

Manuela Polidoro Lima

**RASTREAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES
AMBULATORIAIS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Fundação PIO XII – Hospital de Câncer de Barretos para obtenção do Título Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Oncologia

Orientador: Prof. Dr. Adhemar Longatto Filho

Co-orientadora: Prof^a. Dra. Flávia de Lima Osório

Barretos, São Paulo

2014

Manuela Polidoro Lima

**RASTREAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES
AMBULATORIAIS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Fundação PIO XII – Hospital de Câncer de Barretos para obtenção do Título Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Oncologia

Orientador: Prof. Dr. Adhemar Longatto Filho

Co-orientadora: Prof^a. Dra. Flávia de Lima Osório

Barretos, São Paulo

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada por Vanessa Alves Zagatto CRB 8/8638
Biblioteca da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos

L732r Lima, Manuela Polidoro.

Rastreamento de transtornos psiquiátricos em pacientes ambulatoriais atendidos em um hospital oncológico. / Manuela Polidoro Lima. - Barretos, SP 2014.

130 f. : il.

Orientador: Dr. Adhemar Longatto Filho .

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos, 2014.

1.Neoplasias. 2.Comorbidade. 3.Psiquiatria. 4.Transtornos.
5.Rastreamento. 6. Prevalência. I. Autor. II. Longatto Filho, Adhemar.

CDD 616.858 6

FOLHA DE APROVAÇÃO

Manuela Polidoro Lima

Rastreamento de transtornos psiquiátricos em pacientes ambulatoriais atendidos em um hospital oncológico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Oncologia

Data da aprovação: 21/02/2014

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sonia Regina Loureiro

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Saúde Mental / USP

Prof. Dr. Carlos Eduardo Paiva

Instituição: Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos

Prof. Dr. Adhemar Longatto Filho

Orientador – Presidente da Banca

Esta dissertação foi elaborada e está apresentada de acordo com as normas da Pós-Graduação do Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII, baseando-se no Regimento do Programa de Pós-Graduação em Oncologia e no Manual de Apresentação de Dissertações e Teses do Hospital de Câncer de Barretos. Os pesquisadores declaram ainda que este trabalho foi realizado em concordância com o Código de Boas Práticas Científicas (FAPESP), não havendo nada em seu conteúdo que possa ser considerado como plágio, fabricação ou falsificação de dados. As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas neste material são de responsabilidade dos autores e não necessariamente refletem a visão da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos.

Embora o Núcleo de Apoio ao Pesquisador do Hospital de Câncer de Barretos tenha realizado as análises estatísticas e orientado sua interpretação, a descrição da metodologia estatística, a apresentação dos resultados e suas conclusões são de inteira responsabilidade dos pesquisadores envolvidos.

AGRADECIMENTOS

À minha co-orientadora Prof^a. Dra. Flávia de Lima Osório, pela atenção, compreensão e paciência desde o início de nossa parceria, mesmo à distância; e ao meu orientador Prof. Dr. Adhemar Longatto Filho.

Aos meus pais e minha irmã pelos exemplos de vida e por sempre me motivarem a seguir estudando... ainda que distantes, sempre muito presentes.

Aos membros das bancas de acompanhamento e de qualificação: Dr. Carlos Paiva e Dra. Érika Arantes de Oliveira Cardoso, pelas sugestões e críticas construtivas ao longo da elaboração desta tese.

Aos membros do Núcleo de Apoio ao Pesquisador:

As secretárias Silvana Rodrigues e Brenda Honda Moraes; a farmacêutica Raquel Santamaria, ao enfermeiro Julio Cesar de Souza e aos assistentes Elisângela Oliveira da Silva e André Vitor Spindola da Silva, pelas horas de trabalho e empenho despendidos para que essa pesquisa acontecesse.

Um agradecimento especial ao bioestatístico Cleyton Zanardo de Oliveira, pois sem ele não haveríamos alcançado todos os objetivos iniciais do projeto.

Meus sinceros agradecimentos a todos.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Câncer e aspectos gerais	14
1.2	Câncer e transtornos mentais	15
1.3	Transtorno do humor: depressão e mania	17
1.4	Ansiedade	19
1.5	Sintomas psicóticos	21
1.6	Transtornos por abuso de substâncias	23
1.7	Rastreamento de transtornos mentais	25
1.8	Rastreamento e tratamento de transtornos mentais no Hospital de Câncer de Barretos	26
2	OBJETIVOS	29
2.1	Objetivo geral	29
2.2	Objetivos específicos	29
3	MATERIAIS E MÉTODOS	30
3.1	Delineamento	30
3.2	Contexto	30
3.3	Sujeitos	31
3.4	Instrumentos	31
3.5	Estudo piloto	33
3.6	Coleta de dados	34
3.7	Análise dos dados	35
3.8	Aspectos éticos	36
4	RESULTADOS	37
4.1	Fase 1	37
4.2	Fase 2	55
4.3	Estudo da validação discriminativa dos instrumentos de rastreamento utilizados	81
4.4	Proposição de um protocolo de avaliação psiquiátrica e psicológica para pacientes oncológicos ambulatoriais	82
5	DISCUSSÃO	87
5.1	Desenvolvimento e contexto do estudo	87
5.2	O uso de instrumentos de rastreamento de transtornos mentais em oncologia	87
5.3	Prevalência de transtornos psiquiátricos nas diferentes especialidades oncológicas	90
5.4	Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em pacientes oncológicos	94
5.5	Protocolo de rastreamento pra atendimento psicológico ambulatorial	95
5.6	Limitações do estudo	97

6	CONCLUSÃO	99
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICE	
	Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	115
	Apêndice B – Itens para Rastreamento de Distúrbios do Pensamento e Mania	117
	Apêndice C – Questionário de Identificação (QI)	118
	Apêndice D – Questionário de Identificação Clínica (QIC)	119
	Apêndice E – Protocolo de Rastreamento para Atendimento Psicológico Ambulatorial	120
	ANEXOS	
	Anexo A – <i>Patient Health Questionnaire-4</i> (PHQ-4)	123
	Anexo B – Módulo de Ansiedade do <i>Brief Patient Health Questionnaire</i> (Brief PHQ)	124
	Anexo C – <i>Generalized Anxiety Disorder</i> (GAD-7)	125
	Anexo D – <i>Fast Alcohol Screening Test</i> (FAST)	126
	Anexo E – <i>Fagerström Test for Nicotine Dependence</i> (FTND)	127
	Anexo F – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	128
	Anexo G – Comprovantes de submissão e de aceitação do artigo para publicação	129

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Número de pacientes ambulatoriais atendidos no HCB durante o período de 1º/01/11 a 30/06/11	30
Figura 1 –	Fluxograma da coleta de dados	35
Nomograma 1 –	Fatores de risco para desenvolvimento de Depressão atual	83
Nomograma 2 –	Fatores de risco para desenvolvimento de Transtornos de ansiedade	84
Nomograma 3 –	Fatores de risco para desenvolvimento de Abuso de álcool	85
Nomograma 4 –	Fatores de risco para desenvolvimento de Abuso de tabaco	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização sociodemográfica da amostra que compôs a Fase 1 do estudo (n=1385)	37
Tabela 2 –	Antecedentes psiquiátricos, psicológicos e oncológicos da amostra – Fase 1 (n=1385)	39
Tabela 3 –	Distribuição dos sujeitos da amostra em função da especialidade oncológica de origem – Fase 1 (n=1385)	40
Tabela 4 –	Prevalência de indicadores de transtornos de humor e ansiedade em função das diferentes especialidades oncológicas – Fase 1 (n=1385)	41
Tabela 5 –	Prevalência de indicadores de transtornos do pensamento e de abuso/ dependência de substâncias em função das diferentes especialidades médicas – Fase 1 (n=1385)	43
Tabela 6 –	Indicadores de ansiedade em função das características sociodemográficas da amostra – Fase 1 (n=1385)	45
Tabela 7 –	Indicadores de transtorno de humor em função das características sociodemográficas – Fase 1 (n=1385)	47
Tabela 8 –	Indicadores de transtornos do pensamento e de abuso/ dependência de substância em função das características sociodemográficas	49
Tabela 9 –	Indicadores de transtorno de ansiedade em função dos antecedentes psiquiátricos e psicológicos da amostra – Fase 1 (n=1385)	51
Tabela 10 –	Indicadores de transtorno de humor em função dos antecedentes psiquiátricos e psicológicos da amostra – Fase 1 (n=1385)	52
Tabela 11 –	Indicadores de transtorno de pensamento e de abuso/ dependência de substâncias em função dos antecedentes psiquiátricos e psicológicos da amostra – Fase 1 (n=1385)	54
Tabela 12 –	Caracterização sociodemográfica da amostra da Fase 2 do estudo (n=400), em comparação à amostra total restante	55
Tabela 13 –	Antecedentes psiquiátricos e psicológicos da amostra da Fase 2 do estudo (n=400), em comparação à amostra total restante	56

Tabela 14 – Distribuição dos sujeitos da amostra da Fase 2 do estudo, em função da especialidade oncológica de origem (n=400), em comparação à amostra total restante	57
Tabela 15 – Prevalência de transtornos psiquiátricos da amostra da fase 2 do estudo, tendo como parâmetro a SCID-IV (n = 400)	58
Tabela 16 – Prevalência dos principais transtornos avaliados em relação à especialidade oncológica – Fase 2 (n=400)	60
Tabela 17 – Perfil sociodemográfico da amostra em relação à presença ou ausência de Episódio Depressivo Maior prévio e atual – Fase 2 (n=400)	61
Tabela 18 – Perfil sociodemográfico da amostra em relação à presença ou ausência de abuso e dependência de álcool – Fase 2 (n=400)	62
Tabela 19 – Perfil sociodemográfico da amostra em relação à presença ou ausência de abuso de tabaco – Fase 2 (n=400)	63
Tabela 20 – Perfil sociodemográfico da amostra em relação à presença ou ausência dos diferentes Transtornos de ansiedade – Fase 2 (n=400)	64
Tabela 21 – Perfil sociodemográfico da amostra em relação à presença ou ausência de Fobia Social, Fobia Específica e Transtornos de ansiedade – Fase 2 (n=400)	66
Tabela 22 – Caracterização clínica da amostra em relação à presença ou ausência de Episódio Depressivo Maior prévio e atual – Fase 2 (n=400)	67
Tabela 23 – Caracterização clínica da amostra em relação à presença ou ausência de abuso e dependência de álcool – Fase 2 (n=400)	68
Tabela 24 – Caracterização clínica da amostra em relação à presença ou ausência de abuso de tabaco – Fase 2 (n=400)	69
Tabela 25 – Caracterização clínica da amostra em relação à presença ou ausência dos diferentes Transtornos de ansiedade – Fase 2 (n=400)	70
Tabela 26 – Caracterização clínica da amostra em relação à presença ou ausência de Fobia Social e Fobia Específica – Fase 2 (n=400)	72

Tabela 27 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de Transtornos de ansiedade (TOC, TAG, TEPT, Fobia Específica e Pânico) por meio da SCID-IV	73
Tabela 28 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de Episódio Depressivo Maior atual por meio da SCID-IV	74
Tabela 29 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de TEPT por meio da SCID-IV	75
Tabela 30 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de TOC por meio da SCID-IV	75
Tabela 31 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de Transtorno do Pânico por meio da SCID-IV	76
Tabela 32 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de TAG por meio da SCID-IV	77
Tabela 33 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de Fobia Específica por meio da SCID-IV	78
Tabela 34 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de abuso de álcool por meio da SCID-IV	79
Tabela 35 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de dependência de álcool por meio da SCID-IV	80
Tabela 36 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de abuso de tabaco por meio da SCID-IV	80
Tabela 37 – Indicadores de sensibilidade, especificidade e taxa de classificação incorreta dos diferentes instrumentos utilizados, tendo-se como padrão ouro para os diferentes transtornos a SCID-IV (n=400)	81

RESUMO

Lima MP. *Rastreamento de transtornos psiquiátricos em pacientes ambulatoriais atendidos em um hospital oncológico*. Dissertação (Mestrado). Barretos: Hospital de Câncer de Barretos; 2014.

INTRODUÇÃO: Fatores psicológicos e comportamentais, como estresse crônico, depressão e isolamento social podem contribuir para o início e a progressão de certos tipos de câncer. Pacientes oncológicos, com frequência, experimentam diminuição da qualidade de vida, da capacidade para realizar atividades diárias e podem desenvolver problemas de saúde mental. **JUSTIFICATIVA:** Ausência de indicadores de prevalência de transtornos mentais nesta instituição, e de protocolos de rastreamento específicos; poucos estudos na literatura que avaliam a prevalência de transtornos mentais nesta população. **OBJETIVO:** Rastrear indicadores e estimar a prevalência de transtornos psiquiátricos do Eixo I do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª edição (DSM-IV) em pacientes ambulatoriais atendidos em um hospital oncológico. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Uma amostra estimada estatisticamente, de 1.385 pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial foi avaliada pelos instrumentos: Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4), Módulo de ansiedade do Questionário de Saúde do Paciente (GAD-7); Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) e Fast Alcohol Screening Test (FAST). Em um segundo momento, 1/3 desta amostra (400 pacientes) foi sorteada e avaliada, por telefone, por meio de uma entrevista clínica estruturada para o DSM-IV, denominada SCID-IV. Por meio de análises estatísticas desenvolveram-se nomogramas que passaram a compor um protocolo de rastreamento de transtornos mentais. **RESULTADOS:** As amostras estão compostas por indivíduos de ambos os sexos, com leve predomínio de mulheres, sujeitos com 1º grau incompleto/completo, casados, com filhos, inativos e que frequentam alguma religião. A maior parte destes não apresenta antecedentes psiquiátricos e/ou psicológicos prévios. A amostra da Fase 1 apresentou prevalência de ansiedade que variou entre 21,5% e 27,4%, e de Transtorno do Pânico de 21%. A prevalência de depressão foi de 21,1%, de abuso/dependência de tabaco, de 40,2%, e de álcool, de 20,3%. Os sintomas de mania estiveram presentes em 33,5% dos sujeitos, e 55,1% e 11% apresentaram, em algum momento da vida, delírio e alucinação, respectivamente. Os resultados mais expressivos da avaliação da amostra da Fase 2 foram: prevalência de Episódio Depressivo Maior prévio, 13,5% e atual 16%; prevalência de abuso/dependência de álcool 15,3%; prevalência de Transtornos de Ansiedade Generalizada 11,5% e de Fobia Específica 26,8%. Estatisticamente, as mulheres apresentaram nível de ansiedade e depressão significativamente mais elevado do que os homens. Em relação ao nível de abuso/dependência do tabaco e do álcool, os homens apresentaram maiores indicadores em relação às mulheres, bem como os indivíduos que não frequentam alguma religião. As mulheres, os sujeitos com baixa escolaridade e com histórico psiquiátrico e psicológico prévio, bem como pacientes das especialidades: Ginecologia, Mastologia e Tórax, foram aqueles que apresentaram maiores taxas de transtornos em geral. A presença de transtorno psiquiátrico e/ou psicológico prévio associa-se à maior prevalência de ansiedade, depressão e pânico. **CONCLUSÃO:** O presente estudo demonstrou que é alta a associação entre câncer e transtornos psiquiátricos. Estes resultados reforçam a importância do rastreamento precoce de indicadores de transtornos psiquiátricos, a fim de iniciar uma intervenção preventiva ou que possa minimizar o sofrimento causado pela doença.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Comorbidade; Psiquiatria; Transtornos; Rastreamento; Prevalência.

ABSTRACT

Lima MP. *Rastreamento de transtornos psiquiátricos em pacientes ambulatoriais atendidos em um hospital oncológico. Dissertation (Master's degree)*. Barretos: Barretos Cancer Hospital; 2014.

INTRODUCTION: Behavioral and psychological factors such as chronic stress, depression and social isolation may contribute to the onset and progression of certain cancers. Frequently, cancer patients experience life quality decrease, capacity to perform daily activities and may develop mental health problems. **JUSTIFICATION:** Mental disorders prevalence indicators absence in this institution, no tracking specific protocols and few studies assessing the mental disorders prevalence in this population. **OBJECTIVE:** Tracking indicators and estimate the psychiatric disorders prevalence from Mental Disorders Statistic and Diagnostic Manual's Axis I - 4th edition (DSM-IV) in treated outpatients at a cancer hospital. **MATERIALS AND METHODS:** An estimated statistical sample of 1.385 cancer outpatient treatment was assessed by instruments: Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4), and Generalized Anxiety Disorder (GAD-7); Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) e Fast Alcohol Screening Test (FAST). In a second step, one third of this sample (400 patients) was selected and evaluated, by phone, by means of a structured clinical interview for DSM-IV, it is called (SCID-IV). Through statistical analyzes were developed nomograms that were included in a mental disorders tracking protocol. **RESULTS:** The samples are composed by individuals of both sexes, with a slight predominance of women, individuals with low education, married, with children, who do not work and move in some kind of religion. Mostly from these do not present psychiatric and/or psychological previous antecedents. The sample of Phase 1 showed that anxiety prevalence varied between 21.5% and 27.4%, and Panic Disorder 21%. Depression prevalence was 21.1%, tobacco abuse/dependence 40.2%, and alcohol 20.3%. Mania symptoms were present in 33.5% of the sample, 55.1% of patients had delirium at some point in life, and 11% had hallucination. The most significant results of the Phase 2 sample evaluation were: previous Major Depressive Episode prevalence, 13.5% and 16% current; alcohol abuse/dependence prevalence 15.3%, Generalized Anxiety Disorders prevalence 11.5% and Specific Phobia 26.8%. Women had statistically higher anxiety and depression level than men. Respecting the alcohol and tobacco's dependence and abuse level, men had higher rates than women, as well as individuals who do not practice any religion. Women, individuals with low education and previous psychological and psychiatric history, as well as patients of the specialties: Gynecology, Breast and Chest, they were those showing the highest rates of disorders in general. Presence of previous psychiatric and /or psychological disorder is associated with higher prevalence of anxiety, depression and panic. **CONCLUSION:** The present study demonstrated that there is a high association between cancer and psychiatric disorders. These results reinforce the importance of the psychiatric disorders indicators early tracking in order to start a preventive intervention or that can minimize the suffering caused by disease.

KEYWORDS: Cancer; Comorbidity; Psychiatry; Disorders; Tracking; Prevalence.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Câncer e aspectos gerais

Câncer é o nome dado a um conjunto de doenças, que têm em comum o crescimento de células que invadem tecidos e órgãos do corpo humano. Essas células dividem-se de forma rápida, desordenada e incontrolável, determinando a formação de tumores malignos. As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. As causas internas são, na maior parte dos casos, geneticamente predeterminadas, e as causas externas estão ligadas aos hábitos de vida e alimentares dos indivíduos e ao meio ambiente em geral (INCA 1998).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA 2012a), o número de novos casos da doença para 2012/2013 equivale a cerca de 518 mil, sendo que os tipos de câncer mais incidentes nas regiões brasileiras serão os de pele não melanoma, próstata, mama e pulmão. Contudo, vale a pena destacar que, destes, cerca de 80% apresentam fator etiológico relacionado ao meio ambiente em geral: o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos) e o ambiente social e cultural (estilos e hábitos de vida).

As mudanças no meio ambiente, provocadas pelo próprio homem; os hábitos e o estilo de vida atual das pessoas em geral podem determinar diferentes tipos de câncer (INCA 2005b). Fatores psicológicos e comportamentais, tais como estresse crônico, depressão e isolamento social podem contribuir para a iniciação e a progressão de certos tipos de câncer (Reiche et al. 2004; Williams et al. 2009).

O diagnóstico precoce da doença, devido ao avanço tecnológico e da biologia molecular, terapias-alvo e tratamentos multimodais, somados aos métodos terapêuticos mais modernos (radioterapia, quimioterapia, cirurgia e transplante de medula óssea) têm permitido índices de sobrevivência por câncer cada vez maiores, principalmente em países industrializados (Revista da Associação Médica Brasileira 2004; Brearley et al. 2011).

Apesar da expansão de recursos tecnológicos, científicos e humanos, o câncer continua sendo responsável por grande parte das mortes no mundo. No território brasileiro, estima-se que surgem aproximadamente 400.000 novos casos por ano, sendo que, destes, cerca de 127.000 evoluem a óbito (INCA 2003). No Brasil, em 2007, apenas as doenças cardiovasculares atingiram índices maiores que a incidência de câncer (INCA 2007).

O diagnóstico de câncer é um evento estressante, que pode causar angústia, medo da morte e do preconceito (Pirl 2004; Massie 2004). A doença oncológica tem um efeito sobre o bem-estar físico e emocional dos pacientes e de suas famílias. Dessa forma, exige outros cuidados que vão além do controle de sintomas e da doença, principalmente no que diz respeito ao enfrentamento do processo de adoecimento, que, inevitavelmente, faz emergir a fragilidade humana (Kiss 1995). Nesse sentido, o tratamento para o câncer, em si, é tão importante quanto à atenção dispensada aos aspectos psicossociais da doença, uma vez que as intercorrências devidas ao tratamento poderão influenciar a forma como o sujeito enfrentará seu adoecimento (Souza & Erdmann 2003).

A detecção e prevenção dos aspectos psicossociais da doença, sobretudo no que se refere às psicopatologias, também são importantes, pois eles são considerados a principal causa de morbidade, de baixa aderência e adesão ao tratamento, de maior tempo de internação, de pior prognóstico e diminuição da qualidade de vida e de sobrevida à doença, além de favorecer inabilidade funcional e custos mais elevados com cuidados médicos (Spiegel & Giese-Davis 2003; Dalton et al. 2009; Satin et al. 2009; Pinquart & Duberstein 2010; Bultz & Johansen 2011).

Assim sendo, apresentar-se-á no tópico a seguir considerações sobre tal ocorrência.

1.2 Câncer e transtornos mentais

O diagnóstico de câncer possui um efeito devastador para o paciente, pois ainda traz a ideia de morte, embora atualmente ocorram muitos casos de cura. Além do medo da morte, pode trazer o medo de mutilações, desfiguramento e tratamentos dolorosos. O sofrimento pode conduzir a uma problemática psíquica e social, gerando instabilidade de humor e dificuldade de enfrentamento, podendo desencadear, em alguns casos, isolamento, estigma, mudança de papéis e perda de autonomia (Santos 2005).

O câncer expõe seu portador a uma rede complexa e mutável de condições ao longo das diferentes etapas da doença, exigindo dele respostas adaptativas. Tudo isso inserido em um contexto social em que o câncer está associado a sofrimento e à morte (Raison & Miller 2003). O tratamento do câncer pode incluir cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, e é geralmente difícil, podendo durar meses ou anos. Os pacientes, com frequência, experimentam diminuição da qualidade de vida, da capacidade para realizar atividades diárias e podem desenvolver problemas de saúde mental (Meijer et al. 2011).

Citiro (1999) indica que o câncer facilita um aumento na morbidade psiquiátrica, ou seja, torna-se um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais em geral. Sintomas de sofrimento psíquico e físico podem emergir ao longo do tratamento oncológico, frequentemente combinado com os sintomas da própria doença (Fleishman 2004; Clark et al. 2011).

A prevalência estimada de transtornos psiquiátricos em indivíduos com câncer é cerca de 20% a 50% (Deimling et al. 2002; Grassi et al. 2005; Mehnert & Koch 2007). De acordo com Ballenger et al. (2001), aproximadamente 25% dos pacientes oncológicos apresentam critérios diagnósticos para ansiedade e depressão.

Clark et al. (2011) desenvolveram um estudo com 52 pacientes oncológicos, em regime de internação, e comprovaram que cerca de dois terços dos entrevistados (63,5%) relataram níveis de sofrimento psicológico importantes, referindo tristeza, sonolência, cansaço e dor.

Pacientes oncológicos, quando comparados com a população geral, têm risco aumentado para apresentar sintomas e transtornos depressivos persistentes. Esses sintomas podem aparecer como uma reação ao próprio diagnóstico e/ou ao longo processo de tratamento e reabilitação (Raison & Miller 2003).

Os transtornos mentais, além de poderem configurar uma reação de ajustamento, podem também aparecer associados a uma condição médica geral, por ela induzidos. Archer et al. (2008), por exemplo, referem que as neoplasias que afetam diretamente o sistema nervoso central podem provocar síndromes depressivas por comprometimento direto dos circuitos responsáveis pela regulação do humor.

Essa associação pode ser claramente evidenciada em estudo brasileiro realizado com 319 pacientes oncológicos (Citiro et al. 2003), no qual diagnosticou-se algum tipo de transtorno mental em quase 60% dos pacientes: 30,5% apresentavam transtorno do humor (predominantemente depressivo); 17,4%, transtornos neuróticos ou somatoformes (sendo que 14% eram predominantemente transtornos de ajustamento); e 7,3% transtornos orgânicos e somáticos, sendo 4% deles transtornos delirantes.

A seguir, serão descritos aspectos relativos a algumas destas comorbidades psiquiátricas associadas às neoplasias.

1.3 Transtornos do humor: depressão e mania

A depressão é uma preocupação em saúde pública em todo o mundo e tem sido classificada como uma das doenças que mais prejudica os indivíduos, as famílias e a sociedade, contribuindo para o desenvolvimento de outras doenças (*Department of Health and Human Services* 1999; *World Health Organization* 2002).

Estudos têm demonstrado que a depressão tem uma etiologia multifatorial, destacando-se os fatores genéticos, o estresse e as pressões sociais, ou ainda pode se desenvolver por uma combinação destes três fatores (Lima et al. 2004; Scorza et al. 2005).

A associação entre depressão e doenças físicas não é unilateral; ao contrário, ambas as condições se influenciam mutuamente: a depressão pode ser uma complicação da doença clínica ou de seu tratamento, e vice-versa, quando a complicação clínica pode ser vista como uma consequência de um ou de mais fatores etiológicos comuns a ambas (Furlanetto & Brasil 2006).

Eventos estressantes são mais susceptíveis de precipitar episódios iniciais de depressão em qualquer indivíduo (Caspi et al. 2003). Assim sendo, as pessoas que recebem um diagnóstico de câncer, por vivenciarem diferentes tipos de perda, diversos níveis de estresse e angústia emocional, estão mais vulneráveis ao desencadeamento de depressão (Amaro et al. 2006). Da mesma forma, o prejuízo na aparência física, a incapacitação e a mudança de vida, associados à doença clínica, são também fatores de risco para depressão, principalmente em indivíduos com história familiar desse transtorno (Rundel & Wise 2002).

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum em pacientes com câncer, com prevalências variando de 13% a 40% (Grassi et al. 1996; Pirl 2004; Coyne et al. 2007; Bottino et al. 2009). A depressão está associada a um pior prognóstico no tratamento do câncer e a um aumento da morbidade e mortalidade (Ramasubbu & Patten 2003).

Além disso, a depressão também favorece a presença de ideação suicida e do desejo de morrer. Segundo estudo desenvolvido em Portugal, 34,6% dos pacientes oncológicos avaliados apresentavam tal sintomatologia (Madeira et al. 2011).

Complicações clínicas e alterações metabólicas, tais como: hipercalcemia, anemia, deficiência de vitamina B12 e desequilíbrio eletrolítico, também são considerados fatores de risco para depressão em pacientes oncológicos, bem como hipertireoidismo ou hipotireoidismo e insuficiência adrenal (Bottino et al. 2009).

Síndromes depressivas podem ocorrer entre 21% e 58% dos pacientes que recebem interferon-alfa, medicação utilizada para tratamento de neoplasias, considerada um modificador da resposta biológica, pois aumenta a capacidade de destruição das células tumorais, de vírus e bactérias.

Os sintomas depressivos podem ser específicos, tais como: alterações no humor, ansiedade e queixas cognitivas, ou se manifestarem como uma síndrome neurovegetativa, isto é, sintomas de fadiga, anorexia, dor e retardo psicomotor, com a superposição dessas síndromes, em muitos casos (Evans et al. 2005; Raison et al. 2005).

Assim, tanto o impacto da doença oncológica como algumas condições clínicas associadas à mesma podem favorecer o desenvolvimento de sintomas depressivos, requerendo atenção dos profissionais (Pandey et al. 2006; Jacobsen & Jim 2008).

Apesar do conhecimento que se tem sobre o impacto negativo da depressão e de sua alta incidência, além da facilidade do tratamento e da boa-resposta clínica, esta ainda permanece frequentemente subdiagnosticada (Pirl & Roth 1999; Lloyd-Williams 2001).

Lotufo Neto et al. (2001) referem que a depressão, habitualmente, não é reconhecida, diagnosticada ou tratada nos hospitais, quando o paciente busca atendimento por problemas de ordem física (Baumeister et al. 2005; Wilson et al. 2007).

A dificuldade em obter o diagnóstico ocorre, muitas vezes, porque a queixa dos pacientes está normalmente associada a dores diversas e a mal-estar indefinido. Por outro lado, também não existem profissionais habilitados para realizar a devida avaliação e o acompanhamento psicológico (Lotufo Neto et al. 2001).

Em pacientes oncológicos esse reconhecimento se torna ainda mais difícil, pelo fato de haver sobreposição de alguns sintomas do quadro clínico oncológico com sintomas depressivos, tais como: alteração do apetite, diminuição da energia, da libido e insônia (Furlanetto 2000; Baptista et al. 2006). A presença de dor e o uso de terapias antineoplásicas, como a quimioterapia, por exemplo, são fatores de risco ao surgimento de depressão, além de dificultarem sua identificação (Hewitt & Rowland 2002; Baumeister et al. 2005).

Assim, considerando-se o impacto negativo da depressão, é possível perceber que medidas que favorecem o reconhecimento e o tratamento da sintomatologia depressiva são necessárias e importantes para um manejo mais adequado da própria doença oncológica.

Outra alteração possível do humor refere-se aos quadros de mania. Um episódio maníaco clássico é caracterizado por humor eufórico ou expansivo, diminuição da necessidade de sono, aumento da energia e de atividades prazerosas e/ou dirigidas a objetivos, além de inquietação e até mesmo agitação psicomotora. O pensamento torna-se mais rápido, e as ideias costumam ser delirantes, com características de grandeza ou. Apesar de relativamente frequentes e incapacitantes, episódios de mania ainda são pouco estudados e diagnosticados (Carlson & Goodwin 1973; Moreno et al. 2005).

A mania é considerada um transtorno de humor primário. Além disso, pode se constituir em uma síndrome, quando associada ao uso ou à abstinência de substâncias, como anfetaminas ou cocaína, por exemplo, bem como sintomas da abstinência de álcool ou sedativos. Doenças neurológicas, tais como: epilepsia, traumatismo crânio-encefálico, acidente vascular cerebral, tumores do Sistema Nervoso Central (SNC), ou ainda: patologias metabólicas ou endócrinas, como o hipertireoidismo, por exemplo, podem também favorecer o surgimento de quadros maníacos (Dubovsky & Dubovsky 2004; Moreno et al. 2005).

Assim, diferentemente da depressão, a mania parece associar-se unilateralmente aos quadros neoplásicos, podendo em algumas situações ser precursora de outros sintomas clínicos positivos específicos de tumores do SNC. Dessa forma, o surgimento desse sintoma pode ter, em algumas situações, valor especulativo-diagnóstico. Uma revisão não sistemática da literatura realizada não apontou estudos que avaliaram especificamente a prevalência deste sintoma e ou transtornos em amostras de pacientes oncológicos. Assim, estudos com este objetivo podem ter valia.

1.4 Ansiedade

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento – 10ª edição (OMS / CID-10 1993), a ansiedade é um estado no qual há uma série de combinações de manifestações fisiológicas e mentais, vivenciadas na presença de um perigo imaginário, e que ocorrem em forma de ataques ou em estado persistente. O Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-IV / APA 1994), por sua vez, define ansiedade como a antecipação apreensiva de um perigo futuro ou infortúnio acompanhado de sentimentos de disforia ou sintomas somáticos de tensão.

Atualmente, os transtornos de ansiedade são as desordens neuropsiquiátricas mais comuns na Europa e nos Estados Unidos, atingindo cerca de 16,4% da população em um ano (Barlow 2002). São ainda a classe mais prevalente de desordens de saúde mental e, coletivamente, resultam em um significativo problema de saúde pública (Comer et al. 2011).

Contudo, nem toda vivência de ansiedade experimentada pelos indivíduos é patológica. Ao contrário, muitos estados de ansiedade são aceitáveis, pois fornecem respostas para que seja possível lidar adequadamente com as diversas situações e com os desafios estressantes da vida (House & Stark 2002; Sartori et al. 2011).

Dessa forma, a ansiedade pode ser parte fundamental da adaptação normal do indivíduo a uma doença, por exemplo, na medida em que motiva o paciente a procurar informações sobre seu estado, seu tratamento e maneiras de aliviar os sintomas (Razavi & Stiefel 1994).

Entretanto, em alguns indivíduos, as reações de ansiedade podem se tornar persistentes, incontroláveis, excessivas e impróprias, mesmo depois da retirada do estímulo adverso, anulando qualquer fator adaptativo e influenciando negativamente a qualidade de vida cotidiana (Sartori et al. 2011). Dessa maneira, é igualmente importante saber como as alterações de ansiedade ocorrem ao longo do tempo, especialmente em resposta aos estressores psicológicos (Dale et al. 2005).

De acordo com a *American Society of Clinical Oncology* (ASCO 1998), a ansiedade pode afetar a saúde psicológica e física dos indivíduos, sendo assim capaz de prejudicar as relações interpessoais com a família, com amigos e cuidadores formais e informais.

A ansiedade patológica pode estar presente em condições, tais como: doenças físicas, vigência de uso de medicamentos e drogas, abstinência de álcool e depressores do SNC ou mesmo, primariamente, nos chamados transtornos ansiosos (House & Stark 2002; Akiskal 2005).

Um estudo desenvolvido por Comer et al. (2011), nos Estados Unidos, concluiu que adultos com diferentes transtornos de ansiedade, se comparados a adultos entrevistados sem transtornos, apresentaram significativo empobrecimento do funcionamento social e da saúde mental, além de maiores limitações no desempenho de papéis sociais, devido a problemas emocionais. De acordo com os mesmos autores, indivíduos com transtornos de ansiedade, em relação à população saudável, apresentam prevalência substancialmente maior de comorbidades médicas.

Sintomas de ansiedade também são verificados em grande parte dos pacientes com câncer e podem ser causados por diversas razões, incluindo o próprio diagnóstico da doença, tratamentos prolongados, hospitalizações recorrentes, períodos de espera para atendimento, entre outros (Pandey et al. 2006; Jacobsen & Jim 2008). Segundo Barlow (2002), Kissane et al. (2004) e Roy-Byrne et al. (2008), a prevalência de ansiedade em pacientes oncológicos pode variar entre 10% e 30%.

A presença de dispneia, fadiga, náusea e dor, sobretudo em pacientes em estados terminais, pode também favorecer o aumento de sintomas de ansiedade, tal como apontado por Bruera et al. (2000), Tchekmedyian et al. (2003) e Delgado-Guay et al. (2009), podendo prejudicar ainda mais a qualidade de vida (Smith et al. 2003).

Por outro lado, Kessler et al. (2005b) destacam que muitos indivíduos que procuram oncologistas apresentam uma história pré-mórbida de transtorno de ansiedade, que pode ser agravada pelo estresse causado pelo diagnóstico de câncer.

Entre os principais transtornos de ansiedade, Greer et al. (2011) relataram que, nos pacientes com câncer, a fobia específica e a fobia médica são os mais comuns. Pacientes adultos, sobreviventes a longo prazo de câncer, também mostraram ser mais suscetíveis a transtorno de ansiedade do tipo fobia específica.

Nesta direção, um outro estudo revelou que 4,8% dos pacientes com câncer avançado cumprem os critérios para transtorno de ansiedade generalizada (TAG) (Kadan-Lottick et al. 2005). Esse número é mais expressivo do que a incidência encontrada na população em geral (3,1%) (Kessler et al. 2005a).

Assim como a depressão, a ansiedade, se não diagnosticada correta e precocemente nesses pacientes, pode afetar a saúde mental e física, minando os relacionamentos interpessoais com familiares, amigos e cuidadores, aumentando o sofrimento associado ao enfrentamento do câncer (ASCO 1998).

Além dos transtornos de humor e de ansiedade, sintomas psicóticos também podem estar associados à doença oncológica. Esse aspecto será abordado a seguir.

1.5 Sintomas psicóticos

Alucinação e delírio são manifestações psicopatológicas que caracterizam um funcionamento psicótico do indivíduo. De acordo com Jaspers (1987), delírios são alterações do pensamento que se caracterizam por juízos, ideias ou crenças patologicamente falsos,

que estão acompanhados de uma grande convicção, não são susceptíveis à argumentação lógica; já o termo *alucinação* refere-se a uma alteração do senso-percepção, em que o indivíduo tem a percepção de um estímulo sem a existência de estímulos externos correspondentes.

Dependendo do órgão do sentido alterado, as alucinações são denominadas, tais como: auditivas (mais comuns), visuais, gustativas, olfatórias e táteis. Destaca-se que estes três últimos subtipos são mais raros, e podem, muitas vezes, estar associados a condições médicas gerais presentes, sobretudo, nos quadros de *delirium* e nos casos de tumores do SNC.

Entende-se por *delirium*, um transtorno mental orgânico com apresentação aguda de características confusionais, que se caracteriza por um comprometimento dos níveis de consciência e atenção. Pode causar ilusões e alucinações, mais comumente visuais, ideias delirantes, prejuízo de memória, desorientação espacial e temporal, humor depressivo e/ou ansiedade. A incidência de *delirium* em pacientes oncológicos internados é estimada entre 18% e 85% (Gaudreau et al. 2005).

O *delirium* pode estar associado ao efeito indireto da doença, incluindo falência de órgãos, infecção, efeitos colaterais de algumas medicações e a retirada das drogas que deprimem o SNC (cérebro e medula espinhal) (*Nacional Cancer Institute* - NCI; Raison et al. 2003).

De acordo com Citero et al. (2003), o delírio é um tipo de sintoma psicótico comum nos hospitais gerais. Em pacientes que sofrem de câncer, especialmente, a prevalência prevista é de 25%, considerando que, em pacientes que sofrem de câncer terminal, a taxa se eleva para 85% dos casos.

Pacientes oncológicos são suscetíveis a apresentar transtornos mentais orgânicos por diversos fatores: distúrbios eletrolíticos e metabólicos secundários ao câncer, carência nutricional e desidratação, efeitos de medicações como analgésicos, opioides, sedativos e antidepressivos, quadros infecciosos, síndromes paraneoplásicas, tumores primários do SNC e metástases cerebrais (Kaplan & Sadock 1999).

Estudos específicos mais atuais sobre a prevalência de delírio e alucinação em pacientes com câncer não foram encontrados na literatura. Dessa forma, também acredita-se ser importante uma maior investigação desses sintomas no contexto oncológico.

1.6 Transtornos por abuso de substâncias

Além dos transtornos de humor, o uso abusivo de substâncias psicoativas, tais como álcool e nicotina, atualmente, também é considerado um problema de saúde pública, devido à sua associação com doenças físicas, como cirrose, câncer e doenças cardiovasculares. (Berrios & Porter 1995).

Como já referido, cerca de 80% dos casos de neoplasia associam-se a uma etiologia ambiental. No que diz respeito ao consumo de álcool e tabaco, estes são fatores etiológicos bem-estabelecidos e preponderantes nos portadores de neoplasia maligna em algumas regiões do corpo, tais como pulmão e esôfago (Kanda 2001).

Quanto ao tabaco, o seu uso frequente pode aumentar o risco de desenvolver câncer de pulmão em 20 a 30 vezes em tabagistas de longa data, e em 30% a 50%, em fumantes passivos (INCA 2005a). O câncer de pulmão é a maior causa de mortalidade entre os tipos de câncer no Brasil e no mundo. Dentre os casos diagnosticados, 90% estão associados ao consumo de tabaco. O uso do cigarro também interfere nas taxas de mortalidade por câncer de cavidade oral, esôfago, laringe, estômago, rim, pâncreas e bexiga (INCA 2006; OMS 2008; Brandon & Unrod 2010).

Pesquisas têm demonstrado também que o fumo continuado, durante o tratamento de muitos tipos de câncer, tem vários efeitos adversos no tratamento, como o aumento das chances de um segundo tumor, e uma pior taxa de resposta aos diferentes tratamentos (Burke 2009).

Estudos realizados por Figlie et al. (2000) e por Oliveira et al. (2008) encontraram taxas de fumantes que variam de 21% a 51% entre pacientes internados em hospitais gerais. Santos et al. (2012) desenvolveram um estudo com um total de 162 pacientes oncológicos, e constataram que 88,2% faziam uso de tabaco e 79% consumiam álcool, sendo que 124 (76,5%) utilizavam ambas as substâncias.

Nesta direção, Kao et al. (2000) apontaram que a dependência de nicotina está relacionada ao aumento do consumo de álcool e de outras substâncias e vice-versa. Estudos apontam que consumidores de álcool são mais propensos a fumar e, da mesma forma, fumantes são mais propensos a consumir bebidas alcoólicas, destacando-se o papel das comorbidades (Covey et al. 1994).

No que diz respeito ao álcool, o seu consumo excessivo e crônico, ainda que não esteja associado ao hábito de fumar, constitui-se como forte agente potencializador no

desencadeamento de lesões cancerosas, pois influencia as células de forma genotóxica (Reis et al. 2002; Gigliotti et al. 2008). O álcool também provoca deficiências nutricionais, alterações hepáticas, além de defeitos estruturais e metabólicos nas mucosas (Soares 2007).

Existem poucos estudos que avaliam a prevalência de alcoolismo em pacientes oncológicos; esta varia de acordo com o tipo de câncer e a localização do tumor. No Brasil, a relação entre álcool e câncer tem sido avaliada por meio de estudos de caso-controle, que estabeleceram a associação epidemiológica entre o consumo de álcool e cânceres da cavidade bucal e de esôfago (INCA 2012b).

Desta forma, fica evidente o papel das substâncias psicoativas citadas como fatores etiológicos para o desenvolvimento do câncer.

É possível, também, relacionar de outro modo o uso de substâncias psicoativas com o diagnóstico de câncer. Considerando que a doença aumenta o nível de ansiedade e estresse, pacientes usuários dessas substâncias podem buscar ou aumentar seu uso, a fim de aliviar a ansiedade e as preocupações associadas à doença e ao seu tratamento. Pacientes deprimidos, por exemplo, podem aderir pouco aos esquemas de tratamento para o câncer e engajarem-se em comportamentos prejudiciais à saúde, como, por exemplo, fumar (Anda et al. 1990; Glassman et al. 1990; Wulsin et al. 1999; Faller et al. 1999).

Segundo Kane, citado por Cocores (1991), fumantes relatam que fumar os ajuda a relaxar e melhorar o humor, especialmente em situações de estresse, além de reduzir a raiva e a tensão. Para esse autor, os indivíduos recorrem ao cigarro a fim de aliviar a ansiedade e a sensação de “vazio”, que não podem ser elaborados psicologicamente, considerando, assim, o cigarro uma estratégia de enfrentamento eficaz, pois causa um efeito rápido e imediato.

Tabagistas também costumam fumar para aliviar os próprios sintomas de abstinência e, assim, associam o ato à diminuição da ansiedade, tendendo a recorrer ao cigarro em situações de estresse (Malbergier & Oliveira Júnior 2005).

De acordo com Crocq (2003), o ato de beber pode ser secundário à depressão, quando o álcool é utilizado como automedicação pelo paciente. O indivíduo alcoolista também pode beber com a finalidade de aliviar sentimentos de tristeza, medo, desânimo e solidão. King et al. (2006) apontam que o abuso ou a dependência de álcool costumam estar relacionados com a depressão devido às tentativas do paciente de minimizar o sofrimento causado pelos sintomas depressivos, com o uso intenso e constante de álcool por um longo período da vida.

Considerando este panorama, a consulta médica e/ou o período de internação hospitalar devem ser considerados uma grande oportunidade para a detecção de distúrbios relacionados ao abuso de substâncias, bem como para a motivação quanto à necessidade de interrupção ou diminuição de uso. Pode ser, também, um momento oportuno para aplicação das estratégias adequadas de tratamento, que podem se estender para além do período de permanência no hospital (Botega et al. 2010). Para tanto, recursos que possam rastrear possíveis problemas a este nível, de forma ampla e rápida, são necessários, destacando-se o papel dos instrumentos autoavaliativos de rastreamento.

1.7 Rastreamento de transtornos mentais

A partir de tais apontamentos encontrados na literatura, quanto à relação de transtornos de humor, uso de substâncias e outros transtornos mentais em pacientes oncológicos, evidencia-se a importância do rastreamento dos mesmos no contexto da saúde e de seu tratamento.

O rastreamento precoce de problemas comportamentais e/ou distúrbios psicológicos/psiquiátricos em pacientes atendidos em contextos de saúde favorece a qualidade do atendimento oferecido, bem como a diminuição do sofrimento e de custos operacionais institucionais (Stout & Cook 1999).

Considera-se que a prevenção dos transtornos mentais, sobretudo da ansiedade e da depressão, é mais efetiva do que seu tratamento, quando as mesmas já se encontram instaladas (Jones 2001).

Clark (2011) acredita que, rotineiramente, uma triagem para dificuldades psicológicas e físicas deve tornar-se um primeiro passo para a avaliação das necessidades biopsicossociais dos indivíduos, que recebem tratamento hospitalar para o câncer.

O desenvolvimento de um protocolo de triagem para transtornos mentais em pacientes oncológicos é uma ação importante para auxiliar o tratamento desses pacientes, pois, em geral, não exige uma quantidade onerosa de tempo ou esforço, já escassa aos profissionais clínicos (Spencer et al. 2010).

Nesse amplo contexto de saúde mental, as escalas de rastreamento são utilizadas com frequência, visto que representam economia de tempo, e funcionam como direcionadores de entrevistas/avaliações mais específicas, detectando possíveis casos que precisam de intervenções psicológicas e tratamento psiquiátrico (Jadoon et al. 2010; Fanger et al. 2010).

Atualmente existe uma variedade de escalas de preenchimento breve e com excelentes indicadores psicométricos disponíveis. Entre elas pode-se destacar o Questionário de Saúde do Paciente - 4 (PHQ-4; Staab et al. 2001), uma combinação de dois instrumentos breves validados para depressão e ansiedade, que tem por objetivo avaliar a saúde do paciente em relação à depressão e à ansiedade (Kroenke et al. 2009).

Outros instrumentos também mundialmente utilizados em estudos clínicos, principalmente em hospitais, são: Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7; Spitzer et al. 2006); Escala de Ansiedade e Depressão (HADS; Zigmond & Snaith 1983); *Fast Alcohol Screening Test* (FAST; Meneses-Gaya et al. 2009); Teste de Dependência de Nicotina de Fagerstrom (FTND; Fagerstrom Karl-Olov 1978) e as Escalas de Beck (*Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory*; Beck, 1961).

1.8 Rastreamento e tratamento de transtornos mentais no Hospital de Câncer de Barretos: contexto do estudo

O Hospital de Câncer de Barretos foi fundado em 1967 e consiste em um núcleo de ensino, pesquisa e serviços especializados para tratamento de câncer. Por se tratar de um hospital de alta complexidade para o tratamento de neoplasias, recebe grande demanda de pacientes provenientes de todos os estados brasileiros. Os atendimentos são oferecidos prioritariamente via Sistema Único de Saúde (SUS).

O complexo hospitalar é dividido em quatro unidades de atendimento, a saber:

- *Unidade I* (Barretos – SP): oferece serviços envolvendo atendimento ambulatorial, quimioterapia, radioterapia, internação, atendimento emergencial, pequenas e grandes cirurgias e Unidade de Terapia Intensiva;

- *Unidade II* (Barretos – SP): destinada ao atendimento de pacientes em Cuidados Paliativos e com dor crônica;

- *Unidade de Jales* (Jales – SP): oferece atendimentos ambulatoriais, laboratoriais, programas de prevenção, radioterapia, radiologia, pequenas e grandes cirurgias, centro de infusão (quimioterapia) e internação;

- *Unidade de Porto Velho* (Porto Velho – RO): oferece atendimentos ambulatoriais, pequenas cirurgias e centro de infusão (quimioterapia).

O serviço de Psicologia funciona em todas as unidades, realizando avaliações psicológicas em pacientes e acompanhamento dos mesmos quando necessário.

Geralmente, o paciente é avaliado segundo solicitação médica ou da equipe de enfermagem. O pedido pode ser realizado oralmente, por telefone ou por escrito, no prontuário do paciente. O paciente e/ou familiar também podem solicitar atendimento diretamente ao psicólogo ou à equipe que o acompanha. Os familiares dos pacientes também são assistidos recebendo suporte e orientação. Em caso de avaliação do paciente em regime de tratamento ambulatorial, a solicitação é entregue ao paciente, e ele mesmo realiza o agendamento na recepção do ambulatório, onde se localiza o Departamento de Psicologia.

Atualmente, o Serviço de Psicologia conta com 12 psicólogos, sendo oito deles atuantes na Unidade I, dois deles na Unidade II, um na Unidade de Jales e um na Unidade de Porto Velho, os quais realizam atividades psicoterápicas individuais e grupais.

A unidade I e II também conta com a atuação de um médico psiquiatra, que realiza atendimentos clínico-medicamentosos ao paciente em regime de internação ou ambulatorial e avaliações e orientações aos familiares, quando necessário, após encaminhamento do psicólogo, baseado em critérios clínicos não standardizados.

De acordo com indicadores do Serviço de Arquivo Médico (SAME – Barretos 2012), os psicólogos das Unidades I e II realizam, em média, 800 atendimentos/mês, incluindo avaliações de primeira vez e acompanhamentos, índice que, apesar de expressivo, ainda é relativo a menos de 2% dos pacientes atendidos pelo Hospital. Quanto à psiquiatria, as estatísticas de 2012 sinalizam uma média de 75 atendimento/mês.

Assim, diante desses dados, conclui-se que estes índices são pouco significativos se considerada a prevalência de transtornos mentais e as alterações psicológicas/psiquiátricas nessa população atendida, apontando para possíveis limitações por parte do Departamento de Psicologia e Psiquiatria, no que diz respeito ao número de profissionais e aos atendimentos realizados.

Assim, o trabalho dos profissionais de saúde mental nessa instituição se limita a avaliações e acompanhamentos de pacientes que já indicam sinais de dificuldade de enfrentamento da doença e do tratamento, existindo pouca possibilidade para segmentos com foco mais preventivo.

Por outro lado, atualmente também não existe um protocolo ou critérios específicos para o encaminhamento de pacientes para avaliação psicológica/psiquiátrica. Isso dificulta a identificação da demanda do paciente e, muitas vezes, o alcance daqueles que realmente

necessitam desse suporte profissional. A criação e utilização de um protocolo específico poderia auxiliar na detecção desses transtornos/dificuldades, de forma mais sistemática e essencial no atendimento precoce desses sujeitos.

A evidente associação do câncer com transtornos mentais, sendo estes considerados uma resposta à condição da doença, ou como resultado de uma condição médica geral; a importância do tratamento dos referidos transtornos de forma a auxiliarem positivamente na evolução e no tratamento da doença; e a ausência de indicadores de prevalência de transtornos mentais no Hospital de Câncer de Barretos, que inviabiliza o planejamento de um programa sistematizado de rastreamento de transtornos mentais, justificam o presente estudo conforme os objetivos a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Rastrear indicadores e estimar a prevalência de transtornos psiquiátricos do Eixo I do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª edição (DSM-IV) em pacientes ambulatoriais atendidos em um hospital oncológico.

2.2 Objetivos específicos

a) estimar a prevalência de transtornos do humor (depressão, mania), de ansiedade e sintomas psicóticos (delírio e alucinação), bem como de abuso/dependência de substâncias psicoativas (álcool e tabaco) em pacientes oncológicos ambulatoriais, por meio de instrumentos de rastreamento;

b) verificar as possíveis associações entre a prevalência de transtornos psiquiátricos e as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes;

c) propor um protocolo de rastreamento para atendimento psicológico ambulatorial, a ser utilizado pelo Serviço de Psicologia do Hospital de Câncer de Barretos. Pretende-se propor tal protocolo com base nos instrumentos e/ou itens mais discriminativos, segundo os resultados do presente estudo;

d) avaliar a capacidade discriminativa dos instrumentos de rastreamento, tendo-se como parâmetro a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID IV).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Delineamento

Trata-se de um estudo observacional, transversal, psicométrico e de comparação de grupos.

3.2 Contexto

O presente estudo foi desenvolvido em pacientes atendidos no ambulatório de especialidades do HCB, o qual ocorre na Unidade I, nas seguintes especialidades: Urologia, Mastologia, Ginecologia, Cabeça e Pescoço, Pele, Neurocirurgia, Ortopedia, Digestivo Alto, Digestivo Baixo, Melanoma e Tórax. Este ambulatório atende cerca de 3.788 casos novos por mês e 44.777 retornos mensais (SAME – Barretos 2011).

O Quadro 1 ilustra o número de casos novos e retornos realizados nesta unidade durante o primeiro semestre de 2011 (período prévio ao início da coleta de dados para o projeto piloto).

Quadro 1 – Número de pacientes ambulatoriais atendidos no HCB durante o período de 1º/01/11 a 30/06/11

Especialidade	Casos Novos	Retornos	Total
Cabeça e Pescoço	354	5.996	6.350
Digestivo Alto	624	4.662	5.286
Digestivo Baixo	388	4.457	4.845
Ginecologia	331	5.362	5.693
Mastologia	515	8.933	10.448
Melanoma	98	602	700
Neurocirurgia	179	1.845	2.024
Ortopedia	79	1.028	1.107
Pele	304	3.413	3.717
Tórax	215	11	226
Urologia	701	8.468	9.169
Total	3.788	44.777	48.565

Fonte: SAME – Barretos (2011).

3.3 Sujeitos

A amostra do estudo foi composta por pacientes ambulatoriais (caso novo ou retorno) atendidos no HCB nas diferentes especialidades oncológicas, durante o período de abril a outubro de 2012. A mesma foi estimada por meio de técnicas estatísticas, chegando-se a um tamanho amostral mínimo de 1155, considerando-se a taxa de erro em 3%.

Os critérios de inclusão foram: indivíduos de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos que aceitaram voluntariamente participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice A). Como critérios de exclusão, adotou-se: a) comprometimento grave da capacidade cognitiva, avaliado qualitativamente pelo aplicador, e b) ausência de condições clínicas para responder aos instrumentos.

3.4 Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) Questionário de Saúde do Paciente – 4 (PHQ-4) – instrumento autoaplicado, composto por quatro itens pontuados em uma escala de *likert* de zero (nenhuma vez) a três (quase todos os dias), que visam rastrear indicadores de depressão (PHQ-4 D) e de ansiedade (PHQ-4 A) vivenciados ao longo das duas últimas semanas. Esta pontuação consiste na somatória separada dos itens de ansiedade e dos itens de depressão, e quanto maior a soma, maior a sintomatologia. Utilizou-se a versão traduzida para o português do Brasil pela Pfizer (Copyright, 2005 Pfizer Inc), a qual foi denominada Questionário Sobre a Saúde do Paciente – 4 (Anexo A);

b) Módulo de Ansiedade/ Pânico do Questionário de Saúde do Paciente (Brief PHQ) – instrumento autoaplicado, pontuado em escala dicotômica (sim/não), composto por cinco itens que visam rastrear indicadores de ansiedade/pânico vivenciados ao longo das duas últimas semanas. Utilizou-se a versão disponibilizada pela Pfizer (Copyright, 2005 Pfizer Inc), traduzida e adaptada para o português do Brasil por Chagas e Osório (2011) (Anexo B). Considera-se provável presença de pânico a pontuação “sim” em todos os cinco itens do instrumento;

c) Módulo de Ansiedade do Questionário de Saúde do Paciente (GAD-7) – instrumento autoaplicado, composto por sete itens, avaliados em uma escala de zero a três, em que zero significa “nenhuma vez” e três significa “quase todos os dias”. Tem o objetivo de rastrear indicadores típicos de transtornos ansiosos vivenciados ao longo das duas últimas semanas.

Utilizou-se a versão traduzida para o português do Brasil pela Pfizer (Copyright, 2005 Pfizer Inc.) (Anexo C);

d) Teste Rápido de Identificação do Uso Abusivo de Álcool (*Fast Alcohol Screening Test* – FAST) – instrumento autoaplicado, que objetiva avaliar o uso arriscado, nocivo e a síndrome de dependência ao álcool. Utilizou-se a versão traduzida e validada para o português do Brasil realizada por Meneses-Gaya et al. (2009), a qual foi denominada Teste Rápido de Identificação do Uso Abusivo de Álcool (Anexo D); este instrumento é composto por quatro itens que são pontuados em uma escala que varia de zero (nunca) a quatro (diariamente ou quase diariamente) nos primeiros três itens. O último item oferece três opções de resposta, sendo elas: “Não”; “Sim, em uma ocasião” e “Sim, em mais de uma ocasião”. O escore total é calculado com a soma dos escores de cada item, sendo que a maior pontuação associa-se à maior patologia;

e) Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström (FTND) – elaborado por Karl-Olov Fagerström (1978), também é um instrumento autoaplicado, composto por seis itens que objetivam mensurar o grau de dependência física da nicotina. Utilizou-se a versão traduzida e validada para o português do Brasil realizada por Carmo e Pueyo (2002), a qual foi denominada Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström (Anexo E); a pontuação de cada item é específica, e a maior pontuação associa-se ao maior nível de dependência do tabaco;

f) Itens para Rastreamento de Distúrbios do Pensamento e Mania – tomando-se como parâmetro o *Self Request Questionnaire* (SRQ-20), um instrumento de triagem de transtornos mentais para serviços de atendimento primário, recomendado pela Organização Mundial da Saúde, já validado para a população brasileira (Mari & Williams 1986), adaptaram-se cinco questões autoaplicadas, visando a identificação de delírios, alucinações e alterações maníacas/hipomaníacas, as quais são pontuadas como “sim” ou “não” (Apêndice B);

g) Questionário de Identificação (QI) – instrumento desenvolvido para o presente estudo, que objetivou a coleta de dados complementares relativos à caracterização sociodemográfica e clínica da amostra estudada (Apêndice C);

h) Questionário de Identificação Clínica – instrumento desenvolvido para o presente estudo, o qual tem por objetivo a coleta de dados relativos à doença oncológica e doenças preexistentes (Apêndice D);

i) Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-IV – versão clínica) – traduzida e adaptada para o português por Del-Ben et al. (2001), é um instrumento utilizado para a elaboração de diagnósticos clínicos psiquiátricos baseados no DSM-IV. É composto por módulos, num total de dez, que podem ser aplicados de forma independente ou combinados, conforme os objetivos almejados. Inicialmente a entrevista foi validada para uso ao vivo, mas estudos subsequentes avaliaram e atestaram a sua adequação para a realização via telefone (Crippa et al. 2008; Lee et al. 2008, 2010; Hajebi et al. 2012).

A SCID inicia-se por uma seção de revisão geral, que segue o roteiro de uma entrevista clínica não estruturada. Posteriormente, ela é dividida em módulos que correspondem às categorias diagnósticas maiores. Os critérios diagnósticos estão presentes no próprio corpo do instrumento, facilitando a elaboração do diagnóstico, conforme a entrevista progride. Existe ainda a possibilidade de que algumas questões sejam ignoradas, caso critérios essenciais para o diagnóstico não sejam preenchidos, permitindo a exclusão de diagnósticos irrelevantes (Spitzer et al. 1989, 1992).

Neste estudo foram utilizados todos os módulos visando à investigação diagnóstica dos diferentes transtornos psiquiátricos de Eixo I.

3.5 Estudo piloto

Visando estimar estatisticamente a composição amostral necessária para a condução do estudo, realizou-se, primeiramente, um estudo piloto, em que aplicaram-se os instrumentos de autoavaliação acima descritos em cerca de dez pacientes de cada ambulatório (totalizando 110 aplicações). Os responsáveis pela coleta de dados desta primeira etapa foram membros do Núcleo de Apoio ao Pesquisador (NAP), os quais também foram, posteriormente, os responsáveis pela aplicação dos instrumentos no decorrer do estudo. Este estudo piloto também serviu para treinamento dos aplicadores e para avaliação da viabilidade da realização da pesquisa. O projeto piloto também foi importante para esclarecer dúvidas sobre aplicabilidade e pertinência dos questionários, sendo realizados os ajustes necessários, conforme destacado abaixo:

- a) adaptação das questões para rastreamento de distúrbios do pensamento e mania;
- b) esclarecimentos sobre a aplicação do instrumento FAST e nova padronização da aplicação.

Em função deste estudo piloto, a amostra ideal para a realização do estudo (Fase 1) foi estimada em 1.155 (amostra mínima).

3.6 Coleta de dados

A coleta de dados desta pesquisa ocorreu em duas fases distintas.

Fase 1: Rastreamento dos transtornos psiquiátricos por meio de escalas de autoavaliação – Os pacientes avaliados foram selecionados aleatoriamente, tendo-se como referência o sistema de agendamento do HCB, em função da data de realização da consulta médica. A aplicação dos instrumentos foi conduzida e assistida por profissionais, membros do NAP, previamente treinados pela pesquisadora principal.

Fase 2: Confirmação diagnóstica por meio da utilização de instrumento padrão-ouro – Cerca de 1/3 dos pacientes avaliados na Fase 1 foram selecionados por meio de uma tabela de números aleatórios para participar desta segunda fase da coleta. Estes pacientes foram contatados por telefone para responderem aos módulos da SCID-IV, segundo metodologia proposta por Crippa et al. (2008). Esta etapa foi conduzida por dois entrevistadores com formação na área de Psicologia, os quais foram previamente treinados para a aplicação do instrumento. Para o treinamento utilizou-se leitura, discussão de material e *role-play* – por meio de simulação e representação de alguns quadros clínicos, de forma a conseguir-se acordo diagnóstico igual ou superior a 85%.

Esta fase da coleta de dados teve por objetivo favorecer maior validade ao uso dos instrumentos de rastreamento, uma vez que alguns deles ainda não são validados no Brasil (PHQ-4, GAD-7, Brief PHQ e Questionário para Rastreamento de Distúrbios do Pensamento e Mania), e outros foram utilizados e avaliados em outros contextos, diferentes do oncológico.

Os pacientes identificados por meio dos instrumentos e/ou de entrevista, como portadores de algum transtorno psiquiátrico, foram encaminhados para avaliação psicológica e/ou psiquiátrica no HCB ou em serviço de referência da cidade de origem.

O passo a passo da coleta de dados desta pesquisa está descrito no fluxograma abaixo:

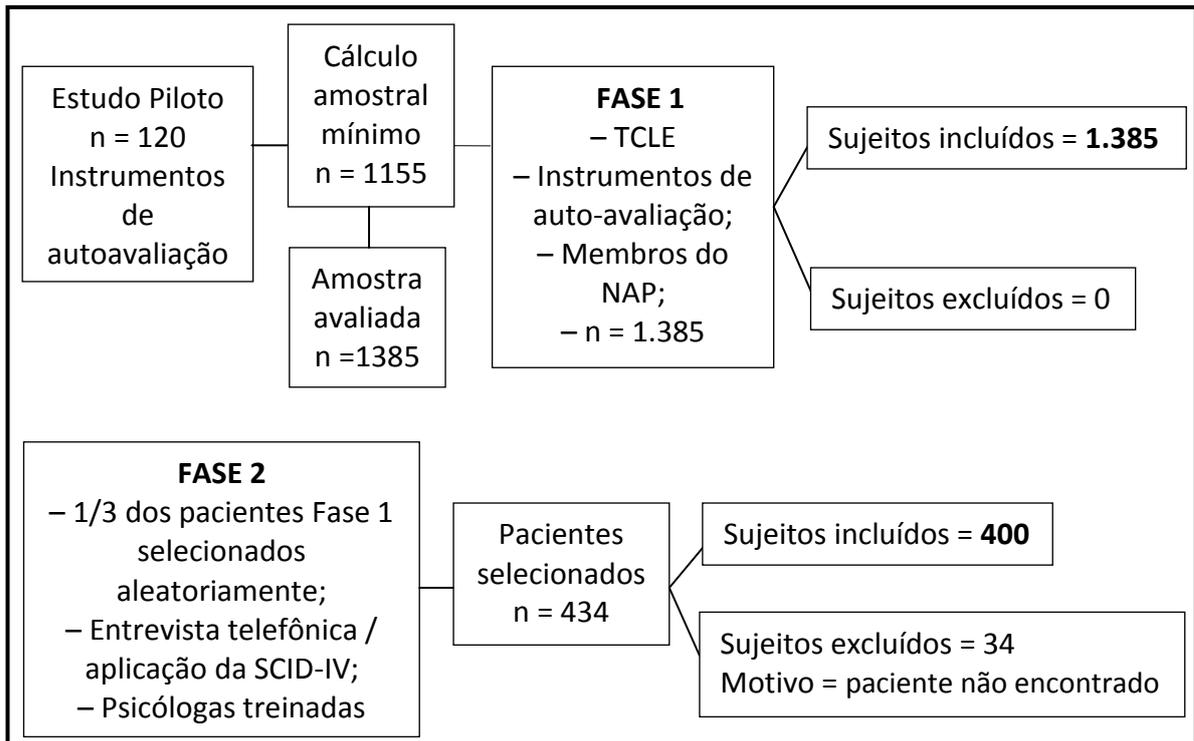


Figura 1 – Fluxograma da coleta de dados

3.7 Análise dos dados

Os dados foram codificados segundo as recomendações técnicas e alocados em um banco de dados para análise, a qual foi realizada com auxílio do Programa Estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) – versão 19.

Inicialmente, foram utilizadas as medidas descritivas dos dados e calculados a média, o desvio padrão, o mínimo, o máximo e as tabelas de frequência para as variáveis qualitativas.

O teste de Qui-Quadrado (ou Teste Exato de Fisher, quando os pressupostos do Teste de Qui-Quadrado não foram respeitados) e o Teste t de *student* foram utilizados para:

- verificar a associação entre as características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, atividade profissional e religião) e clínicas (histórico psiquiátrico prévio, histórico psiquiátrico familiar e atendimento psicológico prévio) com as escalas PHQ-4, GAD-07, Brief PHQ, FAST, FTND e com os Itens para Rastreamento de Distúrbios do Pensamento e Mania (Fase 1);

- verificar a associação entre as características sociodemográficas e clínicas, as escalas e os transtornos avaliados pela SCID-IV (Episódio Depressivo Maior prévio e atual, TOC, TAG, TEPT, Transtorno do Pânico, Fobia Específica, Fobia Social, alucinações, delírios, Transtorno de Abuso e Dependência de álcool, Transtorno de Abuso de Substância não álcool) (Fase 2).

– verificar a homogeneidade entre a amostra avaliada pelas escalas autoaplicáveis (Fase 1) e a amostra avaliada pela SCID-IV, por meio de ligação telefônica (Fase 2), em relação às características sociodemográficas.

Para verificar a discriminação das escalas de rastreamento, foi calculada a sensibilidade, especificidade e acurácia, considerando-se os diferentes domínios da SCID-IV como padrão-ouro.

Para análise dos resultados da Fase II, utilizou-se a Regressão Logística Múltipla, a fim de verificar a relação conjunta das características sociodemográficas e das escalas para cada transtorno da SCID-IV. Para isso, selecionaram-se apenas as características que, na análise simples (comparação de grupos), obtiveram p-valor menor ou igual a 0,20. Posteriormente, para os principais transtornos mentais avaliados, construiu-se um nomograma, baseado no resultado da Regressão Logística Múltipla.

Segundo Slawin et al. (2004), o nomograma é um modelo ou dispositivo que utiliza um algoritmo ou fórmula matemática, composto por diversas variáveis, que tem como objetivo calcular a probabilidade de um evento ou desfecho. Esses modelos exercem a função de quantificar a combinação de vários fatores de risco e, então, desenvolver uma previsão probabilística da manifestação de interesse (Karakiewicz et al. 2005).

Adotou-se como nível de significância p valor menor ou igual a 0,05.

3.8 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa, primeiramente, foi enviado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCB, após a anuência das chefias responsáveis pelos diferentes ambulatórios de especialidades, para a realização da coleta de dados, sendo aprovado (Projeto de Pesquisa n° 537/2011).

Todos os pacientes assinaram duas cópias do TCLE, em que estavam explicitados as justificativas, os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa da qual estavam sendo convidados a participar voluntariamente.

A todos os pacientes foi garantida a não identificação pessoal e a total liberdade de retirar seu consentimento, sem qualquer constrangimento ou prejuízo em seu tratamento. Foi assegurada ao paciente a responsabilidade, por parte do pesquisador, sobre qualquer prejuízo que a participação no estudo pudesse acarretar.

4. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em função de cada uma das fases do estudo

4.1 Fase 1

As principais características sociodemográficas desta amostra estão apresentadas na Tabela 1, abaixo.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra que compôs a Fase 1 do estudo (n=1.385)

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	773	55,8
	Masculino	612	44,2
Idade	X (DP)	50,3 (13,9)	
Escolaridade	1º grau incompleto/ completo	818	59,0
	2º grau incompleto/ completo	355	25,7
	Superior incompleto/ completo	212	15,3
Estado civil	Solteiro	224	16,1
	Casado/união estável	933	67,4
	Divorciado/separado	129	9,3
	Víuvo	98	7,1
	Não respondeu	01	0,1
Filhos	Não	76	5,5
	Sim	1201	86,7
	Não respondeu	108	7,8
Profissão	Ativo	528	38,1
	Não ativo	848	61,3
	Não respondeu	09	0,6
Religião	Frequenta	1099	79,4
	Não frequenta	284	20,5
	Não respondeu	02	0,1
Religião	Católica	940	68,0
	Evangélica	340	24,5
	Espírita	59	4,2
	Outra	27	1,9
	Ateu	16	1,2
	Não respondeu	03	0,2

N = número de pacientes; % = porcentagem; X = média; DP = desvio padrão.

Conforme observado na Tabela 1, a amostra é composta por indivíduos de ambos os sexos, com um leve predomínio de mulheres (55,8%). Predominaram também sujeitos com o 1º grau incompleto/completo (59%), casados ou com união estável (67,4%), com filhos (86,7%) e não ativos do ponto de vista laboral (61,3%). Quanto à religião, 79,5% da amostra frequenta algum tipo, sendo a mais frequente a religião católica (68%).

A Tabela 2 ilustra os antecedentes psiquiátricos/psicológicos pessoais e familiares desta amostra, bem como o histórico de doença oncológica familiar.

Tabela 2 – Antecedentes psiquiátricos, psicológicos e oncológicos da amostra – Fase 1 (n=1.385)

Variável	N	%
Histórico psiquiátrico prévio		
Sim	131	9,5
Não	1251	90,3
Não respondeu	03	0,2
Atendimento psicológico prévio		
Sim	211	15,2
Não	1174	84,8
Histórico psiquiátrico familiar		
Sim	304	22,0
Não	1079	77,9
Não respondeu	02	0,1
Histórico familiar oncológico		
Pai		
Sim	263	19,0
Não	1120	80,9
Não respondeu	02	0,1
Mãe		
Sim	194	14,0
Não	1189	85,9
Não respondeu	02	0,1
Irmãos		
Sim	306	22,1
Não	1077	77,8
Não respondeu	02	0,1
Filhos		
Sim	23	1,7
Não	1298	93,7
Não respondeu	64	4,6

N = número de pacientes; % = porcentagem.

Segundo a Tabela 2, a maior parte da amostra não apresentou antecedentes psiquiátricos e/ou psicológicos prévios, bem como antecedentes psiquiátricos familiares. Quanto ao histórico de doenças oncológicas na família, encontraram-se antecedentes em cerca de 20% da amostra, sobretudo em pais e irmãos.

A Tabela 3 apresenta os sujeitos que compuseram a amostra, em função da especialidade oncológica de origem.

Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos da amostra em função da especialidade oncológica de origem – Fase 1 (n=1.385)

Especialidade	n	%
Mastologia	262	18,92
Urologia	236	17,04
Cabeça e Pescoço	160	11,55
Ginecologia	146	10,54
Digestivo Alto	140	10,11
Digestivo Baixo	120	8,66
Pele	95	6,86
Tórax	76	5,49
Neurocirurgia	62	4,48
Melanoma	60	4,33
Ortopedia	28	2,02
Total	1385	100,00

N = número de pacientes; % = porcentagem.

Apresentar-se-ão, a seguir, os principais indicadores de transtornos psiquiátricos encontrados na amostra da Fase 1, em função dos diferentes instrumentos utilizados.

Considerando a amostra total, encontrou-se prevalência de 21,5% de ansiedade por meio do instrumento GAD-7 e de 27,4%, por meio do instrumento PHQ-A. Quando se utilizou o instrumento Brief PHQ para avaliação de transtorno de pânico, a prevalência encontrada foi de 21%. Em relação aos demais transtornos psiquiátricos avaliados, a prevalência de depressão foi de 11,1% (PHQ-D), de abuso/dependência de tabaco 40,2% (FTND) e de álcool 20,3% (FAST). Os sintomas de mania estiveram presentes em 33,5% da amostra, e 55,1% e 11% dos sujeitos apresentaram, em algum momento da vida, delírio e alucinação, respectivamente.

As Tabelas 4 e 5 apresentam os indicadores de prevalência de transtornos psiquiátricos em função das diferentes especialidades oncológicas estudadas.

Tabela 4 – Prevalência de indicadores de transtornos de humor e ansiedade em função das diferentes especialidades oncológicas – Fase 1 (n=1.385)

Especialidade	Ansiedade		Ansiedade		Depressão		Mania		Pânico	
	GAD-7		PHQ-4 A		PHQ-4 D		Mania		Brief PHQ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cabeça e Pescoço										
Sim	22	13,8	31	19,4	24	15,0	75	46,9	27	17,0
Não	138	86,2	129	80,6	136	85,0	85	53,1	132	83,0
Digestivo Alto										
Sim	26	18,7	30	21,4	25	18,0	37	6,4	31	22,2
Não	113	81,3	110	78,6	114	82,0	103	73,6	109	77,8
Digestivo Baixo										
Sim	22	18,3	31	25,8	23	19,2	32	26,7	37	30,8
Não	98	81,7	89	74,2	97	80,8	88	73,3	83	69,2
Ginecologia										
Sim	47	32,6	63	43,2	44	30,3	65	44,5	52	35,6
Não	97	67,4	83	56,8	101	69,7	81	55,5	94	64,4
Mastologia										
Sim	79	30,3	95	36,4	56	21,3	71	27,1	79	30,4
Não	182	69,7	166	63,6	206	78,7	191	72,9	181	69,6
Melanoma										
Sim	06	10,0	05	8,3	05	8,3	24	40,0	07	11,7
Não	54	90,0	55	91,7	55	91,7	36	60,0	53	88,3
Neurocirurgia										
Sim	04	6,5	10	16,1	09	14,5	24	38,7	13	21,0
Não	58	93,5	52	83,9	53	85,5	38	61,3	49	79,0
Ortopedia										
Sim	06	21,4	05	17,9	07	25,0	11	39,3	12	43,0
Não	22	78,6	23	82,1	21	75,0	17	60,7	16	57,0
Pele										
Sim	11	11,7	16	16,8	12	12,6	25	26,3	12	12,6
Não	83	88,3	79	83,2	83	87,4	70	73,7	83	87,4
Tórax/Pulmão										
Sim	20	26,3	30	39,5	17	22,4	18	23,7	21	27,6
Não	56	73,7	46	60,5	59	77,6	58	76,3	55	72,4
Urologia										
Sim	54	23,0	63	26,8	35	14,8	82	34,7	38	16,5
Não	181	77,0	172	73,2	201	85,2	154	65,3	193	83,5
TOTAL										
Sim	2971	21,54	379	27,40	257	18,58	464	33,50	329	23,90
Não	082	78,46	1004	72,60	1126	81,42	921	66,50	1048	76,10

N = número de pacientes; % = porcentagem; PHQ-4 D = Questionário de Saúde do Paciente-4 Depressão; PHQ-4 A = Questionário de Saúde do Paciente-4 Ansiedade; GAD-7 = Módulo de ansiedade do Questionário de Saúde do Paciente; Brief PHQ = Módulo de Ansiedade/Pânico do Questionário de Saúde do Paciente.

De acordo com a Tabela 4, a especialidade de Ginecologia foi a área que apresentou os maiores indicadores psicopatológicos envolvendo ansiedade, depressão, mania e pânico. As pacientes da especialidade de Mastologia que participaram da pesquisa, também apresentaram níveis significativos de ansiedade, de acordo com os dois instrumentos (GAD-7 e PHQ-4 A), e de depressão (PHQ-4 D): 30,3%, 36,4% e 21,3%, respectivamente.

Pacientes da especialidade de Ortopedia também apresentaram índices significativos de depressão (25%), e os pacientes do Tórax/Pulmão, de ansiedade (39,5% – PHQ-4 A).

A Tabela 5 apresenta dados relacionados à porcentagem de abuso/dependência de tabaco e álcool, bem como de delírios e alucinações. Destacam-se as especialidades de Cabeça e Pescoço, Digestivo Alto, Tórax/Pulmão e Urologia como aquelas com maiores índices de uso e abuso destas substâncias. Quanto aos indicadores de alucinação, as taxas variaram de 6,3% a 22,1%, com destaque à especialidade de Ginecologia.

Em relação às taxas de delírio, encontrou-se a menor prevalência nos sujeitos da especialidade de Cabeça e Pescoço, e maior nas pacientes da Ginecologia (17,8%). Destaque também para a especialidade do Tórax/Pulmão, que apresentou altas taxas de abuso de substâncias e de alucinação.

Tabela 5 – Prevalência de indicadores de Transtornos do Pensamento e de Abuso/ Dependência de Substâncias em função das diferentes especialidades médicas – Fase 1 (n=1.385)

Especialidade	Álcool		Tabaco		Alucinação		Delírio	
	FAST		FTND		Alucinação		Delírio	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cabeça e Pescoço								
Sim	31	19,4	34	21,4	16	10,0	02	1,3
Não	129	80,6	125	78,6	144	90,0	157	98,7
Digestivo Alto								
Sim	43	30,7	29	20,7	09	6,5	11	7,9
Não	97	69,2	111	79,3	130	93,5	129	92,1
Digestivo Baixo								
Sim	24	20,0	21	17,5	13	10,8	14	11,7
Não	96	80,0	99	82,5	107	89,2	106	88,3
Ginecologia								
Sim	17	11,6	20	13,8	02	22,1	26	17,8
Não	129	88,3	125	86,2	113	77,9	120	82,2
Mastologia								
Sim	22	8,4	19	7,3	38	14,5	35	13,4
Não	240	91,6	243	92,7	224	85,5	226	86,6
Melanoma								
Sim	11	18,3	09	15,3	05	8,3	02	3,3
Não	49	81,6	50	84,7	55	91,7	58	96,7
Neurocirurgia								
Sim	05	8,1	10	16,4	06	9,7	04	6,5
Não	57	91,9	51	83,6	56	90,3	58	93,5
Ortopedia								
Sim	03	10,7	04	14,3	03	10,7	02	7,1
Não	25	89,2	24	85,7	25	89,3	26	92,9
Pele								
Sim	12	12,6	17	17,9	06	6,3	06	6,3
Não	83	87,3	78	82,1	89	93,7	89	93,7
Tórax/Pulmão								
Sim	18	23,7	19	25,0	11	14,5	12	15,8
Não	58	76,3	57	75,0	65	85,5	64	84,2
Urologia								
Sim	52	22,0	48	20,3	15	6,4	38	16,1
Não	184	78,0	188	79,7	221	93,6	198	83,9
TOTAL								
Sim	238	17,2	230	16,6	124	9,16	152	10,99
Não	1147	82,8	1151	83,4	1229	90,84	1231	89,01

N = número de pacientes; % = porcentagem; FAST = Teste Rápido de Identificação do Uso Abusivo de Álcool; FTND = Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström.

As Tabelas 6, 7 e 8 apresentam os resultados encontrados quando comparou-se as diferentes variáveis sociodemográficas e clínicas com os diferentes instrumentos de avaliação utilizados.

A Tabela 6 indica que as mulheres apresentaram, do ponto de vista estatístico, nível significativamente mais elevado do que os homens de sintomas de ansiedade, medidos pelos instrumentos GAD-7 e PHQ-4 A, além de maiores sintomas de pânico.

Observou-se também que o estado civil é uma variável que interfere nos índices de ansiedade (PHQ-4 A) e pânico (Brief PHQ). Sujeitos casados/união estável apresentaram maior nível de pânico do que os divorciados/separados. Já os sujeitos solteiros apresentaram maior ansiedade do que os casados e do que os divorciados.

As variáveis *escolaridade*, *situação profissional* e *religião* não apresentaram significância estatística, no que diz respeito à presença ou não dos diferentes sintomas de ansiedade.

Tabela 6 – Indicadores de ansiedade em função das características sociodemográficas da amostra – Fase 1 (n=1.385)

Caracterização sociodemográfica	Ansiedade					Pânico					Ansiedade				
	GAD-7					Brief PHQ					PHQ-4 A				
	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Sexo															
Masculino	528	48,8	82	27,6	$\chi^2=42,40$	526	50,2	80	24,3	$\chi^2=68,0$	506	50,4	105	27,7	$\chi^2=57,4$
Feminino	554	51,2	215	72,4	p<0,001*	522	49,8	249	75,7	p<0,001*	498	49,6	27	72,3	p<0,001*
Não respondeu			06					09					02		
Escolaridade															
1º grau	632	58,4	183	61,6		632	60,3	178	54,1		598	59,6	220	58,0	
2º grau	280	25,9	73	24,6	$\chi^2=1,11$	256	24,4	99	30,1	$\chi^2=4,80$	254	25,3	101	26,7	$\chi^2=0,30$
3º grau	170	15,7	41	13,8	p=0,57	160	15,3	52	15,8	p=0,91	152	15,1	58	15,3	p=0,85
Não respondeu			06					08					02		
Estado civil															
Solteiro	173	16,0	51	17,2		159	15,2	63	19,1		145	14,5	79	20,9	
Casado/união estável	745	68,9	184	62,0	$\chi^2=7,46$	727	69,4	200	60,8	$\chi^2=9,74$	708	70,6	223	58,8	$\chi^2=18,3$
Divorciado/separado	90	8,3	38	12,8	p=0,58	88	8,4	41	12,5	p=0,02*	82	8,2	47	12,4	p<0,001*
Viúvo	73	6,8	24	8,0		73	7,0	25	7,6		68	6,8	30	7,9	
Não respondeu			07					09					03		
Situação profissional															
Ativo	428	39,7	97	33,1	$\chi^2=4,28$	401	38,6	125	38,1	$\chi^2=0,21$	382	38,3	144	38,2	$\chi^2=0,002$
Não ativo	649	60,3	196	66,9	p=0,38	639	61,4	203	61,9	p=0,88	615	61,7	233	61,8	p=0,96
Não respondeu			15					17					11		
Religião															
Frequenta	862	79,7	231	78,3	$\chi^2=0,23$	825	78,7	267	81,7	$\chi^2=1,30$	808	80,5	291	77,2	$\chi^2=1,82$
Não frequente	220	20,3	64	21,7	p=0,60	223	21,3	60	18,3	p=0,25	196	19,5	86	22,8	p=0,17
Não respondeu			08					10					04		

N = frequência, % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado, GAD-7 = Módulo de ansiedade do Questionário de Saúde do Paciente; PHQ-4 A = Questionário de Saúde do Paciente-4 Ansiedade; Brief PHQ = Módulo de Ansiedade/ Pânico do Questionário de Saúde do Paciente;

Quanto à variável *depressão*, na Tabela 7, observou-se diferenças significativas quanto ao sexo, estado civil e à situação profissional, sendo que as mulheres e os profissionalmente inativos foram os índices mais expressivos.

Considerando a variável *estado civil*, após realização de teste estatístico, verificou-se que os sujeitos solteiros e viúvos apresentaram maior índice de depressão se comparado aos demais.

Quanto à variável *mania*, as diferenças significativas foram evidenciadas nas categorias *escolaridade* e *estado civil*, sendo que os indivíduos com 1º grau de escolaridade e os casados foram aqueles com maior porcentagem, se comparados aos demais.

Tabela 7 – Indicadores de transtorno de humor em função das características sociodemográficas – Fase 1 (n=1.385)

Caracterização sociodemográfica	Depressão					Mania				
	PHQ-4 D					Mania				
	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Sexo										
Masculino	545	48,4	66	25,7	$\chi^2=43,8$ p<0,001*	408	44,3	204	44,0	$\chi^2=0,01$ p=0,90
Feminino	581	51,6	191	74,3		513	55,7	260	56,0	
Não respondeu			02					0		
Escolaridade										
1º grau	668	59,3	150	58,4	$\chi^2=2,63$ p=0,26	520	56,5	298	64,2	$\chi^2=8,56$ p=0,01*
2º grau	279	24,8	74	28,8		246	26,7	109	23,5	
3º grau	179	15,9	33	12,8		155	16,8	57	12,3	
Não respondeu			02					0		
Estado civil										
Solteiro	171	15,2	53	20,6	$\chi^2=18,2$ p<0,001*	133	14,5	91	19,6	$\chi^2=10,9$ p=0,01*
Casado/união estável	787	70,0	145	56,4		646	70,2	287	61,9	
Divorciado/separado	93	8,2	35	13,6		77	8,4	52	11,2	
Viúvo	74	6,6	24	9,4		64	7,0	34	7,3	
Não respondeu			03					01		
Situação profissional										
Ativo	447	39,9	79	31,1	$\chi^2=6,79$ p=0,009*	366	39,9	162	35,4	$\chi^2=2,61$ p=0,10
Não ativo	673	60,1	175	68,9		552	60,1	296	64,6	
Não respondeu			11					09		
Religião										
Frequenta	907	80,6	191	74,9	$\chi^2=4,07$ p=0,44	741	80,5	358	77,5	$\chi^2=1,66$ p=0,19
Não frequente	219	19,4	64	25,1		180	19,5	104	22,5	
Não respondeu			04					02		

N = frequência; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado, PHQ-4 D = Questionário de Saúde do Paciente-4 Depressão.

Visualizando a Tabela 8, percebe-se, em relação aos indicadores de abuso e dependência do tabaco, avaliados por meio do instrumento FTND, que os homens apresentaram maiores porcentagens em relação às mulheres, bem como os sujeitos profissionalmente não ativos e aqueles que não frequentam religião, em relação ao seu grau de referência, com significância estatística. A variável *escolaridade* também mostrou influência em relação aos índices de uso de tabaco; pacientes com o 1º grau apresentaram maior índice de uso de cigarro se comparados aos sujeitos com o 2º e o 3º graus.

No que diz respeito aos indicadores de alcoolismo, avaliados por meio do FAST, observa-se que os homens e aqueles indivíduos que não frequentam religião apresentaram maiores indicadores de abuso de álcool. As variáveis *escolaridade* e *estado civil* também influenciaram a prevalência do referido transtorno. Pacientes casados e com o 1º grau de escolaridade apresentaram maior nível de uso de álcool do que o restante da amostra.

Quanto aos indicadores de alucinação, observa-se a influência das variáveis *sexo*, *escolaridade* e *situação profissional*, sendo que as mulheres, os indivíduos com o 1º grau de escolaridade e aqueles que não trabalham apresentaram os maiores indicadores.

Em relação à presença de delírio, observou-se a influência da escolaridade, do estado civil e da situação profissional, nos quais novamente os não ativos apresentaram maiores índices (65,2%), bem como aqueles casados (63,3%) e com o 1º grau de escolaridade (61,7%).

Tabela 8 – Indicadores de transtornos do pensamento e de abuso/dependência de substância em função das características sociodemográficas

Caracterização sociodemográfica	Tabaco					Álcool					Alucinação					Delírio				
	FTND					FAST					Alucinação					Delírio				
	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Sexo																				
Masculino	268	32,4	342	61,6	$\chi^2=114$	438	38,2	174	73,1	$\chi^2=97,47$	566	46,0	45	29,6	$\chi^2=14,7$	297	47,8	315	41,3	$\chi^2=5,94$
Feminino	558	67,6	213	38,4	p<0,001*	709	61,8	64	26,9	p<0,001*	665	54,0	107	70,4	p<0,001*	324	52,2	448	58,7	p=0,15
Não respondeu			04					0					02					01		
Escolaridade																				
1º grau	391	47,3	423	76,2		657	57,3	161	67,6		702	57,0	115	75,7		346	55,7	471	61,7	
2º grau	265	32,1	90	16,2	$\chi^2=116$	302	26,3	53	22,2	$\chi^2=9,97$	332	27,0	23	15,1	$\chi^2=19,4$	165	26,6	190	24,9	$\chi^2=6,68$
3º grau	170	20,6	42	7,6	p<0,001*	188	16,4	24	10,1	p=0,007*	197	16,0	14	9,2	p<0,001*	110	17,7	102	13,4	p=0,03*
Não respondeu			04					0					02					01		
Estado civil																				
Solteiro	138	16,7	84	15,2		184	16,0	40	16,7		194	15,7	29	19,1		88	14,2	136	17,9	
Casado/união estável	554	67,2	378	68,1	$\chi^2=3,27$	768	67,0	165	69,3	$\chi^2=7,97$	847	68,9	85	55,9	$\chi^2=11,9$	449	72,4	483	63,3	$\chi^2=16,0$
Divorciado/separado	70	8,5	59	10,6	p=0,35	103	9,0	26	11,0	p=0,047*	108	8,8	21	13,8	p=0,07	41	6,6	88	11,5	p<0,001*
Viúvo	63	7,6	34	6,1		91	8,0	07	3,0		81	6,6	17	11,2		42	6,8	56	7,3	
Não respondeu			05					0					03					02		
Situação profissional																				
Ativo	363	44,3	164	29,7	$\chi^2=29,5$	447	39,2	81	34,2	$\chi^2=2,13$	488	39,9	38	25,3	$\chi^2=11,9$	264	42,6	263	34,8	$\chi^2=8,64$
Não ativo	457	55,7	388	70,3	p<0,001*	692	60,8	156	65,8	p=0,14	736	60,1	112	74,7	p=0,01*	356	57,4	492	65,2	p=0,03*
Não respondeu			13										11					10		
Religião																				
Frequente	692	84,0	405	73,0	$\chi^2=24,7$	952	83,0	147	62,3	$\chi^2=51,45$	966	78,6	131	86,2	$\chi^2=4,76$	503	81,0	595	78,2	$\chi^2=1,65$
Não frequente	132	16,0	150	27,0	p<0,001*	195	17,0	89	37,7	p<0,001*	263	21,4	21	13,8	p=0,29	118	19,0	166	21,8	p=0,19
Não respondeu			06					0					04			0		03		

N = frequência; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado; FAST = Teste Rápido de Identificação do Uso Abusivo de Álcool; FTND = Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström.

Nas Tabelas 9 e 10 são apresentadas as comparações entre os indicadores psiquiátricos da amostra total e os antecedentes psiquiátricos/psicológicos.

A Tabela 9 evidencia que a presença de transtorno psiquiátrico e/ou atendimento psicológico prévio, bem como a presença de antecedentes psiquiátricos familiares associou-se, com significância estatística, à maior prevalência de todos os indicadores de ansiedade avaliados.

Tabela 9 – Indicadores de transtorno de ansiedade em função dos antecedentes psiquiátricos e psicológicos da amostra – Fase 1 (n=1.385)

Variáveis	Ansiedade					Pânico					Ansiedade				
	GAD-7					Brief PHQ					PHQ-4 A				
	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Histórico psiquiátrico prévio															
Sim	75	6,9	55	18,6	$\chi^2=37,1$	54	5,2	77	23,5	$\chi^2=97,7$	61	6,1	69	18,3	$\chi^2=47,9$
Não	1006	93,1	240	81,4	p<0,001*	993	94,8	250	76,5	p<0,001*	942	93,9	308	81,7	p<0,001*
Não respondeu			09					11					05		
Histórico psiquiátrico familiar															
Sim	212	19,6	90	30,4	$\chi^2=15,8$	199	19	104	31,7	$\chi^2=23,4$	192	19,1	112	29,7	$\chi^2=17,8$
Não	869	80,4	206	69,6	p<0,001*	848	81	224	68,3	p<0,001*	812	80,9	265	70,3	p<0,001*
Não respondeu			08					10					04		
Atendimento psicológico prévio															
Sim	134	12,4	74	24,9	$\chi^2=28,5$	126	12	85	25,8	$\chi^2=36,8$	126	12,5	85	22,4	$\chi^2=20,7$
Não	948	87,6	223	75,1	p<0,001*	922	88	244	74,2	p<0,001*	878	87,5	294	77,6	p<0,001*
Não respondeu			06					08					02		

N = frequência; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado; GAD-7 = Módulo de ansiedade do Questionário de Saúde do Paciente; PHQ-4 A = Questionário de Saúde do Paciente-4 Ansiedade; Brief PHQ = Módulo de Ansiedade/ Pânico do Questionário de Saúde do Paciente.

Tabela 10 – Indicadores de transtorno de humor em função dos antecedentes psiquiátricos e psicológicos da amostra – Fase 1 (n=1.385)

Variáveis	Mania					Depressão				
	Mania					PHQ-4 D				
	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.
N	%	N	%	N		%	N	%		
Histórico psiquiátrico prévio										
Sim	84	9,2	47	10,1	$\chi^2=0,34$	69	6,1	62	24,2	$\chi^2=79,33$
Não	834	90,8	417	89,9	$p=0,55$	1055	93,9	194	75,8	$p<0,001^*$
Não respondeu			03					05		
Histórico psiquiátrico familiar										
Sim	183	19,9	121	26,1	$\chi^2=6,83$	222	19,7	81	31,6	$\chi^2=17,2$
Não	736	80,1	343	73,9	$p<0,001^*$	903	80,3	175	68,4	$p=0,01^*$
Não respondeu			02					04		
Atendimento psicológico prévio										
Sim	124	13,5	87	18,8	$\chi^2=6,67$	138	12,3	73	28,4	$\chi^2=42,2$
Não	797	86,5	377	81,2	$p=0,01^*$	988	87,7	184	71,6	$p<0,001^*$
Não respondeu			0					02		

N = frequência; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado; PHQ-4 D = Questionário de Saúde do Paciente-4 Depressão.

Conforme observado na Tabela 10, a presença de histórico psiquiátrico familiar e pessoal prévios associou-se à maior prevalência de depressão, com diferenças do ponto de vista estatístico. A presença de antecedentes psicológicos também foi maior do ponto de vista estatístico entre os sujeitos com depressão.

As variáveis *histórico psiquiátrico familiar* e *atendimento psicológico prévio* também apresentaram diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à presença de mania, sendo que os sujeitos com tais antecedentes evidenciaram maior porcentagem nessa alteração do humor.

A Tabela 11 apresenta os resultados encontrados quando relacionados os indicadores de transtorno de pensamento e de abuso/dependência de substâncias com antecedentes psiquiátricos e psicológicos da amostra.

Segundo esta tabela, observa-se que a presença de maiores indicadores de delírio associou-se a histórico psiquiátrico e atendimento psicológico prévios.

Destaca-se também uma tendência, nos sujeitos com histórico psiquiátrico prévio, de apresentarem maior porcentagem em abuso/dependência de álcool.

Tabela 11 – Indicadores de transtornos do pensamento e de abuso/dependência de substâncias em função dos antecedentes psiquiátrico e psicológicos da amostra – Fase 1 (n=1.385)

Variáveis	Tabaco					Álcool					Alucinação					Delírio				
	FTND					FAST					Alucinação					Delírio				
	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Histórico psiquiátrico prévio																				
Sim	79	9,6	51	9,2	$\chi^2=0,05$	101	8,8	30	12,6	$\chi^2=3,27$	109	8,9	22	14,6	$\chi^2=5,08$	35	5,6	95	12,5	$\chi^2=18,7$
Não	745	90,4	503	90,8	$p=0,81$	1043	91,2	208	87,4	$p=0,07$	1120	91,1	129	85,4	$p=0,24$	585	94,4	666	87,5	$p<0,001^*$
Não respondeu			07					0					05					04		
Histórico psiquiátrico familiar																				
Sim	187	22,7	117	21,1	$\chi^2=0,46$	257	22,5	47	19,7	$\chi^2=0,83$	262	21,3	40	26,3	$\chi^2=1,97$	122	19,7	181	23,8	$\chi^2=3,31$
Não	638	77,3	437	78,9	$p=0,49$	888	77,5	191	80,3	$p=0,36$	967	78,7	112	73,7	$p=0,16$	498	80,3	581	76,2	$p=0,06$
Não respondeu			06					0					04					03		
Atendimento psicológico prévio																				
Sim	123	14,9	87	15,7	$\chi^2=0,15$	171	15,0	40	16,8	$\chi^2=0,55$	183	14,9	28	18,4	$\chi^2=1,32$	80	12,9	131	17,2	$\chi^2=4,86$
Não	703	85,1	468	84,3	$p=0,69$	976	85,0	198	83,2	$p=0,45$	1048	85,1	124	81,6	$p=0,25$	541	87,1	632	82,8	$p=0,02^*$
Não respondeu			04					0					02					01		

N = frequência; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado; FTND = Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström; FAST = Teste Rápido de identificação do Uso Abusivo de Álcool.

4.2 Fase 2

As tabelas 12 a 20 apresentam as análises estatísticas realizadas com a amostra da Fase 2 do estudo, composta por 400 sujeitos. Inicia-se, na Tabela 12, a apresentação das características sociodemográficas desta amostra, em comparação a amostra maior, relativa a Fase 1 do estudo.

Tabela 12 – Caracterização sociodemográfica da amostra da Fase 2 do estudo (n=400), em comparação à amostra total restante

Caracterização sociodemográfica	Amostras do estudo				
	Fase 2 (n=400)		Fase 1 (n=985)		Est.
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	154	38,5	458	46,5	$\chi^2=7,378$ p=0,007*
Feminino	246	61,5	527	53,5	
Escolaridade					
1º grau	224	56,0	594	60,3	$\chi^2=9,570$ p=0,008*
2º grau	96	24,0	259	26,3	
3º grau	80	20,0	132	13,4	
Estado civil					
Solteiro	72	18,0	152	15,4	$\chi^2=4,136$ p=0,247
Casado/união estável	273	68,4	660	67,0	
Divorciado/separado	30	7,5	99	10,1	
Viúvo	24	6,0	74	7,5	
Não respondeu	01				
Situação profissional					
Ativo	156	39,1	372	38,1	$\chi^2=0,125$ p=0,724
Não ativo	243	60,9	605	61,9	
Não respondeu	01		08		
Religião					
Frequenta	311	80,6	788	74,9	$\chi^2=0,794$ p=0,373
Não frequenta	88	19,4	196	25,1	
Não respondeu	01		01		

N = número de pacientes; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado.

De acordo com a Tabela 12, a amostra da fase 2 é composta por indivíduos de ambos os sexos, com predomínio de mulheres (61,5%). Predominaram também sujeitos com o 1º

grau incompleto/completo (56%), casados ou com união estável (68,4%), não ativos do ponto de vista laboral (60,9%) e que frequentam algum tipo de religião (80,6%).

Se comparadas as características de ambas as amostras, é possível perceber que houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis sexo e escolaridade. No entanto, tais diferenças são sutis e não apresentam relevância clínica. Assim, considera-se que as duas amostras são homogêneas quanto a tais características, sendo a amostra da Fase 2 representativa da Fase 1.

Tabela 13 – Antecedentes psiquiátricos e psicológicos da amostra da Fase 2 do estudo (n=400), em comparação à amostra total restante

Variáveis	Amostras do estudo				
	Fase 2 (n=400)		Fase 1 (n=985)		Est.
	N	%	N	%	
Histórico psiquiátrico prévio					
Sim	33	8,3	98	10,0	$\chi^2=0,955$
Não	366	91,7	885	90,0	$p=0,329$
Não respondeu	01		02		
Histórico psiquiátrico familiar					
Sim	82	20,6	222	22,5	$\chi^2=0,619$
Não	316	79,4	763	77,5	$p=0,431$
Não respondeu	02				
Atendimento psicológico prévio					
Sim	55	13,8	156	15,8	$\chi^2=0,960$
Não	345	86,3	829	84,2	$p=0,327$
Não respondeu			0		

N = número de pacientes; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado.

Segundo a Tabela 13, a maior parte da amostra da Fase 2 não apresentou antecedentes psiquiátricos (91,7%) e/ou psicológicos prévios (86,3%), bem como antecedentes psiquiátricos familiares (79,4%), assim como a amostra da Fase 1. Dessa forma, podem ser consideradas homogêneas quanto a estes aspectos.

A Tabela 14 apresenta os sujeitos que compuseram a amostra em função da especialidade oncológica de origem, comparados aos sujeitos que não foram entrevistados

na Fase 2. Observa-se nesta tabela uma distribuição similar de sujeitos entre as diferentes especialidades.

Tabela 14 – Distribuição dos sujeitos da amostra da Fase 2 do estudo em função da especialidade oncológica de origem (n=400), em comparação à amostra total restante

Especialidade	Amostras do estudo			
	Fase 2 (n=400)		Fase 1 (n=985)	
	N	%	N	%
Mastologia	70	17,5	192	19,5
Digestivo Alto	57	14,3	83	8,4
Cabeça e Pescoço	54	13,5	106	10,8
Urologia	51	12,8	185	18,8
Digestivo Baixo	38	9,5	82	8,3
Ginecologia	38	9,5	108	11,0
Tórax/Pulmão	24	6,0	52	5,3
Neurocirurgia	22	5,5	40	4,1
Ortopedia	17	4,3	11	1,1
Pele	16	4,0	79	8,0
Melanoma	13	3,3	47	4,8
Total	400	100,0	985	100,0

N = número de pacientes; % = porcentagem.

A Tabela 15 apresenta os sujeitos que compuseram a amostra da Fase 2, distribuídos conforme a presença de transtorno psiquiátrico, diagnosticados por meio do instrumento SCID-IV.

Tabela 15 – Prevalência de transtornos psiquiátricos na amostra da Fase 2 do estudo, tendo como parâmetro a SCID-IV (n = 400)

Transtorno (*)	N	%
Episódio Depressivo Maior atual	64	16,0
Episódio Depressivo Maior prévio	54	13,5
Episódio Maníaco atual	0	0,0
Episódio Maníaco prévio	4	1,0
Transtorno Distímico	24	6,0
Transtorno do Humor devido à condição médica	1	0,3
Transtorno do Humor induzido por substância	2	0,5
Alucinações	0	0,0
Delírios	0	0,0
Abuso de álcool (<i>atual</i>)	40	10,0
Dependência de álcool (<i>atual</i>)	21	5,3
Abuso de substância não álcool (<i>atual</i>)	29	7,3
Dependência de substância não álcool (<i>atual</i>)	0	0,0
Transtorno do Pânico	35	8,8
Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)	6	1,5
Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)	40	10,0
Agorafobia sem histórico de pânico	23	5,8
Fobia Social	11	2,8
Fobia Específica	107	26,8
Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	46	11,5
Transtorno de Ansiedade sem outra especificação	3	0,8
Transtorno de Somatização	2	0,5
Hipocondria	2	0,5
Transtorno Dismórfico Corporal	3	0,8
Anorexia	1	0,3
Bulimia	2	0,5

N = frequência; % = porcentagem; (*) = categorias não exclusivas.

Obs.: Abuso de substância não álcool = tabaco (n=28) e maconha (n=1).

A Tabela 15 apresenta dados significativos em relação à prevalência dos transtornos mentais avaliados. Nota-se que a Fobia Específica é o transtorno mais prevalente entre os sujeitos participantes (26,8%). Episódio Depressivo Maior atual também apresenta alta prevalência (16,0%), seguido de Episódio Depressivo Maior prévio (13,5%).

Transtorno de Ansiedade Generalizada também apresentou índice de prevalência significativo, abrangendo 11,5% da amostra, bem como Transtorno de Abuso de álcool, prevalente em 10,0% dos participantes.

Indicadores de alucinação, delírio e Transtorno de Dependência de Substância não álcool (tabaco) não foram apresentados por nenhum dos participantes da amostra da Fase 2 do estudo.

A Tabela 16, abaixo, apresenta a prevalência dos principais transtornos em função das diferentes especialidades oncológicas.

Esta tabela indica que os transtornos do humor, como Depressão e Distímia, bem como os transtornos de ansiedade, são mais comuns nas especialidades de Ginecologia e Mastologia. No entanto, os Transtornos de Abuso e Dependência de Substâncias são mais prevalentes em especialidades como Cabeça e Pescoço, Digestivo Alto e Urologia.

Tabela 16 – Prevalência dos principais transtornos avaliados em relação à especialidade oncológica – Fase 2 (n=400)

Especialidade	Depressão atual		Depressão prévia		Distímia		Abuso de álcool		Depend. de álcool		Abuso de tabaco		Transt. Pânico		TAG		TOC		TEPT		Fobia Social		Fobia Específica	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Cab. e Pescoço	04	6,3	11	20,4	03	12,4	09	22,5	06	28,6	06	21,4	04	11,4	05	10,9	01	16,7	03	7,5	03	27,3	13
Digestivo Alto	06	9,4	10	18,5	0	0,0	06	15,0	05	23,8	05	17,9	03	8,6	07	15,2	01	16,7	08	20,0	0	0,0	15	14,0
Digestivo Baixo	05	7,8	02	3,7	0	0,0	05	12,5	02	9,5	04	14,3	04	11,4	03	6,5	01	16,7	04	10,0	0	0,0	10	9,3
Ginecologia	11	17,3	08	14,8	06	25,0	02	5,0	01	4,8	02	7,1	07	20,0	05	10,9	01	16,7	10	25,0	0	0,0	14	13,1
Mastologia	15	23,4	08	14,8	07	29,2	02	5,0	01	4,8	02	7,1	11	31,4	11	23,9	01	16,7	10	25,0	07	63,6	25	23,4
Melanoma	01	1,5	02	3,7	01	4,2	03	7,5	02	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neurocirurgia	01	1,5	02	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	02	7,1	0	0,0	02	4,3	0	0,0	0	0,0	01	9,1	02	1,9
Pele	01	1,5	01	1,9	0	0,0	04	10,0	0	0,0	01	3,6	01	2,9	03	6,5	0	0,0	01	2,5	0	0,0	03	2,8
Tórax/Pulmão	08	12,5	02	3,7	04	16,7	0	0,0	0	0,0	05	17,9	03	8,6	03	6,5	01	16,7	01	2,5	0	0,0	07	6,5
Urologia	07	11,0	04	7,4	03	12,5	09	22,5	04	19,0	0	0,0	02	5,7	06	13,0	0	0,0	02	5,0	0	0,0	12	11,2
Ortopedia	05	7,8	04	7,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	01	3,6	0	0,0	01	2,2	0	0,0	01	2,5	0	0,0	06	5,6
TOTAL	64	100	54	100	24	100	40	100	21	100	28	100	35	100	46	100	06	100	40	100	11	100	107	100

N = frequência; % = porcentagem; TAG = Transtorno de Ansiedade Generalizada; TOC = Transtorno Obsessivo Compulsivo; TEPT = Transtorno do Estresse Pós-Traumático.

As tabelas 17 a 26 apresentam os resultados encontrados quando comparou-se as diferentes variáveis sociodemográficas e clínicas com os diferentes transtornos avaliados pela SCID-IV, tendo-se por referência sujeitos da Fase 2 do estudo.

Tabela 17 – Perfil sociodemográfico da amostra em relação à presença ou ausência de Episódio Depressivo Maior prévio e atual – Fase 2 (n=400)

Caracterização sociodemográfica	Episódio Depressivo Maior prévio					Episódio Depressivo Maior atual				
	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Sexo										
Masculino	139	40,2	15	27,8	$\chi^2=3,03$ $p=0,82$	145	43,2	09	14,1	$\chi^2=19,21$ $p<0,001^*$
Feminino	207	59,8	39	72,2		191	56,8	55	85,9	
Escolaridade										
1º grau	202	58,4	22	40,7	$\chi^2=9,79$ $p=0,007^*$	186	55,4	38	59,4	$\chi^2=1,706$ $p=0,42$
2º grau	83	24,0	13	24,1		79	23,5	17	26,6	
3º grau	61	17,6	19	35,2		71	21,1	09	14,0	
Estado civil										
Solteiro	62	18,0	10	18,5	$\chi^2=2,763$ $p=0,419$	59	17,6	13	20,3	$\chi^2=5,727$ $p=0,111$
Casado/união estável	239	69,3	34	63,0		236	70,4	37	57,8	
Divorciado/separado	23	6,7	07	13,0		23	6,9	07	10,9	
Viúvo	21	6,1	03	5,6		17	5,1	07	10,9	
Não respondeu								01		
Situação profissional										
Ativo	129	37,3	27	50,9	$\chi^2=3,60$ $p=0,06$	137	40,9	19	29,7	$\chi^2=2,83$ $p=0,09$
Não ativo	217	62,7	26	49,1		198	59,1	45	70,3	
Não respondeu			01					01		
Religião										
Frequenta	272	78,8	39	72,2	$\chi^2=1,19$ $p=0,27$	262	78,0	49	77,8	$\chi^2=0,001$ $p=0,97$
Não frequenta	73	21,2	15	27,8		74	22,0	14	22,2	
Não respondeu			01					02		

N = frequência; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado.

Na Tabela 17, é possível observar que as mulheres apresentaram maior índice de Episódio Depressivo Maior se comparadas aos homens; em relação ao Episódio Depressivo Maior atual, essa diferença é estatisticamente significativa.

A escolaridade mostrou-se como uma variável que interfere nos índices de Episódio Depressivo Maior prévio. Participantes inativos, em relação à situação profissional,

demonstraram tendência a terem vivenciado mais Episódio Depressivo Maior prévio se comparado aos sujeitos ativos.

Tabela 18 – Perfil sociodemográfico da amostra em relação à presença ou ausência de Abuso e/ou Dependência de álcool – Fase 2 (n=400)

Caracterização sociodemográfica	Abuso de álcool					Dependência de álcool				
	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Sexo										
Masculino	123	34,2	31	77,5	$\chi^2=28,55$	137	36,1	17	81,0	$\chi^2=16,87$
Feminino	237	65,8	09	22,5	$p<0,001^*$	242	63,9	04	19,0	$p<0,001^*$
Escolaridade										
1º grau	194	53,9	30	75,0		208	54,9	16	76,2	
2º grau	89	24,7	07	17,5	$\chi^2=7,12$	91	24,0	05	23,8	$\chi^2=6,04$
3º grau	77	21,4	03	7,5	$p=0,028^*$	80	21,1	0	0,0	$p=0,024^*$
Estado civil										
Solteiro	65	18,1	07	17,5		69	18,3	03	14,3	
Casado/união estável	243	67,7	30	75,0	$\chi^2=2,963$	256	67,7	17	81,0	$\chi^2=2,24$
Divorciado/separado	27	7,5	03	7,5	$p=0,404$	29	7,7	01	4,7	$p=0,777$
Viúvo	24	6,7	0	0		24	6,3	0	0	
Não respondeu			01					01		
Situação profissional										
Ativo	147	40,9	09	22,5	$\chi^2=5,14$	152	40,2	04	19,0	$\chi^2=3,74$
Não ativo	212	59,1	31	77,5	$p=0,023^*$	226	59,8	17	81,0	$p=0,05^*$
Não respondeu			11					09		
Religião										
Frequenta	285	79,2	26	66,7	$\chi^2=3,19$	296	78,3	15	71,4	$\chi^2=0,548$
Não frequenta	75	20,8	13	33,3	$p=0,074$	82	21,7	06	28,6	$p=0,427$
Não respondeu			04					02		

N = frequência; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado.

Na Tabela 18 é possível observar que pacientes do sexo masculino apresentaram índices mais elevados que as mulheres em relação ao abuso e à dependência de álcool, com diferença significativa do ponto de vista estatístico.

A escolaridade apresentou-se como uma variável importante, que interfere nos índices de abuso e dependência de álcool. Sujeitos inativos apresentaram maior propensão ao abuso e/ou à dependência de álcool, em relação aos ativos profissionalmente.

Tabela 19 – Perfil sociodemográfico da amostra em relação à presença ou ausência de Abuso de tabaco – Fase 2 (n=400)

Caracterização sociodemográfica	Abuso de tabaco				Est.
	Não		Sim		
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	141	37,9	13	46,4	$\chi^2=0,799$
Feminino	231	62,1	15	53,6	$p=0,341$
Escolaridade					
1º grau	202	54,3	22	78,6	$\chi^2=6,41$ $p=0,041^*$
2º grau	92	24,7	04	14,3	
3º grau	78	21,0	02	7,1	
Estado civil					
Solteiro	68	18,4	04	14,3	$\chi^2=2,209$ $p=0,464$
Casado/união estável	255	68,7	18	64,3	
Divorciado/separado	26	7,0	04	14,3	
Viúvo	22	5,9	02	7,1	
Não respondeu			01		
Situação profissional					
Ativo	149	40,2	07	25,0	$\chi^2=2,51$
Não ativo	222	59,8	21	75,0	$p=0,113$
Não respondeu			01		
Religião					
Frequenta	295	79,5	16	57,1	$\chi^2=7,58$
Não frequenta	76	20,5	12	42,9	$p=0,006^*$
Não respondeu			01		

N = frequência; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado.

De acordo com a Tabela 19, novamente a escolaridade aparece como variável influente nos níveis de abuso de tabaco. Os dados também indicam que os participantes que não frequentavam algum tipo de religião apresentaram maiores índices de abuso de cigarro.

Tabela 20 – Perfil sociodemográfico da amostra em relação à presença ou ausência dos diferentes transtornos de ansiedade – Fase 2 (n=400)

Caracterização sociodemográfica	Transtorno do Pânico					Transt. Obsessivo Compulsivo					Transt. Estres. Pós-Traumático					Transt. Ansiedade Generalizada				
	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Sexo																				
Masculino	150	41,1	04	11,4	$\chi^2=11,87$	153	38,8	01	16,7	$\chi^2=1,22$	148	41,1	06	15,0	$\chi^2=10,36$	142	40,1	12	26,1	$\chi^2=3,38$
Feminino	215	58,9	31	88,6	p=0,001*	241	61,2	05	83,3	p=0,413	12	58,9	34	85,0	p=0,001*	212	59,9	34	73,9	p=0,066
Não respondeu																		01		
Escolaridade																				
1º grau	207	56,7	17	48,6	$\chi^2=3,76$	221	56,1	03	50,0	$\chi^2=0,71$	201	55,8	23	57,5	$\chi^2=0,800$	206	58,2	18	39,1	$\chi^2=10,11$
2º grau	83	22,7	13	37,1	p=0,152	95	24,1	01	16,7	p=0,734	85	23,6	11	27,5	p=0,670	85	24,0	11	23,9	p=0,006*
3º grau	75	20,5	05	14,3		78	19,8	02	33,3		74	20,6	06	15,0		63	17,8	17	37,0	
Estado civil																				
Solteiro	65	17,9	07	20,0		71	18,1	01	16,7		65	18,1	07	17,5		66	18,6	06	13,0	
Casado/união estável	252	69,2	21	60,0	$\chi^2=2,821$	269	68,4	04	66,6	$\chi^2=1,616$	250	69,6	23	57,5	$\chi^2=5,358$	241	68,3	32	69,6	$\chi^2=1,448$
Divorciado/separado	25	6,9	05	14,3	p=0,382	30	7,6	0	0,0	p=0,539	25	7,0	05	12,5	p=0,123	26	7,4	04	8,7	p=0,630
Viúvo	22	6,0	02	5,7		23	5,9	01	16,7		19	5,3	05	12,5		20	5,7	04	8,7	
Não respondeu			01					01					01					01		
Situação profissional																				
Ativo	146	40,1	10	28,6	$\chi^2=1,78$	153	38,9	03	50,0	$\chi^2=0,340$	143	39,8	13	32,5	$\chi^2=0,813$	136	38,5	20	43,5	$\chi^2=0,419$
Não ativo	218	59,9	25	71,4	p=0,182	240	61,1	03	50,0	p=0,682	216	60,2	27	67,5	p=0,367	217	61,5	26	56,5	p=0,517
Não respondeu			01					01					01					01		
Religião																				
Frequenta	284	78,0	27	77,1	$\chi^2=0,014$	306	77,9	05	83,3	$\chi^2=0,103$	282	78,6	29	72,5	$\chi^2=0,767$	274	77,4	37	82,2	$\chi^2=0,540$
Não frequenta	80	22,0	08	22,9	p=0,905	87	22,1	01	16,7	p=0,999	77	21,4	11	27,5	p=0,381	80	22,6	08	17,8	p=0,463
Não respondeu			01					01					01					01		

N = frequência; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado.

Segundo a Tabela 20, participantes do sexo feminino apresentaram maiores índices, com significância estatística, de Transtorno do Pânico e Transtorno do Estresse Pós-Traumático, se comparados aos participantes do sexo masculino.

Observa-se ainda, nesta tabela, que a escolaridade influencia os índices de Transtorno de Ansiedade Generalizada.

A Tabela 21, abaixo, indica que as mulheres, se comparadas aos homens, estão mais propensas a desenvolver todos os tipos de transtorno de ansiedade indicados, além de Fobia Específica, com diferenças estatisticamente significativas. Além disso, a variável *estado civil* apresentou-se como uma variável que interfere nos diferentes tipos de transtorno de ansiedade, bem como na Fobia Específica.

Tabela 21 – Perfil sociodemográfico da amostra, em relação à presença ou ausência de Fobia Social, Fobia Específica e Transtornos de ansiedade – Fase 2 (n=400)

Caracterização sociodemográfica	Fobia Social					Fobia Específica					Transtornos de ansiedade (TOC, TAG, TEPT, FE e Pânico)				
	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Sexo															
Masculino	150	38,6	04	36,4	$\chi^2=0,022$	128	43,7	26	24,3	$\chi^2=12,44$	115	49,1	39	23,5	$\chi^2=26,98$
Feminino	239	61,4	07	63,6	$p=0,999$	165	56,3	81	75,7	$p<0,001^*$	119	50,9	127	76,5	$p<0,001^*$
Escolaridade															
1º grau	221	56,8	03	27,3		160	54,6	64	59,8		134	57,3	90	54,2	
2º grau	91	23,4	05	45,4	$\chi^2=4,135$	69	23,5	27	25,2	$\chi^2=2,332$	55	23,5	41	24,7	$\chi^2=0,386$
3º grau	77	19,8	03	27,3	$p=0,088$	64	21,8	16	15,0	$p=0,312$	45	19,2	35	21,1	$p=0,825$
Estado civil															
Solteiro	69	17,8	03	27,3		58	19,9	14	13,1		46	19,7	26	15,7	
Casado/união estável	265	68,3	08	72,7	$\chi^2=2,095$	203	69,5	70	65,4	$\chi^2=9,053$	167	71,7	106	63,9	$\chi^2=11,90$
Divorciado/separado	30	7,7	0	0,0	$p=0,785$	17	5,8	13	12,1	$p=0,029^*$	11	4,7	19	11,4	$p=0,008^*$
Viúvo	24	6,2	0	0,0		14	4,8	10	9,3		09	3,9	15	9,0	
Não respondeu			01					01					01		
Situação profissional															
Ativo	151	38,9	05	45,5	$\chi^2=0,192$	118	40,4	38	35,5	$\chi^2=0,789$	98	42,1	58	34,9	$\chi^2=2,064$
Não ativo	237	61,1	06	54,5	$p=0,757$	174	59,6	69	64,5	$p=0,375$	135	57,9	108	65,1	$p=0,151$
Não respondeu			01					01					01		
Religião															
Frequente	301	77,4	10	100	$\chi^2=2,902$	230	78,8	81	75,7	$\chi^2=0,428$	182	77,8	129	78,2	$\chi^2=0,009$
Não frequente	88	22,6	0	0,0	$p=0,126$	62	21,2	26	24,3	$p=0,513$	52	22,2	36	21,8	$p=0,924$
Não respondeu			01					01					01		

N = frequência; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado; TOC = Transtorno Obsessivo Compulsivo; TAG = Transtorno de Ansiedade Generalizada; TEPT = Transtorno de Estresse Pós-Traumático; FE = Fobia Específica

Tabela 22 – Caracterização clínica da amostra em relação à presença ou ausência de Episódio Depressivo Maior prévio e atual – Fase 2 (n=400)

Variáveis	Episódio Depressivo Maior prévio					Episódio Depressivo Maior atual				
	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Histórico psiquiátrico prévio										
Sim	22	6,4	11	20,4	$\chi^2=12,05$	20	6,0	13	20,6	$\chi^2=15,07$
Não	323	93,6	43	79,6	p=0,002*	316	94,0	50	79,4	p<0,001*
Não respondeu			01					01		
Histórico psiquiátrico familiar										
Sim	67	19,5	15	27,8	$\chi^2=1,966$	64	19,1	18	28,6	$\chi^2=2,905$
Não	277	80,5	39	72,2	p=0,161	271	80,9	45	71,4	p=0,088
Não respondeu			02					02		
Atendimento psicológico prévio										
Sim	44	12,7	11	20,4	$\chi^2=2,307$	39	11,6	16	25,0	$\chi^2=8,131$
Não	302	87,3	43	79,6	p=0,129	297	88,4	48	75,0	p=0,004*

N = frequência; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado.

A Tabela 22 indica que os sujeitos com histórico psiquiátrico e/ou atendimento psicológico prévio são aqueles com maior porcentagem de Episódio Depressivo atual ou prévio. A presença de histórico psiquiátrico familiar não foi significativa para diferenciar os grupos.

Tabela 23 – Caracterização clínica da amostra em relação à presença ou ausência de abuso e dependência de álcool – Fase 2 (n=400)

Variáveis	Abuso de álcool					Dependência de álcool				
	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Histórico psiquiátrico prévio										
Sim	29	8,1	04	10,0	$\chi^2=0,175$	32	8,5	01	4,8	$\chi^2=0,360$
Não	330	91,9	36	90,0	$p=0,760$	346	91,5	20	95,2	$p=0,999$
Não respondeu			01					01		
Histórico psiquiátrico familiar										
Sim	76	21,2	06	15,0	$\chi^2=0,853$	78	20,7	04	19,0	$\chi^2=0,033$
Não	282	78,8	34	85,0	$p=0,356$	299	79,3	17	81,0	$p=0,999$
Não respondeu			02					02		
Atendimento psicológico prévio										
Sim	51	14,2	04	10,0	$\chi^2=0,527$	53	14,0	02	9,5	$\chi^2=0,334$
Não	309	85,8	36	90,0	$p=0,468$	326	86,0	19	90,5	$p=0,752$

N = frequência; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado.

Segundo a Tabela 23, não houve diferenças estatisticamente significativas quando comparados os grupos em função das diferentes variáveis clínicas. O mesmo foi evidenciado quando se avaliou os sujeitos, em função da presença/ausência de Abuso de tabaco, conforme apresenta a Tabela 24.

Tabela 24 – Caracterização clínica da amostra em relação à presença ou ausência de abuso de tabaco – Fase 2 (n=400)

Variáveis	Abuso de tabaco				Est.
	Não		Sim		
	N	%	N	%	
Histórico psiquiátrico prévio					
Sim	28	7,5	05	17,9	$\chi^2=3,648$
Não	343	92,5	23	82,1	$p=0,070$
Não respondeu			01		
Histórico psiquiátrico familiar					
Sim	74	20,0	08	28,6	$\chi^2=1,169$
Não	296	80,0	20	71,4	$p=0,280$
Não respondeu			02		
Atendimento psicológico prévio					
Sim	49	13,2	06	21,4	$\chi^2=1,497$
Não	323	86,8	22	78,6	$p=0,250$

N = frequência; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado.

Na Tabela 25 é possível evidenciar os dados clínicos da amostra, em função da presença dos diferentes transtornos de ansiedade.

Tabela 25 – Caracterização clínica da amostra em relação à presença ou ausência dos diferentes transtornos de ansiedade – Fase 2 (n=400)

Variáveis	Transtorno do Pânico					Transt. Obsessivo Compulsivo					Transt. Estres. Pós-Traumático					Transt. Ansiedade Generalizada				
	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Histórico psiquiátrico prévio																				
Sim	26	7,1	07	20,6	$\chi^2=7,433$	29	7,4	04	66,7	$\chi^2=27,38$	25	7,0	08	20,0	$\chi^2=8,062$	25	7,1	08	17,4	$\chi^2=5,701$
Não	339	92,9	27	79,4	p=0,015*	364	92,6	02	33,3	p=0,001*	334	93,0	32	80,0	p=0,011*	328	92,9	38	82,6	p=0,039*
Não respondeu			01					01					01					01		
Histórico psiquiátrico familiar																				
Sim	72	19,8	10	29,4	$\chi^2=1,763$	78	19,9	04	66,7	$\chi^2=7,902$	74	20,6	08	20,5	$\chi^2=0,000$	73	20,7	09	19,6	$\chi^2=0,034$
Não	292	80,2	24	70,6	p=0,184	314	80,1	02	33,3	p=0,018*	285	79,4	31	79,5	p=0,988	279	79,3	37	80,4	p=0,853
Não respondeu			02					02					02					02		
Atendimento psicológico prévio																				
Sim	46	12,6	09	25,7	$\chi^2=4,630$	53	13,5	02	33,3	$\chi^2=1,970$	50	13,9	05	12,5	$\chi^2=0,059$	45	12,7	10	21,7	$\chi^2=2,797$
Não	319	87,4	26	74,3	p=0,040*	341	86,5	04	66,7	p=0,194	310	86,1	35	87,5	p=0,809	309	87,3	36	78,3	p=0,094

N = frequência; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado.

Na Tabela 25 é possível observar que os sujeitos com presença de histórico psiquiátrico prévio apresentaram maior prevalência de transtorno de ansiedade, com diferença estatisticamente significativa.

Diferentemente, a presença de histórico psiquiátrico familiar só foi mais significativa nos sujeitos com TOC, enquanto que a realização de atendimento psicológico prévio foi significativa nos sujeitos com Transtorno do Pânico.

Na Tabela 26 observa-se que, ao englobarem-se os diferentes tipos de transtorno de ansiedade em uma só categoria, as variáveis histórico psiquiátrico prévio e familiar, e atendimento psicológico prévio mostraram-se significativas do ponto de vista estatístico.

Em relação aos tipos de fobia, a presença de histórico psiquiátrico familiar foi significativa apenas nos sujeitos com Fobia Específica.

Tabela 26 – Caracterização clínica da amostra em relação à presença ou ausência de Fobia Social, Fobia Específica e transtornos de ansiedade – Fase 2 (n=400)

Variáveis	Fobia Social					Fobia Específica					Transtornos de ansiedade (TOC, TAG, TEPT, FE e Pânico)				
	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.	Não		Sim		Est.
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%	
Histórico psiquiátrico prévio															
Sim	31	8,0	02	18,2	$\chi^2=1,465$	24	8,2	09	8,4	$\chi^2=0,004$	10	4,3	23	13,9	$\chi^2=11,91$
Não	357	92,0	09	8,8	$p=0,228$	268	91,8	98	91,6	$p=0,951$	224	95,7	142	86,1	$p=0,001^*$
Não respondeu			01					01					01		
Histórico psiquiátrico familiar															
Sim	79	20,4	03	27,3	$\chi^2=0,308$	53	18,2	29	27,1	$\chi^2=3,780$	40	17,1	42	25,6	$\chi^2=4,275$
Não	308	79,6	08	72,7	$p=0,704$	238	81,8	78	72,9	$p=0,050^*$	194	82,9	122	74,4	$p=0,039^*$
Não respondeu			02					02					02		
Atendimento psicológico prévio															
Sim	54	13,9	01	9,1	$\chi^2=0,207$	38	13,0	17	15,9	$\chi^2=0,563$	25	10,7	30	18,1	$\chi^2=4,470$
Não	335	86,1	10	90,9	$p=0,999$	255	87,0	90	84,1	$p=0,453$	209	89,3	136	81,9	$p=0,034^*$

N = frequência; % = porcentagem; p = nível de significância; χ^2 = Qui-quadrado; TOC = Transtorno Obsessivo Compulsivo; TAG = Transtorno de Ansiedade Generalizada; TEPT = Transtorno de Estresse Pós-Traumático; FE = Fobia Específica.

Considerando as variáveis sociodemográficas e clínicas que apresentaram maior poder discriminativo entre os grupos, na amostra de sujeitos da Fase 2, realizou-se análises de regressão logística, de forma a identificar variáveis preditivas significativas. Para a realização dessas análises, consideraram-se as variáveis com p valor menor que 0,20, bem como a pontuação dos sujeitos nos instrumentos específicos, relativos aos transtornos avaliados.

Nas Tabelas 27 a 36 são apresentados os modelos finais de regressão, destacando-se apenas as variáveis com poder preditivo.

Tabela 27 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de transtornos de ansiedade (TOC, TAG, TEPT, Fobia Específica e Pânico) por meio da SCID-IV

Variável	Categoria	Odds ratio	I.C < 95%		P valor
			Limite inferior	Limite superior	
Sexo	F	1 [ref]	-	-	<0,001
	M	0,409	0,255	0,655	
Histórico psiquiátrico prévio	Não	1 [ref]	-	-	0,028
	Sim	2,520	1,105	5,749	
GAD-07 / corte 10	Não	1 [ref]	-	-	<0,001
	Sim	3,100	1,793	5,359	
Estado civil	Solteiro	1 [ref]	-	-	0,032
	Casado	1,462	0,810	2,638	0,207
	Divorciado	3,565	1,370	9,278	0,009
	Viúvo	2,797	1,009	7,749	0,048
Constant		0,470	-	-	0,008

GAD-7 = Módulo de Ansiedade do Questionário de Saúde do Paciente.

A Tabela 27 indica que a variável sexo masculino apresentou-se como fator protetor para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade. Homens apresentaram 0,409 vezes a chance de desenvolver os devidos transtornos, se comparados às mulheres.

Em relação ao histórico psiquiátrico prévio, indivíduos com esse histórico apresentaram 2,520 vezes a chance de desenvolver algum dos tipos de transtorno de ansiedade avaliados pela SCID-IV.

Indivíduos que preencheram os critérios para ansiedade, de acordo com o instrumento GAD-07, apresentaram 3,100 vezes a chance de também desenvolverem algum transtorno de ansiedade.

Sujeitos que participaram da pesquisa, divorciados e viúvos, apresentaram 3,565 e 2,797 vezes, respectivamente, a chance de desenvolver algum tipo de transtorno de ansiedade, se comparados aos participantes solteiros.

Tabela 28 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de Episódio Depressivo Maior atual por meio da SCID-IV

Variável	Categoria	Odds ratio	I.C < 95%		P valor
			Limite inferior	Limite superior	
Sexo	F	1 [ref]	-	-	0,002
	M	0,294	0,136	0,634	
PHQ-4 D / corte 3	Não	1 [ref]	-	-	<0,001
	Sim	7,139	3,888	13,108	
Constant		0,149	-	-	<0,001

PHQ-4 D = Questionário de Saúde do Paciente-4 Depressão.

De acordo com a Tabela 28, pacientes do sexo masculino apresentaram 0,294 vezes a chance de desenvolver um Episódio Depressivo Maior atual, se comparados aos do sexo feminino. Ou seja, ser do sexo masculino torna-se um fator de proteção contra esse transtorno.

Da mesma forma, pacientes que preencheram critérios para depressão, de acordo com o instrumento PHQ-4 D, apresentaram 7,139 vezes a chance de desenvolver um Episódio Depressivo Maior atual, tornando-se um fator de risco para o desenvolvimento dessa patologia.

Tabela 29 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) por meio da SCID-IV

Variável	Categoria	Odds ratio	I.C < 95%		P valor
			Limite inferior	Limite superior	
Sexo	F	1 [ref]	-	-	0,010
	M	0,305	0,123	0,756	
GAD-7 / corte 10	Não	1 [ref]	-	-	0,004
	Sim	2,772	1,380	5,568	
Constant		0,114	-	-	<0,001

GAD-7 = Módulo de Ansiedade do Questionário de Saúde do Paciente.

Segundo a Tabela 29, acima, ser do sexo masculino apresentou-se como fator de proteção contra o desenvolvimento de TEPT (O.D = 0,305). Já sujeitos que preencheram critérios para ansiedade, por meio do instrumento GAD-7, apresentaram 2,772 vezes a chance de serem diagnosticados com TEPT.

Tabela 30 – Modelo de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) por meio da SCID-IV

Variável	Categoria	Odds ratio	I.C < 95%		P valor
			Limite inferior	Limite superior	
Histórico psiquiátrico prévio	Não	1 [ref]	-	-	0,001
	Sim	20,346	3,449	120,037	
Histórico psiquiátrico familiar	Não	1 [ref]	-	-	0,047
	Sim	6,067	1,020	36,075	
Constant		0,003	-	-	<0,001

A Tabela 30 apresenta os resultados da análise realizada com base no Transtorno Obsessivo Compulsivo. Dentre as variáveis utilizadas, as únicas que apresentaram dados significativos do ponto de vista estatístico foram: histórico psiquiátrico prévio e histórico psiquiátrico familiar, constituindo-se como fatores de risco.

Sujeitos com histórico psiquiátrico prévio apresentaram 20,346 vezes a chance de desenvolver TOC, e aqueles com histórico psiquiátrico familiar 6,067 vezes mais chance de desenvolver esse transtorno.

Tabela 31 – Modelo de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de Transtorno do Pânico por meio da SCID-IV

Variável	Categoria	Odds ratio	I.C < 95%		P valor
			Limite inferior	Limite superior	
Sexo	F	1 [ref]	-	-	0,026
	M	0,288	0,096	0,860	
Brief PHQ / corte 1	Não	1 [ref]	-	-	0,011
	Sim	2,929	1,284	6,680	
GAD-7 / corte 10	Não	1 [ref]	-	-	0,003
	Sim	3,464	1,545	7,768	
Constant		0,052	-	-	<0,001

Brief PHQ = Módulo de Ansiedade/ Pânico do Questionário de Saúde do Paciente; GAD-7 = Módulo de Ansiedade do Questionário de Saúde do Paciente.

De acordo com os dados da Tabela 31, pacientes homens apresentaram 0,288 vezes a chance de desenvolver Transtorno do Pânico quando comparados às mulheres.

Sujeitos que preencheram critérios de pânico e ansiedade, por meio dos instrumentos Brief PHQ e GAD-7, apresentaram 2,929 e 1,545 vezes a chance de desenvolvimento de Transtorno do Pânico, respectivamente.

Tabela 32 – Modelo de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) por meio da SCID-IV

Variável	Categoria	Odds ratio	I.C < 95%		P valor
			Limite inferior	Limite superior	
Escolaridade	1° Grau	1 [ref]	-	-	0,016
	2° Grau	1,308	0,576	2,972	0,521
	3° Grau	2,989	1,400	6,381	0,005
PHQ-4 A / corte 3	Não	1 [ref]	-	-	
	Sim	2,361	0,989	5,636	0,053
GAD-7 / corte 10	Não	1 [ref]	-	-	
	Sim	2,514	1,037	6,096	0,041
Constant		0,049	-	-	<0,001

PHQ-4 A = Questionário de Saúde do Paciente-4 Ansiedade; GAD-7 = Módulo de Ansiedade do Questionário de Saúde do Paciente.

A Tabela 32 indica que pacientes com 3° grau de escolaridade, se comparados a pacientes com 1° grau, apresentaram quase três vezes a chance de desenvolver um Transtorno de Ansiedade Generalizada (O.D = 2989).

Sujeitos com sintomas de ansiedade acima da média, indicados pelos instrumentos PHQ-A e GAD-7 apresentaram 2,361 e 2,514 vezes, respectivamente, a chance de ser diagnosticados com TAG.

Tabela 33 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de Fobia Específica por meio da SCID-IV

Variável	Categoria	Odds ratio	I.C < 95%		P valor
			Limite inferior	Limite superior	
Sexo	F	1 [ref]	-	-	0,005
	M	0,474	0,281	0,798	
Brief PHQ / corte 1	Não	1 [ref]	-	-	0,015
	Sim	1,936	1,134	3,304	
Estado civil	Solteiro	1 [ref]	-	-	0,089
	Casado	1,636	0,845	3,164	0,144
	Divorciado	3,216	1,275	8,833	0,017
	Viúvo	2,391	1,057	8,379	0,100
Constant		1,407	-	-	<0,001

Brief PHQ = Módulo de Ansiedade/Pânico do Questionário de Saúde do Paciente.

A Tabela 33 mostra que o sexo masculino apresentou-se como um fator de proteção contra o desenvolvimento de Fobia Específica (O.D = 0,474).

Sujeitos que preencheram critérios para pânico, no instrumento Brief PHQ, apresentaram 1,936 vezes a chance de ser diagnosticados com Fobia Específica.

Em relação ao estado civil, a única diferença estatisticamente significativa entre as categorias foi entre os sujeitos solteiros e os divorciados. Observou-se que os divorciados apresentaram 3,216 vezes a chance de desenvolver Fobia Específica, se comparados aos indivíduos solteiros.

Tabela 34 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de abuso de álcool por meio da SCID-IV

Variável	Categoria	Odds ratio	I.C < 95%		P valor
			Limite inferior	Limite superior	
Sexo	F	1 [ref]	-	-	<0,001
	M	4,294	1,906	9,675	
Ativo	Não	1 [ref]	-	-	0,036
	Sim	0,409	0,177	0,945	
FAST / corte 4	Não	1 [ref]	-	-	<0,001
	Sim	6,108	2,927	12,748	
Constant		0,035	-	-	<0,001

FAST = Teste Rápido de Identificação do Uso Abusivo de Álcool.

A Tabela 34 indica que pacientes homens apresentaram 4,294 vezes a chance de desenvolver um Transtorno de abuso de álcool, se comparados às mulheres dessa amostra, caracterizando-se como um grupo de risco.

A presença de atividade profissional mostrou-se como um fator de proteção para o etilismo (O.R = 0,409). Sujeitos que preencheram critérios para esse transtorno, por meio do instrumento FAST, mostraram ter 6,108 vezes a chance de obter diagnóstico de Transtorno de abuso de álcool.

Tabela 35 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de dependência de álcool por meio da SCID-IV

Variável	Categoria	Odds ratio	I.C < 95%		P valor
			Limite inferior	Limite superior	
Sexo	F	1 [ref]	-	-	0,003
	M	5,774	1,839	18,130	
FAST / corte 4	Não	1 [ref]	-	-	0,032
	Sim	2,795	1,093	7,146	
Constant		0,014	-	-	<0,001

FAST = Teste Rápido de Identificação do Uso Abusivo de Álcool.

A Tabela 35 indica que os homens apresentaram 5,774 vezes a chance de desenvolver um Transtorno de dependência de álcool, se comparados à parcela da amostra do sexo feminino.

Sujeitos que preencheram critérios de dependência de álcool, pelo instrumento FAST, apresentaram 2,795 vezes a chance de serem diagnosticados com esse transtorno pela SCID-IV.

Tabela 36 – Modelo final de regressão logística, tendo como variável de desfecho a presença de Abuso de tabaco por meio da SCID-IV

Variável	Categoria	Odds ratio	I.C < 95%		P valor
			Limite inferior	Limite superior	
FTND / corte 2	Não	1 [ref]	-	-	<0,001
	Sim	56,475	7,584	420,543	
Constant		0,004	-	-	<0,001

FTND = Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström.

De acordo com os dados apresentados pela Tabela 36, pacientes que preencheram critérios para abuso de substância não álcool (tabaco), após o preenchimento do instrumento FTND, apresentaram 56,475 vezes a chance de desenvolver um Transtorno de abuso de tabaco. Dessa forma, um índice acima do ponto de corte, na escala de rastreamento FTND, torna-se um fator de risco para o desenvolvimento do devido transtorno.

4.3 Estudo da validação discriminativa dos instrumentos de rastreamento utilizados

De forma a verificar o poder discriminativo dos instrumentos de rastreamento utilizados na Fase 1 do estudo, tendo-se como parâmetro a SCID-IV, calculou-se os índices de sensibilidade e especificidade dos mesmos, bem como a taxa de classificação incorreta.

Tabela 37 – Indicadores de sensibilidade, especificidade e taxa de classificação incorreta dos diferentes instrumentos utilizados, tendo-se como padrão-ouro para os diferentes transtornos a SCID-IV (n=400)

Transtorno Psiquiátrico (SCID-IV)	Instrumento	Sensibilidade	Especificidade	TCI
Depressão Maior atual	PHQ-4 D	0,53	0,88	0,17
Depressão Maior atual e/ou Distímia	PHQ-4 D	0,53	0,88	0,17
Abuso de álcool	FAST	0,58	0,86	0,17
Dependência de álcool	FAST	0,48	0,96	0,19
Abuso de tabaco	FTND	0,97	0,72	0,27
Transtorno de Pânico	Brief PHQ (item 1)	0,66	0,75	0,25
Qualquer transtorno de ansiedade	GAD-7	0,31	0,88	0,36
Qualquer transtorno de ansiedade	PHQ-4 A	0,41	0,82	0,36
Mania atual	QRD Item 1	0	0,75	0,25
Delírio	QRD Item 2	0	0,77	0,22
	QRD Item 3	0	0,68	0,32
	QRD Item 4	0	0,85	0,15
Alucinação	QRD Item 5	0	0,91	0,09

TCI = Taxa de classificação incorreta; PHQ-4 D = Questionário de Saúde do Paciente-4 Depressão; FAST = Teste Rápido de Identificação do Uso Abusivo de Álcool; FTND = Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström; Brief PHQ = Módulo de Ansiedade/Pânico do Questionário de Saúde do Paciente; GAD-7 = Módulo de Ansiedade do Questionário de Saúde do Paciente; PHQ-4 A = Questionário de Saúde do Paciente-4 Ansiedade; QRD = Questionário de Rastreamento de Distúrbios do Pensamento e Mania.

Conforme a tabela acima é possível perceber que os instrumentos utilizados apresentaram melhores indicadores de especificidade, se comparados aos de sensibilidade, exceto o instrumento FTND que denotou excelente sensibilidade.

Os itens de rastreamento de mania, delírio e alucinação apresentaram sensibilidade zero, ou seja, não se mostraram adequados para rastreamento nesta população específica.

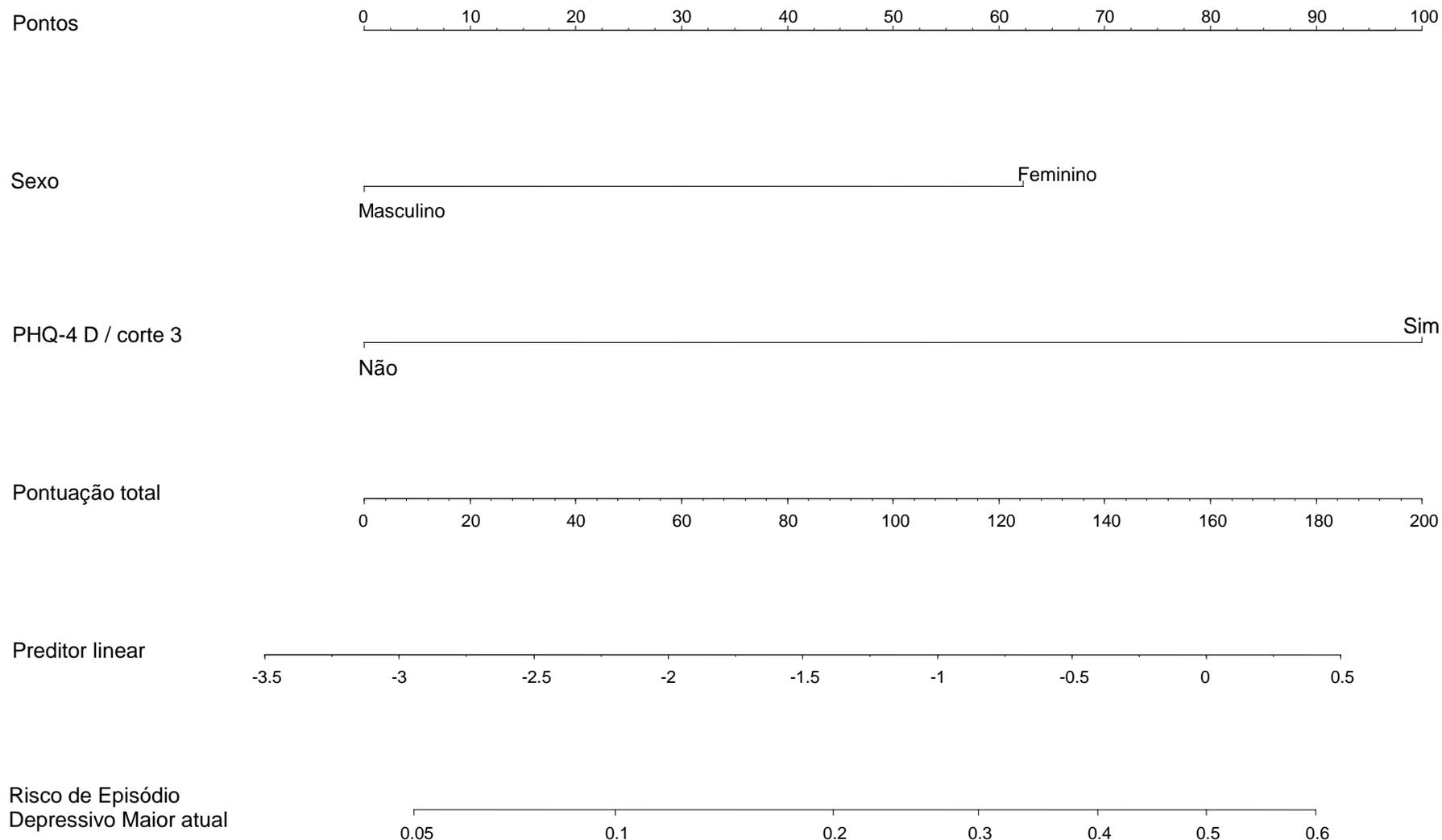
4.4 Proposição de um protocolo de rastreamento para atendimento psicológico ambulatorial

Considerando as variáveis sociodemográficas e clínicas que se mostraram preditoras dos diferentes transtornos psiquiátricos avaliados, bem como a capacidade discriminativa dos instrumentos de rastreamento estudados, construiu-se um protocolo de rastreamento (Apêndice E), que é composto pelas seguintes variáveis:

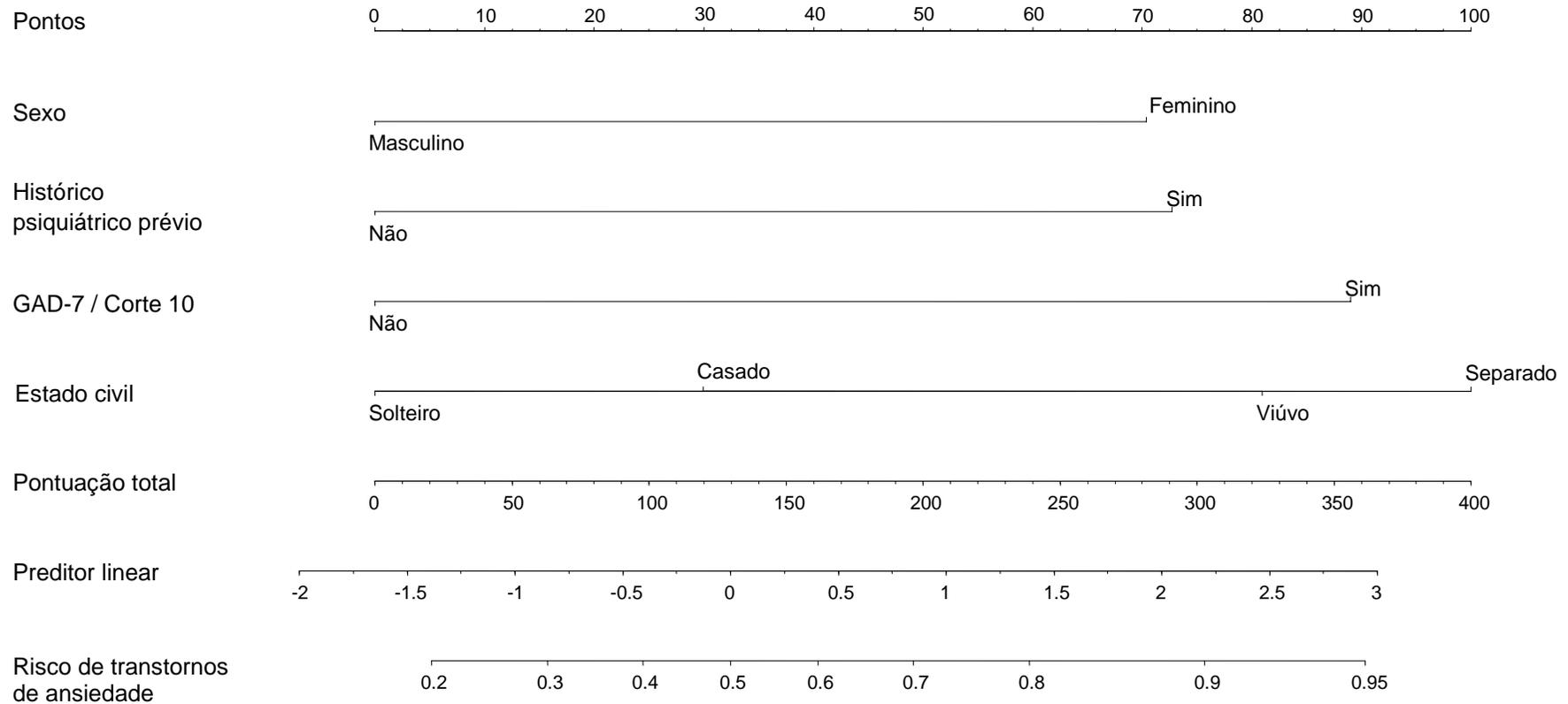
a) sexo; b) situação profissional; c) estado civil; d) escolaridade; e) duas questões do instrumento PHQ-04 D; f) sete questões do instrumento GAD-07; g) quatro questões do instrumento FAST; h) sete questões do instrumento FTND.

Na sequência, por meio de programa computacional específico, criou-se quatro nomogramas para estimar o risco da presença dos principais transtornos psiquiátricos identificados, a saber: Episódio Depressivo atual, Transtornos de ansiedade, Abuso de álcool e Abuso de tabaco, os quais podem ser visualizados abaixo.

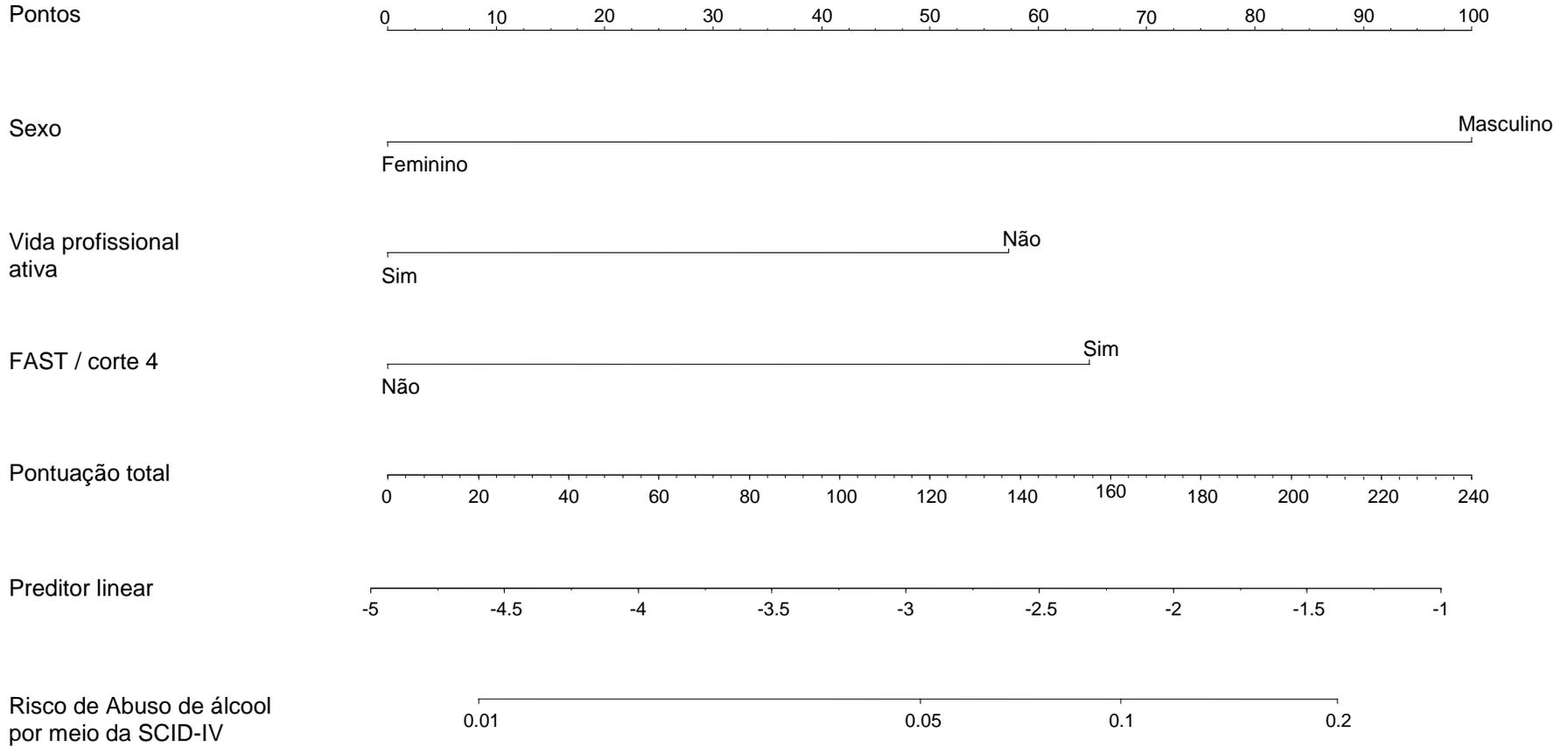
Nomograma 1 – Fatores de risco para desenvolvimento de Episódio Depressivo atual



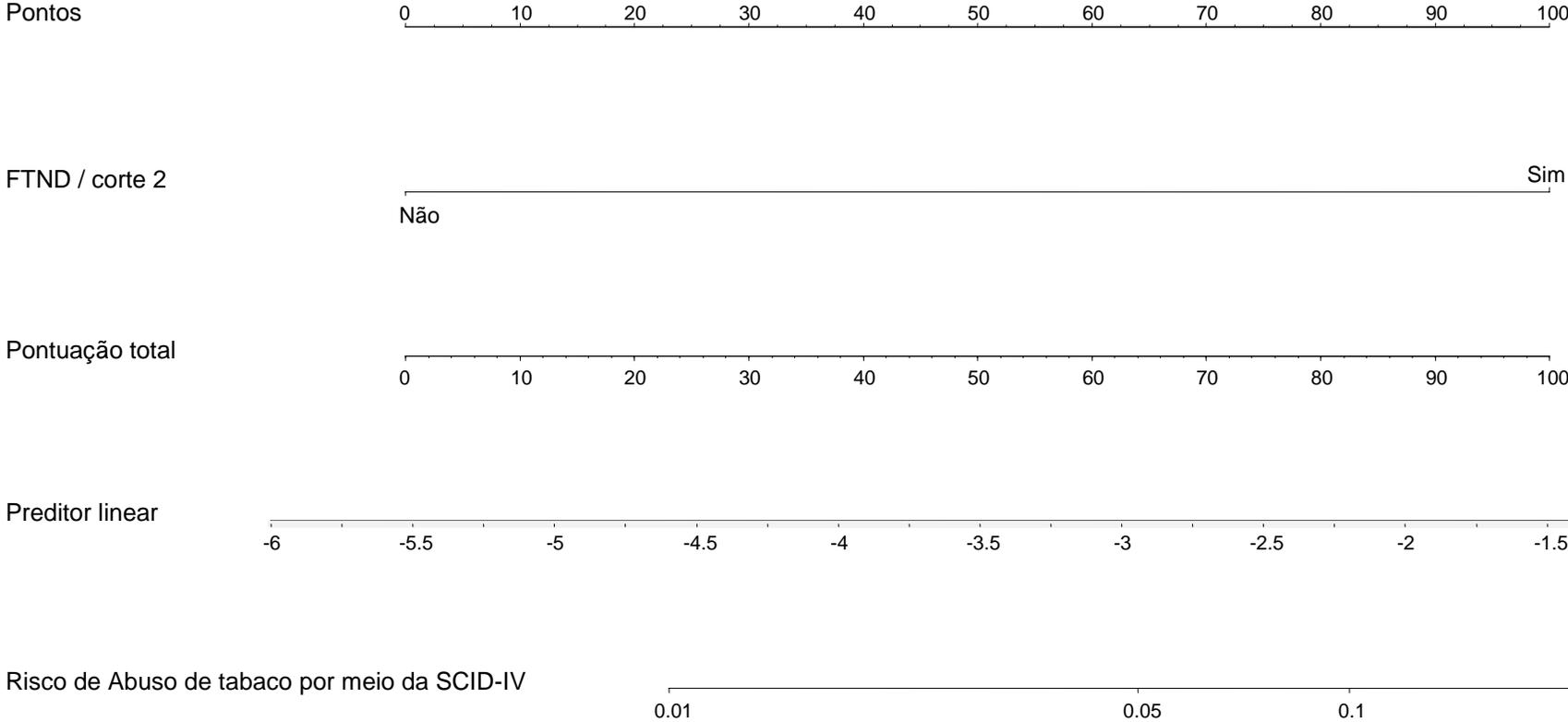
Nomograma 2 – Fatores de risco para desenvolvimento de Transtornos de ansiedade



Nomograma 3 – Fatores de risco para desenvolvimento de Abuso de álcool



Nomograma 4 – Fatores de risco para desenvolvimento de Abuso de tabaco



5 DISCUSSÃO

5.1 Desenvolvimento e contexto do estudo

Considerando a alta associação entre câncer e sintomas/transtornos psiquiátricos, o presente estudo buscou avaliar tais aspectos tendo como amostra pacientes com neoplasia em tratamento ambulatorial, utilizando instrumentos de rastreamento autoaplicáveis para avaliação de sintomas de depressão, ansiedade e de abuso/dependência de substâncias, além de entrevista diagnóstica estruturada para realização de diagnósticos clínicos (SCID-IV). Considerando ainda a realidade do Hospital de Câncer de Barretos, propôs-se a criação de um protocolo de rastreamento de tais transtornos, visando o rastreamento rápido de pacientes e encaminhamento para avaliação especializada, atendimento psicológico e psiquiátrico, se necessário.

Em um primeiro momento uma amostra estimada estatisticamente foi avaliada por meio de diferentes instrumentos de rastreamento autoaplicados.

Em um segundo momento, aplicou-se o instrumento padrão-ouro para realização de diagnóstico psiquiátrico, de forma a se estimar a real prevalência dos transtornos na amostra estudada e avaliar a capacidade discriminativa dos mesmos, objetivando validar sua aplicabilidade neste contexto. Considerou-se também que não existem estudos prévios com esta amostra, sobretudo na realidade do contexto do estudo.

Juntamente utilizou-se outro instrumento de ordem clínica e sociodemográfica, que foi integrado a tais indicadores por meio de análises estatísticas, para finalmente criar os nomogramas, que poderão ser facilmente utilizados pelos diferentes membros da equipe de tratamento.

5.2 O uso de instrumentos de rastreamento de transtornos mentais em oncologia

Os resultados encontrados por meio dos instrumentos de rastreamento utilizados, de forma geral, indicaram altas taxas de transtornos psiquiátricos, porém algumas se encontram abaixo daquelas encontradas em outros estudos.

Quanto às qualidades psicométricas dos instrumentos, verificou-se que os mesmos mostraram bons indicadores de especificidade, porém, a sensibilidade da maioria deles apresentou-se inadequada para o propósito de rastreio, diferente do observado em outros

estudos conduzidos com estes instrumentos que utilizaram outras amostras clínicas e não clínicas como parâmetro.

Essa diferença pode ser explicada de diferentes maneiras. Tomando como exemplo a depressão, percebe-se que a mesma geralmente se manifesta por sentimentos de desvalia e desespero, inibindo, muitas vezes, a procura de cuidado e interferindo na capacidade dos pacientes de avaliar a distorção emocional e cognitiva decorrente da depressão. Dessa forma, muitas vezes, seus sintomas acabam sendo atribuídos a doença.

Sintomas decorrentes de outros transtornos também podem ser confundidos pelo paciente. Acredita-se que isso se deve a dificuldade de identificação dos sintomas emocionais por parte dos indivíduos devido ao fato de os mesmos considerarem os sintomas provenientes do câncer e/ou consequência do tratamento (Greenberg 2004).

Além disso, acredita-se também que a interferência da baixa escolaridade, prevalente na amostra deste estudo, pode ter interferido nos resultados da aplicação das escalas. Quando são utilizadas escalas autoaplicáveis, corre-se o risco de haver dificuldade e confusão de entendimento das questões dos instrumentos por parte dos sujeitos, ocasionando respostas inapropriadas, mesmo com os cuidados despendidos durante a aplicação assistida.

Estudos brasileiros, que tinham como objetivo avaliar a capacidade discriminativa de alguns instrumentos, indicaram que uma grande parte da população brasileira tem baixa escolaridade, o que dificulta a autoadministração de instrumentos de rastreio, tornando fundamental a avaliação da confiabilidade dos mesmos (Crippa et al. 2001; de Lima Osório et al. 2007).

Outro fator importante é a capacidade ou forma de interpretação dos instrumentos por parte dos pacientes. Os instrumentos que rastrearam indicadores de transtornos do pensamento e mania, por exemplo, apresentaram resultados muito acima do esperado, sendo, dessa forma, questionáveis. A prevalência de sintomas de mania foi alta em grande parte da amostra, manifestando-se em quase 47% dos pacientes da especialidade de Cabeça e Pescoço; e manifestações de delírio predominaram em 55% da amostra total.

Contudo, quando se avalia a sensibilidade destes itens denota-se que ela é zero, ou seja, nenhum dos sujeitos que responderam positivamente ao item de fato possuíam o sintoma avaliado.

Essa diferença pode ser decorrente da dificuldade de compreensão das questões do instrumento por parte dos pacientes, considerando que o instrumento é composto por questões abrangentes e pouco específicas. Durante a correção do instrumento, percebeu-se que muitos sujeitos consideravam situações cotidianas não patológicas como sintomas. Uma mulher, por exemplo, respondeu de forma positiva ao delírio de referência, afirmando que vizinhas comentavam sobre ela depois que retirou um dos seios para tratamento do câncer; outro participante pontuou “sim” ao ser questionado sobre sintomas de mania, referindo que se sentiu muito contente ao se divorciar da esposa.

Dessa forma, é possível perceber a dificuldade de compreensão e avaliação destes sintomas por parte do indivíduo leigo, não especialista. Tal fato faz pensar sobre a importância da avaliação desses sintomas por um especialista, seja por meio de instrumentos de heteroaplicação ou por meio de entrevistas clínicas.

É importante ressaltar que os Itens para Rastreamento de Distúrbios do Pensamento e Mania foram adaptados do questionário *Self-Reporting Questionnaire (SRQ)*, bastante utilizado para rastreamento de transtornos mentais na população geral, originalmente composto por 30 questões. Foram extraídas quatro questões utilizadas para rastreamento de transtornos psicóticos, e adaptadas após a aplicação no projeto piloto devido às altas prevalências encontradas.

No entanto, acredita-se que mesmo após adaptação, o instrumento pode não ter sido a melhor opção para o rastreamento de sintomas psicóticos, devido aos resultados por ele apresentados. Tal fato novamente reforça a importância da avaliação de um especialista, considerando que um indivíduo leigo parece não ter condições de discriminar uma situação cotidiana de um sintoma psicopatológico.

Neste sentido Gonçalves et al. (2008) desenvolveu um estudo para avaliar o desempenho do SRQ como instrumento de rastreio no Brasil, e concluiu, que as questões para rastreamento de sintomas psicóticos desta escala, de certa forma, caíram em desuso, pois o rastreamento deste tipo de patologia por meio de instrumentos autoaplicáveis apresenta baixa sensibilidade, sendo indicada, preferencialmente, a busca ativa de casos.

Dessa forma, aponta-se para a importância de estudos que avaliem suas qualidades psicométricas. No presente estudo avaliou-se a capacidade discriminativa por meio de sensibilidade e especificidade. Os índices encontrados são considerados razoáveis, mas não

de excelência, diferente dos estudos onde esses instrumentos foram aplicados em outras amostras, conforme demonstrado a seguir.

Gomez (2005) utilizou o instrumento FAST para avaliar pacientes atendidos em Centros Básicos de Saúde, na Espanha, e encontrou taxa 0,80 para sensibilidade e 0,94 para especificidade. Em relação ao instrumento PHQ-4, Diez Quevedo et al. (2001), em seu estudo com pacientes internados em hospitais gerais, encontrou índice de sensibilidade de 0,87 e de especificidade de 0,88.

Meneses-Gaya (2011) utilizou os instrumentos: FAST para avaliar o nível de abuso de álcool e FTND para abuso de tabaco, em pacientes atendidos em Centros de Apoio para dependentes químicos e em Pronto Socorro. Encontrou para abuso de álcool taxas de 0,79 para sensibilidade e 0,86 para especificidade, adotando ponto de corte 4. Para abuso de tabaco encontrou 0,94 para sensibilidade e 0,29 de especificidade, adotando ponto de corte 2 (ambos os pontos de corte utilizados no presente estudo).

Alguns estudos que utilizaram a escala GAD-07, com mesmo ponto de corte 10, em amostras diferentes, encontraram taxas discrepantes. As taxas de sensibilidade variaram pouco: 0,83 a 0,89; as taxas de especificidade apresentaram maior variação: entre 0,46 e 0,82 (Kertz et al. 2012; Spitzer 2006).

Dessa forma é possível perceber que as taxas apresentam variações, mesmo adotando o mesmo ponto de corte, indicando que existem peculiaridades do uso dos instrumentos na amostra específica do presente estudo.

5.3 Prevalência de transtornos psiquiátricos nas diferentes especialidades oncológicas

Os dados obtidos por meio do presente estudo apontam uma prevalência de depressão que varia entre 16% e 18,55%, dependendo do instrumento utilizado. Tais índices são superiores a taxa de depressão encontrada em um estudo epidemiológico brasileiro recente, que encontrou uma prevalência de 9,4% (Andrade et al. 2012).

Quando se compara tais indicadores com outros encontrados em estudos com pacientes oncológicos, observam-se valores aproximados, entre 10,8% e 18,3% (Rasic et al. 2008; Brintzenhofe-Szoc et al. 2009; Ng Chong Guan et al. 2011; Mitchell et al. 2012). O estudo de metanálise desenvolvido por Mitchell et al. (2011) estimou a taxa de 16,3% de depressão para indivíduos com câncer, em tratamento em clínicas e hospitais oncológicos.

No entanto, outros estudos apresentaram taxas mais elevadas. A variação entre as

taxas de prevalência pode ocorrer dependendo dos instrumentos de avaliação utilizados e das características da amostra.

Kroenke et al. (2010), por exemplo, encontrou uma prevalência de 36,5% de pacientes com câncer com critérios para, no mínimo, depressão moderada, avaliados por um instrumento autoaplicável. Esta diferença pode ser explicada pelo fato de que a amostra deste estudo era predominantemente do sexo feminino, e 29% delas tinha diagnóstico de câncer de mama. Além disso, os sujeitos dessa amostra também relataram grau elevado de dor e 50% de diminuição nas suas atividades habituais nas últimas quatro semanas. A relação entre sexo feminino, câncer de mama e depressão já foi apontada em outros estudos, bem como a relação entre dor e depressão.

Ciaramella e Poli (2001) encontraram uma prevalência de 28% de depressão em pacientes oncológicos, avaliados pela SCID-IV e por outra entrevista diagnóstica. Esse estudo avaliou pacientes oncológicos em estágio avançado da doença. Dentre eles, 30% apresentava metástases, destes, 50% foram diagnosticados com depressão e 37% relataram altos níveis de dor. Estes fatores podem ter influenciado no aumento da taxa de prevalência de depressão encontrada.

Em relação à ansiedade, a média de prevalência na amostra total (n=1.385) variou entre 21,5% e 27,4%. Considerando os dados obtidos por meio da SCID-IV (n=400), 41,5% da amostra apresentou algum tipo de transtorno de ansiedade (Fobia Específica, TAG, TOC, TEPT, Transtorno do Pânico).

Alguns estudos internacionais encontraram taxas menores, como a meta-análise desenvolvida por Mitchell et al. (2011) que encontrou prevalência média de 10,3% de transtornos de ansiedade em pacientes com câncer após avaliar 70 estudos diferentes que utilizaram critérios do DSM-IV ou CID para avaliação da amostra.

Considerando o atual estudo, o transtorno de ansiedade mais prevalente foi a Fobia Específica, diagnosticada em 26,8% dos 400 pacientes entrevistados pela SCID-IV, seguida pelo Transtorno de Ansiedade Generalizada, encontrado em 11,5% dos participantes. Taxas aproximadas ou maiores que aquelas encontradas por meio de entrevista diagnóstica na população geral brasileira: 19,9% com algum tipo de transtorno de ansiedade (Andrade et al. 2012), e na população geral americana: 8,7% (Fobia Específica) e 3,1% (TAG) (Kessler et al. 2005). Estes dados corroboram com a literatura, que indica taxas mais elevadas de ansiedade em pacientes oncológicos.

Embora a prevalência média de depressão do presente estudo esteja entre 16% e 18,5%, em algumas especialidades oncológicas ela alcançou porcentagem superior a 25%, como nas pacientes da Ginecologia (30,3%). O mesmo ocorreu com a prevalência de ansiedade, que foi maior que 30% nas especialidades de Ginecologia e Tórax.

As especialidades Ginecologia, Mastologia e Tórax foram as que apresentaram maiores índices de depressão e ansiedade. Esse dado pode ser explicado pela presença exclusiva de mulheres nas duas primeiras especialidades.

Alguns estudos que avaliaram tanto pacientes com câncer ou admitidos em hospitais gerais, quanto à população geral, também encontraram maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em mulheres (Harter et al. 2001; Akhtar-Danesh & Landeen 2007; Brintzenhofe-Szoc et al. 2009; Fanger et al. 2010; Botega et al. 2010; Comer et al. 2011; Andrade et al. 2012), especialmente nas especialidades da Mastologia, como nos estudos de Al-Ghazal et al. (1999) e Qiu et al. (2009), por exemplo, que apontam uma prevalência de sintomas depressivos e ansiosos nesta população específica.

Em relação aos pacientes do Tórax/Pulmão, Hopwood e Stephens (2000) estudaram 987 pacientes com câncer de pulmão e encontraram sintomas depressivos em grande parte da amostra. Kramer (1999) também avaliou pacientes com câncer de pulmão, utilizando a escala autoaplicável HADS, e verificou que 37% deles apresentavam sintomas importantes de depressão.

Em relação ao abuso de tabaco, a taxa para amostra total foi de 40,2%, semelhante à prevalência de 44% encontrada por de Lima Osório et al. (2012) quando avaliou pacientes internados em um hospital geral nas alas de gastroenterologia e pneumologia, utilizando escalas de rastreamento e entrevista diagnóstica. No entanto, é superior a taxa encontrada por Molina et al. (2012) na população brasileira (24,1%). Estes achados apontam para o uso do tabaco como possível fator de risco, sobretudo para doenças oncológicas do aparelho respiratório.

Por outro lado, ao utilizar-se a entrevista diagnóstica para a amostra de 400 pacientes, a taxa de prevalência de abuso de tabaco foi de apenas 7,3%. A diferença entre as duas taxas encontradas pode ser justificada pela dificuldade dos pacientes em identificar e falar sobre o abuso de uma substância maléfica a saúde, por telefone, a um profissional da área da saúde.

A prevalência de tabaco foi encontrada também nos pacientes da especialidade do Tórax/Pulmão e ainda nos pacientes com tumor na região de cabeça e pescoço, dados que

condizem com a literatura em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasia nestas regiões do corpo (Vander et al. 1997; Kanda 2001; *World Health Organization* 2011; Pinto et al. 2011).

Compreende-se então que pacientes com câncer de pulmão apresentam alto índice de consumo de tabaco e também apresentam taxas significativas de depressão. Um estudo brasileiro que avaliou 501 tabagistas, verificou que 10,8% deles apresentavam depressão (Feitosa & Pontes 2011). Outro estudo brasileiro, desenvolvido por Botega et al. (2010) estudou 4.352 pacientes internados em hospital geral e percebeu que 16,9% da amostra apresentava dependência de tabaco e destes, 17,7% tinham depressão.

Alguns autores descrevem a probabilidade aumentada de ocorrência de episódios depressivos no período de abstinência da nicotina, sendo maior a possibilidade para pacientes com histórico de episódios depressivos no passado. Dessa forma, é possível pensar que, pacientes com câncer de pulmão, uma vez diagnosticados com a doença, podem iniciar um processo de diminuição ou remissão do hábito, desenvolvendo sintomas de abstinência, que favoreceriam o surgimento da depressão e sintomas de ansiedade (Bock et al. 1996; Covey et al. 1997).

A prevalência de abuso de álcool encontrada para a amostra total da Fase 1 foi de 20,3% e 15,3% para a Fase 2, considerando os transtornos de abuso e dependência de álcool. O estudo de Botega et al. (2010) encontrou índice semelhante: 15,5% em pacientes internados na ala oncológica, todos avaliados por um instrumento de rastreamento. Este mesmo estudo encontrou taxas inferiores em pacientes internados em hospital geral: 9,8%, o que reforça o maior uso dessa substância em pacientes com câncer.

Em relação às especialidades, o abuso de álcool foi predominante nos pacientes do Digestivo Alto e Tórax/Pulmão. Santos et al. (2012) avaliaram 162 pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior, no Brasil, e encontraram que 79% deles consumiam álcool. Estes dados são condizentes com a literatura, que indica que o álcool é um dos principais fatores de risco para esses tipos de câncer (Tuyns 1991; *World Health Organization* 2011; Santos et al. 2012).

Importante considerar que os homens predominaram entre os pacientes que apresentaram abuso de álcool e tabaco, o que também foi evidenciado por Burns (2003), Kessler et al. (2005a), Botega et al. (2010), González-López et al. (2012) e Abreu et al. (2012) na população geral de diferentes países. Os dados do presente estudo reforçam este achado,

já que o sexo masculino destacou-se como fator de risco para uso de substâncias, especialmente para abuso (O.R 4,294 / 1,906 - 9,675) e dependência de álcool (O.R 5,774 / 1,839 - 18,130).

Estas taxas elevadas, somadas ao comportamento associado ao sexo masculino, que, em geral, preocupa-se menos com a saúde e se envolve mais em situações de risco (de Barros & de Arkus 2001; Marín-León & Vizzotto 2003; Barreto & Figueiredo 2009; Pillon et al. 2005; de Souza 2005; Figueiredo 2005), apontam, novamente, para o uso destas substâncias como fator de risco para o desenvolvimento de doenças (Tuyns 1991; Vander et al. 1997; Kanda 2001; *World Health Organization* 2011; Pinto et al. 2011; Santos et al. 2012). Tal hipótese se confirma quando são observadas as maiores taxas de prevalência de abuso de álcool e tabaco nos pacientes das especialidades do Tórax/Pulmão, Digestivo Alto e naqueles com tumor na região de cabeça e pescoço.

As taxas encontradas de sintomas de mania, alucinação e delírio para a amostra total foram, respectivamente: 33,5%, 11% e 55,1%. Importante ressaltar que esses percentuais foram alcançados utilizando instrumentos autoaplicáveis, preenchidos pelos próprios sujeitos conforme sua autopercepção. Quando se considera os resultados obtidos com a aplicação da SCID-IV, na avaliação dos mesmos domínios, percebe-se alta discrepância entre os resultados, sendo a prevalência de Episódio Maníaco atual ou prévio de 1,0%, e de alucinação e delírio de 0%.

Acredita-se que essa diferença se deve a interpretação equivocada dos instrumentos de rastreamento por parte dos sujeitos, aspecto abordado anteriormente. Estudos prévios que avaliaram estas mesmas variáveis de forma específica na população oncológica, não foram evidenciados para que comparações pudessem ser realizadas.

5.4 Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em pacientes oncológicos

Baseando-se nas diferentes variáveis estudadas, buscou-se verificar fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos nessa população. Para isso, utilizou-se a amostra da Fase 2, pois optou-se tomar como parâmetro a presença de transtornos psiquiátricos, avaliados por meio de entrevista diagnóstica.

Assim, após análise dos resultados dessa amostra específica, encontrou-se correlação entre a presença de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas com a presença de alguns tipos de transtorno psiquiátrico.

Como destaque é possível citar a variável *sexo*. As mulheres apresentaram maiores taxas de depressão e ansiedade, se comparadas aos homens. Resultado semelhante ao encontrado em outros estudos (Kornstein et al. 2000; Rihmer & Angst 2005; Sarna et al. 2005; Ell et al. 2005; Burgess et al. 2005; Akhtar-Danesh & Landeen 2007; Botega et al. 2010; Fanger et al. 2010; Kessler et al. 2005, Molina et al. 2012).

Por outro lado, os homens predominaram entre os pacientes que apresentaram abuso de álcool e tabaco, o que também foi evidenciado em outros estudos (Burns 2003; Kessler et al. 2005a; Botega et al. 2010; González-López et al. 2012).

A variável baixa *escolaridade* também apresentou-se como fator de interferência nos níveis de depressão, ansiedade, abuso de álcool e tabaco. Estes achados condizem com outros estudos encontrados na literatura, que avaliaram tanto pacientes oncológicos quanto a população em geral (Caumo et al. 2001; Citero et al. 2003; Ohara-Hirano et al. 2004; Rihmer & Angst 2005; Kessler et al. 2005a; de Magalhães Filho et al. 2006; Akhtar-Danesh & Landeen 2007; Fanger et al. 2010; Molina et al. 2012).

Acredita-se que indivíduos com baixa escolaridade geralmente pertencem a uma classe social mais desfavorecida. As condições financeiras são reduzidas e o acesso à saúde é mais difícil, interferindo de forma negativa no enfrentamento de situações adversas. Dessa forma, essa população se torna mais vulnerável a desenvolver transtornos psiquiátricos. O que, por sua vez, é dificultado pelo acesso restrito ao atendimento de um especialista (Murphy et al. 1991; Lima 1999; Ludermir & Melo Filho 2002; Setton 2005; Ribeiro et al. 2006; Qiu et al. 2011; Costa et al. 2002).

Diante da falta de recursos de enfrentamento, esses indivíduos tornam-se também mais vulneráveis ao consumo ou abuso de tabaco e álcool e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de doenças causadas por estas substâncias, como o câncer, por exemplo. (Kane 1991; Primo & Stein 2004; da Costa et al. 2004; Organização Pan-Americana da Saúde 2004; de Lima & Viegas 2011; Abreu et al. 2012).

A presença de transtornos psiquiátricos prévios também aumenta a chance de desenvolvimento de comorbidades, como outro transtorno mental, ou até mesmo de reincidência. Indivíduos com histórico de transtorno psiquiátrico, principalmente se não

tratado adequadamente, podem ser mais suscetíveis ao surgimento de novos transtornos ou mesmo do agravamento do quadro emocional (Kissane et al. 1998; Grady-Weliky et al. 2002; Mystakidou et al. 2005; de Andrade 2006; Ferriolli et al. 2007; Mehnert & Koch 2007; Goebel et al. 2011; Jiménez-Castro et al. 2011). É comum encontrar indivíduos com transtornos de humor ou ansiedade que também apresentam transtorno por abuso de substâncias, por exemplo (Laranjeira et al. 2003; Botega et al. 2010; de Lima Osório et al. 2012).

É importante lembrar que transtornos psiquiátricos podem ter influência de fatores hereditários e constitucionais, o que justificaria a incidência do mesmo transtorno em diferentes membros da mesma família. Esse fato também pode ser explicado pela influência do meio aonde esses indivíduos vivem, pois compartilham de hábitos semelhantes e estão expostos aos mesmos fatores ambientais e culturais (Kendler et al. 1999; Silberg et al. 2001; Nogueira 2002; Margis et al. 2003; de Andrade et al. 2006).

A variável *atividade profissional* também mostrou-se como fator de interferência nos índices de depressão e uso de substâncias, sendo que pacientes inativos apresentaram maiores índices de sintomas depressivos e de abuso de cigarro e álcool.

Acredita-se que isso se deve, possivelmente, pelo impacto negativo que a perda de um emprego pode causar na rotina diária do indivíduo. O desemprego, ou mesmo a aposentadoria, podem desencadear diminuição da auto-estima, sentimento de desvalia, isolamento social e preocupação com questões financeiras, fatores que podem contribuir para o surgimento de sintomas ansiosos e depressivos, aumentando também o consumo de substâncias como tentativa de aliviar ou diminuir estes sintomas desconfortáveis (Possas 1989; Ludermir & Melo Filho 2002; de Oliveira 2007).

Dessa forma, concluiu-se que estas variáveis podem ser consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos nesta população.

5.5 Protocolo de rastreamento para atendimento psicológico ambulatorial

Após a aplicação dos instrumentos e análise dos resultados encontrados, concluiu-se, diante da baixa sensibilidade dos mesmos, que o uso exclusivo das escalas de rastreamento seria inadequado para construir o protocolo proposto inicialmente, a fim de alcançar o último objetivo do estudo.

Dessa forma, buscou-se integrar a presença de sintomatologias características dos diferentes transtornos com fatores de risco significativos, objetivando potencializar a sensibilidade do protocolo a ser utilizado.

O protocolo desenvolvido, então, agrupa os itens dos instrumentos que apresentaram maior discriminabilidade, bem como algumas características sociodemográficas e clínicas com as mesmas características; tudo isso ajustado a um nomograma que facilmente indica os fatores de risco, em função de cada transtorno em específico.

Além disso, foi construído de tal forma a pode ser utilizado por diferentes profissionais da equipe multidisciplinar, o que pode facilitar o encaminhamento ao profissional especializado, o que atualmente não ocorre na instituição sede desta pesquisa. Hoje grande parte dos sujeitos não é atendida, sequer avaliada quanto à presença de tais sintomas, que podem ter implicações negativas para o tratamento oncológico.

Acredita-se que a realidade de outros grandes centros de tratamento no Brasil, infelizmente, não foge daquela encontrada no Hospital de Câncer de Barretos, o que amplia o uso do protocolo para outros contextos, logicamente após testagem do mesmo.

5.6 Limitações do estudo

Considerando os dados apresentados, pode-se apontar alguns aspectos do estudo que merecem reflexões para estudos futuros.

O primeiro aspecto a ser destacado refere-se aos instrumentos utilizados para o rastreamento dos transtornos mentais. Para a escolha dos instrumentos, levou-se em consideração, além da presença de propriedades psicométricas aceitáveis, a amostra do estudo – caracterizada, sobretudo pela baixa escolaridade – o número de itens das escalas e a facilidade de aplicação.

Considerando-se que neste estudo, os indicadores de sensibilidade foram baixos, acredita-se que estudos futuros poderão testar o poder de rastreamento de outros instrumentos, e verificar se os índices de sensibilidade encontrados podem ser mais adequados para uso nesta população específica.

Além disto, destacam-se outros aspectos que não puderam ser avaliados por este estudo, e que merecem consideração para futuras pesquisas:

a) avaliação da presença de transtornos psiquiátricos em relação à etapa do tratamento e o tipo de tratamento oncológico, considerando que pacientes em cuidados paliativos podem

apresentar índices mais elevados de depressão e ansiedade; bem como os efeitos adversos de um tratamento adjuvante, como quimioterapia e radioterapia, que também podem interferir de forma significativa no estado emocional dos pacientes;

b) avaliação de pacientes oncológicos internados e pacientes em tratamento ambulatorial, para comparar os resultados e observar a diferença de prevalência de transtornos psiquiátricos. Acredita-se que pacientes internados podem apresentar maior alteração do humor devido às limitações de um regime de internação, às particularidades do ambiente hospitalar e à distância de familiares e amigos.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que é alta a associação entre o câncer e transtornos psiquiátricos, apresentando indicadores acima dos evidenciados para a população geral, caracterizando a população estudada como uma população de risco.

As especialidades da Ginecologia, Mastologia e Tórax foram aquelas que apresentaram maiores taxas, bem como as mulheres, sujeitos com baixa escolaridade e com histórico psiquiátrico prévio.

Os resultados encontrados reforçam a importância do rastreamento precoce de sintomas e de indicadores de transtornos psiquiátricos a fim de iniciar uma intervenção específica e, assim, auxiliar o paciente no enfrentamento do processo de adoecimento e tratamento.

No entanto, verificou-se que as escalas de rastreamento podem apresentar limitações para uso irrestrito neste contexto, sendo importante cautela na análise dos indicadores. Os nomogramas aqui propostos aparecem como uma solução prática e de fácil manejo a esta limitação evidenciada.

Como resultado maior deste estudo, criou-se um protocolo para uso de profissionais clínicos e/ou da área de saúde mental, que poderá auxiliar o processo de identificação e tratamento dos sintomas/transtornos mentais no Hospital de Câncer de Barretos e em outras instituições de saúde.

A triagem e detecção precoce do risco de desenvolvimento de transtornos mentais pode ser o caminho para qualificar esse cuidado e melhorar a qualidade de vida do paciente oncológico, mesmo durante o tortuoso processo de adoecer.

REFERÊNCIAS

- Abreu AMM, Jomar RT, Souza MHN, Guimarães RM. *Consumo nocivo de bebidas alcoólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família*. **Acta Paul Enferm**. 2012;25(2):291-5.
- Akhtar-Danesh N, Landeen J. *Relation between depression and sociodemographic factors*. **Int J Mental Health Syst**. 2007;1:4.
- Akiskal HS. *Mood disorders: clinical features*. In: Sadock BJ, Sadock, VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. **Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins**; 2005. p. 1611-52.
- Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. *Does cosmetic outcome from treatment of primary breast cancer influence psychosocial morbidity?* **Eur J Surg Oncol**. 1999;25:571-3.
- Amaro TA, Yazigi L, Erwenne C. *Psychological aspects and quality of life in uveal melanoma patients during the treatment process by ocular bulb remotion*. **Arq Bras de Oftalmol**. 2006;69:889-94.
- Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, Mast EE, Giovino GA, Remington PL. *Depression and the dynamics of smoking*. **JAMA**. 1990;264:1541-5.
- Andrade LH, Andreoni L, Silveira CM, Silva AC, Nishimura R, James AC, et al. *Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil*. **PLoS ONE**. 2012;7(2):e31879.
- Archer J, Hutchison I, Korszun A. *Mood and malignancy: head and neck cancer and depression*. **Journal of Oral Pathology & Medicine**. 2008;37(5):255-70.
- Asco Special Article (ASCO). *Cancer care during the last phase of life*. **J Clin Oncology**. 1998;16(5):1986-96.
- Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Jones RD, Berard RM; International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Consensus statement on depression, anxiety, and oncology*. **J Clin Psychiatry**. 2001;62 Suppl 8:S64-7.
- Baptista MN, Santos KM, Dias RR. *Auto-eficácia, locus de controle e depressão em mulheres com câncer de mama*. **Psicologia Argumento**. 2006;24(44):27-36.
- Barlow DH. *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. 2nd ed. **New York: Guilford Press**; 2002. p. 704.
- Barreto SM, Figueiredo RCD. *Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero*. **Rev Saúde Pública**. 2009;(43 Suppl 2):S38-47.

Baumeister H, Balke K, Harter M. *Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients.* **J Clin Epidemiology.** 2005;58(11):1090-100.

Beck AT, Ward C, Mendelson M. *Beck Depression Inventory (BDI).* **Arch Gen Psychiatry.** 1961; 4:561-71. 1 ed. Adaptação Brasileira: Jurema Alcides Cunha; 2001.

Berrios G, Porter R, editors. *A history of clinical psychiatry. The origin and history of mental disorders.* **London: The Athlone Press;** 1995.

Bock BC, Goldstein MG, Marcus BH. *Depression following smoking cessation in women.* **J Subst Abuse.** 1996;8:137-44.

Botega NJ, Mitsuushi GN, Azevedo RCS, Lima DD, Fanger PC, Mauro MLF, et al. *Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital.* **Revista Brasileira de Psiquiatria.** 2010;32(3).

Bottino SMB, Fraguas R, Gattaz WF. *Depressão e câncer.* **Revista de Psiquiatria Clínica.** 2009; 36:109-15.

Brandon TH, Unrod M. *Tobacco use and cessation.* In: Holland J, et al. *Psycho-Oncology.* 2nd ed. **London: Oxford University Press;** 2010. p. 15-21.

Brearley SG, Stamatakis Z, Addington-hall J, Foster C, Hodges L, Jarrett N, et al. *The physical and practical problems experienced by cancer survivors: a rapid review and synthesis of the literature.* **Eur J Oncol Nurs.** 2011;15:204-12.

Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Yuelin Li BS, Kissane DW, Zabora JR. *Mixed Anxiety/Depression Symptoms in a Large Cancer Cohort: prevalence by cancer type.* **Psychosomatics.** 2009;50:383-91.

Bruera E, Schmitz B, Pither J, Neumann C, Hanson J. *The frequency and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer.* **Journal of Pain and Symptom Management.** 2000; 19:357-62.

Bultz BD, Johansen C. *Screening for distress, the 6th vital sign: where are we, and where are we going?* **Psycho-Oncology.** 2011;20(6):569-71.

Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. *Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study.* **BMJ.** 2005;330:702-10.

Burke L, Miller L-A, Saad A, Abraham J. *Smoking behaviors among cancer survivors: an observational clinical study.* **Journal of Oncology Practice.** 2009;5.

Burns DM. *Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease.* **Prog Cardiovasc Dis.** 2003;46(1):11-29.

Carlson GA, Goodwin FK. *The stages of mania: a longitudinal analysis of the manic episode.* **Arch Gen Psychiatry.** 1973;28:221-8.

Carmo JT, Pueyo A. *A adaptação do português do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros.* **Rev Bras Médica.** 2002;59(1/2):73-80.

Caspi ASK, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, et al. *Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene.* **Science.** 2003;301:386-9.

Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, Ferreira MBC. *Risk factors for preoperative anxiety in adults.* **Acta Anaesthesiol Scand.** 2001;45(3):298-307.

Ciaramella A, Poli P. *Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment.* **Psycho-Oncology.** 2001;10:156-65.

Citero VA. *Descrição e avaliação da implantação do serviço de interconsulta psiquiátrica no Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A. C. Camargo.* **Dissertação (Mestrado).** São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.

Citero VA, Nogueira-Martins LA, Lourenço MT, Andreoli SB. *Clinical and demographic profile of cancer patients in a consultation-liaison psychiatric service.* **São Paulo Medical Journal.** 2003;121(3).

Clark PG, Rochon E, Brethwaite D, Edmiston K. *Screening for psychological and physical distress in a cancer inpatient treatment setting: a pilot study.* **Psycho-Oncology.** 2011; 20: 664-8.

Comer JS, Blanco C, Hasin D, Liu S, Grant BF, Turner JB, et al. *Health-related quality of life across the anxiety disorders.* **J Clin Psychiatry.** 2011;72(1):43-50.

Costa SF, Silvia M, Britto MAP, Gigante DP. *Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS.* **Rev Bras Epidemiol.** 2002;5(2):164-73.

Covey LS, Glassman AH, Stetner F. *Major depression following smoking cessation.* **Am J Psychiatry.** 1997;154:263-5.

Covey LS, Hughes D, Glassman A, Blazer D, George L. *Ever-smoking, quitting, and psychiatric disorders: evidence from Durham, North Carolina, Epidemiologic Catchment Area.* **Tob Control.** 1994;3:222-7.

Coyne JC, Stefanek M, Palmer SC. *Psychotherapy and survival in cancer: the conflict between hope and evidence.* **Psychological Bulletin.** 2007;133:367-94.

Crippa JA, Osório FL, Del-Bem CM, Filho AS, Freitas MCF, Loureiro SR. *Comparability between telephone and face-to-face structured clinical interview for in assessing social anxiety disorder.* **Perspectives in Psychiatric Care.** 2008; 44:241-7.

Crippa JA, Sanches RF, Hallak JE, Loureiro SR, Zuardi AW. *A structured interview guide increases brief psychiatric rating scale reliability in raters with low clinical experience.* **Acta Psychiatrica Scandinavica.** 2001;103(6):465-70.

Crocq, Marc-antoine. *Clinical research. Alcohol, nicotine, caffeine, and mental disorders.* **Dialogues Clin Neurosc.** 2003;5:175-85.

da Costa JSD, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AMB, et al. *Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study.* **Rev Saúde Pública.** 2004;38(2):284-91.

Dale W, Bilir P, Han M, Meltzer D. *The role of anxiety in prostate carcinoma: a structured review of the literature.* **Cancer.** 2005;104(3):467-78.

Dalton SO, Laursen TM, Ross L, Mortensen PB, Johansen C. *Risk for hospitalization with depression after cancer diagnosis: a nation wide, population-based study of cancer patients in Denmark from 1973-2003.* **J Clin Oncology.** 2009;27:1440-5.

de Andrade LH, Viana MC, Silveira CM. *Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher.* **Rev Psiquiatr Clin.** 2006;33(2)43-54.

de Barros MV, de Arkus VN. *Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria.* **Rev Saúde Pública.** 2001;35(6):554-64.

de Lima MS, Viegas CAA. *Avaliação do grau de ansiedade, depressão e motivação dos fumantes que procuraram tratamento para deixar de fumar no Distrito Federal.* **Revista Brasileira de Cancerologia.** 2011;57(3):345-53.

de Lima Osório F, Crippa JA, Loureiro SR. *A study of the discriminative validity of a screening tool (MINI-SPIN) for social anxiety disorder applied to Brazilian university students.* **European Psychiatry.** 2007;22(4):239-43.

de Lima Osório F, de Carvalho F, Carolina A, de Souza Crippa JA, Loureiro SR. *Screening for smoking in a general hospital: scale validation, indicators of prevalence and comorbidity.* **Perspectives in psychiatric care.** 2013;49(1):5-12.

de Magalhães Filho LL, Segurado A, Marcolino JAM, Mathias LAST. *Impacto da avaliação pré-anestésica sobre a ansiedade e a depressão dos pacientes cirúrgicos com câncer.* **Rev Bras de Anesthesiol.** 2006;56(2):126-136.

de Oliveira RP. *Processos excludentes no espaço intra-urbano: condição de vida, saúde e redes sociais dos chefes de família desempregados.* **Dissertação (Mestrado).** São Paulo: Presidente Prudente. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de Ciências e Tecnologia; 2007.

de Souza ER. *Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde.* **Ciênc Saúde Coletiva.** 2005;10(1):59-70.

Deimling GT, Kahana B, Bowman KF, Schaefer ML. *Cancer survivorship and psychological distress in later life*. **Psycho-oncology**. 2002;11:479-94.

Delgado-Guay M, Parsons H, Li Z, Palmer J, Bruera E. *Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in a palliative care setting*. **Supportive Care in Cancer**. 2009;17(5):573-9.

Department of Health and Human Services. *Mental health: a report of the surgeon general*. **USA: Rockville MD**; 1999.

Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. *Validation and Utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 General Hospital Spanish Inpatients*. **Psychosomatic Medicine**. 2001;63:679-86.

Dubovsky SL, Dubovsky AN. *Transtornos secundários do humor*. In: Dubovsky SL, Dubovsky AN. *Transtornos do Humor*. **Porto Alegre: Artmed**; 2004.

Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee PJ, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, et al. *Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer*. **J Clin Oncol**. 2005;23(13):3052-60.

Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, et al. *Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations*. *Biol Psychiatry*. 2005; 58(3):175-89.

Fagerstrom K-O. *Measuring degree of physical dependency to tobacco smoking with reference to individualization of treatment*. **Addictive Behaviors**. 1978;3:235-41.

Faller H, Bulzebruck H, Drings P, Lang H. *Coping, distress, and survival among patients with lung cancer*. **Archives of General Psychiatry**. 1999;56(8):756-62.

Fanger PC, Azevedo RCS, Mauro MLF, Lima DD, Gaspar KC, Silva VF, et al. *Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados*. **Rev Assoc Med Bras**. 2010;56(2):173-8.

Feitosa RCL, Pontes ERJC. *Levantamento dos hábitos de vida e fatores associados à ocorrência de câncer de tabagistas do município de Sidrolândia (MS, Brasil)*. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2011;16(2):605-13.

Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. *Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família*. **Rev. Saúde Pública**. 2007;41(2).

Figlie NB, Pillon SC, Dunn J, Laranjeira R. *The frequency of smoking and problem drinking among general hospital in patient in Brazil - Using the AUDIT and Fagerström Questionnaires*. **São Paulo Medical Journal**. 2000;118(5):139-43.

Figueiredo W. *Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária*. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2005;10(1):105-9.

Fleishman SB. *Treatment of symptom clusters: pain, depression and fatigue*. **J Natl Cancer Inst Monogr**. 2004; 2004(32):119-23.

Furlanetto LM, Brasil MA. *Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica*. **J Bras Psiquiatr**. 2006;55(1):8-19.

Furlanetto LM, Von Ammon Cavanaugh S, Bueno JR, Creech SD, Powell LH. *Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients*. **Psychosomatics**. 2000; 41:426-32.

Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Roy MA, Tremblay A. *Psychoactive medications and risk of delirium in hospitalized cancer patients*. **J Clin Oncology**. 2005;23(27).

Gigliotti MP, Tolentino ES, Tomita NE, Chinellato LEM. *Principais mecanismos de atuação do álcool no desenvolvimento do câncer oral*. **Odontologia. Clín.Cientif**. 2008;7(2):107-12.

Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, et al. *Smoking, smoking cessation and major depression*. **JAMA**. 1990;264:1546-9.

Goebel S, Von Harscher M, Mehdorn HM. *Comorbid mental disorders and psychosocial distress in patients with brain tumours and their spouses in the early treatment phase*. **Support Care Cancer**. 2011;19:1797–805.

Gomez A, Conde A, Santana JM, Jorrín A. *Diagnostic usefulness of brief versions of alcohol use disorders identification test (AUDIT) for detecting hazardous drinkers in primary care settings*. **Journal of Studies on Alcohol**. 2005;66(2):305-8.

Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. *Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*. **Cad. Saúde Pública**. 2008;24(2):380-90.

González-López JR, Rodríguez-Gázquez MA, Lomas-Campos MM. *Prevalência do consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas em adultos imigrantes latino-americanos*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2012;20(3).

Grady-Weliky TA. *Comorbidity and its implication on treatment: change over the life span*. Syllabus and Proceedings Summary, American Psychiatric Association 2002 Annual Meeting. **Philadelphia**; 2002. p. 295 (abstr 39B).

Grassi L, Indelli M, Marzola M, Maestri A, Santini A, Piva E, et al. *Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients*. **Journal of Pain and Symptom Management**. 1996;12:300-7.

Grassi L, Sabato S, Rossi E, Biancosino B, Marmai L. *Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research in oncology*. **Psychother Psychosom**. 2005;74:100-7.

Greenberg DB. *Barriers to the treatment of depression in cancer patients*. **J Natl Cancer Inst Monogr**. 2004;32:127-35.

Greer JA, Solis JM, Temel JS, Lennes IT, Prigerson HG, Maciejewski PK, et al. *Anxiety disorders in long-term survivors of adult cancers*. **Psychosomatics**. 2011;52(5):417-23.

Hajebia A, Motevalianb A, Amin-Esmaeilic M, Hefazic M, Radgoodarzi R, Rahimi-Movaghard A, et al. *Telephone versus face-to-face administration of the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, for diagnosis of psychotic disorders*. **Comprehensive Psychiatry**. 2012;53:579-83.

Harter M, Reuter K, Aschenbrenner A, Schretzmann B, Marschner N, Hasenburger A, et al. *Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment*. **Eur J Cancer**. 2001;37:1385-93.

Hewitt M, Rowland JH. *Mental health service use among adult cancer survivors: analyses of the National Health Interview Survey*. **J Clin Oncol**. 2002;20(23):4581-90.

Hopwood P, Stephens RJ. *Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data*. **J Clin Oncol**. 2000;18(4):893-903.

House A, Stark D. *Anxiety in medical patients: ABC of psychological medicine*. **BMJ**. 2002; 325.

Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Brasil. *Falando sobre câncer e seus fatores de risco*. 2nd ed. **Rio de Janeiro: Ministério da Saúde**; 1998.

Instituto Nacional do Câncer. Brasil. *Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil*. [Internet] Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2003 [cited 2009 Jun]; Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativas/2003/>.

Instituto Nacional do Câncer. Brasil. *Fatores de risco*. [Internet] Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005a [cited 2012 May]; Available from http://www1.inca.gov.br/vigilancia/fatores_de_risco.html.

Instituto Nacional do Câncer. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. *Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil*. [Internet] Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005b [cited 2009 Jun]; Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006>.

Instituto Nacional do Câncer. Brasil. *Câncer de pulmão*. [Internet] Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2009 Jun]; Available from: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao>.

Instituto Nacional do Câncer. Brasil. *Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. [Internet] Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2009 Jun]; Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.Link=conteudo>.

Instituto Nacional do Câncer. Brasil. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. 2nd ed. rev. e atual. Organização Luiz Claudio Thuler. **Rio de Janeiro: Ministério da Saúde**; 2012a.

Instituto Nacional do Câncer. Brasil. *Prevenção e fatores de risco: alcoolismo*. [Internet] Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2012b [cited 2012 Aug]; Available from: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=14.

Jacobsen PB, Jim HS. *Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges*. **CA Cancer J Clin**. 2008;58:214-30.

Jadoon NA, Munir W, Shahzad MA, Choudhry ZS. *Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study*. **BMC Cancer**. 2010;10:594.

Jaspers K. *Psicopatologia geral*. **Rio de Janeiro: Atheneu**; 1987.

Jiménez-Castro L, Raventós-Vorst H, Escamilla M. *Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias: prevalencia y características sociodemográficas en la población latina*. **Actas Esp Psiquiatr**. 2011;39(2):123-30.

Jones RD. *Depression and anxiety in oncology: the oncologist's perspective*. **J Clin Psychiatry**. 2001;62(8):52-5.

Qiu J, Yang M, Chen W, Gao X, Liu S, Shi S, et al. *Prevalence and correlates of major depressive disorder in breast cancer survivors in Shanghai, China*. **Psycho-Oncology**. 2011.

Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. *Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer*. **Cancer**. 2005;104(12):2872-81.

Kanda JL. *Epidemiologia, diagnóstico, patologia e estadiamento dos tumores primários múltiplos de cabeça e pescoço*. In: Carvalho MB. *Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia*. **São Paulo: Atheneu**; 2001. p. 277-83.

Kane GP. *Psychosocial factors and nicotine dependence*. In: Coccores JA, editor. *The Clinical Management of Nicotine Dependence*. **New York, NY: Springer-Verlag**; 1991. p. 28-35.

Kao T, Schneider S, Hofman K. *Co-occurrence of alcohol, smokeless tobacco, cigarette, and illicit drug use by lower ranking military personnel*. **Addict Behav**. 2000;23:253-62.

Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Tratado de psiquiatria*. 6th ed. **Porto Alegre: Artes Médicas**; 1999.

Karakiewicz PI, Benayoun S, Kattan MW, Perrotte P, Valiquette L, Scardino PT, et al. *Development and validation of a nomogram predicting the outcome of prostate biopsy based on patient age, digital rectal examination and serum prostate specific antigen*. **Journal Urol**. 2005; 173(6):1930-4.

- Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. *Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression*. **Am J Psychiatry**. 1999;156:837-41.
- Kertz S, Bigda-Peyton J, Bjorgvinsson T. *Validity of the Generalized Anxiety Disorder-7 Scale in an acute psychiatric sample*. **Clin. Psychol. Psychother**. 2012.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. **Archives of General Psychiatry**. 2005a; 62:593-602.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. *Prevalence, severity and comorbidity of 12 month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. **Arch Gen Psychiatry**. 2005b; 62:617-27.
- King ALS, Nardi AE, Cruz MS. *Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão*. **J Bras Psiquiatr**. 2006;55(1):70-3.
- Kiss A. *Psychosocial/psychotherapeutic interventions in cancer patients: consensus statement*. **Support Care Cancer**. 1995;3:270-1.
- Kissane DW, Clarke DM, Ikin J, Bloch S, Smith GC, Vitetta L, et al. *Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey*. **Med J Aust**. 1998;169:192-6.
- Kissane DW, Grabsch B, Love A, Clarke DM, Bloch S, Smith GC. *Psychiatric disorders in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis*. **Aust N Z J Psychiatric**. 2004;38(5):320-6.
- Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keitner GI, et al. *Gender differences in chronic major and double depression*. **Journal of Affective Disorders**. 2000;60:1-11.
- Kramer JA. *Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in the assessment of depression in patients with inoperable lung cancer*. **Palliat Med**. 1999;13:353-4.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Lowe B. *An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4*. **Psychosomatics**. 2009;50(6):613-21.
- Kroenke K, Theobald D, Wu J, Loza JK, Carpenter JS, Tu W. *The association of depression and pain with health-related quality of life, disability and health care use in cancer patients*. **J Pain Symptom Manage**. 2010;40(3):327-41.
- Laranjeira R, Zaleski M, Marques AC, Nicastrí S, Gigliotti A, Lemos T, Kessler F, Romano M, Alves H, Abelardino V, Ratto L. *Diretrizes sobre comorbidades psiquiátricas X dependência ao álcool e outras substâncias*. ABEAD/2003. [Internet]. [cited 2014 jan]. Available from: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/outros/Diretrizes%20Sobre%20Comorbidades%20Psiquiatricas%20e%20Dependencia%20Ao%20Alcool.pdf>.

Lee S, Tsang A, Lau L, Mak A, Lam Ng K, Chan DM. *Concordance between telephone survey classification and face-to-face structured clinical interview in the diagnosis of generalized anxiety disorder in Hong Kong.* **Journal of Anxiety Disorders.** 2008;22:1403-11.

Lee S, Tsang A, Mak A, Lee A, Lau L, Ng KL. *Concordance between telephone survey classification and face-to-face interview diagnosis of one-year major depressive episode in Hong Kong.* **Journal of Affective Disorders.** 2010;126:155-60.

Lima MS. *Epidemiologia e impacto social.* **Rev Bras Psiquiatr.** 1999;(21 supl 1):S1-5.

Lima IVM, Sourgey EB, Vallada Filho H.P. *Genética dos transtornos afetivos.* **Rev Psiquiatr Clin.** 2004;31:34-9.

Lloyd-Williams M. *Depression in advanced cancer: a hidden symptom.* **J R Coll Physicians Lond.** 2001;1:175-6.

Lotufo NF, Yacubian J, Scalco AZ, Gonçalves L. *Terapia comportamental cognitiva dos transtornos afetivos.* In: RANGÉ B, org. *Psicoterapias Cognitivo Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.* **Porto Alegre: Artmed;** 2001.

Ludermir AB, Melo Filho DD. *Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns.* **Rev Saúde Pública.** 2002;36(2):213-21.

Madeira N, Albuquerque E, Santos T, Mendes A, Roque M. *Death ideation in cancer patients: contributing factors.* **Journal of Psychosocial Oncology.** 2011;29(6):636-42.

Malbergier A, Oliveira JR HP. *Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica.* **Rev. Psiqu. Clín.** 2005;32(5):276-82.

Margis R, Picon P, Cosner AF, Silveira RDO. *Relação entre estressores, estresse e ansiedade.* **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.** 2003;25(1):65-74.

Mari JJ, Williams P. *A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo.* **Br J Psychiatry.** 1986;148:23-6.

Marín-León L, Vizzotto MM. *Comportamentos no trânsito: um estudo epidemiológico com estudantes universitários.* **Cad. Saúde Pública.** 2003;19(2):515-23.

Massie MJ. *Prevalence of depression in patients with cancer.* **J Natl Cancer Inst Monogr.** 2004;32:57-71.

Mehnert A, Koch U. *Prevalence of acute and posttraumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study.* **Psycho Oncol.** 2007;16:181-8.

Meijer A, Roseman M, Milette K, Coyne JC, Stefanek ME, et al. *Depression Screening and Patient Outcomes in Cancer: A Systematic Review.* **PLoS ONE.** 2011; 6(11):e27181.

Menezes-Gaya C, Crippa JAS, Zuardi AW, Loureiro SR, et al. *The Fast Alcohol Screening Test (FAST) is as good as the AUDIT to screen alcohol use disorders.* **Substance Use & Misuse.** 2011;45:1542-57.

Menezes-Gaya C, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JAS. *Is the Fagerström Test for nicotine dependence a good instrument to assess tobacco use in patients with schizophrenia?* **Revista Brasileira de Psiquiatria.** 2009;31:289-90.

Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. *Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based.* **The Lancet Oncology.** 2011;12(2):160-74.

Mitchell AJ, Lord K, Symonds P. *Which symptoms are indicative of DSMIV depression in cancer settings? An analysis of the diagnostic significance of somatic and non-somatic symptoms.* **Journal of Affective Disorders.** 2012;138:137-48.

Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, de Souza LDM, Tomasi E. *Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária.* **Rev Psiq Clín.** 2012;39(6):194-7.

Moreno RA, Moreno DH, Ratzke R. *Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar.* **Rev. Psiq. Clín.** 2005;32(1):39-48.

Murphy JM, Olivier DC, Monson RR, Sobol AM, Federman EB, Leighton AH. *Depression and anxiety in relation to social status.* **Arch Gen Psychiatry.** 1991;48:223-8.

Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. *Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life.* **Qual Life Res.** 2005;14:1825-33.

National Cancer Institute. NCI. National Institutes of Health. *Distúrbios cognitivos e delírio.* [Internet]. [cited 2012 oct]. Available from: <http://o.canbler.com/artigo/transtornos-cognitivos-e-pdq-delirio>.

Ng Chong Guan, Boks MP, Zainal NZ, de Wit NJ. *The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients.* **J Affect Disord.** 2011;131(1):1-7.

Nogueira MJ. *Diagnóstico psiquiátrico: um guia.* São Paulo: Lemos; 2002. p. 316.

Ohara-Hirano Y, Kaku T, Hirakawa T, Noguchi Y, Hirata N, Shinkoda H, et al. *Uterine cervical cancer: a holistic approach to mental health and its socio-psychological implications.* **Fukuoka Igaku Zasshi.** 2004;95(8):183-94.

Oliveira MV, Oliveira TR, Pereira CA, Bonfim AV, Filho FS, Voss LR. *Smoking among hospitalized patients in a general hospital.* **Jornal Brasileiro de Pneumologia.** 2008;34(11): 936-41.

Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed; 1993.

Organização Mundial Da Saúde. *Relatório da OMS sobre epidemia global de Tabagismo*. 2008. [Internet] [cited 2013 Jul]; Available from: http://www1.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_Relatorio.pdf.

Organização Pan-Americana da Saúde. *Tabaco e pobreza, um círculo vicioso: a convenção quadro de controle do tabaco: uma resposta*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Pandey M, Sarita GP, Devi N, Thomas BC, Hussain BM, Krishnan R. *Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy*. **World J Surg Oncol**. 2006;4:68.

Pillon SC, O'Brien B, Chavez KAP. A relação entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2005;13 Suppl 2: S1169-76.

Pinquart M, Duberstein PR. *Depression and cancer mortality: a meta-analysis*. **Psychol Med**. 2010; 40(11):1797-810.

Pinto FR, Matos LL, Gumz WS, Vanni CMRS, Rosa DS, Kanda JL. *Manutenção do tabagismo e etilismo em pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço: influência do tipo de tratamento oncológico empregado*. **Rev Assoc Med Bras**. 2011;57(2):171-6.

Pirl WF. *Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients*. **J Natl Cancer Inst Monogr**. 2004;32:32-9.

Pirl WF, Roth A. *Diagnosis and treatment of depression in cancer patients*. **Oncology**. 1999; 13:1293-302.

Possas C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1989.

Primo NLNP, Stein AT. *Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo de base populacional*. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**. 2004;26(3):280-6.

Qiu J, Yang M, Chen W, Gao X, Liu S, Shi S, Xie B. *Prevalence and correlates of major depressive disorder in breast cancer survivors in Shanghai, China*. **Psycho-Oncology**. 2011.

Raison CL, Demetrashvili M, Capuron L, Miller AH. *Neuropsychiatric adverse effects of interferon-alpha: recognition and management*. **CNS Drugs**. 2005;19(2):105-23.

Raison CL, Miller AH. *Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment*. **Biological Psychiatry**. 2003;54(3):283-94.

Ramasubbu R, Patten SB. *Effect of depression on stroke morbidity and mortality*. **Can J Psychiatry**. 2003;48:250-7.

Rasic DT, Belik SL, Bolton JM, Chochinov HM, Sareen J. *Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample*. **Psychooncology**. 2008;17:660-7.

Razavi D, Stiefel F. *Common psychiatric disorders in cancer patients II: anxiety and acute confusional states*. **Supportive Care in Cancer**. 1994;2:233-7.

Reiche EM, Nunes SO, Morimoto HK. *Stress, depression, the immune system, and cancer*. **Lancet Oncol**. 2004;5:617-25.

Reis SRA, Sadigursky M, Andrade MGS, Soares LP, Santo ARE, Boas DSV. *Efeito genotóxico do etanol em células da mucosa bucal*. **Pesquisa Odontológica Brasileira**. 2002;16(3).

Revista da Associação Médica Brasileira. *Câncer no Brasil: presente e futuro*. [Internet]. São Paulo. 2004;50(1) [cited 2011 dec]; Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2302004000100001&lng.

Ribeiro MCSA, Barata RB, de Almeida MF, da Silva ZP. *Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003*. **Cienc. saude coletiva**. 2006;11(4):1011-22.

Rihmer Z, Angst L. *Mood disorders: epidemiology*. In: Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 1575-1582.

Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L, et al. *Anxiety disorders and comorbid medical illness*. **Gen Hosp Psychiatric**. 2008;30(3):208-25.

Rundell JR, Wise MG, editors. *The American Psychiatric Press textbook of consultation-liaison psychiatry: psychiatry in the medically ill*. 2nd ed. **American Psychiatric Press**. Washington; 2002.

Santos EM. *Estudo bibliográfico sobre o histórico da Psico-Oncologia*. Publicação científica da Faculdade de Ciências da Saúde de Garça / FASU – Mantida pela Associação Cultural e Educacional de Garça. **Rev Científica Eletrônica de Psicologia**. 2005;ano III(5).

Santos RA, Portugal FB, Felix JD, Santos PMO, Siqueira MM. *Avaliação Epidemiológica de Pacientes com Câncer no Trato Aerodigestivo Superior: Relevância dos Fatores de Risco Álcool e Tabaco*. **Rev Bras Cancerologia**. 2012;58(1):21-9.

Sarna L, Brown JK, Cooley ME, Williams RD, Chernecky C, Padilla G, et al. *Quality of life and meaning of illness of women with lung cancer*. **Oncol Nurs Society**. 2005;32(1):E9-E19.

Sartori S, Landgraf R, Singewald N. *The clinical implications of mouse models of enhanced anxiety*. **Future Neurology**. 2011;6(4):531-71.

Satin JR, Linden W, Phillips MJ. *Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis*. **Cancer**. 2009;115(22):5349-61.

Scorza FA, Guerra ABG, Cavalheiro EA, Calil HM. *Neurogênese e depressão: etiologia ou nova ilusão?* **Rev Bras Psiquiatr.** 2005;27:249-53.

Setton MDGJ. *Um novo capital cultural: pré-disposições e disposições à cultura informal nos segmentos com baixa escolaridade.* **Educação & Sociedade.** 2005;26(90):77-105.

Silberg J, Rutter M, Neale M, Eaves L. *Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls.* **British J Psychiatry.** 2001;179:116-21.

Slawin KM, Diblasio CJ, Kattan MW. *Minimally Invasive Therapy for Prostate Cancer: Use of Nomograms to Counsel Patients about the Choice and Probable Outcome of Therapy.* **Rev Urol.** 2004;6 Suppl 4:S3-8.

Smith E, Gomm S, Dickens C. *Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer.* **Pall. Medicine.** 2003;17:509-13.

Soares HA. *Manual de câncer bucal.* Conselho Regional de Odontologia do estado de São Paulo; 2nd ed., Biênio 2005/2007.

Souza AIJ, Erdmann ALA. *Criança com diagnóstico de câncer: revisitando o caminho das políticas de atendimento.* **Revista Gaúcha de Enfermagem.** 2003;24(1):23-33.

Spencer R, Nilsson M, Wright A, Pirl W, Prigerson H. *Anxiety disorders in advanced cancer patients: correlates and predictors of end of life outcomes cancer.* **Cancer.** 2010;116(7):1810-9.

Spiegel D, Giese-Davis J. *Depression and cancer: mechanisms and disease progression.* **Biol Psychiatry.** 2003;54(3):269-82.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe BA. *Brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7.* **Arch Internal Medicine.** 2006;166(10):1092-7.

Spitzer RL, Williams JR, Gibbon M, First MB. *Instruction manual for the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID 5/1/89 Revision).* **New York: Biometrics Research Department/ New York State Psychiatric Institute;** 1989. p. 1-56.

Spitzer RL, Williams JR, Gibbon M, First MB. *The structured clinical interview for DSM-III-R. I - history, rationale, and description.* **Arch Gen Psychiatry.** 1992;49:624-9.

Staab JP, Datto CJ, Weinrieb RM, Gariti P, Rynn M, Evans DL. *Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings.* **Medical Clinics North America.** 2001; 85:579-96.

Stout CE, Cook LP. *New areas for psychological assessment in general health care settings: what to do today to prepare for tomorrow.* **J Clin Psychiatry.** 1999;55(7):797-812.

Tchekmedyan N, Kallich J, Mcdermott A, Fayers P, Erder M. *The relationship between psychological distress and cancer-related fatigue.* **Cancer.** 2003;98:198-203.

Tuyns AJ. International Agency for Research on Cancer. *An instructive association. Alcohol and cancer.* France. **Br J Cancer.** 1991;64:415-6.

Vander Ark W, DiNardo LJ, Oliver DS. *Factors affecting smoking cessation in patients with head and neck cancer.* **Laryngoscope.** 1997;107:888-92.

Williams JB, Pang D, Delgado B, Kocherginsky M, Tretiakova M, Krausz T, et al. *A model of gene-environment interaction reveals altered mammary gland gene expression and increased tumor growth following social isolation.* **Cancer Prev Res (Phila).** 2009;2:850-61.

Wilson KG, Chochinov HM, Skriko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, et al. *Depression and anxiety disorders in palliative cancer care.* **Journal of Pain and Symptom Management.** 2007;33(2).

World Health Organization. *Prevention and promotion in mental health.* Geneva; 2002.

Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. *A systematic review of the mortality of depression.* **Psychosomatic Medicine.** 1999;61:6-17.

Zigmond AS, Snaith RP. *The Hospital Anxiety and Depression Scale.* **Acta Psych Scand.** 1983; 67:361-70.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

<p>PROJETO DE PESQUISA: RASTREAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES AMBULATORIAIS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO</p>

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -

Os transtornos mentais, como depressão, ansiedade, abuso de álcool e cigarros, entre outros, são muito comuns na população, podendo diminuir a qualidade de vida das pessoas, causando dificuldades para o indivíduo, seus familiares, seu trabalho, sua saúde, com consequências para a sociedade em geral. Apesar destes problemas poderem melhorar com tratamento, muitas vezes as pessoas não reconhecem tê-los.

Um dos objetivos dessa pesquisa é conhecer o quanto as pessoas que estão realizando tratamento oncológico podem sofrer destes problemas, bem como avaliar a utilidade de questionários e escalas para identificar tais problemas. Considera-se que o uso desses questionários e escalas poderá contribuir para facilitar a identificação de pessoas com tais problemas, o que favorecerá o tratamento das mesmas.

Para tanto estamos solicitando a sua participação para responder alguns destes questionários, escalas e entrevista, que auxiliarão neste processo.

Caso você aceite participar, estará nos ajudando a melhorar a possibilidade de identificar estes problemas com maior rapidez e eficiência, beneficiando, no futuro, outras pessoas, que precocemente poderão ser diagnosticadas e tratadas. Vale a pena salientar que só o resultado positivo nos questionários e escalas não é por si só indicador da depressão, ansiedade e do abuso de álcool e cigarro, pois estes questionários tem uma margem de erro, e isto é parte do que queremos conhecer nesta pesquisa.

Num primeiro momento sua participação consistirá em responder por escrito a um questionário de identificação e seis questionários, com cerca de 25 perguntas no total, nas quais você estará avaliando seus sentimentos e comportamentos. Para tanto você gastará em torno de 10 a 15 minutos. Num segundo momento, entraremos em contato telefônico com você para conversarmos um pouco a respeito destes seus sentimentos e comportamentos. Esta conversa tem por objetivo aprofundar o conhecimento dos questionários e escalas. Esta segunda etapa levará cerca de 20 a 50 minutos.

A sua participação será voluntária e não terá nenhum custo ou risco para você ou para a sua saúde. Caso no decorrer das atividades desista de participar, poderá entregar os questionários/escalas sem, ou antes de terminar de respondê-los, bem como interromper a entrevista, sem qualquer constrangimento ou prejuízo para seu tratamento.

Se por acaso você for identificado como portador de alguns destes problemas, serão colocadas à sua disposição informações sobre os mesmos (sinais, sintomas, curso, evolução e tratamento) e a possibilidade de encaminhamento para tratamento medicamentoso e/ou psicológico em serviço específico do Hospital do Câncer de Barretos ou de sua cidade, caso tenha interesse.

Sem qualquer identificação dos participantes, nos comprometemos com a divulgação científica das informações colhidas e assumimos a responsabilidade por qualquer prejuízo que a participação no estudo possa acarretar.

Qualquer dúvida que você tenha poderá entrar em contato com o coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos (Dr. Sergio Vicente Serrano, no telefone: 17 3321-6600 R=6894), ou com os responsáveis pelo projeto:

Flávia de Lima Osório
Psicóloga – CRP 06/53152

Manuela Polidoro Lima
Psicóloga – CRP 06/94597

Eu,.....,

RG, tendo lido as informações acima,

voluntariamente concordo em participar do referido projeto de pesquisa, estando ciente dos meus direitos e da possibilidade de desistência sem quaisquer ônus ou prejuízos.

Assinatura

Testemunha: _____

Assinatura: _____

Apêndice B – Itens para Rastreamento de Distúrbios do Pensamento e Mania

Por favor, responda as perguntas abaixo:

1. Você já se sentiu tão bem ou muito alegre, a ponto de ter problemas ou das pessoas acharem que você não estava no seu estado normal?

() Não () Sim.

2. Você sente que tem alguém que de alguma maneira quer lhe fazer mal?

() Não () Sim

3. Você é alguém muito mais importante do que a maioria das pessoas pensa?

() Não () Sim

4. Você tem notado alguma interferência ou outro problema estranho com seu pensamento?

() Não () Sim

5. Você ouve vozes que não sabe de onde vêm, ou que outras pessoas não podem ouvir?

() Não () Sim

Apêndice C – Questionário de Identificação (QI)

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	
Nome:	RG:
Data Nascimento:	Idade:
Sexo: () M () F	Escolaridade:.....
Naturalidade (estado):	Procedência (estado):.....
Raça: () branco () negro () pardo/mulato () oriental	
Estado civil:	Nº filhos:
Profissão:	
Ativo: () sim () não – Se não: () desempregado () afastado doença () aposentado	
Religião – Freqüente? () não () sim – Qual:	
Histórico de CA família: () mãe – local..... () pai- local:	
() irmãos – local..... () filhos- local:	
() avós pat – local..... () avós mat- local:	
() tios mat – local..... () tios pat- local:	
Histórico psiquiátrico prévio? () não () sim – diagnóstico:	
Histórico psiquiátrico familiar? () não () sim	
Grau de parentesco:	
Diagnóstico:	
Atendimento psicológico prévio? () não () sim	
Especialidade do atendimento oncológico:	

Apêndice D – Questionário de Identificação Clínica (QIC)

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA- PRONTUÁRIO
Localização do tumor (CID):
Estadiamento: T.....N.....M..... Se M – CID:
Histologia: Tamanho:
Data 1º tratamento:
QT: () Não () Sim
RAD: () Não () Sim
QUIM: () Não () Sim
Doenças prévias: () endocrinológicas () cardiovasculares () hematológicas () hepáticas () renais () neurológicas

Apêndice E – Protocolo de Rastreamento para Atendimento Psicológico/Psiquiátrico Ambulatorial

Protocolo de Rastreamento para Atendimento Psicológico / Psiquiátrico Ambulatorial				
Nome: Sexo: () M () F				
Escolaridade: Profissão: () Ativo () Não ativo				
Estado civil: Histórico psiquiátrico prévio? () não () sim				
Especialidade do atendimento oncológico:				
PHQ - 4 / Pontuação ≥ 3 () Sim () Não				
Durante as últimas 02 semanas, com que frequência você foi incomodado (a) pelos problemas abaixo? (Marque sua resposta com "X").				
	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Se sentir "para baixo", deprimido ou sem perspectiva	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	(0)	(1)	(2)	(3)
GAD – 07 / Pontuação ≥ 10 () Sim () Não				
5. Preocupar-se muito com diversas coisas	(0)	(1)	(2)	(3)
6. Dificuldade para relaxar	(0)	(1)	(2)	(3)
7. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	(0)	(1)	(2)	(3)
8. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	(0)	(1)	(2)	(3)
9. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	(0)	(1)	(2)	(3)

FAST / Pontuação ≥ 4 () Sim () Não

Por favor, para as perguntas abaixo circule as alternativas mais apropriadas considerando:

Uma dose equivale a: uma taça pequena de vinho (140 ml) ou
uma lata de cerveja **ou** uma dose de destilado.

	(0) Nunca	(1) Menos que mensalmente	(2) Mensalmente	(3) Semanalmente	(4) Diariamente ou quase diariamente
<p>1. Homens: com que frequência você consome oito ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?</p> <p>Mulheres: com que frequência você consome seis ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?</p>					
<p>2. Com que frequência durante o último ano você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por que havia bebido?</p>					
<p>3. Com que frequência durante o último ano você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?</p>					
<p>4. Durante o último ano algum parente, amigo, médico ou outro profissional da área da saúde mostrou-se preocupado com a maneira como você bebe ou sugeriu que você parasse de beber?</p>		(0) Não	(1) Sim, em uma ocasião	(2) Sim, em mais de uma ocasião	

FTND / Pontuação ≥ 2 () Sim () Não				
<p><u>Você é fumante?</u> () Sim () Não</p> <p>Caso seja fumante, por favor, responda às perguntas abaixo:</p> <p>a) Idade em que começou a fumar regularmente (anos): _____</p> <p>b) Há quantos anos fuma: _____</p> <p>c) Já tentou parar? () Não () Sim Se sim, quantas vezes? _____</p>				
1. Quanto tempo depois de acordar você fuma seu primeiro cigarro?	(0) Após 60 minutos	(1) 31-60 minutos	(2) 6-30 minutos	(3) Nos primeiros 5 minutos
2. Você encontra dificuldades em evitar fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo, igreja, local de trabalho, cinemas, shopping, etc?	(0) Não	(1) Sim		
3. Qual o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?	(0) Qualquer um	(1) O primeiro da manhã		
4. Quantos cigarro você fuma por dia?	(0) Dez ou menos	(1) 11 a 20	(2) 21 a 30	(3) 31 ou mais
5. Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?	(0) Não	(1) Sim		
6. Você fuma mesmo estando doente (a ponto de ficar acamado) a maior parte do dia?	(0) Não	(1) Sim		

Anexo A – Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)

Durante as últimas 02 últimas semanas, com que frequência você foi incomodado (a) por qualquer um dos problemas abaixo?

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso, ansioso ou muito tenso	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	(0)	(1)	(2)	(3)
3. Se sentir “para baixo”, deprimido ou sem perspectiva	(0)	(1)	(2)	(3)
4. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	(0)	(1)	(2)	(3)

Copyright @ 2005 Pfizer Inc.

Anexo B – Módulo de Ansiedade do Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)

Módulo de Ansiedade/ Pânico do Brief PHQ

COPYRIGHT: Pfizer. Tradução para o português do Brasil: Chagas, MNH & Osório, FL (2011).

	NÃO	SIM
a. Nas últimas 4 semanas, você teve alguma crise/ ataque de ansiedade, sentindo medo ou pânico de repente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se você respondeu <i>não</i>, não é necessário preencher as respostas abaixo		
b. Isto já aconteceu antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Alguns destes ataques/ crises, aparecem repentinamente, do nada, em situações onde você não espera ficar nervoso ou desconfortável?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Estes ataques/ crises incomodam muito você, ou você fica preocupado em ter outro ataque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Durante o seu último ataque forte de ansiedade, você teve sintomas como falta de ar, suor, coração acelerando ou batendo muito, tontura ou desmaio, formigamento ou dormência, náuseas ou dor de estômago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo C – Generalized Anxiety Disorder (GAD-07)

Módulo de Ansiedade do Patient Health Questionnaire

Durante as últimas 02 semanas, com que frequência você foi incomodado (a) pelos problemas abaixo? (Marque sua resposta com "X").

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso, ansioso ou muito tenso	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	(0)	(1)	(2)	(3)
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	(0)	(1)	(2)	(3)
4. Dificuldade para relaxar	(0)	(1)	(2)	(3)
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	(0)	(1)	(2)	(3)
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	(0)	(1)	(2)	(3)
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	(0)	(1)	(2)	(3)

(For office coding: Total Score T ____ = ____ + ____ + ____)

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir

Anexo E – Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)**Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström (FTND)**

Você é Fumante? SIM NÃO

Caso seja fumante, por favor, responda às perguntas abaixo:

- A) Idade em Começou a Fumar Regularmente (ANOS):** _____
- B) Há Quantos Anos Fuma:** _____
- C) Já Tentou Parar?** Não Sim (SE SIM), QUANTAS VEZES? _____
- 1. Quanto tempo depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro?**
 Após 60 minutos 31-60 minutos 6-30 minutos Nos primeiros 5 (cinco) minutos
- 2. Você encontra dificuldade em evitar o fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo, igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc.?**
 Não Sim
- 3. Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?**
 Qualquer um O primeiro da manhã
- 4. Quantos cigarros você fuma por dia?**
 10 ou menos 11 a 20 21 a 30 31 ou mais
- 5. Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?**
 Não Sim
- 6. Você fuma mesmo estando doente (a ponto de ficar acamado) a maior parte do dia?**
 Não Sim

Anexo F – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa CEP

Para: Flávia de Lima Osório

De: Dr. Sergio Vicente Serrano
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Data: 07/10/2011

Projeto de Pesquisa: **537/2011**

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos, por meio desta, informar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos analisou as respostas às pendências do projeto de pesquisa **537/2011 “Rastreamento de Transtornos Psiquiátricos em Pacientes Ambulatoriais Atendidos em um Hospital Oncológico”**, decidindo que o mesmo encontra-se: **“Aprovado”**.

Solicitamos que sejam encaminhados ao CEP, relatórios semestrais e final, bem como possíveis emendas e novos termos de consentimento livre e esclarecido, notifique qualquer evento adverso sério ocorrido no centro e novas informações sobre a segurança do estudo a fim de se fazer o devido acompanhamento.

Atenciosamente,


Dr. Sergio Vicente Serrano
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital de Câncer de Barretos

Anexo G – Comprovantes de submissão e de aceitação do artigo para publicação

De Journal of Oncology 
Para flaliosorio@ig.com.br 
Cópia soha.labib@hindawi.com , manupl@ibest.com.br 

Assunto 350262: Acknowledging Receipt

Sáb. 17:06

Dear Dr. Osório,

The Research Article titled "INDICATORS OF PSYCHIATRIC DISORDERS IN DIFFERENT ONCOLOGY SPECIALTIES: A PREVALENCE STUDY," by Flávia L. Osório and Manuela Polidoro Lima has been received and assigned the number 350262.

All authors will receive a copy of all the correspondences regarding this manuscript.

Thank you for submitting your work to Journal of Oncology.

Best regards,

Soha Labib

Editorial Office

Hindawi Publishing Corporation

<http://www.hindawi.com>

De Richard T. Penson 
Para flaliosorio@ig.com.br 
Cópia rpenson@partners.org , manupl@ibest.com.br 

Assunto 350262: Your manuscript has been accepted

20/03/2014 18:10

Dear Dr. de Lima Osório,

The review of the Research Article 350262 titled "Indicators of Psychiatric Disorders in Different Oncology Specialties: A Prevalence Study," by Manuela Polidoro Lima and Flávia de Lima Osório submitted to Journal of Oncology, has been completed, and I am pleased to inform you that your manuscript has now been accepted for publication in the journal.

The publication process of your manuscript will be initiated upon the receipt of the electronic files. Please login to the Manuscript Tracking System at the link below using your username and password, and upload the electronic files of your final accepted version within the next 2-3 days.

<http://mts.hindawi.com/author/350262/upload.files/>

The electronic files should include the following:

- 1- Source file (Word or TeX/LaTeX).
- 2- Final PDF file of the accepted manuscript.
- 3- Editable Figure files (each figure in a separate eps/postscript/word file) if any, taking into consideration that tiff, jpg, jpeg, bmp formats are not editable.

Thank you again for submitting your manuscript to Journal of Oncology.

Best regards,

Richard T. Penson

rpenson@partners.org