

**O SUICÍDIO NA POPULAÇÃO ONCOLÓGICA: TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA O
PORTUGUÊS-BRASIL DO INTERPERSONAL NEEDS QUESTIONNAIRE-INQ E DA
ACQUIRED CAPABILITY FOR SUICIDE SCALE- FEARLESSNESS ABOUT DEATH-
ACSS-FAD PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS**

GABRIELA VARGAS DE ALMEIDA RIBEIRO

Dissertação apresentada à Fundação Antônio Prudente para
obtenção do Título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Oncologia

Orientadora: Dra. Maria Teresa Duarte Pereira da Cruz
Lourenço

Co-orientadora: Dra. Rachel Simões Pimenta
Riechelmann

São Paulo

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

R484s Ribeiro, Gabriela Vargas de Almeida
O suicídio na população oncológica: tradução e validação para o Português-Brasil do *Interpersonal Needs Questionnaire-INV* e da *Acquired Capability for Suicide Scale-fearlessness about death - ACSS-fad* para pacientes oncológicos / Gabriela Vargas de Almeida Ribeiro -- São Paulo, 2023.
56p.
Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente
Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.
Orientadora: Maria Tereza Duarte Pereira da Cruz Lourenço

Descritores: 1. Estudos de validação/Validation study. 2. Estudos transculturais/
Cross-Cultural Comparison. 3. Suicídio/Suicide. 4. Neoplasias/Neoplasms

*Todos os direitos reservados à FAP. A violação dos direitos autorais constitui crime, previsto no art. 184 do Código Penal, sem prejuízo de indenizações cabíveis, nos termos da Lei nº 9.610/08.

Nome: Gabriela Vargas de Almeida Ribeiro

Título: O suicídio na população oncológica: tradução e validação para o português-Brasil do interpersonal needs questionnaire-INV e da Acquired Capability for Suicide Scale-Fearlessness About Death-ACSS-fad para pacientes oncológicos

Aprovado em: 05/01/2023

Banca Examinadora

Orientadora: Dra. Maria Tereza Duarte Pereira da Cruz Lourenço

Coorientação: Dra. Rachel Simões Pimenta Riechelmann

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Membro da banca: Dr. José Guilherme Vartanian

Instituição: A.C.Camargo Cancer Center

Membro da banca: Dra. Silvia Pucci

Instituição: UNISA-Universidade Santo Amaro

Membro da banca: Dra. Christina Haas Tabaray

Instituição: A.C.Camargo Cancer Center

DEDICATÓRIA

À minha Sofia,

Para que um dia saiba que o conhecimento e a certeza do quanto é amada são as maiores heranças que se pode deixar para ela.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer que sozinha nada disso seria possível. É valorizar que o laço é aquilo que dá sentido à nossa existência, assim como se propõe a mostrar esse trabalho. É saber que quando temos mãos para segurar podemos voar mais longe. E quantas mãos eu tive...

Gostaria de agradecer:

À minha querida orientadora doutora Maria Teresa, que me ensinou tudo que sei sobre pesquisa desde a graduação, primeira me orientando na iniciação científica e agora no mestrado. Sempre atenciosa e extremamente generosa durante todo esse percurso. Sem ela, com certeza eu não estaria aqui hoje.

Ao A.C.Camargo Cancer Center por ter me possibilitado grande parte da minha formação e por me trazer orgulho em ser prudentina.

À doutora Rachel Riechelmann que aceitou ser minha coorientadora e trouxe contribuições importantíssimas para o trabalho.

À professora Dra Silvia Pucci que ainda na graduação criou em mim o desejo de seguir pela área acadêmica e que me deu a honra de integrar minha banca de qualificação, trazendo contribuições ricas para o trabalho.

À Dra Renata Fumis que além da generosidade de me receber em estágio externo no Sírio Libanês durante a residência, também aceitou compor minha banca de qualificação, trazendo mais contribuições e questionamentos necessários.

À minha família querida, aos meus pais Loreny e Paulo, minhas irmãs Paula e Jéssica, aos meus sobrinhos e minha tia Alzira que sempre festejaram as minhas conquistas profissionais e acadêmicas.

Em especial agradeço ao meu marido Reinaldo, sem o apoio do qual nada disso seria possível. Aquele que incentivou a minha “loucura” de sair de um concurso público e me dedicar à Psicologia, o que possibilitou que 6 anos depois eu me tornasse mestre. Depois disso eu entendi que louco era fazer o que não se gostava.

À minha filha, minha Sofia, uma menina tão desejada, que nasceu antes do previsto, no final do meu mestrado, trazendo muita emoção para a finalização deste trabalho, mas que, de alguma forma, me deu a força final para chegar até aqui.

À colega Cinthia que foi uma grande companheira e trouxe ânimo e entusiasmo para a conclusão do meu trabalho.

À Jamille, uma doce surpresa do meu caminho profissional, e que foi essencial no final deste trabalho.

À Suely, pela disponibilidade e atenção desde a minha iniciação científica.

Ao Bruno por me fazer entender mais sobre estatística e pela ajuda com os números.

Aos queridos amigos que me incentivaram durante o percurso e entenderam minha ausência durante muitas situações.

Por fim, mas não menos importante, um agradecimento especial a cada paciente que aceitou participar desta pesquisa e que compartilhou um pouco da sua história.

RESUMO

Ribeiro GVA. **O suicídio na população oncológica: tradução e validação para o português-Brasil do interpersonal needs questionnaire-INQ e da *Acquired Capability for Suicide Scale-Fearlessness About Death-ACSS-fad* para pacientes oncológicos.** [Dissertação] São Paulo; Fundação Antônio Prudente; 2023.

A despeito do aumento da prevalência de suicídios a cada ano, a compreensão de quais conjunturas levam um indivíduo a esse ato ainda não são claras e consensuais. A população de pacientes oncológicos tem duas vezes mais chances de apresentar esse desfecho clínico que a população geral, especialmente no primeiro ano após o diagnóstico. Segundo o Modelo Psicológico Interpessoal – MPI, o núcleo do pensamento suicida é formado pelas ideias de alienação e onerosidade percebida, sendo estas condições necessárias para gerar este tipo de pensamento. Entretanto, para a execução de uma tentativa de suicídio é necessário que o indivíduo esteja dessensibilizado do medo relacionado ao suicídio e a dor envolvida no ato, o destemor aprendido. O objetivo deste trabalho foi realizar a tradução e validação para o português-Brasil das ferramentas padrão-ouro do MPI: o Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) para avaliar os parâmetros de onerosidade e alienação e da *Acquired Capability for Suicide Scale – Fearlessness About Death* (ACSS-FAD) para avaliar o destemor aprendido. A pesquisa foi realizada com uma amostra de 157 participantes, com diagnóstico oncológico recente de até 90 dias, entre janeiro de 2019 e julho de 2021. Conjuntamente ao INQ-15 e ACSS-FAD, foram aplicados a seção de risco suicida de suicídio da *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), o questionário *Cutdown, Annoyed by Critique, Guilty and Eyeopener* (CAGE) sobre consumo de álcool e risco de alcoolismo e o teste de Fagerström para Dependência de Nicotina (FTDN). Foram coletadas informações sobre tratamento psiquiátrico prévio, história familiar de comportamento suicida, uso de psicofármacos e questionário sociodemográfico. Os instrumentos propostos para validação e adaptação transcultural apresentaram aplicabilidade adequada e resultados com boa consistência interna no alfa de Cronbach: ACSS-FAD (0,713) e INQ-15 (0,758). As escalas ACSS-FAD e INQ-15 foram traduzidas para o português e validadas para a população oncológica.

Descritores: Estudos de validação. Estudos transculturais. Suicídio. Neoplasias

ABSTRACT

Ribeiro GVA. [Suicide in the oncological population: translation and validation to Portuguese-Brazil of the Interpersonal Needs Questionnaire-**INQ** and the Acquired Capability for Suicide Scale-Fearlessness About Death-**ACSS-FAD** for cancer patients]. [Dissertação] São Paulo; Fundação Antônio Prudente; 2023.

Despite the increase in the prevalence of suicides each year, the understanding of what circumstances lead an individual to this act is still not clear and consensual. The cancer patient population is twice as likely to have this clinical outcome as opposed to the general population, especially in the first year after diagnosis. According to the Interpersonal Psychological Model-MPI, the core of suicidal thinking is formed by the ideas of alienation and perceived burden, which are necessary conditions to generate this type of thinking. However, for the execution of a suicide attempt it is necessary that the individual is desensitized from the fear related to suicide and the pain involved in the act, when presenting learned fearlessness. Therefore, the objective of this work was to carry out the translation and validation into Portuguese-Brazil of the gold standard tools of the MPI: the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) to assess the parameters of onerosity and alienation and the Acquired Capability for Suicide Scale – Fearlessness About Death (ACSS-FAD) to assess learned fearlessness. The research was carried out with a sample of 157 participants, with an oncological diagnosis of up to 90 days, between January 2019 and July 2021. Along with the INQ-15 and ACSS-FAD, the suicidal risk section of the Mini International Neuropsychiatric Interview was applied (MINI), the hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Cut down, Annoyed by Critique, Guilty and Eye opener (CAGE) questionnaire on drug abuse or dependence. and the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTDN). Information on previous psychiatric treatment, family history of suicidal behavior, use of psychotropic drugs and a sociodemographic questionnaire were collected. The instruments proposed for cross-cultural validation and adaptation showed adequate applicability and results with good internal consistency in Cronbach's alpha: ACSS-FAD (0.713) and INQ-15 (0.758). The ACSS-FAD and INQ-15 scales were translated to portuguese and validated for the oncological population.

Keywords: Validation study. Cross-Cultural Comparison. Suicide. Neoplasms

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Análise de caminhos: fatorial confirmatória para o fator de ASCC, e as questões que compõem esse fator	28
Figura 2	Análise de caminhos: fatorial confirmatória para o fator de “sobrecarga percebida” e “pertencimento frustrado”, e as questões que compõem esse fator	30
Figura 3	Matriz de correlação de Pearson para validade externa entre os escores dos questionários aplicados na amostra	34
Figura 4	Matriz de correlação de Pearson para validade externa entre os escores dos questionários aplicados na amostra	35
Figura 5	Matriz de correlação de Pearson para validade externa entre os escores dos questionários aplicados na amostra	36
Figura 6	Gráfico de barra de erro, com médias, para diferença entre escores de ACSS para as classes de MINI	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Descritivo geral da amostra	20
Tabela 2	Perfil epidemiológico descritivo da amostra.....	22
Tabela 3	Descritiva dos escores de INQ por questão	23
Tabela 3.1	Métrica de consistência interna da escala de INQ.....	24
Tabela 3.2	Consistência interna da escala INQ, caso alguma pergunta seja removida	24
Tabela 3.3	Consistência interna para o fator “Sobrecarga Percebida”, caso algum item seja removido	25
Tabela 3.4	Consistência interna para o fator “Sobrecarga Percebida”	25
Tabela 3.5	Consistência interna para o fator “Pertencimento Frustrado”, caso item seja removido	26
Tabela 3.6	Consistência interna para o fator “Pertencimento Frustrado”	26
Tabela 4	Descritiva dos Escores de ACSS-FAD	27
Tabela 4.1	Consistência interna da escala de ACSS	27
Tabela 4.2	Consistência interna da escala ACSS caso um item da escala seja removido	28
Tabela 5	Teste de adequação qui-quadrado do modelo para o Fator único de ACSS-FAD ...	29
Tabela 5.1	Testes de Adequação adicionais para o modelo de Fator único de ACSS-FAD	29

Tabela 6	Teste de adequação qui-quadrado do modelo para os Fatores “sobrecarga percebida” e “pertencimento frustrado”.....	31
Tabela 7	ANOVA de uma via para diferença de escore entre grupos classificação MINI	36
Tabela 8	Teste T para diferença de escore entre grupos de Tentativa pessoal de suicídio...	37

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS.....	6
2.1	Objetivos Primários	6
2.2	Objetivo Secundário	6
3	MATERIAIS E MÉTODOS.....	7
3.1	Tradução e Adaptação Transcultural.....	7
3.1.1	Estudo Piloto	8
3.1.2	Amostra do Estudo Piloto	8
3.1.3	Alteração nas Escalas.....	9
3.2	Amostra	9
3.3	Procedimentos	9
3.3.1	Descrição dos Instrumentos Psicométricos Utilizados	10
3.3.2	Versão final traduzida do Interpersonal Needs Questionnaire – INQ (Questionário de Necessidades Interpessoal - QNI).....	10
3.3.3	Versão final traduzida do <i>Acquired Capability for Suicide Scale</i> – ACSS (Escala de Capacidade Adquirida para Suicídio – ECAS)	11
3.3.4	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> – HADS / Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Zigmond e Snaithe 1983; Botega 2015)	11
3.3.5	Seção de risco de suicídio do <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> (MINI)	12
3.3.6	<i>Fagerstrom Test for Nicotine Dependence</i> – FTND (Fagerström 1978)	12
3.3.7	<i>Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener</i> (CAGE)	13
3.4	Revisão Bibliográfica de Validação das Escalas INQ-15 e ACSS-FAD em outros países.....	13
3.4.1	Validação dos Instrumentos ACSS-FAD e INQ-15 No Brasil.....	15
4	ANÁLISE ESTATÍSTICA	16

5	RESULTADOS	19
6	DISCUSSÃO	38
6.1	Limitações do Estudo.....	46
7	CONCLUSÃO	47
8	REFERÊNCIAS	49

ANEXOS

- Anexo 1** Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP
- Anexo 2** Questionário Sócio Demográfico
- Anexo 3** Critério de Classificação Econômica Brasil
- Anexo 4** INQ - Questionário de Necessidades Interpessoal - INQ
- Anexo 5** ACSS-FAD – Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio
- Anexo 6** HADS – Escala de Ansiedade e Depressão
- Anexo 7** Risco de Suicídio do Mini – Entrevista Internacional Neuropsiquiatra
- Anexo 8** A.C.Camargo – Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina
- Anexo 9** CAGE - Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener
- Anexo 10** E-mail autorização validação ACSS_FAD
- Anexo 11** E-mail autorização validação INQ-15

APÊNDICE

- Apêndice 1** Termo de Consentimento Livre Esclarecido-TCLE

1 INTRODUÇÃO

Presente nas sociedades humanas desde os povos primitivos, o suicídio é uma característica especificamente humana e ainda hoje mantém-se como um dos comportamentos mais paradoxais e difíceis de compreender, prever ou evitar em todas as partes do globo (Baertschi et al. 2017).

Trata-se de um fenômeno humano, multifatorial e multifacetado, que envolve diversas áreas do conhecimento para pensar sobre "fatores neurobiológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais, religiosos, filosóficos, ambientais, epidemiológicos e individuais tanto intrapsíquicos quanto interpessoais" (Scavacini e Reis 2021).

Distribuído por todo o mundo e em todas as culturas, vêm se impondo na contemporaneidade como um importante foco de estudo, devido ao seu impacto e frequência cada vez maiores (World Health Organization-WHO 2014). Desde os anos 90, passou a ser considerado também um problema de saúde pública (Baertschi et al. 2017).

A WHO (2014) aponta que aproximadamente 700.000 pessoas se suicidam por ano em todo o mundo, o que representa uma morte por suicídio a cada 100 mortes. Isso significa também 1 suicídio a cada 40 segundos, com uma taxa de 11,4/100.000 pessoas.

A partir do estudo *Suicide Worldwide*, da ONU, evidenciou-se que as taxas de suicídio caíram 36% entre os anos de 2009 a 2019 a nível global. Entretanto, nas Américas, as taxas apontaram crescimento de 17% no mesmo período (WHO 2019).

No Brasil, o oitavo país em número absoluto de casos, são registrados cerca de dez mil suicídios todos os anos. Em pouco mais de uma década, de 2000 a 2012, houve um aumento de mais de 10% na quantidade de mortes no país (Conselho Federal de Medicina-CFM 2014).

Uma série de estudos rastreou fatores de risco e fatores de proteção relacionados ao suicídio e outros tantos estudos tentam compreender os mecanismos neurobiológicos (Lippardet al. 2014), psicológicos (Joiner e Silva 2012) e sociais (Sachs-Ericsson et al. 2016b) que o norteiam.

Segundo os autores, dentre os fatores identificados que se relacionam com o aumento de risco de suicídio na população geral estão presentes: sexo masculino, adultos jovens e em idade avançada, viúvos, solteiros e divorciados, ausência de filhos, residir em grandes centros urbanos, consumo de álcool e drogas, crise financeira, histórico de lar desfeito na infância,

presença de doença mental, doença física e tentativa prévia de suicídio (Joiner e Silva 2012; Lippard et al. 2014; Sachs-Ericsson et al. 2016a).

Os mesmos apontam como fatores protetores para comportamento suicida incluem sexo feminino, residir em menores centros urbanos ou na zona rural, presença de religiosidade, presença de grande número de filhos, guerra e estado civil casada. Apesar dos investimentos para que se entenda o que leva alguém a esse ato tão extremo, ainda não há maneira de prever a ocorrência de um suicídio (Joiner e Silva 2012; Lippard et al. 2014; Sachs-Ericsson et al. 2016a).

Outro fenômeno da contemporaneidade que exige foco e investimentos maciços em todas as partes do mundo é a morbidade e morbimortalidade relacionadas às doenças oncológicas. Uma estimativa mundial da Globocan (2020), apontou que, dos 19,3 milhões de casos novos estimados de câncer, mais de 60% ocorreram em países em desenvolvimento. Para a mortalidade, 10 milhões de óbitos foram previstos mundialmente. Em uma projeção realizada para o ano de 2040, as estimativas sobem para cerca de 30 milhões de casos, o que corresponde a um aumento de 47% em relação ao ano de 2020 (Globocan 2020).

Para o triênio 2020-2022, a estimativa do Instituto Nacional de Câncer-INCA para cada ano é de cerca de 625 mil casos novos de câncer no Brasil (Ministério da Saúde 2020). Os diagnósticos que estão associados a um maior risco para suicídio são câncer de próstata, pâncreas, pulmão e de cabeça e pescoço (Anguiano et al. 2012). Para este período, estimam-se 65.840 mil casos novos de câncer de próstata, com um risco estimado de 62,95 casos novos a cada 100 mil homens, 17.760 mil casos novos de câncer de pulmão, com um risco estimado de 16,99 casos a cada 100 mil pessoas e 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral, com um risco estimado de 10,70 casos novos a cada 100 mil pessoas (Ministério da Saúde 2020).

Na população oncológica há uma série de estudos que apontam as características associadas ao suicídio em pacientes com câncer. São elas: sexo masculino, idade avançada, não estar casado, desemprego, baixo nível educacional, tabagismo, abuso de álcool, presença de ansiedade, depressão ou estresse pós-traumático relacionado com o câncer. Observa-se também que o tipo de câncer e estágio avançado de doença são fatores que se destacam (Santos 2017). Outro ponto importante ao ser levado em consideração quando se fala em risco de suicídio em paciente oncológico é o tempo de diagnóstico. Há evidências em estudos de que apontam para o maior risco de suicídio em pacientes oncológicos durante os primeiros

90 dias de diagnóstico e uma diminuição do risco com o passar do tempo (Fang et al. 2012; Ribeiro et al. 2014; Sugawara e Kunieda 2016).

Independentemente de sintomas ou transtornos psiquiátricos comórbidos, o adoecimento físico associa-se positivamente ao aparecimento de pensamentos e tentativas de suicídio. Pacientes portadores de doenças físicas pensam e tentam se suicidar com mais frequência do que a população geral, especialmente quando apresentam mais de um diagnóstico clínico (Druss e Pincus 2000).

Nesses casos, o impacto e sofrimento físico e emocional causados pelo adoecimento oncológico é particularmente intenso. O diagnóstico de câncer, isoladamente, aumenta o risco do comportamento suicida de um indivíduo em duas vezes e meia, especialmente no primeiro ano após o diagnóstico (Fang et al. 2012). Observa-se também que o risco de ideação suicida nesta população é 2 vezes maior do que na população geral (Park et al. 2016).

Em relação à associação entre suicídio e sexo em pacientes com câncer, o risco foi aumentado independentemente do sexo ao diagnóstico, mas a prática foi maior em homens (Spoletini et al. 2011). Há evidências de uma ligação entre abuso de álcool e tentativas de suicídio e maior uso por parte dos homens de violência (Spoletini et al. 2011).

Para além da investigação de preditores de risco retrospectivamente, a tentativa de compreender o comportamento suicida dos pontos de vista existencial e simbólico vêm sendo um caminho que colabora, cada vez mais, com o entendimento desse fenômeno tão complexo (Marquetti 2014).

A presença da morte, com a qual todos os seres humanos têm de se haver ao longo da vida - principalmente de forma indireta - precisa ser administrada psicologicamente para que haja possibilidade de elaboração do luto. Desde as raízes de nossa sociedade, o modo com o qual tratamos esse fato inclui diversas medidas que garantem ao homem certa distância da angústia de saber de seu próprio fim. O enterro dos mortos, presente no comportamento social do homem desde Neanderthal e mantido por nossa espécie ao longo da evolução, é uma referência ao modo como lidamos com o morrer. Esse tipo de ritual se mostra importante para além da finalidade mecânica, mas em relação ao seu valor simbólico, que expressa o que não é possível colocar em palavras (Bayard 1996).

De alguma forma, essa atitude sugere que, desde os primórdios da espécie, o pensamento humano não é totalmente investido no presente (Fraisse 1963). O modo como isso se expressa, através do enterro dos mortos, demonstra como a consciência administra

nossa condição existencial, ao vivenciar a existência entre polaridades complementares que incluem o corpo, com seu destino perecível e a alma, que não compartilha deste fardo.

Seja a partir de pensamentos místico-religiosos, como a ideia de que Deus garantirá a continuidade de nossa existência com a vida eterna ou através de constructos laicos, como a crença de que nossas realizações no mundo prosperarão entre as gerações, através da arte, do conhecimento ou de feitos memoráveis, a ideia da imortalidade de nossa porção humana imaterial está presente em nossa cultura. Esse modo de lidar com o mistério da existência e da finitude garante ao ser humano certo controle do mal-estar relacionado ao confronto com a ideia da nossa própria morte (Freud 1930).

Os mecanismos de defesa de nossa consciência usados para administrar essa realidade tentam separar o indivíduo do evento: “Fulano teve um infarto porque não se exercitava” ou “Ciclano faleceu porque fumava demais.” Podemos imaginar o desconforto em viver num mundo sem tais recursos defensivos, ao parafraseamos os exemplos acima, excluindo-os do contexto: “Fulano teve um infarto porque era mortal” ou “Ciclano faleceu porque estava vivo”. Esses recursos psicológicos inatos garantem um grau suficiente de bem estar à existência, quando aparentemente nos distanciam do enfrentamento direto com a morte.

No entanto, quando as circunstâncias colocam o homem em contato mais intenso com a morte, seja através de doenças crônicas, perda de entes queridos, envelhecimento ou alto grau de sofrimento físico ou psíquico, dois desses mecanismos de defesa se impõem maciçamente na tentativa de garantir sentido à existência, quais sejam, o senso de pertencimento e o senso de contribuição.

De uma perspectiva existencial, pertencer a um grupo, sociedade ou família e contribuir com sua manutenção e funcionamento são consideradas necessidades básicas de uma existência humana digna e valorosa, porque se opõem à ideia da vida como mera sobrevivência. As frustrações ou ausência de ambas necessidades são determinantes para a formação do pensamento e do comportamento suicida (Joiner e Silva 2012).

Segundo o Modelo Psicológico Interpessoal – MPI por Joiner e Silva (2012) o núcleo do pensamento suicida é formado pelas ideias de alienação, o oposto ao senso de pertencimento e da onerosidade percebida ou fardo para os outros, o oposto ao senso de contribuição.

A alienação é definida como senso de pertencimento frustrado e implica que existe uma falta de cuidado recíproco nas relações (Cero et al. 2015). Já a onerosidade percebida é definida pela percepção de tornar-se responsabilidade de outra pessoa, no sentido de se

sentir um fardo (Cero et al. 2015). De acordo com a teoria, essas duas percepções são condições necessárias para os estados mentais geradores do pensamento suicida e ambas podem estar exacerbadas em indivíduos com condições clínicas de saúde comprometida, adoecimento crônico, perda de independência e idade elevada.

Apesar de que pensamentos suicidas, em algum momento da vida, possam passar pela cabeça de grande parte das pessoas (Paykelet al. 1974), agir de forma sintônica a isso exige uma condição mental muito peculiar, dado que é um comportamento que desafia e suplanta o instinto de sobrevivência. Para a execução de uma tentativa de suicídio é necessário que o indivíduo esteja dessensibilizado do medo relacionado ao suicídio e da dor envolvida no ato (Smith e Cukrowicz 2010), de forma que, além do senso de alienação e de onerosidade, o indivíduo apresente o que chamamos de destemor aprendido (Joiner e Silva 2012).

A dessensibilização dessas percepções, ou destemor aprendido, desenvolve-se com a habituação de contato com o medo e com a dor; realidades bastantes comuns em pessoas adoecidas cronicamente, traumatizadas ou violentadas e auxilia no entendimento do porquê o maior preditor de suicídio é a presença de uma tentativa prévia de suicídio (Joiner e Silva 2012; Van Orden et al. 2012).

Em síntese, a partir do modelo existencial baseado no MPI dos mecanismos envolvidos na ideação suicida e na tentativa de suicídio; levando-se em conta o impacto crescente desse evento na contemporaneidade e considerando que o adoecimento oncológico coloca os pacientes diante dessa possibilidade de modo mais direto e impactante que na população geral, termos acesso a instrumentos psicométricos eficazes que auxiliem na identificação de fatores associados à ocorrência de pensamento ou tentativa de suicídio podem colaborar com a prevenção de comportamentos suicidas, especialmente em situações de risco aumentado como no momento do diagnóstico de câncer e durante o primeiro ano de tratamento (Silva e Benincá 2018).

O MPI tem como ferramentas padrão-ouro para avaliar os parâmetros discutidos de onerosidade e alienação, o *Interpersonal Needs Questionnaire* – INQ (Ribeiro et al. 2014) e para avaliar a destemor aprendido, a *Acquired Capability for Suicide Scale* – ACSS (Van Orden et al. 2008), instrumentos psicométricos que nos propomos validar a partir deste projeto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS PRIMÁRIOS

Realizar a tradução e validação para o português-Brasil dos instrumentos:

- ✓ *Interpersonal Needs Questionnaire*- INQ (Questionário de Necessidades Interpessoal-QNI) para o Português-Brasil
- ✓ *Acquired Capability for Suicide Scale*-ACSS (Escala de Capacidade Adquirida para Suicídio-ECAS) para o Português-Brasil.

2.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO

- ✓ Correlacionar os resultados dos questionários com as outras ferramentas utilizadas e com as variáveis clínicas.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado estudo transversal no qual ocorreram os processos de tradução e validação para a população oncológica do *Interpersonal Needs Questionnaire* – INQ e da *Acquired Capability for Suicide Scale* – ACSS para o Português-Brasil.

Critérios de inclusão: Pacientes em acompanhamento médico no A.C.Camargo Cancer Center, com idade acima de 18 anos, diagnóstico recente e/ou em fase inicial de tratamento para neoplasias malignas (até noventa dias do diagnóstico), independentemente do órgão, tipo histológico, do estadiamento tumoral e do tratamento em curso. A data do diagnóstico foi definida através da informação do prontuário ou pelo relato do paciente.

Critérios de exclusão: Pacientes com déficit intelectual de qualquer natureza que prejudicasse a sua compreensão e/ou expressão, de acordo com julgamento do investigador e/ou médico do paciente. Pacientes que reportaram não terem condição física e/ou psicológica para responder as ferramentas psicométricas. Pacientes com mais de 90 dias de diagnóstico.

A tradução e adaptação transcultural foram realizadas a partir das diretrizes internacionais (Beaton et al. 2000).

3.1 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Foi realizada a tradução e adaptação transcultural das escalas ACSS-FAD e INQ-15, após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa-CEP sob o n.º 2438/17 (Anexo 1).

Para cada instrumento traduzido e validado foram realizados os seguintes passos:

Dois tradutores bilíngues, ambos nativos da língua portuguesa, realizaram a tradução para o português das versões originais em inglês do *Interpersonal Needs Questionnaire* – INQ (Questionário de Necessidades Interpessoal – QNI e da *Acquired Capability for Suicide Scale* – ACSS (Escala de Capacidade Adquirida para Suicídio – ECAS).

Cada tradutor produziu um relatório do processo de sua tradução, apontando sentenças desafiantes, escolhas incertas de vocábulos e opções possíveis de solução. Um dos

tradutores era da área da saúde, de modo que o conhecimento a respeito do tema tratado possibilitasse uma perspectiva clínica e técnica no processo.

O segundo tradutor não tinha formação na área da saúde e não recebeu instruções específicas a respeito do tema do material para tradução previamente.

Um terceiro tradutor bilíngue independente, nativo em português, fez a comparação entre as duas versões para avaliar ambiguidades e incongruências. A partir do consenso entre os tradutores e o investigador a versão consensual traduzida do instrumento foi obtida.

Esta versão foi traduzida para o inglês por outros dois tradutores bilíngues independentes, nativos de língua inglesa, que produziram a retro-tradução dos documentos, com apontamento das possíveis incongruências, dúvidas e sugestões de solução.

O primeiro tradutor, como no passo anterior, tinha formação na área da saúde. O segundo tradutor não tinha formação ligada à área da saúde ou conhecimento técnico relacionado a terminologias médicas ou ligadas ao tema do questionário. Ambos não tiveram qualquer contato prévio com o instrumento original.

A versão pré-final foi definida por um comitê composto por três profissionais da área da saúde com experiência em pesquisa clínica, psiquiatria e psicologia, levando em conta todas as versões dos questionários.

Caso discrepâncias não fossem possíveis de serem solucionadas pelo comitê, o processo de tradução deveria recomeçar.

3.1.1 Estudo Piloto

Um teste piloto foi realizado com uma amostra de 30 pacientes. Em uma primeira fase, foram identificadas pelos membros do comitê dificuldades de compreensão em algumas palavras e, devido a isso, ocorreram adaptações para melhor entendimento dos itens das escalas na língua portuguesa.

3.1.2 Amostra do Estudo Piloto

No período entre janeiro e dezembro de 2018 foram recrutados 30 pacientes, com diagnóstico oncológico de até 90 dias que estavam na instituição para realização da primeira sessão de quimioterapia.

3.1.3 Alteração nas Escalas

Após a aplicação da pesquisa em 20 pacientes, o comitê se reuniu para avaliar os resultados e optou por fazer algumas alterações de palavras utilizadas nas escalas para melhor entendimento dos participantes.

Na escala ACSS-FAD, foram substituídas as afirmações “não me descreve” e “me descreve muito bem” para “não concordo” e “concordo plenamente”.

Já na escala INQ-15, houve substituição da palavra "interação" para "contato" na seguinte afirmativa: “Ultimamente eu tenho ao menos um contato satisfatório por dia”.

Após as alterações, ocorreu a aplicação da versão pré-final revisada em mais 10 participantes a fim de avaliar a adequação das mesmas. Depois de uma nova análise pelo comitê, considerando os resultados do teste piloto, a versão final traduzida foi definida.

3.2 AMOSTRA

No período entre janeiro de 2019 e julho de 2021 foram recrutados 157 pacientes provenientes de todos os setores da instituição.

3.3 PROCEDIMENTOS

Após a aprovação do estudo pela Comissão de Ética e Pesquisa-CEP do A.C. Camargo Cancer Center, sob o registro CEP número 2438/17 (Anexo 1), os pacientes foram selecionados a partir das informações contidas no prontuário.

Após verificação dos critérios de inclusão e exclusão, os pacientes foram convidados a participar do estudo por um membro da equipe de pesquisa, devidamente treinado para a aplicação dos questionários. Os pacientes foram orientados quanto aos objetivos do estudo, procedimentos, confidencialidade e suas dúvidas foram esclarecidas. Aos pacientes que aceitaram participar do estudo, foi entregue uma via do Termo de Consentimento Livre Esclarecido-TCLE (Apêndice 1) e outra via ficou com o pesquisador, ambas assinadas. A entrevista foi realizada após a assinatura do termo e o paciente foi orientado sobre como preencher os questionários, tendo em vista que todos os testes são autoaplicáveis.

Durante a entrevista foram preenchidos os seguintes instrumentos:

- Questionário com características sociodemográficas e outras questões (Anexo 2): idade, raça, estado civil, grau de escolaridade, rede de apoio, religião, se veio a consulta acompanhado ou só, sistema de saúde utilizado, tabagismo, uso de drogas ilícitas, consumo de álcool, tratamento psiquiátrico prévio, caso de suicídio na família, histórico de tentativa de suicídio na família e pessoal e uso de psicotrópico.
- Questionário Brasil para classificação econômica (Anexo 3)
- Instrumentos psicométricos: Versão final traduzida do *Interpersonal Needs Questionnaire* – INQ (Questionário de Necessidades Interpessoal QNI) (Anexo 4), Versão final traduzida do *Acquired Capability for Suicide Scale* – ACSS (Escala de Capacidade Adquirida para Suicídio – ECAS) (Anexo 5), *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS / Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Anexo 6), seção de risco de suicídio do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Anexo 7), Fagerström Test for Nicotine Dependence – FTND (Anexo 8) - Teste de Fagerström para dependência de nicotina e a *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener* (CAGE) (Anexo 9).

3.3.1 Descrição dos Instrumentos Psicométricos Utilizados

3.3.2 Versão final traduzida do *Interpersonal Needs Questionnaire* – INQ (Questionário de Necessidades Interpessoal - QNI)

O Questionário de Necessidades Interpessoais (INQ) é uma escala psicométrica, autoaplicável, que visa avaliar as crenças atuais dos pacientes em relação a dois importantes fatores de risco para suicídio: o grau em que eles se sentem conectados a outros indivíduos (pertencimento) e o grau em que eles se sentem como um fardo para as pessoas em suas vidas (onerosidade percebida) (Van Orden et al. 2010).

Foi desenvolvida a partir da Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio, com o objetivo de ser utilizada por pesquisadores na investigação da etiologia do comportamento/ideação suicida e também para uso clínico como instrumento de prevenção, ao detectar estes fatores de risco e possibilitar a criação de estratégias de intervenção (Joiner et al. 2009).

A versão do Questionário de Necessidades Interpessoais trabalhada no presente estudo é a de 15 itens. Esta é considerada a que proporciona resultados mais confiáveis dos dois construtos que se pretende avaliar (Van Orden et al. 2012). Cada item é respondido a

partir de autorrelato através de uma escala Likert de 7 pontos (1 “não é verdadeiro para mim”, 4 “é verdadeiro até certo ponto” e 7 “é completamente verdadeiro para mim”).

O primeiro modelo da INQ era composto por 25 itens (Van Orden et al. 2010), mas depois foram desenvolvidas outras quatro diferentes versões: com 18 itens (Marty et al. 2012), com 15 itens (Van Orden et al. 2012), com 12 itens (Freedenthal et al. 2011) e com 10 itens (Bryan 2011).

Para avaliar os resultados desta escala, os scores são somados e pontuações mais altas indicam níveis mais altos de pertencimento frustrado e onerosidade percebida.

3.3.3 Versão final traduzida do *Acquired Capability for Suicide Scale* – ACSS (Escala de Capacidade Adquirida para Suicídio – ECAS)

Escala de Capacidade Adquirida para o Suicídio (ACSS) é uma escala psicométrica, autoaplicável, que visa avaliar as crenças atuais dos pacientes em relação a um importante fator para a execução de uma tentativa de suicídio: a dessensibilização do medo relacionado ao suicídio e a dor envolvida no ato (Van Orden et al. 2010), através comportamentos auto-agressivos letais (destemor aprendido) (ACSS-FAD; Ribeiro et al. 2014).

Esta escala está disponível em diferentes versões (Van Orden et al. 2012). Para esta pesquisa foi utilizada a escala ACSS-FAD, com 7 itens, que avalia o destemor aprendido (Ribeiro et al. 2014), cada item é respondido a partir de autorrelato através de uma escala Likert de 5 pontos (0 “não concordo” e 4 “concordo plenamente”).

Uma pontuação somada para este questionário pode ser calculada, e pontuações mais altas indicam níveis mais altos de destemor em relação a comportamentos auto-agressivos letais.

3.3.4 Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS / Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Zigmond e Snaith 1983; Botega 2015)

Escala validada no Brasil, autoaplicável, amplamente utilizada para mensurar sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doenças clínicas fora de ambiente psiquiátrico. O Alpha de Cronbach na validação foi de 0,68 para ansiedade e 0,77 para depressão.

A escala HADs é composta de 14 questões de múltipla escolha, sendo sete itens para ansiedade e sete para depressão. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21. Por ser uma escala curta, pode ser rapidamente preenchida pelo paciente, ao solicitar que responda

às questões baseadas em como se sentiu durante a última semana (últimos sete dias). Foram adotados os pontos de cortes recomendados por (Zigmond e Snaith 1983); para ambas as subescalas. O escore de 0 a 8 alcançado nos itens de ansiedade considera que o paciente não está ansioso e escores maiores que 9 demonstram que há ansiedade. Estes mesmos escores são utilizados para determinar a presença ou não de depressão. A tradução e validação da escala HADs para o português no Brasil foi feita por (Botega 2015).

3.3.5 Seção de risco de suicídio do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Composta por seis questões, é subdividida em dois momentos. Nas primeiras cinco questões avalia-se o risco de suicídio no último mês e se houve alguma tentativa de suicídio ao longo da vida do avaliado. A sexta questão avalia o risco de suicídio ao longo da vida. A pontuação final é definida como baixo risco de suicídio para a pontuação de 1 a 5, risco moderado para pontos de 6 a 9 e risco alto para pontuação acima de 10.

O MINI é um instrumento breve de diagnóstico padronizado dos principais transtornos psiquiátricos e do humor, sendo compatível com os critérios do DSM-V e da CID 10. Sua aplicação leva de 2 a 5 minutos e sua utilização visa à prática clínica e a pesquisa em atenção primária e em psiquiatria. O MINI foi traduzido e validado para o português por (Amorim 2000). Na validação o Alpha de Cronbach foi de 0,75.

3.3.6 Fagerstrom Test for Nicotine Dependence – FTND (Fagerström 1978)

O teste de Fagerstrom para dependência à nicotina é uma ferramenta autoaplicável, composta por seis perguntas e tem o objetivo de obter uma medida da dependência a nicotina. Foi desenvolvido por Fagerström, em 1978, e readaptado por Heatherton et al. (1991). A versão utilizada neste estudo foi traduzida e validada no Brasil por Carmo e Pueyo em 2002. Na validação no Brasil apresentou Alpha de Cronbach de 0,64 e no teste reteste 0,91.

A escala foi aplicada nos pacientes que se declararam tabagistas ativos. A partir da pontuação do teste é possível 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).

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

O CAGE é um questionário composto de quatro perguntas relacionadas ao anagrama do inglês *Cut down* (cogitar diminuição da quantidade de bebida alcoólica costumeira), *Annoyed by criticism* (aborrecido devido a críticas recebidas), *Guilty* (sentir-se culpado após excesso de bebida) e *Eye opener* (precisar beber logo de manhã) e tem por finalidade detectar pacientes com suspeita de alcoolismo. No teste o paciente deve responder positiva ou negativamente às quatro questões. Considera-se grande a possibilidade para o alcoolismo quando duas ou mais perguntas obtêm a resposta afirmativa (Paz Filho et al. 2001).

Foi desenvolvido por Castells e Furlanetto (2005). A tradução e validação do CAGE para o português no Brasil, foi realizada por Masur e Monteiro, em 1983, tendo uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83%.

3.4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE VALIDAÇÃO DAS ESCALAS INQ-15 E ACSS-FAD EM OUTROS PAÍSES

Em alguns artigos publicados em outros países (Alemanha, Suíça, Portugal, Itália, Coreia do Sul e Eslovênia) há uma correlação mais consistente entre as escalas INQ e ACSS-FAD e a Teoria Interpessoal do Suicídio e em outros apenas uma das escalas apresentou boa correlação com a teoria. Ao fazer uma revisão bibliográfica encontramos os seguintes resultados dos estudos de tradução e validação em outros países:

No estudo realizado na Alemanha, a escala INQ mostrou boas propriedades psicométricas como instrumento para acessar os constructos de onerosidade percebida e alienação (Carmo e Pueyo 2002). No estudo realizado na França (Paz Filho et al. 2001) a INQ teve uma significativa correlação com risco de suicídio, desesperança, depressão e vulnerabilidade social. A consistência interna foi elevada. Os resultados apontam para a validação da escala, mas ainda são necessários estudos complementares a fim de estabelecer isso (Paz Filho et al. 2001).

Com a pesquisa na população da Suíça por Baertschi et al. (2017), foram utilizadas ambas as escalas e as mesmas foram validadas e depois colocadas à disposição de profissionais de saúde. Estes consideraram os instrumentos úteis para o manejo com pacientes que apresentam questões relacionadas ao risco e ideação suicida. A aplicação da escala que mensura onerosidade percebida e alienação (INQ-15) pôde ser implementada e

integrada à intervenção clínica da instituição, com pacientes em atendimento após tentativa de suicídio (Baertschi et al. 2017).

Para a população portuguesa (Liu et al. 2022) foi realizada pesquisa apenas com a escala INQ, em três fases: primeira fase com amostra de controle com adultos da população portuguesa, segunda e terceira fase com amostra de estudantes universitários. A análise dos componentes principais demonstrou a existência dos três fatores pertinentes a Teoria Interpessoal do Suicídio e verificou-se igualmente uma adequada consistência interna, validade convergente e validade referenciada pelo critério risco de suicídio. Na segunda fase, foi possível demonstrar a validade preditiva das escalas do INQ-15 em cinco meses e a validade referenciada pelo critério ideação suicida. Na terceira fase, os resultados apoiaram a validação das escalas do INQ-15 e confirmaram a estrutura fatorial de três fatores, obtida no primeiro estudo. No último estudo, foi confirmada a estabilidade temporal das duas escalas do INQ-15 com duas semanas de intervalo.

Com a população da Itália, foi utilizada apenas a escala INQ-15 (Iliceto et al. 2021). Os resultados obtidos com a análise de multigrupo apoiaram a adequação do modelo de dois fatores para mensurar o senso de alienação e a onerosidade percebida. O modelo é invariável em toda a comunidade. Concluiu-se que o INQ-15 é uma medida válida e confiável para avaliar ambos os constructos. Implicações para pesquisa, avaliação e intervenção em ideação suicida foram amplamente discutidas (Masur e Monteiro 1983).

Nos estudos realizados com amostra de estudantes universitários da Coreia do Sul e EUA (Watanabe et al. 2011), foram utilizadas as duas escalas (INQ e ACSS-FAD). Na comparação dos resultados para o constructo de alienação, observa-se que os resultados são equivalentes entre as amostras. Esta equivalência também foi observada em relação à onerosidade percebida. Destacam-se diferenças culturais e comportamentais, considerando as particularidades de cada região.

Na pesquisa realizada no Paquistão (Shair S, 2016), foram utilizadas as duas escalas (INQ e ACSS FAD). Os resultados mostraram que a diminuição do nível de bem-estar psicológico fortalece a relação entre a capacidade adquirida para suicídio e o senso de alienação. Por outro lado, alto nível de bem-estar não produz nenhum efeito na relação entre alienação e capacidade adquirida para suicídio na amostra de pacientes com câncer. Desta forma, foi possível demonstrar a validade preditiva da escala INQ-15 e confirmar a estrutura

fatorial de três fatores propostos pela Teoria Interpessoal do Suicídio (Masur e Monteiro 1983).

Já em estudo realizado na Eslovênia, foi utilizada apenas a escala INQ 9 (Podlogar et al. 2017). Havia a particularidade da amostra ser composta por estudantes adolescentes, provenientes das duas regiões com maior índice de suicídio na população nacional. Foi observada relação entre o fator de risco associado ao excessivo consumo de álcool e baixa autoestima. Diante dos resultados encontrados, concluiu-se que a escala não poderia ser validada, pois ficou em evidência a necessidade de ajustes para a população delimitada, devido às suas características específicas (Podlogar et al. 2017).

3.4.1 Validação dos Instrumentos ACSS-FAD e INQ-15 No Brasil

Serão apresentados os resultados das análises realizadas para verificar a adequação dos instrumentos ACSS-FAD e INQ-15 à população estudada.

4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todas as análises estatísticas, construção de gráficos e tabelas foram realizadas no software estatístico JAMOVI versão 1.6.7, baseado na linguagem R. O software estatístico AMOS foi utilizado para executar a imagem da Análise Fatorial Confirmatória (Faul et al. 2009; Rosseel et al. 2022).

O número amostral foi selecionado por conveniência. A fim de avaliar o poder do teste que esse número amostral representa, foi realizado o cálculo amostral a posteriori – capaz de informar o valor de poder do teste - usando da ferramenta GPower versão 3.1 (Lenth 2021). Para tal cálculo foi necessário fixar o nível de confiança em 95% e a margem de erro em 5%, e eventuais tamanhos de efeito para cada teste. Foi calculado igualmente para as variáveis quantitativas e qualitativas.

Para ambos os modelos construídos atingimos o número mínimo necessário para um CFA. No primeiro modelo, com um fator e 7 indicadores, com carga fatorial em média de .48, o tamanho amostral mínimo era de aproximadamente 100 pessoas. Já no segundo modelo, com dois fatores e carga fatorial média de .54, o tamanho amostral era de aproximadamente 150 pessoas.

Para as variáveis quantitativas de resposta foi verificada a distribuição de normalidade através do teste de Shapiro-Wilk e os resultados foram reportados utilizando de média (\pm desvio padrão) caso a distribuição fosse normal ou mediana (mínimo – máximo) caso ela fosse não normal. Já para as variáveis qualitativas os valores de cada grupo foram expressos através de número absoluto (% porcentagem do total). Para definir a distribuição das variáveis quantitativas desse estudo, o teste de normalidade de Shapiro-Wilk foi aplicado.

Com o objetivo de verificar a significância estatística de nossas conclusões, diferentes testes foram aplicados dependendo da natureza da variável. Para verificar a diferença estatística entre uma variável quantitativa e uma qualitativa foi aplicado o teste paramétrico T para amostras não pareadas se a distribuição da variável quantitativa fosse normal, e o teste não paramétrico de Man-Whitney caso não fosse. Já em relação à associação entre duas variáveis qualitativas em nosso estudo, foi aplicada a metodologia do teste do qui-quadrado. Para todos os testes, valores de $p < 0.05$ foram considerados suficientes para rejeitar a hipótese nula e considerar o resultado significativo estatisticamente.

Para a análise psicométrica das escalas ACSS-FAD e INQ-15 traduzidas em nosso estudo, a consistência interna foi avaliada por meio do Omega de McDonald's, e foi analisada a validade convergente entre ambas as escalas e os outros questionários que serviram de apoio para o estudo, sendo eles HADS, MINI, FTND e CAGE a partir do coeficiente de correlação de Pearson entre os scores dos mesmos.

Já a avaliação da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) foi realizada considerando uma variável latente através da utilização do pacote estatístico (Rosseel et al. 2022). O teste qui-quadrado foi utilizado como métrica de qualidade geral do modelo, com valores desejáveis de $p > 0,05$, a fim de verificar a coerência dos dados e da hipótese do instrumento traduzido ser unidirecional. A raiz quadrática média dos erros - RMSEA - entre os valores observados e as hipóteses foi executada, sendo desejável uma % de erro inferior a 5% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE 2019). Esse parâmetro é mais uma medida de erro que tem o intuito de verificar se o que está sendo proposto como hipótese é confirmado ou não pelos dados obtidos.

A validação foi realizada inicialmente a partir de uma análise descritiva das variáveis, em que foram apresentadas as distribuições de frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas e as principais medidas resumo, como a média, desvio padrão, mediana, valores mínimo e máximo, para as variáveis quantitativas.

Foi realizada a avaliação das seguintes propriedades de medida: consistência interna, validade e efeito de teto e piso. A consistência interna é calculada através do alfa de Cronbach geral e para cada item do questionário. O efeito teto e piso é verificado através da análise de frequência da pontuação, sendo presente quando mais de 15% da amostra obtém a pontuação máxima (teto) ou mínima (piso). Não foi realizado o teste-reteste devido ao momento em que foi realizada a pesquisa, durante a pandemia de Covid-19, o que trouxe mudanças repentinas que impediram a aplicação dos questionários nos mesmos participantes novamente.

A validade dos construtos foi avaliada através do coeficiente de correlação de Pearson ou Spearman, utilizados para avaliar as correlações entre os escores dos questionários.

Para avaliar a associação entre variáveis qualitativas, utilizamos o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando apropriado. Para comparar variáveis qualitativas em relação à distribuição de variáveis quantitativas, o teste *t-Student* para grupos independentes ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney foi utilizado.

O nível de significância adotado é de 5%. As análises estatísticas foram realizadas por meio do software IBM SPSS versão 25.

5 RESULTADOS

Cento e cinquenta e sete pacientes foram convidados a participar desta pesquisa, entre janeiro de 2019 e julho de 2021. A idade média foi de 50,5 anos (desvio padrão \pm 13.7). Três pacientes se recusaram a participar do estudo, totalizando cento e cinquenta e quatro pacientes na análise final.

Na tabela abaixo, serão apresentadas as características sociodemográficas da nossa amostra populacional. Em relação ao sexo, 58% da amostra foi composta por mulheres e 42% por homens. Cento e dezessete participantes (78%) declararam-se brancos, 13 participantes (8,7%) negros, 4 participantes amarelos (2,7%) e 15 (10%) participantes pardos.

Em relação ao estado civil, houve a predominância de pacientes casados (67,3%). Verificou-se em relação ao grau de escolaridade que 63 pacientes (42% da amostra) apresentavam nível superior.

Quando questionados acerca de sua rede de apoio, a maior parte dos entrevistados (146 participantes) respondeu ter a família como principal rede. Sobre a religião dos participantes, 60% da amostra declarou-se católica, 17,3% evangélica, 10% espírita, 2,7% umbandista, 0,7% ateu e 9,3% sem religião (pessoas que se não se declaram pertencentes a nenhuma religião específica).

O sistema de saúde utilizado para realização do tratamento foi predominantemente privado (que engloba planos de saúde e particular), sendo 138 pacientes, o que representa 92% da amostra. No dia da entrevista, 123 pacientes estavam acompanhados por alguém (familiar, amigos, cuidadores, etc) e 27 estavam sozinhos.

Tabela 1 – Descritivo geral da amostra

Variáveis	Total (Média ou Frequência)	Total (DP ou %)
Idade	50.5	± 13.7
Sexo		
Masculino	63	42%
Feminino	87	58%
Raça		
Branco(a)	117	78%
Negro(a)	13	8.7%
Amarelo(a)	4	2.7%
Pardo(a)	15	10%
Estado Civil		
Casado(a)	99	67.3%
Solteiro(a)	24	16.3%
Separado(a)	15	10.2%
Viúvo(a)	5	3.4%
Grau Escolaridade		
E. Fundamental	8	5.3%
E. Médio	36	29.3%
E. Superior	63	42%
E. Técnico	3	2%
Pós-Graduação	40	26.7%
Qual sua rede de Apoio		
Família	146	97.3%
Amigos	96	64%
Colegas trabalho/estudo	46	30.7%
Comunidade ou serviços de Saúde	35	23.3%
Religião		
Católica	90	60%
Evangélica	26	17.3%
Espírita	15	10%
Umbanda	4	2.7%
Ateu	1	0.7%
Sem religião	14	9.3%
Sistema de Saúde		
Particular/convênio	138	92%
SUS	12	8%
Veio Acompanhado(a)?		
Sim	123	82%
Não	27	18%

Na Tabela 2 observamos que 97 participantes (64.7%) nunca fumaram e apenas seis participantes (4%) eram fumantes no momento da pesquisa. Em relação ao consumo de álcool, foram obtidos resultados iguais entre os participantes para os que beberam em algum momento da vida (32,7%) e os que nunca beberam (32,7%), sendo que, dos que beberam, 6,7% da amostra estava abstinente e 28% faziam uso de álcool naquele período.

Em relação a saúde mental, 31 participantes (20,7%) faziam tratamento psiquiátrico e 40 participantes (26,8%) faziam uso de psicotrópicos. Em relação ao suicídio, 22 entrevistados (14,7%) relataram casos de suicídio na família e 6 participantes (4%) tiveram tentativas prévias de suicídio.

De acordo com a escala MINI, a incidência de risco para suicídio nos pacientes foi de 11,04%. Quando observamos a subdivisão das categorias do questionário, a incidência foi de 64,7% para casos de baixo risco de suicídio, 17,6% para os casos de risco moderado e 17,6% para casos de risco alto para suicídio. Os participantes que apresentaram risco moderado ou alto para suicídio foram encaminhados para avaliação no departamento de saúde mental da instituição.

Tabela 2 - Perfil epidemiológico descritivo da amostra

Variáveis	Total (Média ou Frequência)	Total (DP ou %)
Tabagista		
Nunca fumou	97	64.7%
Já Fumou	39	26%
Abstinente	8	5.3%
Sim (fuma)	6	4%
Consumo de Álcool		
Nunca bebeu	49	32.7%
Já Bebeu	49	32.7%
Abstinente	10	6.7%
Sim (bebe)	42	28%
Uso de Drogas		
Nunca usou	138	92%
Já Usou	10	6.7%
Faz Uso	2	1.3%
Tratamento Psiquiátrico		
Sim	31	20.7%
Não	119	79.3%
Medicamentos para Dormir, Ansiedade ou depressão		
Sim	40	26.8%
Não	109	73.2%
Caso de Suicídio na Família		
Sim	22	14.7%
Não	128	85.3%
Tentou Suicídio?		
Sim	6	4%
Não	144	96%
Escala MINI		
Baixo	11	64.7%
Moderado	3	17.6%
Alto	3	17.6%

Em relação a Tabela 3, é possível observar a média e o desvio-padrão de todas as questões que compõem o INQ-15. Todos os cálculos foram realizados levando em consideração as pontuações reversas das questões 7, 8, 10, 13, 14 e 15.

Tabela 3 – Descritiva dos escores de INQ por questão

	N	Média	DP
INQ - 1. Ultimamente as pessoas que me cercam estariam melhor se eu não estivesse aqui.	154	1.29	±1.046
INQ - 2. Ultimamente as pessoas que me cercam estariam mais felizes sem mim.	154	1.14	±0.677
INQ - 3. Ultimamente eu acho que sou um peso para a sociedade.	154	1.10	±0.460
INQ - 4. Ultimamente eu acho que minha morte seria um alívio para as pessoas que me cercam	154	1.06	±0.423
INQ - 5. Ultimamente eu acho que as pessoas que me cercam gostariam de estar livres de mim.	154	1.05	±0.409
INQ - 6. Ultimamente eu acho que pioro as coisas para as pessoas que me cercam.	154	1.38	±0.944
INQ - 7. Ultimamente as pessoas tem se importado comigo.	154	6.51	±1.178
INQ - 8. Ultimamente eu sinto que pertenço a um grupo.	152	6.10	±1.690
INQ - 9. Ultimamente raramente tenho contato com pessoas que se importam comigo.	154	2.08	±2.069
INQ - 10. Ultimamente eu tenho a sorte de ter amigos que me dão carinho e apoio.	154	6.40	±1.458
INQ - 11. Ultimamente eu me sinto distante de outras pessoas.	154	2.23	±1.824
INQ - 12. Ultimamente tenho me sentido deslocado em situações sociais	152	2.02	±1.697
INQ - 13. Ultimamente eu sinto que há pessoas que eu posso procurar em momentos de necessidade.	154	6.42	±1.312
INQ - 14. Ultimamente eu me sinto próximo de outras pessoas.	153	6.12	±1.551
INQ - 15. Ultimamente eu tenho ao menos um contato satisfatório por dia.	154	6.28	±1.506

Na Tabela 3.1, a consistência interna da escala INQ-15 demonstra-se suficiente. Levando-se em consideração diferenças na tradução, algumas palavras podem adquirir um peso diferente, mas, no geral, a escala apresenta-se consistente em relação a isso. A média da escala foi de 1,55, já considerando os scores reversos.

Tabela 3.1 – Métrica de consistência interna da escala de INQ

	Média	DP	Cronbach's α	McDonald's ω
scale	1.55	0.625	0.758	0.793

Na Tabela 3.2, se uma questão for removida da escala é possível demonstrar o que ocorre com a consistência interna da escala. Os resultados apresentam pouca variação, o que ratifica que o instrumento está conciso.

Tabela 3.2 – Consistência interna da escala INQ, caso alguma pergunta seja removida

	if item dropped	
	Cronbach's α	McDonald's ω
INQ - 1. Ultimamente as pessoas que me cercam estariam melhor se eu não estivesse aqui.	0.749	0.781
INQ - 2. Ultimamente as pessoas que me cercam estariam mais felizes sem mim.	0.749	0.776
INQ - 3. Ultimamente eu acho que sou um peso para a sociedade.	0.751	0.774
INQ - 4. Ultimamente eu acho que minha morte seria um alívio para as pessoas que me cercam	0.755	0.781
INQ - 5. Ultimamente eu acho que as pessoas que me cercam gostariam de estar livres de mim.	0.757	0.787
INQ - 6. Ultimamente eu acho que pioro as coisas para as pessoas que me cercam.	0.749	0.784
INQ - 7. Ultimamente as pessoas tem se importado comigo. ^a	0.749	0.790
INQ - 8. Ultimamente eu sinto que pertença a um grupo. ^a	0.740	0.781
INQ - 9. Ultimamente raramente tenho contato com pessoas que se importam comigo.	0.757	0.786
INQ - 10. Ultimamente eu tenho a sorte de ter amigos que me dão carinho e apoio. ^a	0.747	0.785
INQ - 11. Ultimamente eu me sinto distante de outras pessoas.	0.744	0.786
INQ - 12. Ultimamente tenho me sentido deslocado em situações sociais	0.738	0.783
INQ - 13. Ultimamente eu sinto que há pessoas que eu posso procurar em momentos de necessidade. ^a	0.734	0.776
INQ - 14. Ultimamente eu me sinto próximo de outras pessoas. ^a	0.717	0.772
INQ - 15. Ultimamente eu tenho ao menos um contato satisfatório por dia. ^a	0.734	0.779

^a escala reversa

Em relação às Tabelas 3.4 e 3.6, os valores de consistência interna dos dois constructos da escala - pertencimento frustrado (.73) e onerosidade percebida (.74) são similares, porém um pouco menores aos do estudo original - pertencimento frustrado (.85) e onerosidade percebida (.89) (Suh et al. 2017).

Tabela 3.3 – Consistência interna para o fator “Sobrecarga Percebida”, caso algum item seja removido

	if item dropped	
	Cronbach's α	McDonald's ω
INQ - 1. Ultimamente as pessoas que me cercam estariam melhor se eu não estivesse aqui.	0.694	0.756
INQ - 2. Ultimamente as pessoas que me cercam estariam mais felizes sem mim.	0.629	0.714
INQ - 3. Ultimamente eu acho que sou um peso para a sociedade.	0.690	0.756
INQ - 4. Ultimamente eu acho que minha morte seria um alívio para as pessoas que me cercam	0.701	0.749
INQ - 5. Ultimamente eu acho que as pessoas que me cercam gostariam de estar livres de mim.	0.712	0.761
INQ - 6. Ultimamente eu acho que pioro as coisas para as pessoas que me cercam.	0.721	0.779

Na Tabela 3.4, a média do instrumento para sobrecarga percebida foi de 1,17, com desvio padrão de 0,461.

Tabela 3.4 – Consistência interna para o fator “Sobrecarga Percebida”

	média	DP	Cronbach's α	McDonald's ω
scale	1.17	0.461	0.730	0.784

Tabela 3.5 – Consistência interna para o fator “Pertencimento Frustrado”, caso item seja removido

	if item dropped	
	Cronbach's α	McDonald's ω
INQ - 7. Ultimamente as pessoas tem se importado comigo. ^a	0.728	0.760
INQ - 8. Ultimamente eu sinto que pertenço a um grupo. ^a	0.722	0.756
INQ - 9. Ultimamente raramente tenho contato com pessoas que se importam comigo.	0.756	0.777
INQ - 10. Ultimamente eu tenho a sorte de ter amigos que me dão carinho e apoio. ^a	0.723	0.749
INQ - 11. Ultimamente eu me sinto distante de outras pessoas.	0.720	0.761
INQ - 12. Ultimamente tenho me sentido deslocado em situações sociais	0.715	0.760
INQ - 13. Ultimamente eu sinto que há pessoas que eu posso procurar em momentos de necessidade. ^a	0.706	0.725
INQ - 14. Ultimamente eu me sinto próximo de outras pessoas. ^a	0.675	0.708
INQ - 15. Ultimamente eu tenho ao menos um contato satisfatório por dia. ^a	0.705	0.735

^a reverse scaled item

Na Tabela 3.6, a média do instrumento para pertencimento frustrado foi de 1,81, com desvio padrão de 0,905.

Tabela 3.6 – Consistência interna para o fator “Pertencimento Frustrado”

	média	dp	Cronbach's α	McDonald's ω
scale	1.81	0.905	0.740	0.770

A Tabela 4 apresenta a média e o desvio padrão dos escores das questões da ACSS-FAD. Em relação à questão 2, os resultados demonstram que a dor física mostra-se um fator relevante, obtendo maiores pontuações nas respostas dos participantes da pesquisa e, conseqüentemente, uma média maior. A mesma coisa acontece com as questões 4 e 6. Em relação à questão 6, pode-se pensar na aceitação da morte como fim da vida enquanto um fator aceitável. Podemos relacionar isso com a média de idade dos participantes (50.5).

Tabela 4 – Descritiva dos Escores de ACSS-FAD

	N	Média	DP
ACSS-FAD - 1. O fato de que eu vou morrer não me afeta.	154	1.95	±1.64
ACSS-FAD - 2. A dor física da morte me assusta.	154	2.62	±1.47
ACSS-FAD - 3. Tenho muito medo de morrer.	154	1.85	±1.54
ACSS-FAD - 4. Não fico nervoso quando as pessoas falam sobre a morte	154	2.41	±1.54
ACSS-FAD - 5. A perspectiva da minha própria morte gera ansiedade em mim.	154	1.73	±1.54
ACSS-FAD - 6. Não fico perturbado em pensar na morte como o final da vida como a conhecemos	154	2.81	±1.47
ACSS-FAD - 7. Não tenho nenhum medo da morte.	154	2.03	±1.57

Na Tabela 4.1, a consistência interna da escala ACSS-FAD demonstra-se suficiente, Cronbach e McDonald's indicam bons resultados, apesar de serem menores que os referentes ao INQ-15. A média do instrumento foi de 2,14, com desvio padrão de 0,934.

Tabela 4.1 – Consistência interna da escala de ACSS

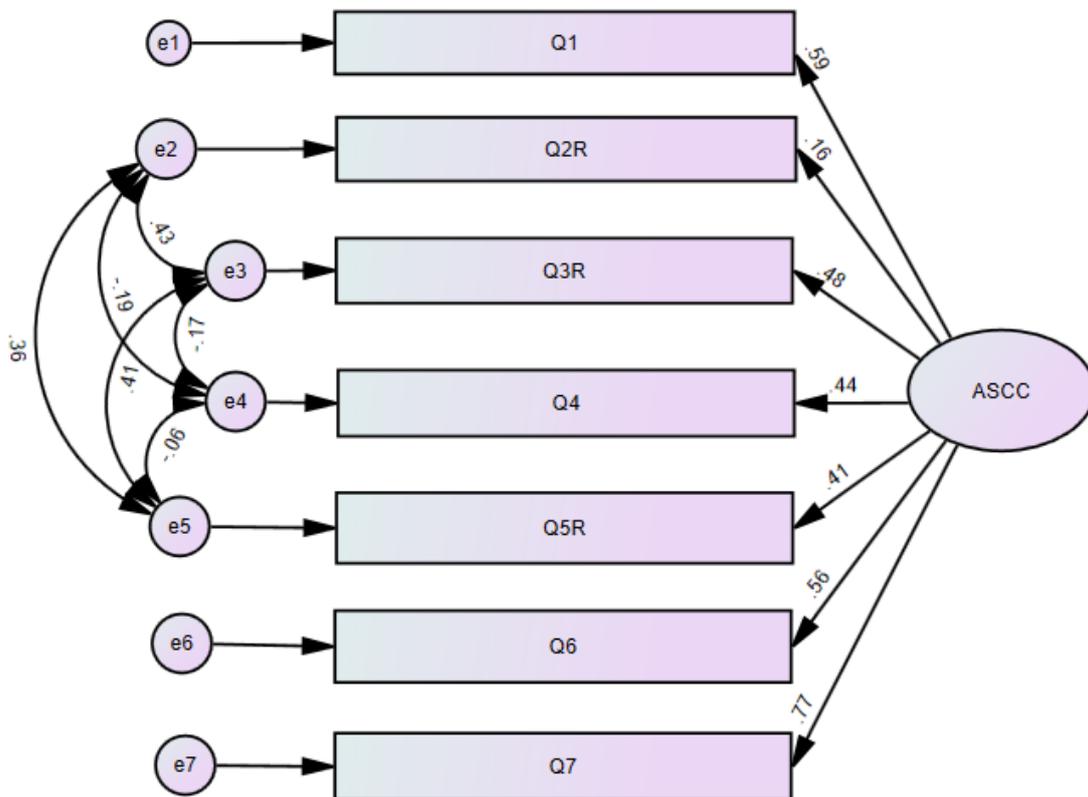
	média	dp	Cronbach's α	McDonald's ω
scale	2.14	0.934	0.713	0.720

Na Tabela 4.2, se remover algum item da escala demonstra o que acontece com a consistência interna, levando em consideração as pontuações invertidas. O resultado apresenta pouca variação, não alterando a consistência interna do instrumento, o que corrobora que o instrumento está conciso.

Tabela 4.2 – Consistência interna da escala ACSS caso um item da escala seja removido

	Se remover	
	Cronbach's α	McDonald's ω
ACSS-FAD - 1. O fato de que eu vou morrer não me afeta.	0.672	0.684
ACSS-FAD - 2. A dor física da morte me assusta. ^a	0.720	0.725
ACSS-FAD - 4. Não fico nervoso quando as pessoas falam sobre a morte	0.716	0.723
ACSS-FAD - 6. Não fico perturbado em pensar na morte como o final da vida como a conhecemos	0.692	0.705
ACSS-FAD - 7. Não tenho nenhum medo da morte.	0.636	0.652
ACSS-FAD - 3. Tenho muito medo de morrer. ^a	0.655	0.668
ACSS-FAD - 5. A perspectiva da minha própria morte gera ansiedade em mim. ^a	0.661	0.676

^a escala reversa



Fonte: AMOS - SPSS

Figura 1 – Análise de caminhos: fatorial confirmatória para o fator de ASCC, e as questões que compõem esse fator.

No teste de adequação do modelo, espera-se que P dê menor do que 0.05. No presente estudo, P foi de 0.015. Porém, por se tratar de uma métrica rígida, há outra maneira de mensuração de adequação do modelo a partir da divisão de χ^2 por df e é esperado que esse resultado dê menor do que 3. Em relação ao ACSS-FAD, o resultado foi 2.36, o que demonstra a adequação do modelo.

Tabela 5 - Teste de adequação qui-quadrado do modelo para o Fator único de ACSS-FAD.

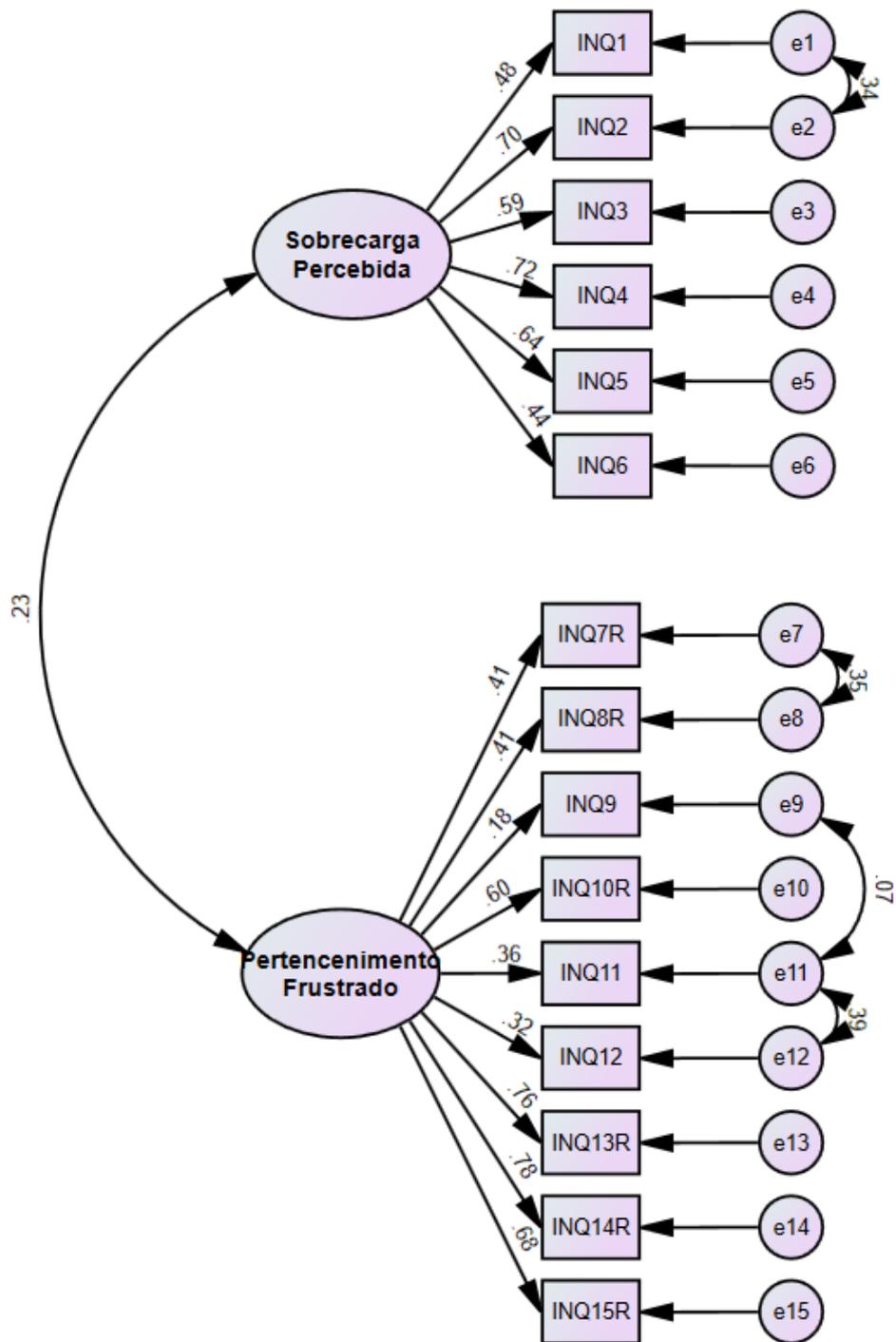
χ^2	df	p
18.92	8	0.015

Na ACSS-FAD, nos outros testes de adequação é necessário que o resultado seja acima de 0.8. No caso, CFI e TLI apresentaram 0.950 e 0.869 consecutivamente. Logo, o modelo demonstra-se consistente. RMSEA é um modelo de erro, ou seja, espera-se que o erro seja menor de 10%, e o resultado apresentado no estudo foi de 9,5%, demonstrando um modelo adequado. No geral, demonstra ser um modelo suficiente/bom.

Tabela 5.1 - Testes de Adequação adicionais para o modelo de Fator único de ACSS-FAD

CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 90% CI		AIC
			Lower	Upper	
0.950	0.869	0.095	0.039	0.151	72.982

Em relação a Figura 2, foi encontrada correlação entre os itens 1 e 2, 7 e 8, 9 e 11 da escala INQ-15, assim como em estudo realizado na Alemanha (Faul et al. 2009).



Fonte: SPSS - AMOS

Figura 2 - Análise de caminhos: fatorial confirmatória para o fator de “sobrecarga percebida” e “pertencimento frustrado”, e as questões que compõem esse fator.

No teste de adequação do modelo, assim como na ACSS-FAD, espera-se que o resultado seja menor do que 0.05. No presente estudo, foi de 0.001. Porém, a partir de uma métrica menos rígida em que ocorre a divisão de χ^2 por df, o resultado foi 2.16, o que se considera dentro do esperado (resultado menor que 3).

Tabela 6 - Teste de adequação qui-quadrado do modelo para os Fatores “sobrecarga percebida” e “pertencimento frustrado”

χ^2	df	p
183.86	85	0.001

Na INQ-15, os outros testes de adequação, CFI e TLI, apresentaram 0.834 e 0.766 consecutivamente. Logo, o modelo demonstra-se consistente.

Ao analisar os dados obtidos através das respostas dos entrevistados a escala HADS, em relação a ansiedade, 116 participantes (75,3%) apresentavam escore de nível baixo, 22 participantes nível médio (14,3%) e 16 participantes nível elevado (10,4%). De acordo com a correção da escala, a pontuação média aponta para um possível diagnóstico de ansiedade e a pontuação alta para um provável diagnóstico. Logo, a maior parte dos participantes não apresentou relevantes níveis de ansiedade.

Testes de Adequação					
CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 90% CI		AIC
			Lower	Upper	
0.834	0.766	0.087	0.070	0.104	283.869

HADS – Ansiedade			
Níveis	Contagens	% do Total	% acumulada
Baixa	116	75.3 %	75.3 %
Média	22	14.3 %	89.6 %
Elevada	16	10.4 %	100.0 %

Ao analisar os dados obtidos através das respostas dos entrevistados a escala HADS referente a depressão, pode-se concluir que 129 participantes (83,8%) apresentavam escore de nível baixo, 17 participantes nível médio (11%) e 8 participantes nível elevado (5,2%). De acordo com o manual de correção da escala, a pontuação média aponta para um possível diagnóstico de depressão e a pontuação alta para um provável diagnóstico. Logo, a maior parte dos participantes não apresentou relevantes níveis de depressão.

HADS – Depressão			
Níveis	Contagens	% do Total	% acumulada
Baixa	129	83.8 %	83.8 %
Média	17	11.0 %	94.8 %
Elevada	8	5.2 %	100.0 %

Comparação entre Depressão vs. Ansiedade

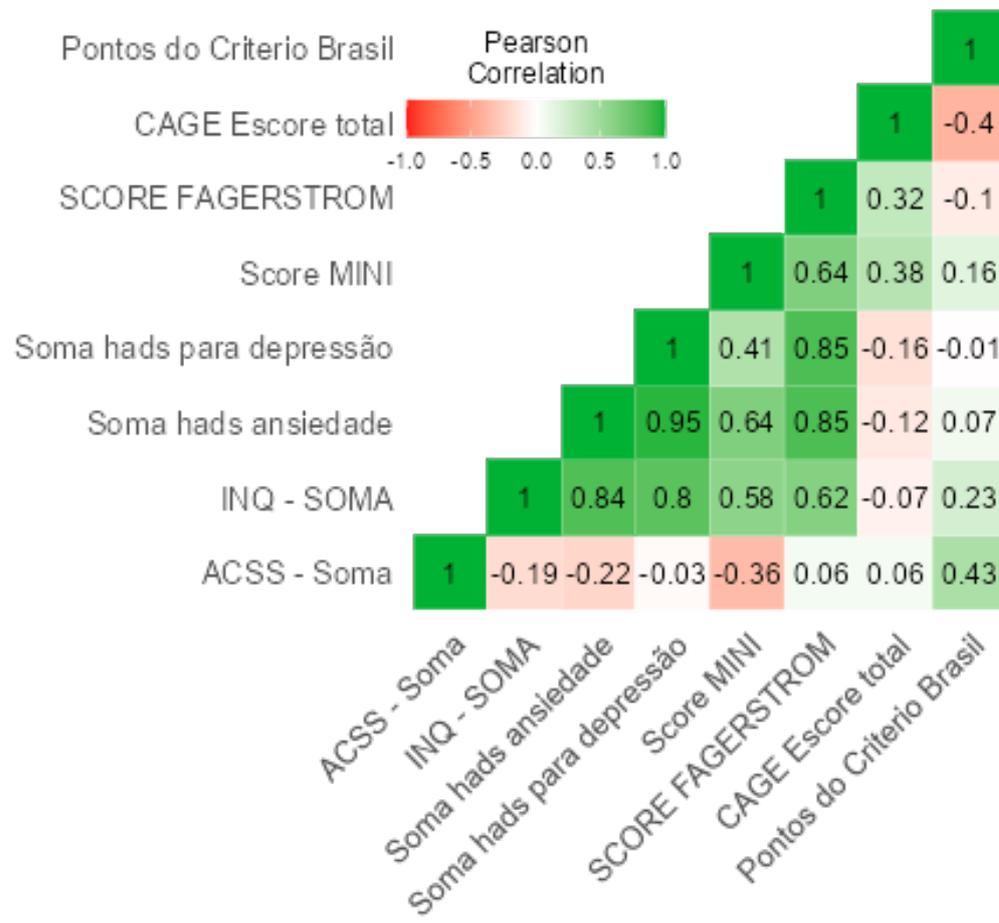
HADS - Ansiedade		HADS - Depressão			Total
		Baixa	Média	Elevada	
Baixa	Observado	111	5	0	116
	% do total	72.1 %	3.2 %	0.0 %	75.3 %
Média	Observado	12	7	3	22
	% do total	7.8 %	4.5 %	1.9 %	14.3 %
Elevada	Observado	6	5	5	16
	% do total	3.9 %	3.2 %	3.2 %	10.4 %
Total	Observado	129	17	8	154
	% do total	83.8 %	11.0 %	5.2 %	100.0 %

Na Figura 3, quando há o cruzamento da escala ACSS-FAD com os outros instrumentos, a mesma demonstra correlação relativa ou baixa. Conforme um item aumenta, outro diminui, mas de forma irrelevante. Em relação ao MINI, a correlação foi negativa. A maior correlação da escala foi com CAGE (0.06) e FAGERSTROM (0.06).

Era esperado que fossem aumentando as médias de acordo com os scores do MINI ao correlacionar INQ e ACSS-FAD, porém na maior parte das correlações não houve diferença significativa, pois tanto os resultados para risco de suicídio baixo, médio e alto tiveram médias parecidas. Entretanto, na Figura 4, percebe-se uma correlação moderada da MINI com o constructo Pertencimento Frustrado do INQ (0.37).

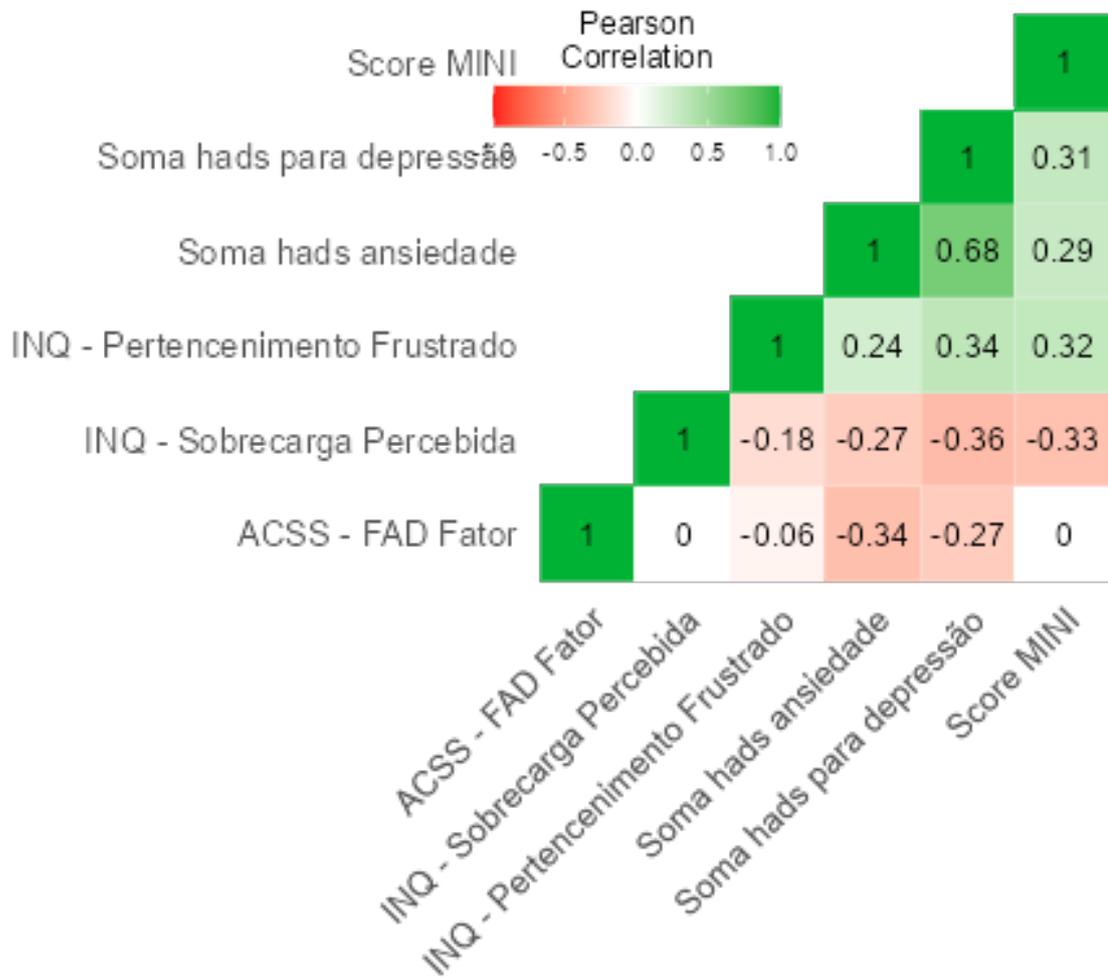
O escore da escala FAGERSTROM, que avalia nível de dependência a nicotina, relaciona-se significativamente com os resultados para HADS ansiedade e depressão, o que já vem sendo observado em estudos anteriores (Marty et al. 2012). Há também uma associação desta escala com os resultados apresentados no Instrumento INQ e no MINI para risco de suicídio, que apresentam uma correlação média.

No cruzamento dos dados, podemos perceber que é possível avaliar a variável pertencimento frustrado do INQ associada a HADS para ansiedade (0.84) e depressão (0.88), demonstrando que conforme o INQ aumenta, a HADS aumenta também, tanto para o constructo de ansiedade, quanto para o constructo de depressão.



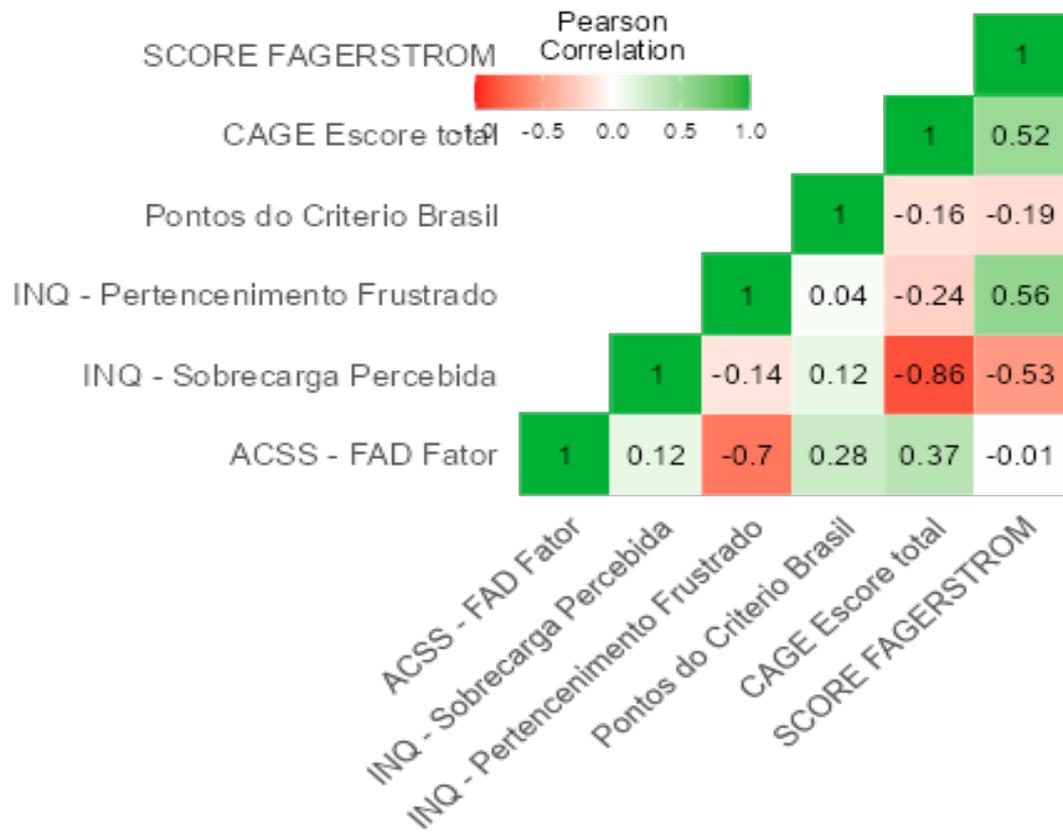
Fonte: Jamovi (2022)

Figura 3 - Matriz de correlação de Pearson para validade externa entre os escores dos questionários aplicados na amostra.



Fonte: Jamovi (2022)

Figura 4 - Matriz de correlação de Pearson para validade externa entre os escores dos questionários aplicados na amostra



Fonte: Jamovi (2022)

Figura 5 - Matriz de correlação de Pearson para validade externa entre os escores dos questionários aplicados na amostra

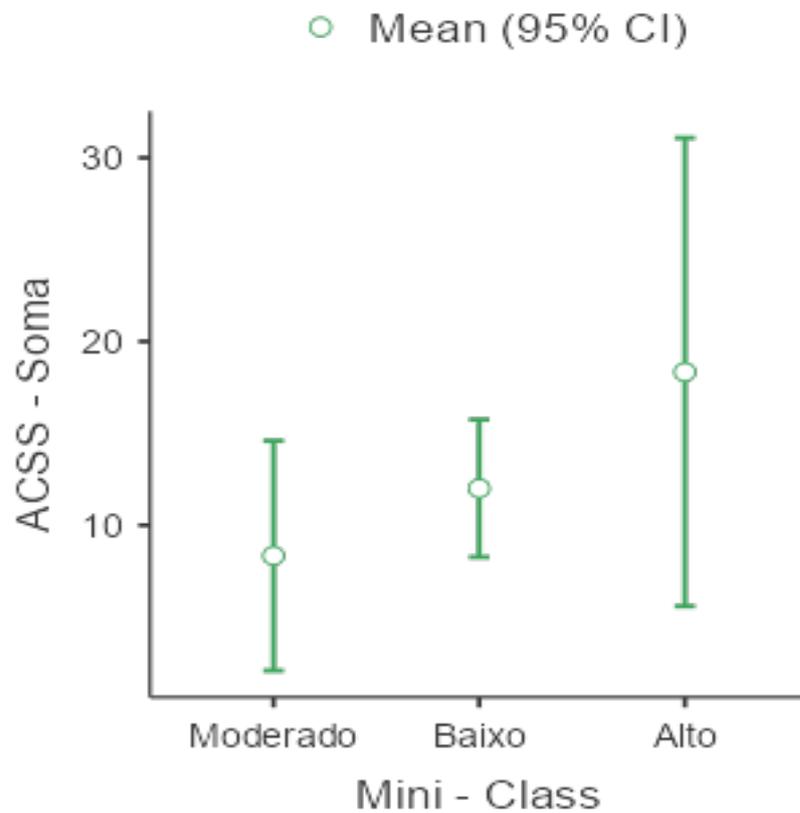
A ANOVA verifica a diferença entre as médias do MINI (risco baixo, moderado e alto), escala padrão-ouro para suicídio, em relação à média do INQ-15 e ACSS-FAD. Era esperado que as outras médias fossem aumentando conforme a pontuação do MINI aumentasse, porém, todas as médias são parecidas, independente dos escores.

Tabela 7 - ANOVA de uma via para diferença de escore entre grupos classificação MINI

	F	df1	df2	p
INQ - SOMA	0.374	2	3.24	0.714
ACSS - Soma	4.328	2	4.86	0.083

Tabela 8 - Teste T para diferença de escore entre grupos de Tentativa pessoal de suicídio

		Statistic	p
ACSS - Soma	Mann-Whitney U	368	0.558
INQ - SOMA	Mann-Whitney U	287	0.166



Fonte: Jamovi (2022)

Figura 6 – Gráfico de barra de erro, com médias, para diferença entre escores de ACSS para as classes de MINI.

A amplitude do risco alto na escala MINI demonstra-se muito grande em relação aos escores. Isso ocorre, pois a população amostral que pontuou nesta faixa de score é pequena, sendo composta de apenas três participantes.

6 DISCUSSÃO

O aumento expressivo das taxas de suicídio nos últimos anos (OMS 2019) e a sua relação com o adoecimento físico como um fator de risco (Druss e Pineus 2000), evidencia a importância de ter a disposição instrumentos validados no país que colaborem para a prevenção de comportamentos suicidas, detectando os indivíduos de risco. Assim, profissionais de saúde poderão realizar a avaliação e rastreio de risco de suicídio em pacientes oncológicos, com o intuito de encaminhar adequadamente os que se encontrarem nesta condição.

Os resultados obtidos a partir da presente pesquisa demonstraram-se satisfatórios para a tradução e validação das escalas ACSS-FAD e INQ-15 para o português do Brasil. Em relação a confiabilidade das escalas, pode-se obter a consistência interna a partir dos índices Alfa de Cronbach e Ômega de McDonald's. Ambos foram acima de 0,70 tanto para Alfa de Cronbach quanto para Ômega de McDonald's, o que demonstra um resultado bom das escalas - ao se enquadrar entre os resultados de 0,6 a 0,8 - e evidencia que os itens medem os constructos aos quais se propõem: onerosidade percebida e senso de pertencimento na INQ-15 e destemor aprendido na ACSS-FAD.

A Análise Fatorial Confirmatória foi realizada a fim de mensurar as variáveis latentes presentes no estudo, a partir das questões presentes nas escalas. Este tipo de análise foi escolhida porque existiam hipóteses definidas nos instrumentos da pesquisa: medir o destemor aprendido através de sete questões na escala ACSS-FAD e a onerosidade percebida e senso de pertencimento através de quinze questões na escala INQ-15, baseadas no Modelo Psicológico Interpessoal. Ambas apresentaram bons resultados, na maioria das questões, o que traz elementos condizentes para o que é necessário em uma validação. Em relação às questões que apresentaram carga fatorial baixa, é importante levar em consideração a forma como cada pessoa realiza a leitura do item, o que pode levar a diversas interpretações.

Sobre o INQ-15, as afirmativas presentes na escala são dispostas de forma a avaliar os conceitos de senso de pertencimento e sobrecarga percebida. Ambas apresentaram boas propriedades psicométricas, com consistência interna suficiente, o que demonstra que acessam os constructos que se propõem.

O modelo do instrumento dividido em subescalas permite melhor mensuração das informações em relação aos dois conceitos. Observa-se que a questão 9 apresentou baixa carga fatorial (18) se comparada às outras questões, porém demonstrou consistência interna adequada, de forma similar ao que acontece com a versão original no estudo de Van Orden et al. (2012) e no estudo feito na Alemanha (Hallensleben et al. 2016). Logo, pode-se pensar que tanto em português quanto em inglês e alemão é possível que haja algum tipo de equívoco com a questão. Hallensleben et al. (2016) pontua que isso pode ter relação com esse item ter um caráter mais objetivo em relação aos outros itens da escala que se apresentam de forma mais subjetiva.

Em relação a escala ACSS-FAD, a mesma aborda os sujeitos sobre o quanto eles estão ou não sensibilizados com a temática da morte, ao avaliar a capacidade adquirida para o suicídio através do constructo destemor aprendido. A questão 2 apresentou a menor carga fatorial (.16) e se correlacionou com as questões 3, 4 e 5. Ao mesmo tempo, a mesma questão apresentou uma média mais alta (2.62) em comparação às outras, o que demonstra que o medo de sentir dor ao morrer afeta os entrevistados, porém talvez não seja efetiva ao medir a variável latente de destemor aprendido.

De acordo com estudos realizados em outros países sobre a ACSS-FAD, os indivíduos apresentavam resultados que indicavam pouca sensibilização frente à temática, ou seja, não tinham medo de morrer (Shakir et al. 2016). Na presente amostra, no entanto, não foi o que encontramos, pois as pessoas apresentam respostas que indicam o medo da morte e o sofrimento físico e psicológico associado a esse processo. Isso pode ser considerado um fator de proteção em relação à Capacidade Suicida Adquirida, segundo a Teoria do Suicídio Interpessoal (Joiner e Silva 2012). É importante considerar também o contexto da população estudada: com diagnóstico recente de câncer, em tratamento, com potencial risco de sofrimento decorrentes do tratamento e da doença e pelo enfrentamento da própria finitude.

Em relação à tradução e validação dos instrumentos psicométricos em outros países, o *Interpersonal Needs Questionnaire* – INQ já foi traduzido na Alemanha (Hallensleben et al. 2016), Eslovênia (Podlogar et al. 2017), França (Siefert-Boukaidi et al. 2013) e Itália (Iliceto et al. 2021). China (Zhang et al. 2013), Coreia do Sul (Ahn et al. 2015); (Suh et al. 2017) e Suíça (Baertschi et al. 2017) realizaram traduções do instrumento sem foco psicométrico. Já a *Acquired Capability for Suicide Scale* – ACSS foi validada na Alemanha (Spangenberg et al.

2016) e traduzida sem foco psicométrico na China (Zhang et al. 2013), Coréia do Sul (Suh et al. 2017) e Paquistão (Shakir et al. 2016).

Ao comparar os resultados obtidos no Brasil com o de outros países, pode-se perceber, por exemplo, que no estudo realizado na Alemanha para validação da INQ-15 (Hallensleben et al. 2016) a consistência interna (alfa de Cronbach) foi de 0.94. Já no presente estudo a consistência interna foi de 0.76. Os resultados divergentes podem estar relacionados a uma diferença amostral considerável entre estes estudos. Na Alemanha foram 2513 pessoas entrevistadas, representantes da amostra populacional alemã. No Brasil, foram 157 pessoas entrevistadas, com o recorte populacional de pacientes oncológicos recentemente diagnosticados em uma instituição de saúde.

No estudo realizado na Eslovênia por Podlogar et al. (2017), a escala INQ 15 não pôde ser validada. A amostra era composta por adolescentes de duas regiões de difícil acesso do país. Ocorreram dificuldades em relação a adesão à pesquisa. Um fator a ser levado em consideração é o de que antes da sua aplicação, foi implementada uma campanha de prevenção ao suicídio, o que pode ter influenciado nos resultados das escalas. No nosso grupo de amostra, houve a concordância da participação na pesquisa pela maior parte dos convidados, com apenas três recusas.

A população selecionada para este estudo foi composta por pacientes com diagnóstico oncológico recente (dentro de noventa dias), em tratamento em um grande centro oncológico na cidade de São Paulo – Brasil, em que diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa estão integrados (Projeto Lei 577/2008) (São Paulo (Estado) 2008).

A escolha pelo critério de inclusão da amostra por pacientes com até três meses de diagnóstico segue as evidências em estudos (Fang et al. 2012; Sugawara e Kunieda 2016; Jayakrishnan et al. 2017) que apontam sobre o maior risco de suicídio em pacientes diagnosticados em até 90 dias. O estudo realizado por Fang et al. (2012) aponta que pacientes recentemente diagnosticados apresentaram risco relativo durante a primeira semana de 12,6 (intervalo de confiança de 95% [IC], 8,6 a 17,8) e depois risco relativo de 4,8 (IC 95%, 4,0 a 5,8) durante as 12 primeiras semanas e 3,1 (IC 95%, 2,7 a 3,5) durante o primeiro ano. É importante levar em consideração o impacto do diagnóstico na vida da pessoa, que pode ter um caráter traumático e trazer dificuldades no enfrentamento da doença, dos sintomas e efeitos colaterais do tratamento (Fang et al. 2012; Sugawara e Kunieda 2016; Jayakrishnan et al. 2017).

Em outro estudo de Calati et al. (2018) foi identificado que, em pacientes com diagnósticos oncológicos com prognóstico ruim, o risco de suicídio era maior nos primeiros três meses após a descoberta da doença. No entanto, em outros cânceres com melhor prognóstico, o risco de suicídio seria maior nos primeiros 12 a 14 meses a partir da data do diagnóstico. De qualquer forma, em um primeiro momento, a pessoa precisa fazer uma reorganização da sua vida e da sua rotina. Muitas vezes, necessita se afastar do trabalho e se deslocar por longas distâncias para realizar o tratamento. Todas essas e outras questões trazem importantes impactos psicológicos, que são vivenciados por cada um de maneira singular.

A maior parte dos pacientes atendidos na instituição pertence ao sistema de saúde privado (convênio particular). Na amostra, isso correspondeu a 96% dos participantes, um forte indicador de maior facilidade de acesso, por parte destes pacientes, a profissionais de saúde, exames e tratamentos. Apenas 4% dos participantes pertenciam ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Também se observou que 58% da amostra foi composta por mulheres. A média de idade dos participantes foi de 50.5 anos, na data do diagnóstico, o que demonstra acesso a um diagnóstico com uma idade menor do que é evidenciado em outros estudos. Por exemplo, no estudo realizado por Liu et al. (2022) nos Estados Unidos, a média de idade foi de 70 anos. Podemos pensar neste dado também como um indicador de bom acesso a tratamentos de saúde pela população estudada.

Em relação ao gênero, estudos mostram um risco aumentado de suicídio tanto em homens quanto em mulheres com diagnóstico de câncer. No entanto, a ação consumada foi maior em homens (Kendal 2007; Spoletini et al. 2011). Existe uma relação entre taxas mais altas de mortalidade por suicídio em homens propensos ao abuso de álcool e tentativas de suicídio mais violentas (Spoletini et al. 2011). No estudo de They, (Kendal 2007); as mulheres são menos propensas a responder à violência autoinfligida, mesmo tendo vivenciado um processo de adoecimento com dificuldades e sofrimentos semelhantes aos dos homens.

Outro fator de risco é a idade. Em relação ao adoecimento oncológico, a incidência de suicídio demonstra-se maior entre pessoas com idade mais avançada. De acordo com estudo realizado por Massetti et al. (2018), 77% pessoas com câncer que morreram por suicídio tinham mais de 55 anos, e mais da metade delas (55,3%) tinham mais de 65 anos. Ao considerar esse fator, pode-se pensar que a média de idade da amostra do nosso estudo é

semelhante a faixa etária apontada por Massetti et al. (2018). Dentre os fatores de risco em idosos com câncer, a falta de apoio social, baixa qualidade de rede de suporte e o diagnóstico de depressão são sinais de alerta para a equipe de saúde que realiza os atendimentos (Santos 2017).

De acordo com os dados sociodemográficos da presente pesquisa, a população estudada declarou ter, em sua maioria, rede sócio-familiar estruturada, o que corrobora com a Teoria Interpessoal de Suicídio ao trazer o senso de pertencimento a uma comunidade como um fator protetivo em relação ao risco de suicídio (Joiner e Silva 2012). Dos participantes entrevistados, 82% estavam acompanhados no momento da entrevista.

Balci Şengül et al. (2014) produziram resultados semelhantes concluindo que as tentativas de suicídio em pacientes com câncer, independentemente da faixa etária, estão associadas a suporte social limitado e de má qualidade. Portanto, uma boa rede de apoio terá um efeito positivo na saúde mental e física.

De acordo com Fang et al. (2014); Park et al. (2016) e Santos (2017), o casamento é uma importante fonte de apoio social, pois pode proporcionar maiores oportunidades de estabilidade financeira e apoio emocional. Para esses autores, as pessoas solteiras são mais propensas ao comportamento suicida por causa de seus sentimentos de solidão, desamparo e desespero, fatores que desempenham um papel importante na determinação desse comportamento. Na amostra do nosso estudo, 64.7% dos participantes eram casados no momento da entrevista, o que se apresenta também como importante fator de proteção. Dentre os pacientes que se enquadraram no risco de suicídio a partir da escala MINI, 58,82% eram solteiros, o que corrobora com os estudos sobre o tema. Apesar de não ser um número amostral expressivo dentro deste critério, tendo em vista que apenas 17 pacientes apresentaram algum tipo de risco.

Em relação ao grau de escolaridade, este é um importante indicador em saúde. Evidenciou-se bons níveis de educação na população estudada, o que difere muito da média nacional: apenas 5% possuem ensino fundamental, 29.3% nível médio e 50.7% possuem formação de nível técnico à pós-graduação. Ao comparar com a média de escolaridade nacional em 2019, 46.6% da população brasileira possuía nível fundamental, 27.4% ensino médio e 17.4% ensino superior (IBGE 2019).

Sobre o perfil de saúde dos pacientes, a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) em 2022 alerta para hábitos de risco que se destacam por serem fatores que

predispõem para o câncer, entre eles o tabagismo e o alcoolismo. Na presente amostra 35.3% estão entre abstinentes e fumantes ativos. O Brasil conta com políticas antitabagismo que vêm diminuindo os índices relacionados ao tabagismo como Projeto Lei 577/2008 (São Paulo (Estado) 2008; Shakir et al. 2016). Em relação ao consumo de álcool, os índices nesta amostra foram de 67.7% que consomem álcool, ao menos em uso social (Costa et al. 2019). Em relação às drogas ilícitas, a grande maioria nunca experimentou (92%), 6.7% abstinentes e apenas 1.3% faz uso.

Quando falamos em alcoolismo e risco de suicídio, estudos mostram uma associação entre os dois. Para as pessoas que abusam do álcool, o risco de suicídio é seis vezes maior do que na população geral. O álcool prejudica a função cerebral e o julgamento, levando a um maior risco de agir impulsivamente (Botega 2015).

Um estudo realizado na USP, a partir do exame toxicológico em pessoas que cometeram suicídio, apontou a presença de álcool no sangue de 30,2 % da amostra. Os homens apresentaram um número maior: cerca de 34,7%. Cerca de um terço da amostra bebeu, pelo menos, uma pequena quantidade de álcool antes de cometer suicídio (Paz Filho et al. 2001).

Relativo à saúde mental, sabe-se que um importante fator de risco para suicídio na população geral é a presença de transtornos psiquiátricos (Botega 2015) e (WHO 2019), não sendo diferente no cenário oncológico. Pacientes oncológicos possuem maiores riscos de desenvolver transtornos mentais quando comparados com a população geral, impactando na vida e funcionamento do indivíduo (Ng et al. 2018; Kawashima et al. 2019). Em estudo realizado por Wang et al. (2018), cerca de um terço dos pacientes observados apresentaram algum tipo de sofrimento mental. Nesta pesquisa, a depressão foi o diagnóstico que se apresentou mais prevalente (Wang et al. 2018).

Ao analisar a nossa amostra, a maior parte dos pacientes não fazia tratamento psiquiátrico, correspondendo a 79.3%. Mas 31 pacientes (20.7%) estavam em acompanhamento psiquiátrico no momento da pesquisa e 40 pacientes (26,8%) usavam medicamentos psicotrópicos, o que mostra resultados semelhantes aos estudos de (Wang et al. 2018).

Anguiano et al. (2012) discute a depressão como determinante do comportamento suicida, argumentando que pessoas com câncer diagnosticadas com depressão têm quatro vezes mais chances de expressar desejo suicida do que aquelas com câncer e sem depressão.

Além disso, neste grupo de pacientes com depressão, 50% tiveram pensamentos suicidas (Anguiano et al. 2012). Ao analisar os dados obtidos através das respostas dos entrevistados na escala HADS Depressão, pode-se concluir que a maior parte da amostra (83,8%) pontuou escores de nível baixo, ou seja, não apresentou este fator de risco durante a entrevista.

Em relação a ansiedade, Park et al. (2016) indicam que este é outro fator a considerar sobre o risco de suicídio. Para os autores, altos níveis de transtornos de ansiedade e depressão acarretam sérios danos à qualidade de vida, levando à sensação de perda do sentido da vida, diminuição do bem-estar mental (considerado como fator de proteção) e possibilidade de pensamento e comportamento suicida. Além disso, os autores sugerem que a correlação entre depressão e suicídio na Coreia não seria significativa, mas sim uma correlação de alto nível entre ansiedade e suicídio (Park et al. 2016). No nosso estudo, em relação a ansiedade, 75,3% pontuaram escores baixos na escala HADS, o que aponta para um improvável diagnóstico deste transtorno nestes pacientes.

Quando relacionamos os índices da escala HADS para ansiedade e depressão com a escala INQ-15, a correlação positiva das variáveis demonstra a importância de considerar a relação entre os sentimentos que envolvem ansiedade e depressão para o indivíduo com o senso de pertencimento e a onerosidade percebida. Os resultados estatísticos também apontam para o adoecimento oncológico enquanto importante fator que afeta os pacientes neste sentido. Considera-se que não se sentir pertencente pode gerar sentimentos de ansiedade e depressão, visto que suporte social e acolhimento são de grande importância para a população oncológica.

Ao analisar outras correlações, o pertencimento frustrado, mensurado através da INQ-15, teve uma correlação forte negativa com o ACSS-FAD o que aponta que, na presente pesquisa, quanto mais alienada a pessoa se sente em relação ao seu grupo social e familiar, menor a sua capacidade adquirida para o suicídio através do destemor aprendido. Este resultado diverge do que é proposto pela Teoria Interpessoal do Suicídio (Costa et al. 2019).

Já a onerosidade percebida teve correlação forte negativa com a escala CAGE. Ou seja, quanto maior a sensação de sentir-se um fardo, menos a pessoa faz o uso de álcool. Podemos considerar, nesse caso, o contexto da amostra estudada, em tratamento oncológico, que por si só proporciona - em maior ou menor grau - a dependência de cuidados, o que pode elevar o sentimento de ser um fardo para os outros. Ao mesmo tempo em que há a orientação de abstinência de álcool durante o tratamento.

Ainda sobre o perfil de saúde dos pacientes em relação à saúde mental, existem outros fatores que contribuem para que uma pessoa esteja em risco de suicídio como, por exemplo, ter casos de suicídio na família (WHO 2014) e (Botega 2015). Na amostra do presente estudo, 22 participantes (14,7%) tiveram perdas familiares por suicídio. Entretanto, apenas dois destes pacientes apresentaram algum grau de risco de suicídio a partir da escala MINI.

Ao correlacionar a resposta positiva dos participantes para histórico pessoal de tentativa de suicídio no questionário sócio-demográfico com os escores do INQ-15 e da ACSS-FAD, não houve diferenças significativas em comparação ao grupo que respondeu não ter tentativas prévias de suicídio. A pontuação para ACSS-FAD e INQ-15 não apresentou alterações importantes nos escores com essa variável.

Sobre a escala padrão-ouro utilizada no estudo, a MINI, 17 participantes do total da amostra (n = 154) tiveram algum tipo de pontuação. Destes, 64% apresentaram baixo risco de suicídio, porcentagem que inclui pessoas que, de acordo com a escala, pelo menos chegaram a pensar que seria melhor estarem mortas. Para risco médio o resultado foi de 17.6%, o que indica que já desejaram estar mortas e já pensaram em suicídio em algum momento da vida. Em relação ao risco alto, 17.6% da amostra responderam pensar em formas estruturadas de como cometer suicídio ou realizaram tentativas. Uma porcentagem de 4% da amostra declarou diretamente já ter tentado suicídio, sendo a tentativa prévia um dos fatores de maior risco (WHO 2014) para o suicídio.

De acordo com estudo de revisão de literatura que realizou o acompanhamento de pessoas com tentativas anteriores de suicídio, evidenciou-se que 21% fizeram uma nova tentativa e 3,4% consumaram o suicídio, em um período de quatro anos (Owens et al. 2002). Outro estudo apontou que as tentativas prévias aumentam o risco em 38 vezes em comparação com a população geral, superando o risco associado aos transtornos mentais (Harris e Barraclough 1997).

No presente estudo, não foi possível validar a correlação das escalas ACSS-FAD e INQ-15 com a escala padrão-ouro (MINI), possivelmente devido ao fato de que somente uma porcentagem pequena da amostra pontuou na escala (11,4%). Estudos futuros com uma amostra populacional maior podem apresentar resultados mais precisos, neste sentido.

Diante do exposto, mostra-se de extrema importância a detecção precoce dos indivíduos em tratamento oncológico que apresentem risco de suicídio, a fim de se realizar o encaminhamento e suporte adequado de acordo com as especificidades desta população.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um Cancer Center, com uma amostra bastante heterogênea, devido à diversidade de diagnósticos oncológicos, estadiamento e propostas terapêuticas. Esses fatores influenciam diretamente na percepção e enfrentamento do adoecimento, pois cada diagnóstico oncológico demanda tratamentos específicos e desafios próprios de cada grupo e pode influenciar diretamente nas respostas aos instrumentos.

A amostra selecionada por conveniência, respeitando critérios de inclusão e exclusão, ampliou o estudo a título exploratório a fim de realizar a tradução e validação das escalas. Estudos futuros estratificando por diagnósticos específicos podem ter resultados diferentes da presente pesquisa.

7 CONCLUSÃO

Foi realizada a tradução e adaptação transcultural das escalas ACSS-FAD e INQ-15, a partir das diretrizes internacionais (Scavacine Reis 2021).

Os resultados obtidos neste estudo demonstram, através de análise estatística, que foi possível validar ambos os instrumentos para o português do Brasil, tendo em vista que os mesmos apresentaram aplicabilidade adequada e resultados com boa consistência interna. Demonstra-se possível a utilização das duas ferramentas para mensurar os três constructos da Teoria Interpessoal da Suicídio: destemor aprendido, onerosidade percebida e senso de pertencimento.

O presente estudo conta exclusivamente com uma amostra de pacientes oncológicos recém-diagnosticados. A pesquisa teve como recorte o período de noventa dias de diagnóstico oncológico, pois considera-se este o período mais crítico para risco de suicídio (Fagerström 1978).

A partir da escala INQ-15, foi possível caracterizar o grau de pertencimento e onerosidade percebida no período de até 90 dias após o diagnóstico oncológico. Na presente amostra, após correlacionar a escala com a HADS de ansiedade e depressão, verificou-se que as variáveis de ambos os instrumentos mostraram, simultaneamente, resultados significativos e progressivos.

A escala ACSS-FAD, ao avaliar destemor aprendido, mostrou-se um instrumento adequado para avaliar a capacidade adquirida para suicídio. Observou-se correlação relativa ou baixa com os outros instrumentos. O pertencimento frustrado apresentou uma correlação forte negativa com o ACSS-FAD. A maior correlação da escala foi com CAGE e Fagerstrom. Já com o instrumento MINI a correlação foi negativa.

Ao avaliar a dependência à nicotina através do instrumento Fagerstrom, notou-se correlação significativa com os resultados para HADS ansiedade e depressão. Já em relação a ACSS-FAD a correlação foi irrelevante e em relação ao INQ-15 houve correlação negativa com sobrecarga percebida e correlação positiva com pertencimento frustrado.

Ao avaliar o risco de dependência ao álcool através do instrumento CAGE, notou-se correlação negativa com os fatores sobrecarga percebida e pertencimento frustrado, do INQ-15. Também se notou correlação positiva com a escala ACSS-FAD. As diferenças presentes

neste trabalho podem estar relacionadas a heterogeneidade da amostra. Análises futuras e estudos posteriores, desdobrando-se a partir deste, podem investigar melhor a correlação entre as escalas com o Modelo Psicológico Interpessoal (MPI) (Joiner e Silva 2012).

É de grande importância ter à disposição de profissionais da área da saúde instrumentos como estes para triagem e rastreio do risco de suicídio. Assim, é possível desenvolver pesquisas sobre um tema tão atual, além de possibilitar a adequada avaliação, prevenção e encaminhamento para tratamento.

8 REFERÊNCIAS

About-jamovi [Internet]. Disponível em: <https://www.jamovi.org/about.html>[2022 set 22].

Ahn MH, Park S, Lee HB, Ramsey CM, Na R, Kim SO, et al. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psychooncology*. 2015 May;24(5):601-7.

Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatria*. 2000 Sep;22(3):106-15.

Anguiano L, Mayer DK, Piven ML, Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nurs*. 2012;35(4):E14-26.

Baertschi M, Costanza A, Richard-Lepouriel H, Pompili M, Sarasin F, Weber K, et al. The application of the interpersonal-psychological theory of suicide to a sample of Swiss patients attending a psychiatric emergency department for a non-lethal suicidal event. *J Affect Disord*. 2017 Mar 1;210:323-31.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Dec 15;25(24):3186-91.

Balci Şengül MC, Kaya V, Şen CA, Kaya K. Association between suicidal ideation and behavior, and depression, anxiety, and perceived social support in cancer patients. *Med Sci Monit*. 2014 Feb 27;20:329-36.

Bayard J-P. Sentidos ocultos dos ritos mortuários: morrer é morrer? São Paulo: Paulus, 1996. p.135.

Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.

Calati R, Fang F, Mostofsky E, Shen Q, Di Mattei VE, Garcia-Foncillas J, et al. Cancer and suicidal ideation and behaviours: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2018 Aug 10;8(8):e020463.

Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *RBM Rev Bras Med*. 2002 jan./fev.; 59(1):73-80.

Castells MA, Furlanetto LM. Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol-dependent in patients on hospital wards. *Rev Bras Psiquiatria*. 2005 Mar;27(1):54-7.

Cero I, Zuromski K, Witte TK, Ribeiro JD, Joiner TE. Perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and suicide ideation: re-examination of the interpersonal-psychological theory in two samples. *Psychiatry Res*. 2015 Aug 30;228(3):544-50.

Conselho Federal de Medicina-CFM. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: CFM; 2014.

Costa S, Campos RC, Simões A, Pio AS. Estudos de validação do Interpersonal Needs Questionnaire (INQ-15) para a população portuguesa. *Rev Iberoamericana Diagnostico Evaluacion Psicologica*. 2019; 53(4):63-77.

Druss B, Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch Inter Med*. 2000 May 22;160(10):1522-6.

Fagerström K-O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav*. 1978;3(3-4):235-41.

Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparen P, Ye W, Adami H, et al. Suicide and Cardiovascular death after a cancer diagnosis. *New Eng J Med* 2012;366(14):1310-8.

Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009 Nov;41(4):1149-60.

Fraisse P. The psychology of time. New York: Evanton; London: Harper & Row; 1963.

Freedenthal S, Lamis DA, Osman A, Kahlo D, Gutierrez PM. Evaluation of the psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire-12 in samples of men and women. *J Clin Psychol*. 2011 Jun;67(6):609-23.

Freud S. O mal-estar da civilização. [periódico on line] 1930. *Rev Espaço Acadêmico*. 2003; III(26). [Internet]. 8º de abril de 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/53045/751375149863>. [2022 out 20].

Globocan 2020: New Global Cancer Data. Disponível em: <https://uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>. [2022 jul 19].

Hallensleben N, Spangenberg L, Kapusta N, Forkmann T, Glaesmer H. Research paper: the German version of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) – Dimensionality, psychometric properties and population-based norms. *J Affect Disord*. 2016 May;195:191-8.

Harris EC, Barraclough BM. Suicide as an outcome for mental disorders: a metanalysis. *Br J Psychiatry*. 1997 Mar;170:205-28.

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 Sep;86(9):1119-27.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Educa jovens. 2019. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18317-educacao.html>. [2022 jul 20]

Iliceto P, D'Antuono L, Fino E, Carcione A, Candilera G, Silva C, et al. Psychometric properties of the Italian version of the Interpersonal Needs Questionnaire-15 (INQ-15-I). *J Clin Psychol*. 2021 Jan;77(1):268-85.

Jayakrishnan TT, Sekigami Y, Rajeev R, Gamblin TC, Turaga KK. Morbidity of curative cancer surgery and suicide risk. *Psychooncology*. 2017 Nov;26(11):1792-8.

Joiner TE, Van Orden KA, Witte TK, Selby EA, Ribeiro JD, Lewis R, et al. Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: empirical tests in two samples of young adults. *J Abnorm Psychol*. 2009 Aug;118(3):634-46.

Joiner TE, Silva C. Why people die by suicide: Further development and tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior. In: Shaver PR, Mikulincer M, editors. *Meaning, mortality and choice: the social psychology of existential concerns*. Washington, DC: American Psychological Association (APA); 2012. p.325-36.

Kendal WS. Suicide and cancer: a gender-comparative study. *Ann Oncol*. 2007 Feb;18(2):381-7.

Lenth RV. Estimated marginal means, aka least-squares means [R package emmeans version 1.6.3]. 2021. Disponível em: <https://CRAN.R-project.org/package=emmeans>. [2022 jun 22]

Lippard ETC, Johnston JAY, Blumberg HP. Neurobiological risk factors for suicide. *Am J Prev Med*. 2014;47(3-2):152-62.

Liu Q, Wang X, Kong X, Wang Z, Zhu M, Ren Y, et al. Subsequent risk of suicide among 9,300,812 cancer survivors in US: a population-based cohort study covering 40 years of data. *EClinicalMedicine*. 2022 Feb 12;44:101295.

Marquetti F. O suicídio e sua essência transgressora. *Psicol USP*. 2014;25(3):237-45.

Marty MA, Segal DL, Coolidge FL, Klebe KJ. Analysis of the Psychometric Properties of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) Among Community-Dwelling Older Adults. *J Clin Psychol*. 2012 Sep;68(9):1008-18.

Masur J, Monteiro MG. Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res.* 1983 Oct;16(3):215-8.

Masseti GM, Holland KM, Jack SPD, Ragan KR, Lunsford NB. Circumstances of suicide among individuals with a history of cancer. *Psychooncology.* 2018 Jul;27(7):1750-1756.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019. [Última modificação: 07/07/2022] Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/brasil>. [2022 out 20]

Ng HS, Roder D, Koczwara B, Vitry A. Comorbidity, physical and mental health among cancer patients and survivors: An Australian population-based study. *Asia Pac J Clin Oncol.* 2018 Apr;14(2):e181-e92.

Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2002 Sep;181:193-9.

Park SA, Chung SH, Lee Y. Factors associated with suicide risk in advanced cancer patients: a cross-sectional study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016 Nov 1;17(11):4831-6.

Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry.* 1974 May;124(0):460-9.

Paz Filho GJ, Sato LJ, Tuleski MJ, Takata SY, Ranzi CC, Saruhashi SY, 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 Jan-Mar;47(1):65-9.

Podlogar T, Žiberna J, Poštuvan V, CR Kerr D. Belongingness and burdensomeness in adolescents: Slovene translation and validation of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Suicide Life Threat Behav.* 2017 Jun;47(3):336-52.

Ribeiro JD, Witte TK, Van Orden KA, Selby EA, Gordon KH, Bender TW, et al. Fearlessness about death: the psychometric properties and construct validity of the revision to the acquired capability for suicide scale. *Psychol Assess*. 2014; 26(1):115-26.

Rosseel Y, Jorgensen TD, Rockwood N, Oberski D, Byrnes J, Vanbrabant L, et al. lavaan: Latent Variable Analysis [Internet]. R-Packages. 2022. Disponível em: <https://cran.r-project.org/package=lavaan>. [2022 jun 21]

Sachs-Ericsson N, Van Orden K, Zarit S. Suicide and aging: special issue of *Aging & Mental Health*. *Aging Ment Health*. 2016a;20(2):110-2.

Sachs-Ericsson NJ, Rushing NC, Stanley IH, Sheffler J. In my end is my beginning: developmental trajectories of adverse childhood experiences to late-life suicide. *Aging Ment Health*. 2016b;20(2):139-65.

Santos MA. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017 Sep;22(9):3061–75.

São Paulo (Estado). Projeto de lei nº 577/2008. Proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica, e cria ambientes de uso coletivo livres de tabaco, São Paulo, 28 de agosto de 2008.

Scavacini K, Reis D. Atualizações em suicidologia: narrativas, pesquisas e experiências [Internet]. São Paulo: Instituto Vita Alere; 2021. Disponível em: <https://vitaalere.com.br/wp-content/uploads/2021/10/Atualizacoes-em-Suicidologia-Narrativas-Pesquisas-e-Experiencias.pdf>. [2022 jul 23]

Shakir S, Atta M, Malik NI. Moderating effect of psychological well-being on relationship among thwarted belongingness and acquired capability for suicide among cancer patients. *J Educ Sci Res*. 2016; 3(1):78-91.

Siefert-Boukaidi M, Jover F, Staccini P, Pringuey D, Benoit M. The interpersonal theory of suicide: A French version of the interpersonal needs questionnaire. *Eur Psychiatry*. 2013; 28:1.

Silva BM, Benincá C. Ideação suicida em pacientes oncológicos. *Rev SBPH*. 2018 jan./jun; 21(1):218–31.

Smith PN, Cukrowicz KC. Capable of suicide: A functional model of the acquired capability component of the interpersonal-psychological theory of suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2010 Jun;40(3):266-75.

Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Câncer de cabeça e pescoço: aumento da incidência de tumores relacionados ao HPV. Disponível em: <https://sboc.org.br/noticias/item/1631-cancer-de-cabeca-e-pescoco-aumento-da-incidencia-de-tumores-relacionados-ao-hpv.%20Accessed%20July%2031>. [2022 agos 22].

Spangenberg L, Hallensleben N, Friedrich M, Teismann T, Kapusta ND, Glaesmer H. Dimensionality, psychometric properties and population-based norms of the German version of the Revised Acquired Capability for Suicide Scale (ACSS-FAD). *Psychiatry Res*. 2016 Apr 30;238:46-52.

Spoletini I, Gianni W, Caltagirone C, Madaio R, Repetto L, Spalletta G. Suicide and cancer: where do we go from here? *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011 Jun;78(3):206-19.

Sugawara A, Kunieda E. Suicide in patients with gastric cancer: a population-based study. *Jpn J Clin Oncol*. 2016 Sep;46(9):850-5.

Suh S, Ebesutani CK, Hagan CR, Rogers ML, Hom MA, Ringer FB, et al. Cross-cultural relevance of the Interpersonal Theory of suicide across Korean and US undergraduate students. *Psychiatry Res*. 2017 May;251:244-52.

Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010 Apr;117(2):575-600.

Van Orden KA, Cukrowicz KC, Witte TK, Joiner Jr TE. Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the interpersonal needs questionnaire. *Psychol Assess*. 2012 Mar;24(1):197-215.

Wang SM, Chang JC, Weng SC, Yeh MK, Lee CS. Risk of suicide within 1 year of cancer diagnosis. *Int J Cancer*. 2018 May 15;142(10):1986-1993.

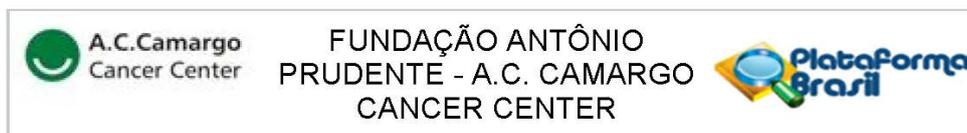
Watanabe SM, Nekolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. A multicenter study comparing two numerical versions of the edmonton symptom assessment system in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Feb;41(2):456-68.

World Health Organization-WHO. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.

Zhang J, Lester D, Zhao S, Zhou C. Suicidal ideation and its correlates: testing the interpersonal theory of suicide in Chinese students. *Arch Suicide Res*. 2013;17(3):236-41.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361-70.

Anexo 1 - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Suicídio na População Oncológica: Validação para o português Brasil do Interpersonal Needs Questionnaire - INQ e da Acquired Capability for Suicide Scale - Fearfulness About Death - ACSS - FAD - em pacientes oncológicos

Pesquisador: Maria Teresa Cruz Lourenço

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 77105517.3.0000.5432

Instituição Proponente: FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.132.267

Apresentação do Projeto:

Idem ao anterior

Objetivo da Pesquisa:

Idem ao anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem ao anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora respondeu adequadamente às pendências e relativas à resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequação à resolução 466/12 e adequação das pendências.

Recomendações:

nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP analisou e aprovou os seguintes documentos:

-Carta resposta, datada de 13 de janeiro de 2019;

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211
Bairro: Liberdade **CEP:** 01.509-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 **Fax:** (11)2189-5020 **E-mail:** cep_hcancer@accamargo.org.br

Continuação do Parecer: 3.132.267

-TCLE versão 3, datado de 13 de janeiro de 2019.

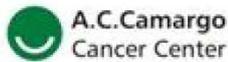
Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisa foi adequadamente adaptada à resolução 466/12 e as pendências apontadas foram respondidas adequadamente e portanto foi aprovada por este Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_125609_2_E1.pdf	14/01/2019 15:50:11		Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	14/01/2019 15:49:37	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	14/01/2019 15:44:40	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
Outros	carta.pdf	22/11/2018 09:40:07	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2.docx	21/11/2018 21:19:42	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
Outros	carta_emenda.pdf	20/11/2018 18:28:36	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	20/11/2018 12:47:45	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
Outros	carta_CEP.pdf	13/11/2017 12:11:45	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
Outros	ACSS_FAD_Validation.pdf	13/11/2017 12:04:31	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
Outros	INQ_Validation.pdf	13/11/2017 12:04:02	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
Outros	Projeto_PIBIC_rev_ComiteEtica.pdf	13/11/2017 12:03:06	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
Outros	TermoCompromisso_Pesquisador.pdf	21/09/2017 08:53:41	Sandra Fabiana de Almeida	Aceito
Outros	DECLARACA_INFRAESTRUTURA.pdf	21/09/2017 08:53:27	Sandra Fabiana de Almeida	Aceito
Outros	ciencia_oncologia.pdf	20/09/2017	Maria Teresa Cruz	Aceito

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211**Bairro:** Liberdade**CEP:** 01.509-900**UF:** SP**Município:** SAO PAULO**Telefone:** (11)2189-5020**Fax:** (11)2189-5020**E-mail:** cep_hcancer@accamargo.org.br



FUNDAÇÃO ANTÔNIO
PRUDENTE - A.C. CAMARGO
CANCER CENTER



Continuação do Parecer: 3.132.267

Outros	ciencia_oncologia.pdf	17:27:43	Lourenço	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	20/09/2017 17:23:57	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_ciencia_psicoonco.pdf	18/09/2017 09:15:53	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CIENCIA_COMPROMENTIMENTO.pdf	17/09/2017 17:26:22	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	17/09/2017 17:18:39	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
Outros	Submissao_CEP.pdf	17/09/2017 17:17:20	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
Orçamento	Orcamento_financeiro.pdf	17/09/2017 17:14:56	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dadoscoletados.pdf	17/09/2017 17:14:09	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_plano_recrutamento.pdf	17/09/2017 17:13:22	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	17/09/2017 17:11:20	Maria Teresa Cruz Lourenço	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 05 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Sandra Caires Serrano
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211
Bairro: Liberdade **CEP:** 01.509-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 **Fax:** (11)2189-5020 **E-mail:** cep_hcancer@accamargo.org.br

Anexo 2 – Questionário Sócio Demográfico

Questionário Sócio Demográfico	
Paciente:	
Médico (a):	RGH:
CPF:	e-mail:
Data de nascimento: ____/____/____	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 () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Pós Graduação () 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 () Evangélica () Espírita () Umbanda / Candomblé () Ateu () Sem religião () Outra, qual? _____	Praticante : () Sim () Não Antecedente pessoal de câncer: () Sim () Não Diagnóstico: CID: Estadiamento do tumor: Data do diagnóstico: ____/____/____
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? _____ () Não	
Tabagista: *Caso fumante ativo, aplicar o FTND () Sim - Maços/ dia: _____ () Já fumou () Abstinente há: _____ () Nunca fumou	
Uso de drogas ilícitas: () Faz uso () Nunca usou () Já usou Se já usou, abstinente há: Se sim, quais drogas? _____	
Consumo de álcool: *Caso consuma álcool, aplicar o CAGE () 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 de tentativa? () Não () Sim - Quem? _____ Ex: pai, mãe, irmãos, filhos(as), tios (as), primos (as), avós.	
Tem histórico pessoal de: Tentativa de suicídio? () Sim () Não Se sim, quantas vezes? _____	
Faz uso de medicamento para dormir ou para ansiedade ou depressão? () Sim () Não Se sim, qual? _____	
Você tem zumbido no ouvido? () Sim () Não Se sim: Há quanto tempo? _____ Anos _____ Meses _____ Semanas	
Ouve bem? () Sim () Não	Usa aparelho auditivo? () Sim () Não

Anexo 3 – Critério de Classificação Econômica Brasil

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:

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

INQ

As perguntas abaixo pedem que você pense sobre você e as outras pessoas. Por favor, responda cada pergunta utilizando suas próprias opiniões e experiências, e NÃO aquilo que geralmente é aceito, ou o que pode ser verdadeiro para outras pessoas. Por favor, responda com base em como você tem sentido recentemente. Use a escala de avaliação encontrando o número que melhor identifica como você se sente e marque esse número. Não há respostas certas ou erradas: nós temos interesse em saber o que você pensa e como se sente.

	Não é verdadeiro para mim		É verdadeiro até certo ponto			É completamente verdadeiro para mim	
1. Ultimamente as pessoas que me cercam estariam melhor se eu não estivesse aqui.	1	2	3	4	5	6	7
2. Ultimamente as pessoas que me cercam estariam mais felizes sem mim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ultimamente eu acho que sou um peso para a sociedade.	1	2	3	4	5	6	7
4. Ultimamente eu acho que minha morte seria um alívio para as pessoas que me cercam.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ultimamente eu acho que as pessoas que me cercam gostariam de estar livres de mim.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ultimamente eu acho que pioro as coisas para as pessoas que me cercam.	1	2	3	4	5	6	7
7. Ultimamente as pessoas tem se importado comigo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Ultimamente eu sinto que pertencço a um grupo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Ultimamente raramente tenho contato com pessoas que se importam comigo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ultimamente eu tenho a sorte de ter amigos que me dão carinho e apoio.	1	2	3	4	5	6	7
11. Ultimamente eu me sinto distante de outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Ultimamente tenho me sentido deslocado em situações sociais	1	2	3	4	5	6	7
13. Ultimamente eu sinto que há pessoas que eu posso procurar em momentos de necessidade.	1	2	3	4	5	6	7
14. Ultimamente eu me sinto próximo de outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
15. Ultimamente eu tenho ao menos um contato satisfatório por dia.	1	2	3	4	5	6	7

Observação: Itens 7, 8, 10, 13, 14, 15 tem pontuação inversa.

Anexo 5– ACSS-FAD

ACSS-FAD

Por favor leia os itens abaixo e indique até que ponto a frase descreve você. Avalie cada frase usando a escala abaixo e indique sua resposta na folha de respostas.

	0 Não Concordo	1	2	3	4 Concordo plenamente
1. O fato de que eu vou morrer não me afeta.	0	1	2	3	4
2. A dor física da morte me assusta.	0	1	2	3	4
3. Tenho muito medo de morrer.	0	1	2	3	4
4. Não fico nervoso quando as pessoas falam sobre a morte.	0	1	2	3	4
5. A perspectiva da minha própria morte gera ansiedade em mim.	0	1	2	3	4
6. Não fico perturbado em pensar na morte como o final da vida como a conhecemos.	0	1	2	3	4
7. Não tenho nenhum medo da morte.	0	1	2	3	4

Anexo 6 – A.C.Camargo – Escala de Ansiedade e Depressão



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 de 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 (lerdo) para pensar e fazer as coisas:

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

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

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

D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência

- 3 () Completamente
2 () Não estou mais me cuidando como 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 7 – Risco de Suicídio (MINI)

MINI:

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

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

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO SIM	4
----	---------------------------------------	---------	---

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 8 – A.C. Camargo – Teste de Fagerström



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 9 - Questionário (CAGE)

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 ()

Anexo 10 - E-mail autorização validação ACSS_FAD

13/11/2017

Mail - gabi-vargas@hotmail.com

Enc: FW: ACSS_FAD validation

Maria Teresa Cruz Lourenço <mariateresacruz@yahoo.com.br>

Wed 11/8/2017 3:19 PM

To: Gabriela Vargas <gabi-vargas@hotmail.com>;

Em Quarta-feira, 15 de Março de 2017 16:34, Jessica Ribeiro <ribeiro@psy.fsu.edu> escreveu:

Hi Maria,

No problem -- feel free to proceed with that translation.

Best,
Jessica

On Wed, Mar 15, 2017 at 3:31 PM, Rounds, Gwendolyn <rounds@psy.fsu.edu> wrote:

Hi Jessica,

This woman called the office and asked me if she could email this to me and if I would forward to you. I do hope that was okay.

Thank you, have a great rest of your week.
Wendy

Wendy Rounds
Department of Psychology
1107 W. Call Street
Tallahassee, FL 32306
850-644-2040 (Phone)
850-644-7739 (fax)
rounds@psy.fsu.edu

From: Maria Teresa Cruz Lourenço [mailto:mariateresacruz@yahoo.com.br]

Sent: Wednesday, March 15, 2017 3:28 PM

To: Rounds, Gwendolyn <rounds@psy.fsu.edu>

Subject: Enc: ACSS_FAD validation

Hello

Thank you very much

Sincerely

Maria

Em Terça-feira, 28 de Fevereiro de 2017 22:35, Maria Teresa Cruz Lourenço <mariateresacruz@yahoo.com.br> escreveu:

Dear Dr. Ribeiro,

Congratulations for your research in suicide. It has inspired our team to contribute in such an important area of research. We work at the AC Camargo Cancer Center in São Paulo, Brazil. The hospital, which has 480 beds, leads the country in cancer treatment (www.accamargo.org.br).

We would like to translate and validate the ACSS-Fearlessness about Death (ACSS_FAD) for Brazilian cancer patients. Dr. Van Orden (in cc.) has already authorized us to translate and validate the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) as well. We currently have an ongoing study on suicide with prostate cancer patients and we are excited to utilize such instruments with this population and other cancer patients.

Feel free to contact us at any time for more information. We are looking forward to hearing from you.

Thank you very much,

Maria Teresa

Maria Teresa Cruz Lourenço, M.D. PhD.
Director of the Department of Psycho oncology, ACCamargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brazil
Coordinator of the Nicotine Dependency Treatment Group
Coordinator of the Residency in psycho oncology at ACCamargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brazil
Pos doctoral clinical/research fellowship in Mood Disorders at the Department of Psychiatry, University of Toronto, ON
Pos doctoral clinical/research fellowship in Psychosocial oncology and Palliative care at Princess Margaret Cancer Center, Department of Psychiatry, University of Toronto, ON
Psychiatrist at the Oncology Service, German Hospital Osvaldo Cruz, São Paulo, SP, Brazil

cel phone: 55 11 987990083
[email:mariateresacruz@yahoo.com.br](mailto:mariateresacruz@yahoo.com.br)

13/11/2017

Mail - gabi-vargas@hotmail.com

--

Jessica D. Ribeiro, Ph.D.
Florida State University
Alt. Email: ribeiro@psy.fsu.edu
Lab Website: www.risklabfsu.com

Anexo 11 - E-mail autorização validação INQ-15

13/11/2017

Mail - gabi-vargas@hotmail.com

Enc: INQ validation Brazil

Maria Teresa Cruz Lourenço <mariateresacruz@yahoo.com.br>

Wed 11/8/2017 3:17 PM

To: Gabriela Vargas <gabi-vargas@hotmail.com>

Em Terça-feira, 29 de Novembro de 2016 14:12, "Van Orden, Kimberly" <Kimberly_Vanorden@URMC.Rochester.edu> escreveu:

Sounds great. My colleague, Jess Ribeiro at FSU developed that scale, so she might be a resource for you.

Best,
Kim

—
Kim Van Orden, Ph.D.
University of Rochester Medical Center
300 Crittenden Blvd, Box Psych
Rochester, NY 14642
P: 585-275-5176; F: 585-276-2065
Office # 4.9246
kimberly_vanorden@urmc.rochester.edu

From: Maria Teresa Cruz Lourenço <mariateresacruz@yahoo.com.br>
Reply-To: Maria Teresa Cruz Lourenço <mariateresacruz@yahoo.com.br>
Date: Sunday, November 27, 2016 at 12:44 PM
To: Kim Van Orden <Kimberly_VanOrden@urmc.rochester.edu>
Cc: Marth Alvarez Mateos <m.alvarezmateos@gmail.com>, Matheus Lourenco <matheuslourengo@icloud.com>, Maria Teresa Da Cruz Lourenco <mariateresacruz@icloud.com>
Subject: Re: INQ validation Brazil

Dear Kim

Hope you are doing well.
We are working in the project to validate the INQ questionnaire, and came to the conclusion that it would be better if we also validate the Acquired Capability for Suicide Scale - fearless about death (ACSS - FAD).
Feel free to contact us at any time for more information. We are looking forward to hearing from you.
Thank you very much.

Sincerely yours,

All the best

Maria

Maria Teresa Cruz Lourenço, M.D. PhD.
Director of the Department of Psycho oncology, ACCamargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brazil
Coordinator of the Nicotine Dependency Treatment Group
Coordinator of the Residency in psycho oncology at ACCamargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brazil
Pos doctoral clinical/research fellowship in Mood Disorders at the Department of Psychiatry, University of Toronto, ON
Pos doctoral clinical/research fellowship in Psychosocial oncology and Palliative care at Princess Margaret Cancer Center, Department of Psychiatry, University of Toronto, ON
Mostrar mensagem original
Psychiatrist at the Oncology Service, German Hospital Osvaldo Cruz, São Paulo, SP, Brazil

Em Quinta-feira, 20 de Outubro de 2016 17:11, "Van Orden, Kimberly" <Kimberly_Vanorden@URMC.Rochester.edu> escreveu:

Maria,

Sure, sounds good. Happy to help if the need arises.

Best,
Kim

—
Kim Van Orden, Ph.D.
University of Rochester Medical Center
300 Crittenden Blvd, Box Psych
Rochester, NY 14642
P: 585-275-5176; F: 585-276-2065
Office # 4.9246
kimberly_vanorden@urmc.rochester.edu

From: Maria Teresa Cruz Lourenço <mariateresacruz@yahoo.com.br>
Reply-To: Maria Teresa Cruz Lourenço <mariateresacruz@yahoo.com.br>
Date: Saturday, October 15, 2016 at 5:31 PM
To: Kim Van Orden <Kimberly_VanOrden@urmc.rochester.edu>
Subject: INQ validation Brazil

Dear Dr. Van Orden,

First of all, we would like to congratulate you for your research in suicide.
Our team is very interested in studying suicide with oncology patients. At this point we have an ongoing study on suicide with prostate cancer patients.
We work at the AC Camargo Cancer Center in São Paulo, Brazil. The hospital has 400 beds and is the current leader in cancer treatment in Brazil (www.accamargo.org.br).
We would like to translate the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) to the Portuguese language and validate it for the cancer population.
Feel free to contact us at any time for more information. We are looking forward to hearing from you.
Thank you very much.

Sincerely yours,

Maria Teresa Lourenço

Maria Teresa Cruz Lourenço, M.D. PhD.

<https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/search/fp>

13/11/2017

Mail - gabi-vargas@hotmail.com

maria teresa cruz laurencio, M.D., F.H.P.
Director of the Department of Psycho oncology, ACCamargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brazil
Coordinator of the Nicotine Dependency Treatment Group
Coordinator of the Residency in psycho oncology at ACCamargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brazil
Pos doctoral clinical/research fellowship in Mood Disorders at the Department of Psychiatry, University of Toronto, ON
Pos doctoral clinical/research fellowship in Psychosocial oncology and Palliative care at Princess Margaret Cancer Center, Department of Psychiatry, University of Toronto, ON
Psychiatrist at the Oncology Service, German Hospital Osvaldo Cruz, São Paulo, SP, Brazil

cel phone: 55 11 987990083
email maria@eresacruz@yahoo.com.br

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido-TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
RESOLUÇÃO 466/12 CNS/MS
Versão 04 – 16/04/2020

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

NOME DO PARTICIPANTE:

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

II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Suicídio na população oncológica:
Tradução para o português– Brasil e validação do *Interpersonal Needs Questionnaire – INQ* e da *Acquired Capability for Suicide Scale – Fearlessness About Death – ACSS-FAD* para pacientes oncológicos e seguimento pós tratamento oncológico até um ano do diagnóstico.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

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

PESQUISADORES ENVOLVIDOS:

Dra. Taciana de Castro Silva Monteiro Costa – Médica Psiquiatra do Núcleo de Psico-Oncologia do A.C. Camargo Cancer Center
Dra. Christina Haas Tarabay – Coordenadora da Psicologia do Núcleo de Psico-Oncologia do A.C. Camargo Cancer Center
Gabriela Vargas de Almeida Ribeiro – Residente da Residência Multiprofissional em Oncologia -Psicologia do A.C. Camargo Cancer Center
Giseli Maria Neto - Psicóloga do Núcleo de Psico-Oncologia do A.C. Camargo Cancer Center

DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

III. INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE: O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Suicídio na população oncológica: Tradução para o português – Brasil e validação do *Interpersonal Needs Questionnaire – INQ* e da *Acquired Capability for Suicide Scale – Fearlessness About Death – ACSS-FAD* para pacientes oncológicos e seguimento pós tratamento oncológico até um ano do diagnóstico” que será realizada no A.C. Camargo Cancer Center.

IV. OBJETIVOS DA PESQUISA: Realizar a tradução para o português do Brasil e validação psicométrica das escalas: *Interpersonal Needs Questionnaire – INQ* *Acquired Capability for Suicide Scale – Fearlessness About Death – ACSS-FAD*.

V. JUSTIFICATIVA PARA A PROPOSTA DA PESQUISA: Senso de pertencimento, onerosidade percebida e destemor aprendido são condições psicológicas necessárias para o aparecimento de ideação e/ou tentativa de suicídio nos indivíduos. Identificar esses parâmetros nos pacientes com câncer, ao longo do primeiro ano após o diagnóstico, pode possibilitar intervenções terapêuticas precoces e preventivas do suicídio nessa população.

VI. DESENHO DA PESQUISA: Pacientes em acompanhamento médico na Instituição, com idade acima de 18 anos, diagnóstico recente de câncer (nos últimos 90 dias), independentemente do tipo histológico e do estadiamento tumoral.

VII. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS: O senhor (a) será esclarecido (a) sobre os objetivos do estudo que será realizado em 3 (três) entrevistas, sendo uma entrevista inicial, uma segunda 6 meses após a data do diagnóstico e a última 12 meses após a data do diagnóstico, com a aplicação de 07 questionários, o que levará aproximadamente 30 minutos. Primeiramente, o (a) senhor (a) assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderá a um questionário com informações pessoais. Em seguida, o sr. (a) responderá as seguintes escalas:

- 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
- MINI : avalia risco suicídio
- HADS: Avalia ansiedade e depressão
- ESAS-r. Avalia 9 sintomas físicos e psicológicos.
- EQ-5D. Avalia a qualidade de vida.
- Teste CAGE – Quatro perguntas sobre o uso de bebidas alcoólicas.
- Para os fumantes: FTND. Vai medir o grau de dependência a nicotina.
- Para pacientes com câncer de cabeça e pescoço – Questionário de Washington: avalia qualidade de vida.

VIII. DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS DECORRENTES DO PROCEDIMENTO: 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: Com os resultados desta pesquisa os instrumentos validados para o Português-Brasil poderão ser utilizados na prática clínica e na produção científica em território nacional.

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.

XII. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: Em qualquer ocasião e a qualquer tempo, você terá o direito de acesso às informações e resultados obtidos, recebendo orientações quanto as 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 por 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: Dra. Maria Teresa Duarte Pereira da Cruz Lourenço CRM/SP: 48076. Diretora do Núcleo de Psico-Oncologia do A. C. Camargo Cancer Center - SP. Telefones para contato: 2189-5000.

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211 – Liberdade- São Paulo.

Se o pesquisador responsável não fornecer as informações/ esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o 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. Este documento será elaborado em 2 (duas) vias. O (a) senhor (a) receberá uma das vias originais e a outra será arquivada pelo pesquisador em seu arquivo de pesquisa.

Eu, _____
declaro ter lido, compreendido e discutido o conteúdo do presente Termo de Consentimento e concordo em participar desse estudo de forma livre e esclarecida autorizando os procedimentos acima relacionados:

Assinatura do participante ou responsável legal

São Paulo ____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável pela pesquisa:
Dra. Maria Teresa Duarte Pereira da Cruz Lourenço