (%)     |
| HADS depressão           |               |             |              |            |               |
| Ausência de sintomas     | 108 (83.08)   | 15 (11.54)  | 4 (3.08)     | 3 (2.31)   | 130 (100)     |
| Presença de sintomas     | 29 (56.86)    | 13 (25.49)  | 3 (5.88)     | 6 (11.76)  | 51 (100)      |
| p-value                  |               |             |              |            | 0,002         |
| HADS Ansiedade           |               |             |              |            |               |
| Ausência de sintomas     | 84 (86.60)    | 9 (9.28)    | 2 ( 2.06 )   | 2 ( 2.06 ) | 90 ( 100.00 ) |
| Presença de sintomas     | 53 (63.10)    | 19 (22.62)  | 5 (5.95 )    | 7 (8.33 )  | 84 ( 100.00)  |
| p-value                  |               |             |              |            | 0,003         |
| UW-QOL                   |               |             |              |            |               |
| Insatisfatório           | 22 (52.38)    | 13 (30.95 ) | 4 (9.52)     | 3 (7.14 )  | 42 (100.00)   |
| Satisfatório             | 114 ( 82.61)  | 15 (10.87)  | 3 ( 2.17 )   | 6 (4.35)   | 138 (100.00)  |
| p-value                  |               |             |              |            | 0,001         |

Foi realizada uma análise temporal da amostra total considerando o tempo de diagnóstico no momento da coleta. Classificamos três períodos para fins de análise: até três meses, de quatro a seis meses e de sete a doze meses de diagnóstico. Na presente amostra, observou-se que a maior parte dos participantes foram entrevistados dentro dos primeiros três meses de diagnóstico (Gráfico 1).

**Gráfico 1:** Análise temporal entre a coleta e a data do diagnóstico.



Para o modelo múltiplo, as variáveis gênero, uso de drogas ilícitas, tempo do diagnóstico (entre outras) entraram como ajuste. Indivíduos que passaram por tratamento cirúrgico tendem a estarem protegidos para pontuar em algum “risco” na escala MINI. Na presente amostra, os indivíduos que pontuaram na escala HADS-A e HADS-D apresentam maior risco de pontuar na escala MINI. Observa-se também que indivíduos que passaram pelo tratamento de reconstrução tendem a pontuar algum risco na escala MINI (tabela 10). As características com maior chance (associação) do paciente de pontuar no risco para o MINI são: ser solteiro, ter feito cirurgia com reconstrução, ter sintomas de ansiedade e depressão. O modelo apresentou que 33% do modelo explica a realidade.

**Tabela 10:** Tabela Modelo Múltiplo de regressão logística das variáveis e instrumentos.**Tabela Modelo Múltiplo**

| MINI                      |          |          |           |            |
|---------------------------|----------|----------|-----------|------------|
| Variáveis                 | OR crude | IC 95%   | OR Ajusta | IC 95%     |
| <b>Estado civil</b>       |          |          |           |            |
| <i>Solteiro</i>           | 1.016904 | 4.453441 |           | 1.02-10.27 |
| <i>Casado</i>             |          |          |           |            |
| <b>Reconstrução</b>       |          |          |           |            |
| <i>Sim</i>                | .7126813 | 3.185747 |           | 0.89-11.13 |
| <i>Não</i>                |          |          |           |            |
| <b>Cirurgia</b>           |          |          |           |            |
| <i>Sim</i>                | .0425138 | 2.276674 |           | 0.00-0.32  |
| <i>Não</i>                |          |          |           |            |
| <b>Trat. psiquiátrico</b> |          |          |           |            |
| <i>Sim</i>                | .8296635 | 3.39719  |           | 0.09-2.23  |
| <i>Não</i>                |          |          |           |            |
| <b>HADS ansiedad</b>      |          |          |           |            |
| <i>Sim</i>                | 1.815448 | 7.867916 |           | 1.08-9.20  |
| <i>Não</i>                |          |          |           |            |
| <b>HADS depressã</b>      |          |          |           |            |
| <i>Sim</i>                | 1.814173 | 7.644917 |           | 1.25-10.96 |
| <i>Não</i>                |          |          |           |            |

## 5 DISCUSSÃO

Avaliar o risco de suicídio em pacientes com CCP é uma questão de saúde pública, pois as taxas são expressivamente maiores em comparação com a população geral. A OMS alerta sobre a incidência de suicídios e crescente aumento de diagnósticos em transtornos mentais no mundo<sup>12</sup>. De acordo com a OMS não se percebeu aumento das taxas relativas ao Covid-19, mas ocorreu aumento nas taxas de depressão e ansiedade neste mesmo período. Como o grupo de doenças mentais está dentro do espectro das doenças crônicas (não-transmissíveis), e sendo assim, os desfechos em saúde são a longo prazo, espera-se que o evento Covid impacte nas taxas de suicídio para a próxima década<sup>23</sup>.

O bem-estar emocional e a saúde mental requerem redobrada atenção na população com CCP, pois podem influenciar significativamente na tomada de decisões dos pacientes. Um estudo qualitativo relata que os pacientes frequentemente apresentam e expressam emoções negativas tanto ao receberem o diagnóstico quanto durante o processo de tomada de decisão em relação ao tratamento. Cirurgiões e pacientes reconhecem o medo e a ansiedade dos pacientes como uma razão para escolher a tireoidectomia ao invés de vigilância ativa, em casos elegíveis para tal opção, e isso pode levar ao risco de excesso de tratamento. A escuta empática, o acolhimento e a validação de sentimentos do paciente somados às elucidações sobre o quadro clínico atual, prognóstico e tratamento indicado, são importantíssimos neste período<sup>40</sup>.

O ser humano não almeja simplesmente viver, mas busca uma existência com qualidade, onde cada detalhe cotidiano e cada situação significativa contribua para o bem-estar e a satisfação pessoal. A QV influencia a concepção do indivíduo sobre sua inserção na vida, a vinculação com a mesma e rege a simbolização dos fatos e acontecimentos<sup>34</sup>. O adoecimento oncológico atravessa a QV e ao “tocar o corpo” tem um potencial de afetar grupos com demandas específicas como o de pacientes com CCP<sup>43</sup>. Em nossa amostra percebemos que os pacientes da topografia não-tireoide relataram uma percepção pior da QV com média de 73.46, comparados ao grupo tireoide que obteve média de 85.02 (Tabela 3). Além disso, também apresentaram sete vezes mais chances de obter uma qualidade de vida considerada insatisfatória, mostrando que o tipo de doença e tratamento apresentam características próprias que impactam diferentemente na percepção da QV<sup>22</sup>.

A topografia cavidade oral apresentou os resultados mais expressivos em relação à escala MINI com um total de 40% dos participantes pontuando em algum dos três níveis da escala e 13,33% pontuando na categoria alta do MINI (Tabela 5). Os múltiplos fatores que constituem a realidade do paciente CCP podem tornar a trajetória árdua e desafiadora em amplos aspectos, tornando-o mais exposto à ansiedade e depressão, que significativamente estão associadas à menor sobrevivência e inferior capacidade de enfrentamento<sup>44</sup>. Essas características podem compor um quadro de sofrimento psicológico e um risco de suicídio 11 vezes maior que a população geral<sup>45</sup>, sendo que na presente amostra, obtivemos uma OR 9,85 quando comparados aos da topografia tireoide (Tabela 8).

O paciente com CCP pode ser convocado a fazer importantes escolhas logo após o diagnóstico, investir em tratamentos com possibilidade curativa, mesmo que incluam procedimentos radicais em detrimento de tratamentos que priorizem a QV. Uma pesquisa realizada com pacientes de CCP avançado sinalizou uma boa aceitação do tratamento cirúrgico, cerca de 91,2 % fariam novamente se fosse necessário e 95,6% não trocariam o resultado atual por outro tratamento com menor chance de cura, mesmo que proporcionasse uma melhor QV<sup>46</sup>. Para o psicanalista inglês D.W. Winnicott, há algo salutar na essência do ser humano que o faz sentir que “a experiência da vida faz sentido e crer que vale a pena a continuidade do existir”. Mesmo diante do sofrimento no corpo e do psíquico, essa perspectiva pode trazer algum sentido às tomadas de decisões dos pacientes - mesmo diante de estadiamentos avançados, permitindo espaço para a concepção de uma vida possível e uma singularidade que resiste às intempéries da vida. Pois as circunstâncias convocam o paciente a movimentar-se entre a queixa e a possibilidade de entrar em modo criativo e reinventar-se, a partir da perspectiva de que viver é algo que contempla diversos aspectos, incluindo o adoecer, sentir angústia e enfrentar as diversidades da vida, tornando o indivíduo capaz de sobreviver ao sofrimento sem desfalecer<sup>47</sup>.

No presente estudo verificou-se que dos pacientes que sinalizaram uma QV insatisfatória, 47% pontuaram em algum grau na escala MINI (Tabela 6). Indicando assim que quanto pior se vive ou se concebe a vida, maiores as chances de o sujeito ao menos desejar “não estar mais vivo”, apresentar ideação suicida ou ainda, tentar suicídio. As variáveis clínicas que foram associadas à pior QV foram os tratamentos de RT, QT e reconstrução (Tabela 4), vale refletir que o impacto do diagnóstico e dos tratamentos não se manifesta apenas em resposta direta aos desconfortos e perdas físicas, mas abrange uma dimensão subjetiva profunda.

Outro estudo com pacientes CCP de estadiamentos mais avançados (EC III e IV), abordou a temática da escolha do tratamento sob o olhar do paciente, 56% responderam que se precisasse escolher fariam todo tratamento novamente e 41% acreditavam que os benefícios superam os efeitos adversos. Mas este mesmo estudo apontou que 42% destes declararam terem perdido a alegria de viver<sup>48</sup>, evidenciando a profunda vulnerabilidade dos pacientes em tratamento, pois apesar de estarem plenamente envolvidos nos cuidados terapêuticos, esses pacientes podem vivenciar sentimentos e crenças contraditórias, mantendo uma aparência de equilíbrio e enfrentamento adequados, mas, ao mesmo tempo, experimentando grandes dores, tristezas e desesperanças. Por isso, gestos, palavras e atitudes da equipe de cuidados, são tão importantes para o paciente neste contexto <sup>49</sup>.

Percebe-se uma dualidade entre o desejo de viver (investindo nos tratamentos radicais) e o incômodo com os limites impostos ao corpo, o sofrimento físico, os limites/perdas funcionais. Desejos não atendidos são vivenciados pela lógica da falta, da insatisfação e mal-estar. O paciente diagnosticado é arrancado da forma como concebeu a vida até o momento e é lançado em uma nova realidade, na qual como tudo na vida não funciona de forma idealizada, assim como os ideais de saúde e felicidade: não são possíveis plenamente, mas se apresentam conforme as possibilidades da vida e até de forma episódica, essa “interdição” desperta incômodos e angustiam o paciente, que muitas vezes não nomeia o que está sentindo, não expressa em palavras, em ideias, mas manifesta em sintomas, angústias e gestos incompreendidos até mesmo pelo próprio sujeito<sup>50</sup>.

Quando o sujeito percebe que algo foi perdido ele experimenta o luto, que pode ser concreto ou imaginado. O indivíduo se move do luto à luta, pela sobrevivência, pela retomada de um lugar de conforto. Ele investe em esforços a fim de, ao menos, distanciar sua doença da morte. Além de todo cuidado médico, há um trabalho que é possível ao psicólogo neste momento, onde se convoca o ser humano a lidar com a mortalidade inerente ao ser humano, a trabalhar o seu luto, se autorizando a sofrer e abrindo espaço para que possa também se reconstruir<sup>51</sup>. Não é sem razão que a presença da psicologia na equipe multidisciplinar é garantida por lei ao paciente oncológico<sup>52</sup>, fazendo-se necessária sua presença quando o paciente em algum momento apresenta alguma demanda, essa escuta pode ser feita antes da cirurgia “na internação”, pouco tempo após “ainda na UTI”, há impasses do dia a dia que convocam o paciente a expor sua demanda ao médico, a enfermeira, ao psicólogo<sup>49</sup>. Essa emergência que a angústia traz instala a possibilidade da subjetividade, não é raro que o médico e o psicólogo sejam convocados para acolher e escutar

esse paciente que muitas vezes ainda não pode falar com a boca, mas precisa ser escutado, e a equipe precisa promover esse espaço de sustentação<sup>43</sup>.

Os pacientes da topografia câncer de tireoide geralmente recebem o diagnóstico com o prognóstico de altas chances de cura e diversas formas de tratamento. Nossa amostra apresentou QV considerada boa 85.02 (Tabela 3), menos chances de apresentarem risco de suicídio de acordo com a escala MINI quando comparados ao grupo não-tireoide (Tabela 5). Mas é importante atentar-se que diante de sintomas depressivos (HADS - D), foi encontrada OR 4,11 (Tabela 8), mostrando que olhar apenas as características da doença oncológica não compreende o sujeito em sua totalidade, pois mesmo diante de um diagnóstico mais indolente e tratamentos menos invasivos do que das demais topografias de CCP, ainda assim o adoecer oncológico e os tratamentos são experimentados de forma impactante e a depressão traz um peso importante<sup>53</sup>.

Os dados podem se apresentar em acréscimo de proporção devido à depressão, que possivelmente já acometia esta população como um adoecimento mental de base, pois na análise clínica destes pacientes que pontuaram na escala MINI, não foram encontrados dados que justifiquem os achados: apenas 11,8% apresentaram complicações cirúrgicas, 17,6% estavam com doença avançada e apenas 5,9% foram submetidos à radioterapia. Mas devemos considerar que há outros fatores de risco: o impacto emocional desde o diagnóstico à reabilitação; o processo de reflexão em relação à finitude; os lutos vivenciados em relação à saúde; funcionalidade e processo de envelhecimento; pouco suporte familiar; etc. Em estudo anterior foi descrito que 43,3% dos pacientes apresentaram sofrimento psíquico significativo, dentre estes os que apresentavam história de psicopatologia pregressa e os submetidos a RT apresentaram níveis mais elevados de sofrimento<sup>54</sup>. Um estudo transversal realizado acerca de ansiedade e depressão para pacientes com câncer de tireoide, observou que 37,6% apresentaram escores na HADS-A e 15,7% na HADS-D, concluindo-se que os preditores não estão claros, mas considera que: sexo feminino, hipotireoidismo e outras comorbidades são preditores para ansiedade e depressão na população desta topografia<sup>41</sup>.

Avaliando a questão da depressão no paciente da topografia tireoide, atentamos que para realizar o rastreamento de recorrência e o tratamento adjuvante com iodoterapia, o paciente que passou pelo procedimento de tireoidectomia precisa suspender a suplementação hormonal (tiroxina) por cerca de um mês, essa é uma indicação clássica, mas pode levar o paciente a experimentar sintomas de hipotireoidismo como: fadiga, ganho de peso, obnubilação, letargia e

humor deprimido. Ressaltamos aqui a necessidade de atenção especial aos pacientes que já apresentam histórico de transtornos mentais, aos que sinalizam dificuldades de enfrentamento da doença e estendemos aos pacientes que se mostram em perfil de risco.

Algo importante a ser considerado acerca desta amostra é sua composição majoritária por pacientes em até 90 dias de diagnóstico (Gráfico 1), sendo este considerado um período crítico de impacto emocional e vulnerabilidade<sup>22</sup>, é possível que os dados obtidos nos forneçam um cenário condizente com este período crítico e consequentemente escores mais elevados de sintomas ansiosos e depressivos, também mais participantes pontuando na escala MINI. Trata-se de uma amostra expressivamente cirúrgica, em que o período de coleta foi realizado entre a semana anterior à cirurgia ou até 60 dias após o tratamento e este pode ser considerado um viés de impacto na percepção da QV.

Uma intervenção viável no contexto da instituição onde o estudo foi realizado é a implementação de protocolos que permitam ao médico especialista, durante as consultas, verificar fatores de risco e o histórico do paciente. Havendo necessidade, o médico deve solicitar uma avaliação do departamento de saúde mental, proporcionando assim um cuidado integrado e personalizado<sup>56</sup>. Outra possibilidade é que equipes específicas utilizem ferramentas de triagem como a HADS e o MINI e obtendo um escore acima do ponto de corte da ferramenta, medidas sejam tomadas, além de encaminhamentos e acolhimento.

Este estudo buscou contribuir para traçar um perfil atual do paciente com CCP principalmente em relação ao risco de adoecimento psíquico e ideação suicida, trazendo um diálogo do ponto de vista da psico-oncologia e a medicina, a fim de ampliar a compreensão das necessidades deste grupo e propor reflexões e mudanças. As limitações deste estudo são principalmente no tamanho da amostra, obteve um número total razoável, mas desigual ao distribuir por topografia. Novos estudos são necessários a fim de se conhecer melhor o perfil do paciente com CCP e promover cada vez mais um cuidado específico, personalizado, eficaz e que de forma humanizada atenda às demandas e necessidades desse paciente. Que possamos cada vez mais tratar a pessoa e não somente a doença, oferecer tratamento eficaz sem apagar o sujeito, escutar as palavras, perceber a sutileza do olhar amedrontado, a agitação das mãos e todo o “não dito” que chega até cada um de nós.

## CONCLUSÃO

O paciente com CCP deve ser tratado conforme as especificidades de cada topografia, sendo evidenciado diferenças relevantes na QV, índices de ansiedade, depressão e risco de suicídio de acordo com a escala MINI para cada grupo. Alertando nos achados para o grupo não-tireoide como mais propensos a obter uma QV considerada insatisfatória, ansiedade e mais risco de suicídio. Os pacientes da topografia cavidade oral, são um grupo a ser observado de perto e com suporte adequado, observando um risco maior quando há um perfil de paciente mais ansioso, poli tratado com cirurgia, RT, QT e reconstrução, com a percepção de uma QV autoavaliada como insatisfatória, e outros fatores de risco como: sexo masculino, solteiros, com pouco suporte familiar e histórico de transtornos mentais.

De forma geral, quando pacientes oncológicos apresentam histórico de depressão prévia ou outros transtornos mentais, devemos olhar como sinal de alerta, pois adoecimento psíquico pode ser um acréscimo no risco de abalo emocional e fator de risco de suicídio. Nossos dados confirmam isso e alertam para um risco maior quando se associam sintomas depressivos aos pacientes da topografia tireoide, devendo-se considerar esses fatores ao optar por tratamentos e rastreio, utilizando alternativas que melhor atendam essa população.

## REFERÊNCIAS

1. Macias D, Hand BN, Maurer S, et al. Factors Associated With Risk of Body Image-Related Distress in Patients With Head and Neck Cancer. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2021;147(12):1019-1026. doi:10.1001/jamaoto.2021.1378
2. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>. Acesso em: 02 out. 2022.
3. Chow LQM. Head and Neck Cancer. *N Engl J Med.* 2020 Jan 2;382(1):60-72. doi: 10.1056/NEJMra1715715. PMID: 31893516.
4. Sociedade Brasileira de Psicanálise. Gonçalves SM. Suicídio e Psicanálise. Disponível em <https://www.sbpsp.org.br/busca/?termos=suicidio+e+psicanalise> Acesso em: 21/08/2022.
5. Almangush A, Mäkitie AA, Triantafyllou A, et al. Staging and grading of oral squamous cell carcinoma: An update. *Oral Oncol.* 2020;107:104799. doi:10.1016/j.oraloncology.2020.104799
6. Macias D, Hand BN, Maurer S, et al. Factors Associated With Risk of Body Image-Related Distress in Patients With Head and Neck Cancer. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2021;147(12):1019-1026. doi:10.1001/jamaoto.2021.1378
7. Massa ST, Hong SA, Osazuwa-Peters N. Lethal Suicidal Acts Among Head and Neck Cancer Survivors: The Tip of a Distress Iceberg. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2021;147(11):989-990. doi:10.1001/jamaoto.2021.2840
8. Burtneß B, Harrington KJ, Greil R, Soulières D, Tahara M, de Castro G Jr, Psyrri A, Basté N, Neupane P, Bratland Å, Fuehrer T, Hughes BGM, Mesía R, Ngamphaiboon N, Rordorf T, WanIshak WZ, Hong RL, González Mendoza R, Roy A, Zhang Y, Gumuscu B, Cheng JD, Jin F, Rischin D; KEYNOTE-048 Investigators. Pembrolizumab alone or with chemotherapy versus cetuximab with chemotherapy for recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck (KEYNOTE-048): a randomised, open-label, phase 3 study. *Lancet.* 2019 Nov 23;394(10212):1915-1928. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32591-7. Epub 2019 Nov 1. Erratum in: *Lancet.* 2020 Jan 25;395(10220):272. Erratum in: *Lancet.* 2020 Feb 22;395(10224):564. Erratum in: *Lancet.* 2021 Jun 12;397(10291):2252. PMID: 31679945.

9. Vartanian JG, Carvalho A L, Furia CLB. et al. Questionários para avaliação de Qualidade de Vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 2007;36 (2):108-115.
10. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):476-493. doi:10.1093/ije/dyu038
11. Vartanian JG, e col. Validação de Sintomas Depressivos em Sobreviventes em Longo Prazo do Câncer de Cabeça e Pescoço. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v. 35, nº 4, p. 226 - 229, outubro / novembro / dezembro 2006.
12. Panwar A, Rieke K, Burke WJ, Sayles H, Lydiatt WM; Prevention of Depression in Patients Being Treated for Head and Neck Cancer Trial (PROTECT) study group. Identification of Baseline Characteristics Associated With Development of Depression Among Patients With Head and Neck Cancer: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018;144(11):1004-1010. doi:10.1001/jamaoto.2018.2228
13. Instituto de Métricas e Avaliação de Saúde. Global Health Data Exchange [GHDx], 2019. Disponível em: [//https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/](https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/). Acesso em [20 de setembro de 2022];
14. Organização Pan-Americana da Saúde. Marco de Referência sobre a Dimensão Comercial dos Determinantes Sociais da Saúde na Agenda de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis 2019. Acesso em [20 de setembro de 2022];
15. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais APA, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
16. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014
17. Mora, M T; Moya, DZ; Calderon, J E. O suicídio com problema de saúde coletiva na América Central Continental 2019.
18. Schraiber LB, Barros C, d'Oliveira AF, Peres MF. Revista de Saúde Pública in scientific publications on Violence and Health (1967-2015). *Rev Saude Publica*. 2016;50(0):63. Published 2016 Nov 10. doi:10.1590/S1518-8787.2016050000086

19. World Health Organization [WHO]. Instituto de Métricas e Avaliação de Saúde. Suicídio 2019. Disponível em: <https://www.who.int/home/search?/>. [Acesso em 05 de setembro de 2022];
20. Botega NJ. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção [Suicide: moving away umbrage towards a National Prevention Plan]. *Braz J Psychiatry*. 2007 Mar;29(1):7-8. Portuguese. doi: 10.1590/s1516-44462007000100004. PMID: 17435919.
21. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Dossiê Suicídio • *Psicol. USP* 25 (3) • Sep-Dec 2014 <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>. [Acesso em 10 de setembro de 2022];
22. Botega NJ, Reginato DG, da Silva SV, et al. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Braz J Psychiatry*. 2005;27(4):315-318. doi:10.1590/s1516-44462005000400011.
23. 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."
24. Massa ST, Hong SA, Osazuwa-Peters N. Lethal Suicidal Acts Among Head and Neck Cancer Survivors: The Tip of a Distress Iceberg. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2021 Nov 1;147(11):989-990. doi: 10.1001/jamaoto.2021.2840. PMID: 34617973.
25. Granek L, Nakash O. Prevalence and risk factors for suicidality in cancer patients and oncology healthcare professionals strategies in identifying suicide risk in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2020 Sep;14(3):239-246. doi: 10.1097/SPC.0000000000000503. PMID: 32740271
26. Janes T. How Can a Suicide Screening and Prevention Procedure Be Implemented in a Cancer Center? *Clin J Oncol Nurs*. 2018 Apr 1;22(2):232. doi: 10.1188/18.CJON.232. PMID: 29547598.
27. Zendron M, Zequi SC, Guimarães GC, Lourenço MTC. Assessment of suicidal behavior and factors associated with a diagnosis of prostate cancer. *Clinics (Sao Paulo)*. 2018 Nov 14;73:e441. doi: 10.6061/clinics/2018/e441. PMID: 30462755; PMCID: PMC6224708.

28. AC Camargo Cancer Center. Disponível em: <https://www.accamargo.org.br/pacientes/o-modelo-cancer-center>. Acesso em : [02 de Outubro 2022];
29. Instituto de Métricas e Avaliação de Saúde. Global Health Data Exchange [GHDx], 2019. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, [20 de setembro de 2022];
30. Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, Furia CL, Toyota J, McDowell JA, Weymuller EA Jr, Kowalski LP. Brazilian-Portuguese validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. *Head Neck*. 2006 Dec;28(12):1115-21. doi: 10.1002/hed.20464. PMID: 16823873
31. Zigmond D. What do we want of doctors beside biomedical science?. *Br J Gen Pract*. 2021;71(707):274-275. Published 2021 May 27. doi:10.3399/bjgp21X716057
32. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão [Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD]. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(5):355-363. doi:10.1590/s0034-89101995000500004
33. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista Breve para Diagnóstico de Transtornos Mentais. *Braz. J. Psychiatry* 22 (3) • Set 2000 <https://www.scielo.br/j/rbp/a/8BcLbLX3QHtPMsxjtFCHqKb/?format=pdf&lang=pt>.
34. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57. PMID: 9881538.
35. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119-1127. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x
36. Carmo JT, Puyeo AA. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros / Adaptation into portuguese for the Fagerström test for nicotine dependence (FTND) to evaluate the dependence and tolerance for nicotine in brazilian smokers. *Rev. bras. med.* ; 59(1/2): 73-80, jan.-fev. 2002. tab, graf. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-319174

37. Paz Filho GJ, Sato LJ, Tuleski MJ, et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro [Use of the CAGE questionnaire for detecting alcohol use disorders in the emergency room]. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2001;47(1):65-69. doi:10.1590/s0104-42302001000100032
38. Kung LY, Li TI, Chung CH, Lee SP, Chen GS, Chien WC, Tzeng NS. Risk of depression in patients with oral cancer: a nationwide cohort study in Taiwan. *Sci Rep*. 2021 Dec 7;11(1):23524. doi: 10.1038/s41598-021-02996-4. PMID: 34876632; PMCID: PMC8651796.
39. McDowell L, Casswell G, Bressel M, Drosdowsky A, Rischin D, Coleman A, Shrestha S, D'Costa I, Fua T, Tiong A, Liu C, Gough K. Symptom burden, quality of life, functioning and emotional distress in survivors of human papillomavirus associated oropharyngeal cancer: An Australian cohort. *Oral Oncol*. 2021 Nov;122:105560. doi: 10.1016/j.oraloncology.2021.105560. Epub 2021 Oct 13. PMID: 34653749.
40. Pitt SC, Saucke MC, Roman BR, Alexander SC, Voils CI. The Influence of Emotions on Treatment Decisions About Low-Risk Thyroid Cancer: A Qualitative Study. *Thyroid*. 2021 Dec;31(12):1800-1807. doi: 10.1089/thy.2021.0323. Epub 2021 Nov 26. PMID: 34641715; PMCID: PMC8721509.
41. Noto B, Asmus I, Schäfers M, Görlich D, Riemann B. Predictors of Anxiety and Depression in Differentiated Thyroid Cancer Survivors: Results of a Cross-Sectional Study. *Thyroid*. 2022 Sep;32(9):1077-1085. doi: 10.1089/thy.2022.0067. Epub 2022 Jul 20. PMID: 35734910
42. Johnson TV, Garlow SJ, Brawley OW, Master VA. Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology. *Psychooncology*. 2012 Apr;21(4):351-6. doi: 10.1002/pon.1905. Epub 2011 Jan 24. PMID: 21264989.
43. Moura M D. *Oncologia - Clínica do Limite Terapêutico - Psicanálise e medicina*. Ed. Artesã, São Paulo, 2013.
44. Wang YH, Li JQ, Shi JF, Que JY, Liu JJ, Lappin JM, Leung J, Ravindran AV, Chen WQ, Qiao YL, Shi J, Lu L, Bao YP. Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Mol Psychiatry*. 2020 Jul;25(7):1487-1499. doi: 10.1038/s41380-019-0595-x. Epub 2019 Nov 19. PMID: 31745237.
45. Grobman B, Mansur A, Babalola D, Srinivasan AP, Antonio JM, Lu CY. Suicide among Cancer Patients: Current Knowledge and Directions for Observational Research. *J Clin Med*.

- 2023 Oct 16;12(20):6563. doi: 10.3390/jcm12206563. PMID: 37892700; PMCID: PMC10607431.
46. Vartanian, J. G., & Kowalski, L. P. (2009). Acceptance of major surgical procedures and quality of life among long-term survivors of advanced head and neck cancer. *Archives of otolaryngology--head & neck surgery*, 135(4), 376–379. <https://doi.org/10.1001/archoto.2009.5>
  47. Souza, V.L.C. *Defesa e Viver Criativo - Um Estudo sobre a Criatividade nas Obras de S. Freud e D. W. Winnicott*. Ed. Juruá, São Paulo, 2011.
  48. Burns, L., Chase, D., & Goodwin, W. J., Jr (1987). Treatment of patients with stage IV cancer: do the ends justify the means?. *Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 97(1), 8–14. <https://doi.org/10.1177/019459988709700102>
  49. Andrade A. C. *Oncologia Surpresa e acontecimento na clínica do limite terapêutico*. In: Moura, Marisa Decat. *Oncologia, Clínica do Limite Terapêutico - Psicanálise e medicina*. Ed. Artesã, São Paulo, 2013.
  50. Freud, S. *O mal-estar na civilização*, 1930 [1929]. In: \_\_\_\_\_. *O futuro de uma ilusão*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 65-147. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 21).
  51. Moretto, M. L. T. (2013). *Entre o luto e a luta: sobre a noção de sofrimento psíquico do paciente com câncer e o trabalho do psicanalista em situações-limite na instituição hospitalar*. In *Oncologia: clínica do limite terapêutico?*. Belo Horizonte: Artesã.
  52. BRASIL. Lei Nº 14.238, de 19 de novembro de 2021. Institui o estatuto da pessoa com câncer, estabelece normativas e orientações. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2021.
  53. Freud S. *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia*, 1895 [1894]. In: \_\_\_\_\_. *Primeiras publicações psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 93-116. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 3)
  54. Buchmann, L., Ashby, S., Cannon, R. B., & Hunt, J. P. (2015). Psychosocial distress in patients with thyroid cancer. *Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 152(4), 644–649. <https://doi.org/10.1177/0194599814565761>

55. Robbins RJ, Robbins AK. Clinical review 156: Recombinant human thyrotropin and thyroid cancer management. *J Clin Endocrinol Metab*, 2003.
56. Luca Giovanella, Leonidas H Duntas, GERENCIAMENTO DA DOENÇA ENDÓCRINA: O papel do rhTSH no manejo do câncer diferenciado de tireoide: prós e contras, *European Journal of Endocrinology* , Volume 181, Edição 4, outubro de 2019, páginas R133–R145, <https://doi.org/10.1530/EJE-19-0149>

# ANEXOS

## Anexo 1

FUNDAÇÃO ANTÔNIO PRUDENTE  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
RESOLUÇÃO 466/12 CNS/MS

**I.** Dados de identificação do participante da pesquisa ou responsável legal.

Nome do participante:.....

**II.** Dados sobre a pesquisa científica:

**Título da pesquisa:** Suicídio em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço.

Duração da pesquisa: 24 meses

Pesquisador responsável:

Prof. Dr. José Guilherme Vartanian – Chefe do Departamento de Cabeça e Pescoço do A.C. Camargo Cancer Center.

Pesquisadores envolvidos:

Prof. Dr. José Guilherme Vartanian -Chefe do Departamento de Cabeça e Pescoço do A.C. Camargo Cancer Center.

Prof. Dra. Maria Teresa Duarte Pereira da Cruz Lourenço -Diretora do Núcleo de Psico-Oncologia do A.C. Camargo Cancer Center.

Cinthia Gabrir da Fonseca Konaka – Mestranda e Residente Multiprofissional em Oncologia-Psicologia do A.C. Camargo Cancer Center.

**III. Informações ao participante:** O senhor (a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa: Suicídio em Pacientes com Câncer de Cabeça e pescoço que será realizada no A.C. Camargo Cancer Center.

**IV. Objetivos da pesquisa:** Conhecer e identificar o potencial risco de suicídio nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Analisando através de questionários, os fatores que protegem ou aumentam o risco.

**V. Justificativa para a proposta de pesquisa:** Fatores como adoecimento oncológico, tratamentos em saúde, diagnósticos em saúde mental, ausência de vínculos sócio-familiares, sentir-se um peso para a família e pouco medo da morte, são condições psicológicas necessárias para o aparecimento de ideação e/ou tentativa de suicídio. Identificar essas questões nos pacientes com câncer, pode possibilitar intervenções terapêuticas precoces e preventivas do suicídio nessa população.

**VI. Desenho do estudo:** Pacientes em acompanhamento médico na Instituição, com idade acima de 18 anos e diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço.

**VII. Descrição dos procedimentos:** Participando do estudo você permitirá acesso ao seu prontuário nesta instituição, assim como das informações deste questionário. Os questionários serão aplicados apenas em participantes que estejam internados na Instituição ou nos que estiverem em consulta de rotina. Evitando assim deslocamentos desnecessários aos participantes e evitando custos decorrentes disto. Não haverá nenhum custo ou despesa para os participantes. Você será esclarecido sobre os objetivos da pesquisa, em seguida será solicitada assinatura do termo de consentimento em duas vias originais, que deverão ser rubricadas em todas as páginas e assinadas ao final. E então serão entregues ao participante os seguintes questionários:

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

- Para pacientes com câncer de cabeça e pescoço – Questionário de Washington: avalia qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.
- HADS: Avalia ansiedade e depressão
- MINI : avalia risco suicídio
- Versão final traduzida do INQ: avalia grau de ligação a outras pessoas.
- Versão final traduzida do ACSS: avalia destemor.
- 4 questões que abordam a sua impressão sobre o COVID19

**VIII. Desconfortos e riscos esperados decorrentes da pesquisa:** Como previsão de desconfortos e riscos para os pacientes envolvidos na pesquisa consideramos que a perda de sigilo seja um risco potencial da pesquisa, é um risco pequeno que deve ser levado em consideração. Se você ficar constrangido em responder alguma questão, poderá optar por não responder. Para os participantes que sentirem-se mobilizados emocionalmente ou de alguma forma angustiados, será oferecido atendimento psicológico e psiquiátrico pela Instituição, sendo estes atendimentos integrais e gratuitos. Você tem direito a suporte e atendimento psicológico e/ou psiquiátrico caso deseje. Assim como nos pacientes em que seja detectado risco de suicídio será oferecido avaliação e acompanhamento no Núcleo de Psico-Oncologia do A C Camargo Cancer Center.

**IX: Benefícios que poderão ser obtidos:** Essa pesquisa não oferece benefícios diretos aos participantes, os benefícios esperados são científicos.

Com os resultados desta pesquisa é possível chamar atenção para as dificuldades enfrentadas pelos pacientes com câncer de cabeça e pescoço e o risco de suicídio ao qual estão sujeitos, abrindo espaço para maior cuidado e prevenção na prática clínica dos profissionais da saúde.

**X. Confidencialidade:** A confidencialidade de suas informações será mantida e sua identidade será preservada, sendo que somente os membros da equipe de pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa terão acesso aos registros. A sua participação neste estudo é voluntária, tendo o direito de retirar-se a qualquer momento. A recusa ou desistência da participação nesse estudo não irá prejudicar seu acompanhamento médico e tratamento.

**XI. Danos relacionados à pesquisa:** Qualquer dano resultante da sua participação no estudo será avaliado e tratado de acordo com os benefícios e cuidados a que você tem direito. Ao assinar este formulário de consentimento você não está abrindo mão de qualquer um dos seus direitos legais, incluindo o direito de buscar indenização caso ocorra eventual dano decorrente da pesquisa.

**XII. Observações complementares:** Em qualquer ocasião e a qualquer tempo, você terá o direito de acesso às informações e resultados obtidos, recebendo orientações quanto às suas implicações, incluindo acompanhamento quando necessário.

Esta pesquisa poderá ser interrompida durante a sua realização e após o aval do CEP da instituição, em casos onde: a) O pesquisador responsável decida que algum motivo ou situação possa pôr em risco a segurança do participante ou; b) O CEP julgue que o estudo esteja sendo conduzido de maneira eticamente inaceitável.

**XIII. Quem devo contatar em caso de dúvidas?**

Pesquisador Responsável: Dr. José Guilherme Vartanian CRM/SP:99080. Chefe do Departamento de Cabeça e Pescoço do A. C. Camargo Cancer Center - SP. Telefones para contato: 2189-5000. Hospital AC Camargo Cancer Center. Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211 – Liberdade- São Paulo.

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_ **Página 2 de 3**

**Forma de contato com Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):** O comitê de ética em pesquisa (CEP), é composto por membros com qualificação técnica e acadêmica, profissionais de saúde e representantes de pesquisa. O principal papel do CEP é analisar as pesquisas que envolvem seres humanos de forma a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos participantes destas pesquisas. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou direitos os participantes entre em contato com o CEP da Fundação Antônio Prudente pelo email: [cep\\_accamargo@accamargo.org.br](mailto:cep_accamargo@accamargo.org.br)

Você tem direito de obter informações sobre a pesquisa a qualquer momento, para isso além de solicitar ao pesquisador responsável, entre em contato com o CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antônio Prudente – Hospital do Cancer - A.C. Camargo/SP pelo telefone (11) 2189-5000, ramal 5020 de segunda-feira à quinta- feira das 8 horas às 18 horas e sexta-feira das 8 horas às 17 horas ou pelo email do CEP: [cep\\_accamargo@accamargo.org.br](mailto:cep_accamargo@accamargo.org.br). Este documento será elaborado em 2 (duas) vias originais, ambas devem ser rubricadas e assinadas pelo participante e pelo pesquisador. Você receberá uma das vias originais e a outra será arquivada pelo pesquisador em seu arquivo de pesquisa.

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:**

Após ter entendido a pesquisa, aceito participar e declaro ter recebido uma via original deste documento assinada, pelo pesquisador e por mim:

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Contato telefônico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. (Assinatura do participante)

### **Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

Anexo 2

| Questionário Sócio Demográfico                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                       |                                                   |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------|
| Paciente:                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                       |                                                   |      |
| Médico (a):                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                       |                                                   | RGH: |
| CPF:                                                                                                                                                                                                                                                   | e-mail:                                                                                               |                                                   |      |
| Data de nascimento: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                     | Idade:                                                                                                | Raça:                                             |      |
| Endereço:                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                       |                                                   |      |
| Bairro:                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                       | Cidade:                                           |      |
| CEP:                                                                                                                                                                                                                                                   | Estado:                                                                                               |                                                   |      |
| Tel residencial: ( )                                                                                                                                                                                                                                   | Tel cel: ( )                                                                                          |                                                   |      |
| Estado Civil: ( ) Solteiro (a) ( ) Casado (a) ( ) Separado (a)/ Desquitado (a)/ Divorciado (a) ( ) Viúvo (a) ( ) Outros _____                                                                                                                          |                                                                                                       |                                                   |      |
| Grau de escolaridade: ( ) Analfabeto<br>( ) Ensino Fundamental<br><div style="text-align: right;">( ) Ensino Médio ( ) Completo</div> <div style="text-align: right;">( ) Ensino Superior ( ) Incompleto</div> ( ) Pós Graduação<br>( ) Ensino Técnico |                                                                                                       |                                                   |      |
| Profissão:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                       | Naturalidade:                                     |      |
| Reside sozinho? ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                                                        | Se sim, sente-se só? ( ) A maior parte do tempo ( ) Boa parte do tempo ( ) De vez em quando ( ) Nunca |                                                   |      |
| Qual sua rede de apoio atual: ( ) Família ( ) Amigos ( ) Companheiros de trabalho ou estudo ( ) Relações comunitárias ou de serviços de saúde ( Igreja, equipe médica, terapeuta)                                                                      |                                                                                                       |                                                   |      |
| Religião: ( ) Católica<br><div style="text-align: right;">( ) Evangélica Praticante :</div> ( ) Espírita ( ) Sim<br>( ) Umbanda / Candomblé ( ) Não<br>( ) Ateu<br>( ) Sem religião<br>( ) Outra, qual? _____                                          |                                                                                                       | Antecedente pessoal de câncer:<br>( ) Sim ( ) Não |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                       | Diagnóstico:                                      |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                       | CID:                                              |      |

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                        | Estadiamento do tumor:                 |
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                        | Data do diagnóstico:<br>____/____/____ |
| Tem síndrome hereditária? ( ) Não ( ) Sim. Qual.:                                                                                                                                                                                  |                                        |                                        |
| Antecedente familiar de câncer: ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                    | Grau de parentesco:                    |                                        |
| Veio a consulta acompanhado? ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                       |                                        |                                        |
| Sistema de Saúde utilizado: ( ) SUS ( ) Convênio ou particular                                                                                                                                                                     |                                        |                                        |
| Tem animal de estimação sob sua responsabilidade? ( ) Sim - Qual? _____<br>( ) Não                                                                                                                                                 |                                        |                                        |
| <b>Tabagista: *Caso fumante ativo, aplicar o FTND</b><br>( ) Sim - Maços/ dia: _____ ( ) Já fumou ( ) Abstinente há: _____ ( ) Nunca fumou                                                                                         |                                        |                                        |
| <b>Uso de drogas ilícitas:</b><br>( ) Faz uso ( ) Nunca usou ( ) Já usou Se já usou, abstinente há: Se sim, quais drogas?<br>_____                                                                                                 |                                        |                                        |
| <b>Consumo de álcool: *Caso consuma álcool, aplicar o CAGE</b><br>( ) Sim ( ) Já bebeu ( ) Abstinente há _____ ( ) Nunca bebeu                                                                                                     |                                        |                                        |
| Já fez tratamento psiquiátrico antes? ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                              |                                        |                                        |
| Tem algum caso de suicídio na família? ( ) Não ( ) Sim - Quem: _____ E<br>de tentativa? ( ) Não ( ) Sim - Quem? _____ Ex: pai,<br>mãe, irmãos, filhos(as), tios (as), primos (as), avós.                                           |                                        |                                        |
| <b>Tem histórico pessoal de:</b><br><b>Tentativa de suicídio?</b> ( ) Sim ( ) Não Se sim, quantas vezes? _____<br><b>Faz uso de medicamento para dormir ou para ansiedade ou depressão?</b> ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual?<br>_____ |                                        |                                        |
| Você tem zumbido no ouvido? ( ) Sim ( ) Não<br>Se sim: Há quanto tempo? _____ Anos _____ Meses _____ Semanas                                                                                                                       |                                        |                                        |
| Ouve bem? ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                                          | Usa aparelho auditivo? ( ) Sim ( ) Não |                                        |

### Anexo 3

## **Critério de Classificação Econômica Brasil**

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

### **1. Itens de conforto:**

|                                                                                                                                                  |   |   |   |           |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-----------|------------|
| <b>a. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular</b>                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais | Não possui |
| <b>b. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana</b>                            | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais | Não possui |
| <b>c. Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho</b>                                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais | Não possui |
| <b>d. Quantidade de banheiros</b>                                                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais | Não possui |
| <b>e. Quantidade de DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel</b>                                      | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais | Não possui |
| <b>f. Quantidade de geladeiras</b>                                                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais | Não possui |
| <b>g. Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex</b>                                                                      | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais | Não possui |
| <b>h. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones</b> | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais | Não possui |
| <b>i. Quantidade de lavadora de louças</b>                                                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais | Não possui |
| <b>j. Quantidade de fornos de microondas</b>                                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais | Não possui |
| <b>k. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional</b>                                             | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais | Não possui |
| <b>l. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca</b>                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais | Não possui |

**2. A água utilizada neste domicílio é proveniente de?**

1.Rede geral de distribuição ( ) 2.Poço ou nascente ( ) 3.outro meio ( )

**3. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:**

1.Asfaltada/Pavimentada ( ) 2.Terra/ cascalho ( )

**4. Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.**

( ) Analfabeto/ Fundamental I incompleto ( primário incompleto) ( ) Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto ( ginásio incompleto) ( ) Fundamental completo/ Médio incompleto ( colegial incompleto) ( ) Médio completo/ Superior incompleto ( ) Superior completo

## **Anexo 4**

### **Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington**

Este questionário pergunta sobre sua saúde e qualidade de vida durante os últimos sete dias. Por favor, responda a todas as questões marcando uma alternativa para cada questão.

#### **1. Dor (marque uma alternativa [ ])**

- ☐ Eu não tenho dor
- ☐ Há dor leve não necessitando de medicação
- ☐ Eu tenho dor moderada, requerendo uso de medicação regularmente
- ☐ Eu tenho dor severa controlada somente com medicamentos controlados
- ☐ Eu tenho dor severa, não controlada por medicação

#### **2. Aparência (marque uma alternativa [ ])**

- ☐ Não há mudança na minha aparência
- ☐ A mudança na minha aparência é mínima
- ☐ Minha aparência me incomoda, mas eu permaneço ativo
- ☐ Eu me sinto desfigurado significativamente e limito minhas atividades devido a minha aparência [ ] Eu não posso estar com outras pessoas devido a minha aparência

#### **3. Atividade (marque uma alternativa [ ])**

- ☐ Eu estou tão ativo quanto sempre estive
- ☐ Existem vezes em que não posso manter meu ritmo antigo, mas não frequentemente
- ☐ Eu estou frequentemente cansado e tenho diminuído minhas atividades embora eu ainda saia de casa [ ] Eu não saio de casa porque eu não tenho força
- ☐ Eu geralmente fico na cama ou na cadeira e não saio de casa

#### **4. Recreação (marque uma alternativa [ ])**

- ☐ Não há limitações para recreação em casa ou fora de casa
- ☐ Há poucas coisas que eu não posso fazer, mas eu ainda saio de casa para se divertir
- ☐ Há muitas vezes que eu gostaria de sair mais de casa, mas eu não estou bem para isso
- ☐ Há limitação severa para o que eu posso fazer, geralmente eu fico em casa e assisto TV
- ☐ Eu não posso fazer nada agradável

#### **5. Deglutição (marque uma alternativa [ ])**

- ☐ Eu posso engolir tão bem como sempre
- ☐ Eu não posso engolir algumas comidas sólidas
- ☐ Eu posso engolir somente comidas líquidas
- ☐ Eu não posso engolir porque desce errado e me sufoca

#### **6. Mastigação (marque uma alternativa [ ])**

- ☐ Eu posso mastigar tão bem como sempre
- ☐ Eu posso comer alimentos sólidos leves mas não consigo mastigar algumas comidas
- ☐ Eu não posso mastigar nem mesmo alimentos leves

#### **7. Fala (marque uma alternativa [ ])**

- ☐ Minha fala é a mesma que sempre
- ☐ Eu tenho dificuldade para dizer algumas palavras mas eu posso ser entendido mesmo ao telefone [ ] Somente minha família e amigos podem me entender
- ☐ Eu não sou entendido pelos outros

#### **8. Ombro (marque uma alternativa [ ])**

- ☐ Eu não tenho problemas com meu ombro
- ☐ Meu ombro é endurecido mas isto não afeta minha atividade ou força
- ☐ Dor ou fraqueza em meu ombro me fizeram mudar meu trabalho
- ☐ Eu não posso trabalhar devido problemas com meu ombro

#### **9. Paladar (marque uma alternativa [ ])**

- ☐ Eu sinto sabor da comida normalmente
- ☐ Eu sinto o sabor da maioria das comidas normalmente
- ☐ Eu posso sentir o sabor de algumas comidas

☐ Eu não sinto o sabor de nenhuma comida

**10. Saliva (marque uma alternativa [ ])**

☐ Minha saliva é de consistência normal

☐ Eu não tenho menos saliva que o normal, mas ainda é o suficiente

☐ Eu tenho muito pouca saliva

☐ Eu não tenho saliva

**11. Humor (marque uma alternativa [ ])**

☐ Meu humor é excelente e não foi afetado por causa de meu câncer

☐ Meu humor é geralmente bom e é somente afetado por causa de meu câncer ocasionalmente

☐ Eu não estou nem com bom humor nem deprimido por causa de meu câncer

☐ Eu estou um pouco deprimido por causa de meu câncer

☐ Eu estou extremamente deprimido por causa de meu câncer

**12. Ansiedade (marque uma alternativa [ ])**

☐ Eu não estou ansioso por causa de meu câncer

☐ Eu estou um pouco ansioso por causa de meu câncer

☐ Eu estou ansioso por causa de meu câncer

☐ Eu estou muito ansioso por causa de meu câncer

**Quais problemas tem sido os mais importantes para você durante os últimos 7 dias? Marque [ ] em até 3 alternativas**

☐ Dor ☐ Atividade ☐ Deglutição ☐ Fala ☐ Paladar ☐ Humor

☐ Aparência ☐ Recreação ☐ Mastigação ☐ Ombro ☐ Saliva ☐ Ansiedade

---

**Questões gerais**

**Comparado com o mês antes de você desenvolver o câncer, como você classificaria sua qualidade de vida relacionada à saúde (marque uma alternativa: [ ])**

☐ Muito melhor ☐ Um pouco pior

☐ Um pouco melhor ☐ Muito pior

☐ Mais ou menos o mesmo

**Em geral, você poderia dizer que sua qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos 7 dias tem sido: (marque uma alternativa [ ])**

☐ Excelente ☐ Média

☐ Muito boa ☐ Boa

☐ Ruim ☐ Muito ruim

**De um modo geral a qualidade de vida inclui não somente saúde física e mental, mas também muitos outros fatores, tais como família, amigos, espiritualidade, atividades de lazer pessoal que são importantes para sua satisfação com a vida. Considerando tudo em sua vida que contribui para seu bem-estar pessoal, classifique a sua qualidade de vida em geral durante os últimos 7 dias. (marque uma alternativa: [ ])**

☐ Excelente ☐ Média

☐ Muito boa ☐ Boa

☐ Ruim ☐ Muito ruim

**Por favor, descreva quaisquer outros problemas (médicos ou não médicos) que são importantes para sua qualidade de vida e que não tenham sido adequadamente mencionados pelas nossas perguntas (você pode anexar folhas adicionais se necessário).**

## Anexo 5



A.C. Camargo  
Cancer Center

### Núcleo de Psico-Oncologia

## Escala de Ansiedade e Depressão - HADS

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Por favor, leia todas as frases. Marque com um "x" a resposta que melhor corresponder 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:

- 0 ☐ Sim, quase sempre  
1 ☐ Muitas vezes  
2 ☐ Poucas vezes  
3 ☐ Nunca

**D** Estou lento (lento) 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 deveria  
1 ☐ Talvez não tanto quanto antes  
0 ☐ Me cuido do mesmo jeito que antes

**A** Eu me sinto muito 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 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

**A:**

**D:**

## Anexo 6

---

**MINI:**

### **C. RISCO DE SUICÍDIO**

**Durante o último mês:**

|    |                                                                      |     |     | <b>Pontos</b> |
|----|----------------------------------------------------------------------|-----|-----|---------------|
| C1 | Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ? | NÃO | SIM | <b>1</b>      |
| C2 | Quis fazer mal a si mesmo (a) ?                                      | NÃO | SIM | <b>2</b>      |
| C3 | Pensou em suicídio ?                                                 | NÃO | SIM | <b>6</b>      |
| C4 | Pensou numa maneira de se suicidar ?                                 | NÃO | SIM | <b>10</b>     |
| C5 | Tentou o suicídio ?                                                  | NÃO | SIM | <b>10</b>     |

**Ao longo da sua vida:**

|    |                                       |     |     |          |
|----|---------------------------------------|-----|-----|----------|
| C6 | Já fez alguma tentativa de suicídio ? | NÃO | SIM | <b>4</b> |
|----|---------------------------------------|-----|-----|----------|

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6 ?

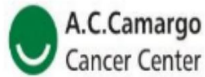
SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS **SIM** DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

**NÃO** **SIM**

**RISCO DE SUICÍDIO**  
**ATUAL**

|             |          |                          |
|-------------|----------|--------------------------|
| 1-5 pontos  | Baixo    | <input type="checkbox"/> |
| 6-9 pontos  | Moderado | <input type="checkbox"/> |
| ≥ 10 pontos | Alto     | <input type="checkbox"/> |

## Anexo 7



### Teste de Fagerstrom

O Teste de Fagerstrom auxilia a estimar o grau de dependência da nicotina. É utilizado como ferramenta na terapia para ajudar a parar de fumar.

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?  
Dentro de 5 minutos (3) \_\_\_\_\_  
Entre 6 e 30 minutos (2) \_\_\_\_\_  
Entre 31 e 60 minutos (1) \_\_\_\_\_  
Após 60 minutos (0) \_\_\_\_\_

4. Quantos cigarros você fuma por dia?  
Menos de 10 (0) \_\_\_\_\_  
De 11 a 20 (1) \_\_\_\_\_  
De 21 a 30 (2) \_\_\_\_\_  
Mais de 31 (3) \_\_\_\_\_

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?  
Sim (1)  
Não (0)

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?  
Sim (1)  
Não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?  
O primeiro da manhã (1)  
Outros (0)

6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?  
Sim (1)  
Não (0)

**Grau de Dependência:**

0 – 2 pontos = muito baixo

3 – 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 – 7 pontos = elevado

8 – 10 pontos = muito elevado

**Total:** \_\_\_\_\_

## Anexo 8

---

### **Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener (CAGE):**

1. Alguma vez o senhor (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? *Sim* ( ) *Não* ( )
2. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcóolica?  
*Sim* ( ) *Não* ( )
3. O(a) senhor(a) se sente culpado(a) consigo mesmo pela maneira como costuma tomar bebidas alcóolicas? *Sim* ( ) *Não* ( )
4. Costuma tomar bebidas alcóolicas pela manhã para diminuir a ansiedade ou a ressaca?  
*Sim* ( ) *Não* ( )