

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM ONCOLOGIA CLÍNICA

TIAGO ELIAS HEINEN

AVALIAÇÃO DO RISCO DE DEPRESSÃO MAIOR EM PACIENTES DO SERVIÇO DE  
ONCOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Porto Alegre

2024

TIAGO ELIAS HEINEN

AVALIAÇÃO DO RISCO DE DEPRESSÃO MAIOR EM PACIENTES DO SERVIÇO DE  
ONCOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Trabalho de Conclusão de Residência  
apresentado ao Programa de Residência  
Médica do Hospital de Clínicas de Porto  
Alegre como requisito parcial para obtenção  
de título de especialista em Oncologia  
Clínica.

Orientadora: Dra Daniela Dornelles Rosa

Porto Alegre

2024

### CIP - Catalogação na Publicação

Heinen, Tiago Elias  
Avaliação do risco de depressão maior em pacientes  
do Serviço de Oncologia do Hospital de Clínicas de  
Porto Alegre. / Tiago Elias Heinen. -- 2024.  
23 f.  
Orientadora: Daniela Dornelles Rosa.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de  
Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência  
Médica, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Depressão. 2. Transtorno depressivo maior. 3.  
PHQ-9. 4. Câncer. 5. Oncologia. I. Rosa, Daniela  
Dornelles, orient. II. Título.

## RESUMO

O transtorno depressivo maior, uma das doenças mentais mais mórbidas e prevalentes, o que traz enormes consequências individuais e socioeconômicas para a população em geral. Os pacientes oncológicos, além de lidarem com os riscos relacionados à população comum em desenvolver algum transtorno mental, ainda são expostos a um impacto emocional de conviver, muitas vezes, com uma doença incurável e com tratamento complexo.

Já está estabelecido que a depressão no paciente oncológico está relacionada a má adesão ao tratamento, piora da qualidade de vida e sobrevida; gerando, conseqüentemente, impactos socioeconômicos incalculáveis.

O objetivo do trabalho é utilizar o Questionário de Saúde do Paciente para Depressão (PHQ-9) nas consultas de rotina dos pacientes os quais acompanham no Serviço de Oncologia Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com intuito de conhecer o perfil de saúde mental dessa população específica.

Durante outubro a dezembro de 2023, foram entrevistados 300 pacientes que acompanham no serviço, independente do subtipo de câncer, estadiamento, ou tipo de tratamento. Consideramos um escore  $\geq 9$  como os pacientes em maior risco para depressão. Um total de 107 pacientes apresentaram um escore  $\geq 9$ , o que corresponde a 35,6% da população. Desses 107 pacientes, 77,6% referem que os sintomas têm causado pelo menos algum grau de dificuldade em suas vidas. Somente 5 pacientes (1,6%) deixaram de vir em consulta, fazer exames ou tratamento devido tristeza ou falta de ânimo para sair de casa.

A prevalência de depressão é maior em pacientes oncológicos. Dentre os pacientes do HCPA, não é diferente. Novas avaliações serão realizadas para identificar o perfil de paciente em maior risco. Além disso, abre-se a possibilidade de implementar a ferramenta como rotina nas consultas ambulatoriais.

Futuramente, medidas poderão ser implementadas para acompanhamento e tratamento em saúde mental destes pacientes, visto tratar-se de um problema bastante prevalente e mórbido nessa população.

Palavras-chave: depressão, transtorno depressivo maior, PHQ-9, câncer, oncologia.

## ABSTRACT

Major depressive disorder, one of the most morbid and prevalent mental illnesses, has enormous individual and socioeconomic consequences for the general population. Cancer patients, in addition to dealing with the risks related to the common population of developing a mental disorder, are also exposed to the emotional impact of living, often, with an incurable disease and complex treatment.

It is already established that depression in cancer patients is related to poor adherence to treatment, worsening quality of life and survival; consequently, generating incalculable socioeconomic impacts.

The objective of the work is to use the Patient Health Questionnaire for Depression (PHQ-9) in routine consultations of patients who are monitored at the Clinical Oncology Service of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), with the aim of knowing the profile mental health of this specific population.

During October to December 2023, 300 patients monitored at the service were interviewed, regardless of the cancer subtype, stage, or type of treatment. We considered a score  $\geq 9$  as patients at highest risk for depression. A total of 107 patients had a score  $\geq 9$ , which corresponds to 35.6% of the population. Of these 107 patients, 77.6% report that the symptoms have caused at least some degree of difficulty in their lives. Only 5 patients (1.6%) stopped coming for consultations, taking exams or treatment due to sadness or lack of enthusiasm to leave the house.

The prevalence of depression is higher in cancer patients. Among HCPA patients, it is no different. New assessments will be carried out to identify the patient profile at greatest risk. Furthermore, it opens up the possibility of implementing the tool as a routine in outpatient consultations.

In the future, measures may be implemented to monitor and treat these patients' mental health, as this is a very prevalent and morbid problem in this population.

Keywords: depression, major depressive disorder, PHQ-9, cancer, oncology.

## INTRODUÇÃO

A qualidade do atendimento e o uso de serviços médicos para pacientes com doenças graves é uma preocupação importante no âmbito do cuidado do paciente do Sistema Único de Saúde (SUS). Os pacientes oncológicos, tanto os que estão em tratamento ativo em contexto curativo ou paliativo, quanto os sobreviventes ao câncer, são o cerne dessa discussão, uma vez que a terapia e o seguimento são complexos e dispendiosos [1]. Atentar-se à saúde mental destes pacientes, logo, faz parte de um cuidado com implicações positivas não só para os doentes, mas para suas famílias, equipe médica e estrutura de saúde como um todo.

O transtorno depressivo maior, uma das doenças mentais mais mórbidas e prevalentes, traz enormes consequências individuais e socioeconômicas para a população em geral [2]. Entre os pacientes com câncer, não é diferente. Os mesmos fatores de riscos estabelecidos pela população comum, como gênero, idade, suporte social, fatores econômicos, são acrescidos de outros fatores relacionados ao diagnóstico e tratamento do tumor em si, como dor, toxicidade relacionada ao tratamento e procedimentos, além do impacto emocional para pacientes e familiares que se deparam com mudanças bruscas em suas vidas, tendo que enfrentar, muitas vezes, incertezas sobre a vida [2, 3].

O diagnóstico do câncer pode ter um grande impacto na saúde mental, na prevalência de depressão e na ansiedade entre os pacientes [4]. Entre aqueles sem diagnóstico prévio de transtorno mental, o diagnóstico de câncer está associado a um risco aumentado de transtornos mentais comuns, o que pode afetar adversamente o tratamento, recuperação, bem como qualidade de vida e sobrevida; sem falar, conseqüentemente, em aumento de internações, consultas e gastos com o tratamento. Pessoas que já frequentaram serviços psiquiátricos anteriormente, não obstante, o problema é pior, sendo particularmente vulneráveis e com maior risco de mortalidade após um diagnóstico de câncer, muito relacionado a atrasos em diagnóstico, tratamento inadequado, além de uma taxa mais alta de comportamentos adversos à saúde [5].

A despeito disso, todavia, as necessidades de diagnóstico e acompanhamento sobre saúde mental em pessoas com câncer, com ou sem histórico psiquiátrico prévio, muitas vezes recebem pouca atenção durante e após o tratamento. A consulta com o oncologista, seja em ambiente público, seja no privado, se concentra, principalmente, no monitoramento de sintomas de saúde física e efeitos colaterais do tratamento. Um estudo escocês, por exemplo, mostrou que 73% dos pacientes com câncer e depressão não eram tratados para o sintoma mental [6].

Em termos de prevalência de distúrbios mentais comuns em pacientes com câncer, ela é bastante variável na literatura. Muitos estudos apontam que a prevalência de depressão na população oncológica é cerca de 3 a 4 vezes maior quando comparada à população em geral, ao se utilizar métodos de entrevista; ao lançar mão de todos os métodos de avaliação, porém, esse número varia de 4% a 49% dos pacientes. Essa variabilidade é secundária a diversos fatores, incluindo o ambiente de tratamento, o tipo e estágio do câncer, tipo de tratamento, além do método utilizado para rastrear os sintomas [2, 7]. Não existe, todavia, uma ferramenta padronizada universal que seja recomendada para o rastreamento de depressão em pacientes com câncer. Uma meta-análise de ferramentas de triagem e localização de casos para depressão em contextos de câncer identificou 63 estudos que utilizaram 19 ferramentas diferentes [8]. Essa ferramenta de rastreamento, não obstante, deve se adaptar às condições de trabalho de sua clínica, seu hospital e de seus pacientes. No cenário público, por exemplo, uma ferramenta de rastreamento simples, de fácil compreensão e que possa ser realizada de forma rápida, talvez seja a ideal.

É recomendação da *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) que todos os pacientes com câncer ou sobreviventes do câncer sejam avaliados para sintomas de depressão e ansiedade periodicamente na sua trajetória de cuidado [9]. Essa avaliação deve ser realizada utilizando medidas validadas principalmente na primeira visita, em intervalos apropriados e conforme avaliação clínica, como alterações no status da doença ou tratamento. A falha em identificar e tratar a ansiedade e a depressão no contexto do câncer aumenta o risco de má qualidade de vida e, potencialmente, aumenta a morbidade e mortalidade relacionadas à doença. Sabemos, porém, que essa recomendação não é realizada pela maioria dos oncologistas. Por outro lado, devemos somente fazer uso da ferramenta caso tenhamos recursos para tratar [9].

A ASCO recomenda o uso do Questionário de Saúde do Paciente para Depressão (PHQ-9), do inglês “Patient Health Questionnaire for Depression” para rastreamento de depressão nos pacientes oncológicos. O PHQ-9 (escala composta de 9 itens) é uma escala de autorrelato que avalia sintomas de transtorno depressivo maior, conforme definido pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais DSM-IV* [9]. A escala pode tanto ser aplicada por um profissional de saúde, quanto pode ser realizada de forma individual pelo paciente. É uma escala simples, de fácil compreensão que poderia ser implementada em contexto SUS, com intuito de melhorar e humanizar o atendimento, além de selecionar pacientes que poderiam se beneficiar de atendimento psiquiátrico ou psicológico desde a sua primeira consulta. Tal abordagem tem potencial de não estender o tempo de consulta, que é

escasso nos ambientes hospitalares superlotados. Os benefícios da utilização de uma ferramenta simples são incalculáveis.

O objetivo deste estudo é traçar um perfil de saúde mental de pacientes que acompanham no serviço de oncologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, através da ferramenta PHQ-9, que é uma escala de rastreamento para depressão maior. Este estudo tem um potencial de implementação dessa ferramenta, a qual já faz parte de uma recomendação da ASCO, nas consultas ambulatoriais do serviço.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

- Avaliar a prevalência do risco de transtorno depressivo maior em pacientes ambulatoriais que acompanham no serviço de Oncologia Clínica do HCPA, com intuito de conhecer o perfil de saúde mental dessa população específica.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar possibilidade de implementação da ferramenta PHQ-9 na rotina de atendimento do paciente oncológico no ambulatório de Oncologia HCPA;
- Avaliar a prevalência do risco de depressão maior nos diferentes subgrupos de pacientes, como sexo, tipo de câncer, objetivo do tratamento (curativo, não curativo, pacientes em *follow up*, cuidados paliativos);
- Estabelecer avaliação multidisciplinar dos pacientes oncológicos com especialistas do Serviço de Psiquiatria.

## METODOLOGIA

Este é um transversal com intuito de conhecer o perfil de saúde mental relacionado à depressão maior nos pacientes que acompanham no Serviço de Oncologia do HCPA.

Foi calculado um tamanho de amostra de 296 sujeitos para estimar a proporção de ocorrência do desfecho depressão com 10% de amplitude para o intervalo de confiança. O cálculo (utilizando o método de Wald) considerou nível de confiança de 95% e 26% de percentual esperado para depressão de acordo com estudo brasileiro prévio [10]. Este cálculo foi realizado por meio da ferramenta PSS Health versão on-line [11].

A população alvo do estudo é adulta (idade maior de 18 anos), que faz acompanhamento regular no serviço. Todos pacientes têm anatomopatológico confirmando neoplasia invasiva. De forma aleatória, os pacientes foram convidados a responder o questionário PHQ-9 durante sua consulta de rotina no ambulatório de Oncologia do HCPA (anexo 1). Os ambulatórios ocorrem todos os dias da semana nos turnos da manhã, tarde e noite e englobam pacientes com diversos subtipos histológicos que estão em tratamento ativo, seguimento, cuidados paliativos. Se mostrassem interesse, era aplicado TCLE, conforme as normas regulamentares da instituição. Pacientes que já estejam recebendo algum tipo de acompanhamento psiquiátrico também foram aptos a participar do estudo.

Os pacientes foram selecionados pelo método de Seleção Aleatória Simples. Os pacientes agendados para consulta para determinado dia (os ambulatórios ocorrem de segunda-feira à sexta-feira nos turnos da manhã, tarde e noite) eram numerados sequencialmente por ordem de horário de consulta e sorteados de forma aleatória utilizando a ferramenta presente no site <https://www.random.org/integers/>. Eram selecionados um total de dez por cento de pacientes marcados para aquele dia para realização da pesquisa (por exemplo, caso tivessem 100 pacientes marcados para um mesmo dia, seriam entrevistados no máximo dez pacientes). Caso o paciente não comparecesse à consulta, não aceitasse participar da pesquisa, ou já tenha sido entrevistado, ou não tenha preenchido os critérios de inclusão do estudo, era convidado o próximo paciente marcado na agenda (por exemplo, caso o paciente de número 50 não aceitasse participar da pesquisa, seria chamado o paciente de número 51).

A seleção diária de pacientes foi feita até que se completasse o N pré-determinado de pacientes. A seleção era realizada sempre um dia antes das entrevistas.

Os pacientes eram excluídos do estudo caso não apresentassem interesse em responder os questionamentos. Também foram excluídos os pacientes sem condições clínicas e/ou neurológicas de entender e responder os questionamentos.

Caso identificado algum paciente em risco para depressão, o mesmo poderia ser referenciado para seguimento via Posto de Saúde, serviço de Psicologia Oncológica, ou até mesmo iniciado acompanhamento pelo próprio clínico responsável pela consulta.

Além do questionário PHQ-9, foram feitas outras duas perguntas aos pacientes. A primeira questionava se paciente já deixou de vir em consulta, fazer exames ou tratamento devido tristeza ou falta de ânimo para sair de casa. A segunda, sobre o grau de dificuldade que os sintomas assinalados no questionário trouxeram para o paciente realizar seu trabalho, tomar conta das coisas de casa, ou para se relacionar com as pessoas.

A prevalência de casos foi avaliada englobando todos os pacientes submetidos à pesquisa que responderam adequadamente o questionário. Não foram considerados questionários rasurados ou que não foram completamente preenchidos. De acordo com a pontuação atingida nas respostas, o paciente foi considerado como estando em risco VS sem risco para depressão maior. O paciente que obteve uma pontuação maior ou igual a 9 foi considerado em risco, de acordo com dados de sensibilidade e especificidade do teste em estudo prévio [13].

A prevalência foi avaliada pelo número total de pacientes em risco dividido pelo total de pacientes entrevistados. Serão avaliados, também, subgrupos conforme sexo, tipo de câncer e tipo de tratamento (tratamento com intuito curativo VS não curativo VS paciente em *follow up* VS paciente em cuidados paliativos). Para isso, será utilizado o prontuário eletrônico dos pacientes disponível no hospital, a fim de pesquisar informações necessárias.

Os dados são mantidos sob sigilo, coletados e armazenados pelo responsável pela coleta de dados, análise e organização do material. Os questionários foram identificados pelo prontuário do paciente.

Como instrumento de rastreamento, o PHQ-9 apenas aponta os indivíduos em maior risco de estar apresentando episódio depressivo maior. O diagnóstico definitivo da doença somente poderá ser firmado através da consulta com profissionais de saúde mental [9].

## ASPECTOS ÉTICOS

Esse trabalho foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do HCPA sob o número CAAE: 69637823.2.0000.5327.

Os pesquisadores se comprometeram a conduzir o Projeto e zelar pela confidencialidade dos dados e privacidade dos participantes, de acordo com as Resoluções CNS 466/2012 e CNS 510/2016, bem como as demais normativas e legislações vigentes e aplicáveis. Os pesquisadores declaram conhecer e cumprir os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018) quanto ao tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis que serão utilizados para a execução do presente projeto de pesquisa.

Potenciais riscos relacionam-se a potencial constrangimento e desconforto durante o preenchimento do questionário. Para coleta de dados secundários consideramos risco de quebra de confidencialidade. Dentre os benefícios da realização da pesquisa, há o benefício coletivo de conhecimento do perfil de saúde mental dos pacientes que acompanham no serviço de Oncologia do HCPA, o que pode ajudar a implementar ações para melhor seguimento destes pacientes, como a implementação de um ambulatório de psiquiatria para atendimento desta demanda. A análise dos dados poderá mostrar o perfil de paciente que está sob maior risco de depressão. Além disso, foi utilizado um questionário que é preconizado pela ASCO como rotina nas consultas oncológicas, o qual poderá ser implementado nos atendimentos do serviço de Oncologia do HCPA.

O resultado dos seus próprios questionários poderia ser repassado aos pacientes.

## RESULTADOS

Durante o mês de outubro de 2023 a dezembro de 2023, foram entrevistados 301 pacientes, sendo uma perda por não se tratar de paciente pertencente ao ambulatório de Oncologia Clínica do HCPA. Foram 120 pacientes entrevistados nos ambulatórios do primeiro turno, 16 pacientes nos ambulatórios do segundo turno, e 164 pacientes entrevistados no terceiro turno, totalizando 300 pacientes aptos para a análise.

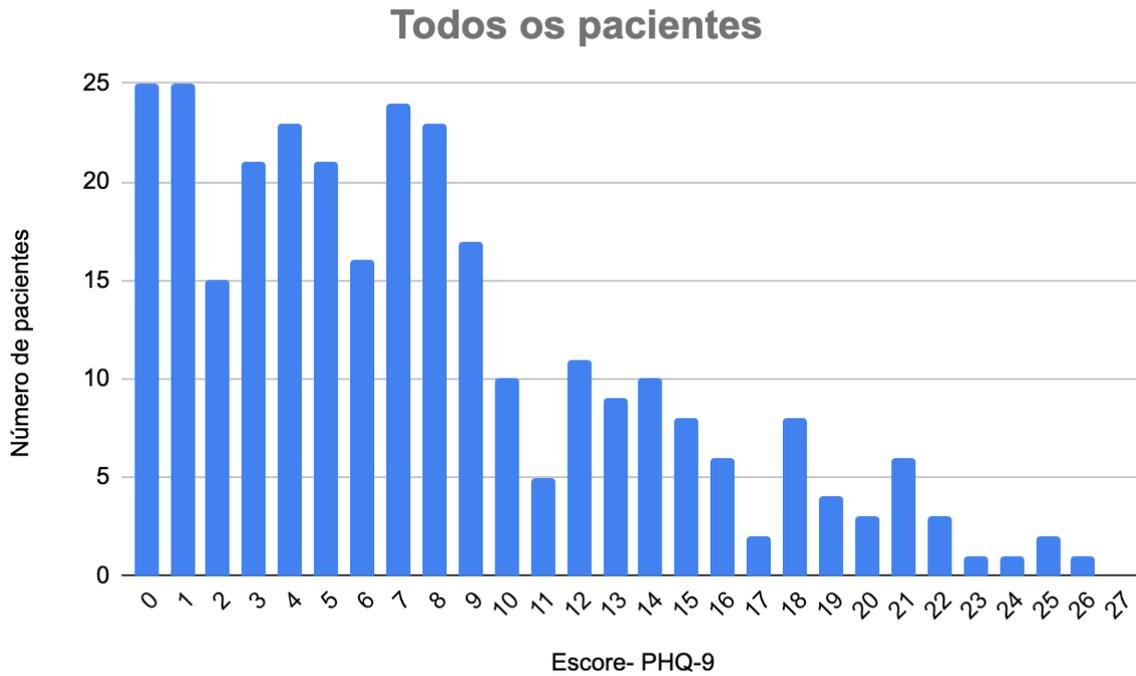
A figura de número 1 mostra o número de pacientes (eixo vertical), pelo escore do PHQ-9, que vai de 0 a 27 (eixo horizontal). Os pacientes em maior risco para depressão (previamente definidos como escore  $\geq 9$ ) totalizaram 107 pacientes, o que corresponde a uma prevalência de 35,6% da população.

A figura de número 2 representa esses 107 pacientes quando questionados sobre qual grau de dificuldade que os problemas assinalados no questionário causam em suas vidas, como para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas de casa, ou para se relacionar com as pessoas. Nenhuma dificuldade foi assinalada por 24 pacientes (22,4%), alguma dificuldade teve 51 respostas (47,6%), muita dificuldade teve 26 respostas (24,3%), e extrema dificuldade teve 6 respostas (5,6%).

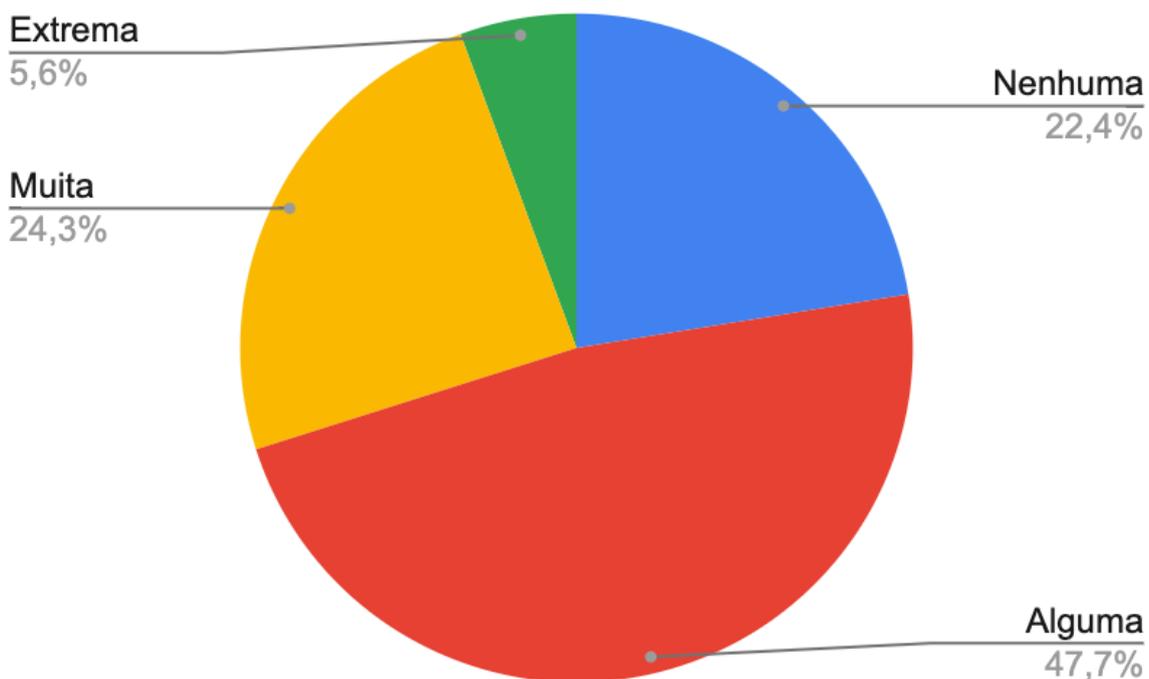
A figura de número 3 representa o subgrupo de mulheres com câncer de mama em tratamento neoadjuvante, em que 44% das mulheres apresentam escore  $\geq 9$ , sendo que 100% das mesmas apresentam pelo menos alguma dificuldade nas atividades do dia-a-dia em consequência dos sintomas relatados no teste.

Somente 5 pacientes (1,6% da amostra) referiram que já deixaram de vir em consulta, fazer exames ou tratamento devido tristeza ou falta de ânimo para sair de casa. Tais pacientes obtiveram pontuação no PHQ-9 de 13, 16, 16, 20 e 21, respectivamente. Todos acima do ponto de corte.

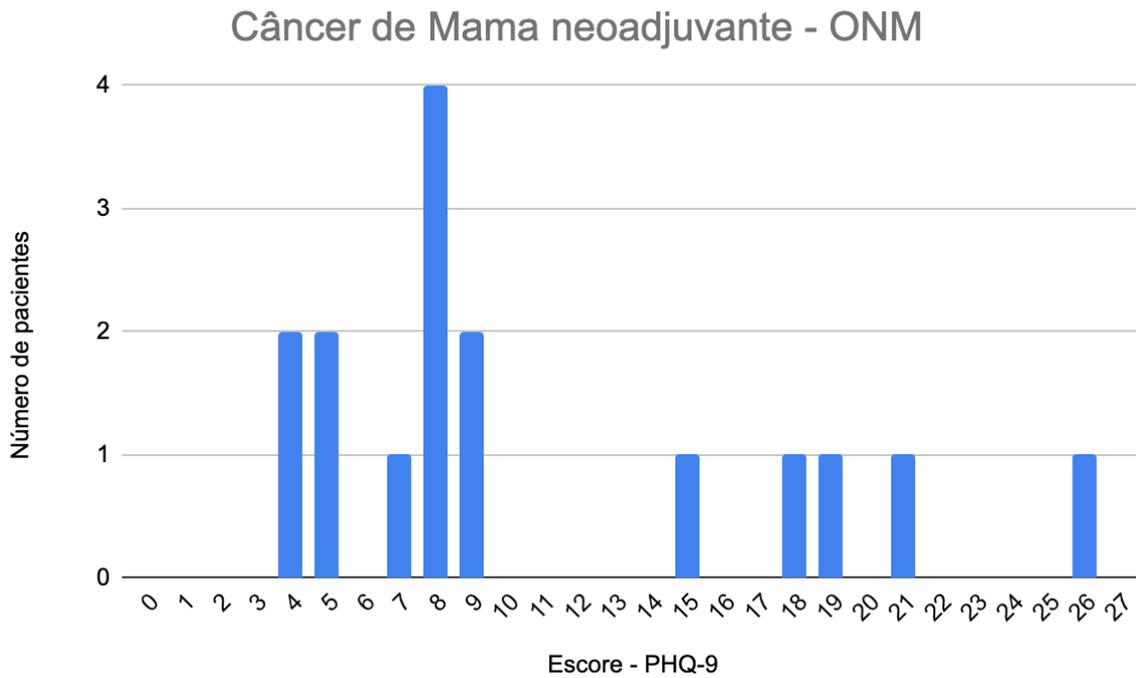
Nenhum paciente foi avaliado como em risco para suicídio.



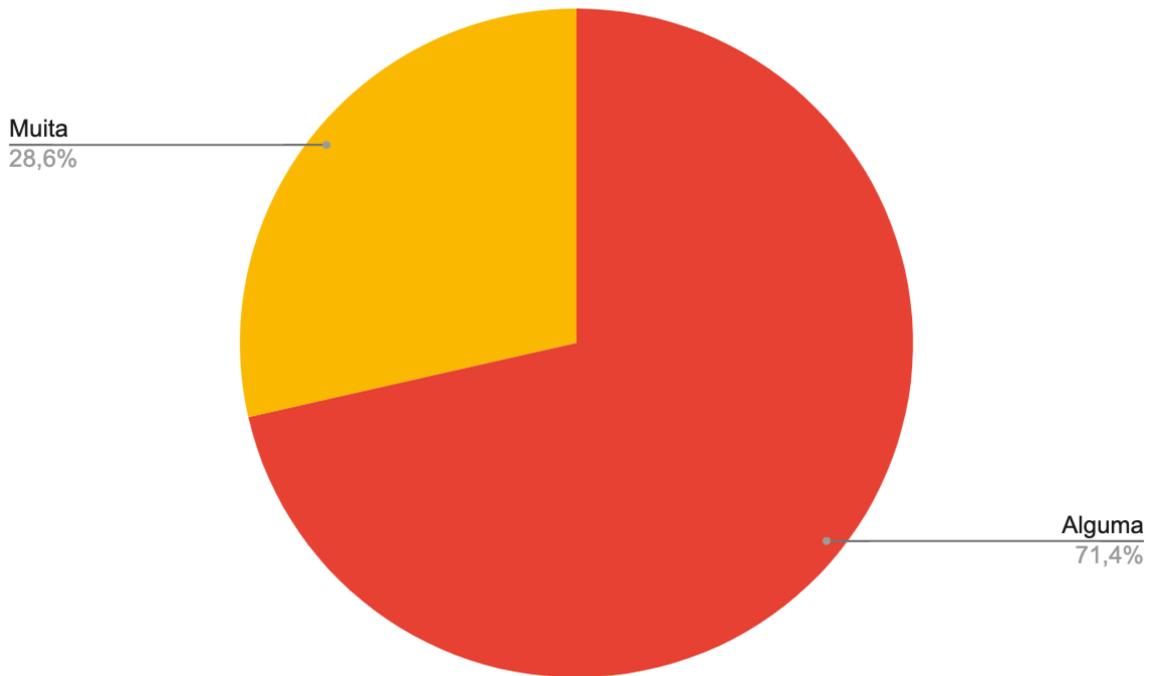
**Figura 1:** número de pacientes (N = 300) de acordo com o escore PHQ-9. Pacientes com escore  $\geq 9$  representam os de maiores risco para depressão.



**Figura 2:** grau de dificuldade que os problemas abordados no questionário causaram na vida do paciente para realização do seu trabalho, tomar conta das coisas em casa, ou para se relacionar com as pessoas. Os pacientes poderiam assinalar "nenhuma dificuldade, alguma dificuldade, muita dificuldade ou extrema dificuldade". Dados correspondem aos 107 pacientes que obtiveram um escore  $\geq 9$ .



**Figura 3:** número de pacientes (N = 16) do subgrupo de pacientes com tratamento neoadjuvante para câncer de mama, de acordo com o escore PHQ-9. Pacientes com escore  $\geq 9$  representam os de maiores risco para depressão.



**Figura 4:** grau de dificuldade que os problemas abordados no questionário causaram na vida do paciente para realização do seu trabalho, tomar conta das coisas em casa, ou para se relacionar com as pessoas. Dados correspondem aos 7 pacientes do subgrupo de câncer de mama em tratamento neoadjuvante que tiveram  $\geq 9$ . 100% dos pacientes relataram pelo menos alguma dificuldade.

## DISCUSSÃO

A depressão é uma condição de saúde mental que pode afetar pessoas em diferentes momentos de suas vidas. No caso de pacientes oncológicos, a depressão pode se tornar uma preocupação adicional, pois enfrentar um diagnóstico de câncer e passar por um tratamento intensivo pode ser uma experiência desafiadora e emocionalmente esgotante [14].

É essencial que os pacientes oncológicos e suas famílias estejam cientes dos sinais e sintomas da depressão e busquem ajuda profissional se necessário. Alguns sintomas comuns da depressão incluem sentimentos persistentes de tristeza, perda de interesse em atividades antes apreciadas, alterações no apetite e no padrão de sono, baixa energia, dificuldade de concentração, sentimentos de culpa e pensamentos de morte ou suicídio [2, 14]. Todas essas características fazem parte do questionário PHQ-9.

O tratamento da depressão em pacientes oncológicos pode envolver uma abordagem multidisciplinar. Isso pode incluir o uso de medicamentos antidepressivos, psicoterapia individual ou em grupo, apoio emocional de familiares e amigos, e, em alguns casos, acompanhamento psiquiátrico [2, 14].

Além disso, é importante enfatizar que os pacientes oncológicos devem ser encorajados a cuidar de sua saúde mental e bem-estar emocional. Isso pode incluir a participação em programas de suporte, prática de exercícios físicos, técnicas de relaxamento, busca de atividades prazerosas e a manutenção de uma rede de apoio forte [14].

Tais abordagens, no entanto, são um desafio, principalmente quando no contexto SUS, em que os recursos, muitas vezes, são escassos; deixar de identificar esses pacientes com ferramentas simples, baratas e práticas, porém, não deve ser opção.

Estudo brasileiro relata que a aplicação do teste PHQ-9 mostrou-se apropriada para rastreamento de episódio depressivo maior na população em geral. Pela maior sensibilidade, o PHQ-9 pontuado de forma contínua (como realizado no trabalho aqui apresentado), mostrou-se mais adequado do que o algoritmo para rastreamento de episódio depressivo. Trabalho prévio mostrou que o uso do algoritmo recomendado pelos autores do PHQ-9 correspondeu aproximadamente ao ponto de corte  $> 13$ , o que significaria privilegiar a especificidade do teste, em detrimento da sensibilidade. Utilizando o escore de forma contínua (com ponto de corte  $\geq 9$ ) houve uma sensibilidade de 77,5% (IC de 95%, 61,5-89,2) e especificidade de 86,7% (IC de 95%, 83,0-89,9) [13] para transtorno depressivo maior. Assim, achamos mais adequado privilegiar o escore, garantindo uma sensibilidade mais adequada para o rastreamento da depressão.

Vários estudos respaldam o uso do PHQ-9 para rastreamento de depressão na população oncológica [15, 16]. Hartung e colaboradores, no entanto, diferentemente do trabalho brasileiro, referem que o escore  $\geq 7$  apresenta a melhor ponto para rastreamento de pacientes oncológicos, com uma sensibilidade de 83% (IC 95%, 78%-89%) e especificidade de 61% (IC 95%, 59%-63%) [15]. No entanto, caso usássemos o mesmo ponto de corte no nosso trabalho, a prevalência de depressão seria de 51,3%, provavelmente aumentando muito os falsos positivos.

Um trabalho brasileiro lançando mão do PHQ-9 em pacientes oncológicos utilizou o ponto de corte de 10 como indicativo de depressão [17]. No nosso trabalho, tal ponto indicaria uma prevalência de 30%, o que ainda é alto.

O escore PHQ-9 se torna importante não apenas por ser uma ferramenta de fácil aplicação ambulatorial, pela sensibilidade e especificidade elevada, mas, também, por conseguir apontar o nível dos sintomas. Sendo assim, de acordo com a pontuação do paciente, o mesmo pode ser classificado como mínimos sintomas (0-4), sintomas leves (5-9), moderados (10-14), moderadamente severos (15-19) e severos (20-27). Tais achados podem influenciar na urgência do tratamento dos sintomas mentais [18].

O resultado deste trabalho nos mostra que a depressão está presente em números preocupantes nos pacientes oncológicos do HCPA. A prevalência de 35,6% é maior do que outras séries brasileiras no mesmo contexto [10]. Além disso, os problemas relacionados à depressão claramente afetam o dia-a-dia dos entrevistados, uma vez que quase 80% dos pacientes com escore alto relataram pelo menos alguma influência dos sintomas em suas vidas.

A análise de subgrupos pode nos trazer informações importantes, em vistas de tentar identificar populações em maior risco. Chama atenção que o grupo de pacientes em tratamento neoadjuvante para câncer de mama apresentou uma prevalência de risco para depressão de 44%, além de que 100% das pacientes referiram que os sintomas relatados no questionário têm pelo menos algum impacto em suas vidas. Outros subgrupos, porém, ainda serão investigados.

O fato de que apenas 1,6% da população (5 pacientes), ou 4,6% quando consideramos somente os pacientes com escore  $\geq 9$ , deixou de vir em consulta, fazer exames ou tratamento devido sintomas depressivos nos traz a informação de que, apesar de todas as dificuldades, os pacientes continuam lutando por suas vidas, confiando no tratamento e realizando a rotina desgastante do paciente oncológico.

Dentre os pontos fracos do trabalho, há o fato de que muitos dos sintomas abordados no questionário, como cansaço e falta de apetite, podem estar relacionados ao tumor em si, ou ao tratamento, e não propriamente a um sintoma mental. Além disso, a capacidade de generalização fica prejudicada, uma vez que é um estudo de centro único, apesar de que o objetivo do projeto é estudar e entender a população local.

Há grande interesse em traçar esse perfil de saúde mental dos nossos pacientes, uma vez que a depressão é um problema muito pouco abordado nas consultas clínicas em geral, a qual é focada no tratamento do câncer, controle de dor toxicidade da quimioterapia. Conhecendo, inicialmente, a prevalência de pacientes em risco para depressão maior no nosso serviço, podemos abrir portas para futuras ações que possam melhorar a assistência e, inclusive, iniciar a implementação do questionário nas consultas de rotina do serviço, criação de ambulatório para tratamento de distúrbios mentais do paciente oncológico, identificar o perfil de paciente em maior risco. Temos interesse, certamente, na realização de outros projetos que possam dar seguimento ao tema. Este projeto, logo, abre portas para melhorias assistenciais a partir do momento que chama atenção para um tema negligenciado, porém muito importante, na rotina dos nossos pacientes.

## ANEXOS

Anexo 1: O PHQ-9 constitui-se de nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior, descritos no DSM-IV. Os nove sintomas consistem em humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas. A tradução do PHQ-9 para o português foi realizada por psiquiatras brasileiros e a back translation por um dos autores do instrumento original, em estudo publicado previamente [12].

A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala Likert de 0 a 3 correspondendo às respostas "nenhuma vez"; "vários dias"; "mais da metade dos dias"; e "quase todos os dias", respectivamente. O questionário ainda inclui uma décima pergunta que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias, como trabalhar e estudar.

## QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE- (PHQ-9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?

(Marque sua resposta com "✓")

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
=Total Score: \_\_\_\_\_

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

Nenhuma  
dificuldade

Alguma  
dificuldade

Muita  
dificuldade

Extrema  
dificuldade

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 1: Escala PHQ-9.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weinstein MC, Skinner JA. Comparative effectiveness and health care spending — implications for reform. *N Engl J Med.* 2010; 362:460-5.
2. Riedl D, et al. Factors associated with and risk factors for depression in cancer patients - A systematic literature review. *Trans Oncol.* 2022; 16:101328.
3. Niedzwiedz CL, et al. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer.* 2019; 19:943.
4. Pitman A, et al. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ.* 2018; 361:1415.
5. Zhu J, et al. First-onset mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality: a nationwide cohort study. *Ann Oncol.* 2017; 28(8):1964.
6. Walker J, Hansen et al. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *Lancet Psychiatry.* 2014; 1(5):343–50.
7. Krebber AMH, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psycho-Oncology.* 2014; 23(2):121–30.
8. Mitchell AJ, et al. Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the depression in Cancer care consensus group. *J Affect Disord.* 2012; 140(2):149–60.
9. Andersen BL, et al. Screening, Assessment, and Care of Anxiety and Depressive Symptoms in Adults With Cancer: An American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation. *J Clin Oncol.* 2014; 32(15):1605-19.
10. Ferreira AS, et al. Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos e identificação de variáveis predisponentes. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2016; 62(4): 321-328.

11. Borges R, et al. Power and Sample Size for Health Researchers: uma ferramenta para cálculo de tamanho amostral e poder do teste voltado a pesquisadores da área da saúde. *Clinical & Biomedical Research*. 2021; 40(4).
12. Fraguas JR, et al. The detection of depression in a medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affect Disord*. 2006; 91:11-7.
13. Santos IS, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29 (8).
14. Pitman A, et al. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*. 2018; 25:361.
15. Hartung TJ et al. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as screening instruments for depression in patients with cancer. *Cancer*. 2017; 123(21):4236-4243.
16. Hinz A, et al. Assessment of depression severity with the PHQ-9 in cancer patients and in the general population. *BMC Psychiatry*. 2016; 16: 22.
17. Bergerot et al. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. *Psico-USF*. 2014; 19(2): 187-197.
18. Kroenke K, et al. The PHQ-9. *J Gen Intern Med*. 2001; 16(9): 606–613.