



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica

DANIELLA FILIÉ CANTIERI

**Ocorrência de ansiedade em pacientes com câncer de
cabeça e pescoço: uma revisão de literatura**

ARAÇATUBA – SP

2018

DANIELLA FILIÉ CANTIERI

**Ocorrência de ansiedade em pacientes com câncer de cabeça e pescoço: uma
revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Galera Bernabé

Co-orientador: Prof. Titular Glauco Issamu Miyahara

ARAÇATUBA – SP

2018

Dedico este trabalho primeiramente a Deus que é um importante guia na minha vida, me dando forças para não desistir jamais. Aos meus pais, Milena Elaine Filié e Vladimir Cantieri, ao meu irmão Daniel Filié Cantieri, ao meu avô Mário Filié e a minha tia Sueli Cantieri Perez, que não pouparam esforços para acompanhar minha trajetória e ajudar na realização de um sonho. Obrigada por todo o suporte, por não me deixarem desistir, pela paciência, amor e apoio durante todos estes anos de graduação.

AGRADECIMENTOS

Este espaço não será suficiente para agradecer a todos que acompanharam a minha trajetória, dessa maneira, peço desculpas aqueles que não foram citados, mas que possuem minha gratidão.

A Deus, que apesar de muitas barreiras me fez crer que a força que vem de Você é mais forte que qualquer situação que eu possa enfrentar. Obrigada por Tua presença.

Aos meus pais, irmão, avô Mário, tia Sueli, primas Naiara e Narianee toda família, que sempre estiveram ao meu lado e me inspiraram a me tornar uma pessoa melhor a cada dia. Á vocês, que abriram mão de muitas coisas e de momentos de convívio quando o dever e o estudo me chamavam. A vocês, meu reconhecimento pelo sacrifício e minha promessa de fazer o máximo para que todo esse esforço seja lembrado.

A Faculdade de Odontologia de Araçatuba FOA – UNESP pela oportunidade.

Ao meu orientador professor Daniel Galera Bernabé pelos conselhos, paciência, dedicação e por compartilhar seu conhecimento, permitindo-me conhecer e admirar a Estomatologia. Obrigada por ter acreditado em mim e ter me ajudado a realizar meu sonho.

Ao meu co-orientador Professor Glauco Issamu Miyahara pelos ensinamentos ao longo dessa jornada.

A todos os professores, mestrandos, doutorandos e funcionários pela dedicação de vocês, pelo ensinamento e por contribuírem para a minha formação

profissional.

Aos pacientes por me aceitarem sem terem me escolhido, por respeitarem e terem paciência com os meus primeiros passos.

Ao Centro de Oncologia Bucal (COB) e todos os seus profissionais que foram presentes ao longo da minha graduação, pelo acolhimento e por todo conhecimento compartilhado.

A aluna de doutorado Bruna Amélia Moreira Sarafim da Silva pelos ensinamentos, paciência, conselhos, apoio e amizade. Obrigada por me ajudar nessa trajetória.

A Banca Examinadora, composta pelo meu orientador Daniel Galera Bernabé, pela professora Ana Claudia Okamoto e pela doutoranda Bruna Amélia Moreira Sarafim da Silva, profissionais que admiro muito.

Aos meus amigos, colegas e madrinha Ana Daniela Spínola da Silva Antunes que fizeram parte destes seis anos pelo companheirismo, apoio e amizade. A cada dia crescíamos lado a lado, superando todos os obstáculos, dividindo sentimentos que jamais serão esquecidos.

Ao Caio Vinicius Lourenço Debortoli por toda paciência, compreensão e por me ajudar muitas vezes a achar soluções quando elas pareciam não existir. Obrigada por estar ao meu lado, sempre me escutando e me apoiando.

Por fim, obrigada a cada pessoa em minha vida que contribuiu de alguma forma e foram peças essenciais para a minha existência.

“Que a força do medo que tenho não me impeça de ver o que sei. Porque metade de mim é partida e a outra é saudade. Que as palavras que eu falo não sejam ouvidas como prece, nem repetidas com fervor, apenas respeitadas. Porque metade de mim é o que eu ouço, mas outra metade, o que calo. Que a minha vontade de ir embora se transforme na calma e na paz que eu mereço. Que esta tensão que me corrói por dentro seja um dia recompensada. Que o espelho reflita em meu rosto um doce sorriso. Porque metade de mim é a lembrança do que foi, a outra metade eu não sei. Que as nossas loucuras sejam perdoadas. Porque metade de nós é amor e a outra metade também.”

OSWALDO MONTENEGRO

CANTIERI, D. F. **Ocorrência de ansiedade em pacientes com câncer de cabeça e pescoço: uma revisão de literatura.** 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

RESUMO

Introdução: Os pacientes com câncer de cabeça e pescoço (CCP) podem apresentar sintomas físicos e emocionais durante e após o tratamento que afetam sua qualidade de vida. Estudos mostram que a ansiedade é uma das principais desordens emocionais em pacientes com esta neoplasia maligna. **Objetivo:** Realizar uma revisão da literatura dos últimos 20 anos acerca dos principais estudos que avaliaram os níveis de ansiedade em pacientes com câncer de cabeça e pescoço para avaliar a porcentagem de ocorrência de ansiedade em pacientes com CCP e estudada a associação dos níveis de ansiedade com variáveis demográficas, comportamentais e clínicopatológicas. **Método:** Busca na base de dados PUBMED de estudos clínicos em humanos que tenham utilizado instrumentos padronizados para avaliação dos sintomas e diagnóstico de ansiedade em pacientes com diagnóstico de CCP. **Resultados:** Um total de 50 estudos foram selecionados. Estudos desta revisão utilizaram instrumentos padronizados para a avaliação da ansiedade em pacientes com CCP. A ocorrência de ansiedade variou de 1% a 88,1% nos diferentes estudos quando os pacientes com CCP foram avaliados após o diagnóstico da doença e de 11% a 87% durante e após o fim do tratamento oncológico. Estudos mostraram que as mulheres, os pacientes com menos de 65 anos de idade, os tabagistas e os alcoolistas tinham níveis mais elevados de ansiedade. Foi encontrada associação que os níveis de ansiedade foram associados com estadiamento clínico do tumor e com a presença de dor no local da lesão. **Conclusão:** Os resultados revelam que grande parte dos pacientes com CCP apresentam algum nível de ansiedade e que as variáveis demográficas, comportamentais e clínico-patológicas influenciam os níveis desta desordem emocional.

Palavras-chave: Neoplasias de Cabeça e Pescoço; Carcinoma de Células Escamosas; Ansiedade.

CANTIERI, D. F. **Occurrence of anxiety in patients with head and neck cancer: a review of the literature**.2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

ABSTRACT

Introduction: Patients with head and neck cancer (CCP) may present physical and emotional symptoms during and after treatment that affect their quality of life. Studies show that anxiety is one of the major emotional disorders in patients with this malignant neoplasm. Objective: To review the literature of the last 20 years on the main studies that evaluated anxiety levels in patients with head and neck cancer to evaluate the percentage of anxiety occurrence in patients with CCP and studied the association of anxiety levels with demographic, behavioral and clinical-pathological variables. **Method:** Search the PUBMED database of clinical trials in humans that have used standardized instruments for symptom assessment and diagnosis of anxiety in patients diagnosed with PCC. **Results:** A total of 50 studies were selected. Studies of this review used standardized instruments for the evaluation of anxiety in patients with CCP. The occurrence of anxiety varied from 1% to 88.1% in the different studies when patients with CCP were evaluated after diagnosis of the disease and from 11% to 87% during and after the end of cancer treatment. Studies have shown that women, patients less than 65 years of age, smokers and alcoholics had higher levels of anxiety. An association was found that anxiety levels were associated with clinical staging of the tumor and with the presence of pain at the lesion site. **Conclusion:** The results reveal that a great part of the patients with CCP present some level of anxiety and that the demographic, behavioral and clinical-pathological variables influence the levels of this emotional disorder.

Keywords: Head and Neck Neoplasms; Carcinoma Squamous Cell; Anxiety.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Instrumentos utilizados nos estudos para avaliação dos níveis de ansiedade em pacientes com câncer de cabeça e pescoço	19
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

CCP	Câncer de Cabeça e Pescoço
CEC	Carcinoma Espinocelular
EAAH	Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton
EAAZ	Escala de Auto-Avaliação da Ansiedade de Zung
EHAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
IAB	Inventário de Ansiedade de Beck
IATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
MAETM - IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed
QQVUW v4	Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington versão 4
QSP	Questionário sobre a Saúde do Paciente

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVO	16
3	METODOLOGIA	17
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
4.1	Avaliação dos instrumentos psicológicos utilizados para análise da ansiedade em pacientes com CCP	18
4.1.1	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD)	19
4.1.2	Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IATE)	20
4.1.3	Versão 4 do Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (QQVUW v4)	21
4.1.4	Inventário de Ansiedade de Beck (IAB)	22
4.1.5	Escala de Auto-Avaliação da Ansiedade de Zung (EAAZ)	23
4.1.6	Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (EAAH)	24
4.1.7	Escala de análise de Gottschalk-Glese	24
4.1.8	Questionário sobre a Saúde do Paciente (QSP)	25
4.1.9	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed (MDET-M-IV).	25
4.2	Associação da ansiedade com as variáveis demográficas, biocomportamentais e clinicopatológicas em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.	25
5	CONCLUSÃO	27
6	REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença causada pelo crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos gerando a formação de tumores malignos.¹ Em 2016, a estimativa foi de 596 mil casos novos no Brasil.² Houve predomínio do sexo masculino tanto na incidência quanto na mortalidade provocada por neoplasias malignas.² No Brasil, estima-se a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer para os anos de 2018 e 2019.³

De acordo com Majid et al. (2017) o câncer de cabeça e pescoço (CCP) corresponde ao sexto tipo de câncer mais comum e representa as neoplasias malignas localizadas em boca, laringe, faringe (orofaringe, hipofaringe e nasofaringe) e sítios remanescentes (glândula salivar, cavidade nasal e seios paranasais).⁴ Os sítios mais acometidos são boca e laringe, com a estimativa de 14.700 e 7.670 novos casos no Brasil em 2018, respectivamente.³ O tipo histológico mais comum do CCP é o carcinoma espinocelular (CEC), que corresponde a cerca de 90% dos casos.^{3,4}

O CCP acomete principalmente homens, com idade entre 40 a 50 anos.⁵ A etiologia do CCP é multifatorial, sendo o tabagismo e o alcoolismo os principais fatores de risco e quando associados potencializam em 30 vezes o risco para o desenvolvimento desse tipo de neoplasia.⁶ Dependendo da localização e o tamanho do tumor, os pacientes podem apresentar dor, disfagia, nódulo cervical, sangramento e trismo.⁷ O tempo entre o aparecimento dos primeiros sinais clínicos e o diagnóstico e início do tratamento pode interferir na evolução, no prognóstico e na qualidade de vida do paciente.^{8,9}

Estudos têm mostrado que pacientes com CCP podem apresentar desordens emocionais e/ou psiquiátricas.¹⁰⁻¹³ Uma das principais desordens emocionais

manifestadas após o diagnóstico de câncer é a ansiedade.¹³ De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (MDET-M-IV), a ansiedade é caracterizada pelo estado de apreensão ou medo antecipatório em relação a um evento ameaçador.¹⁴ Este estado geralmente está associado à tensão muscular, vigilância e comportamentos de cautela e o indivíduo pode apresentar irritação, preocupação, nervosismo, angústia e dificuldade de concentração.^{14,15} Alguns estudos que avaliaram a ocorrência de ansiedade em pacientes com CCP mostraram que os níveis elevados deste transtorno estavam associados à pior qualidade de vida, baixa resposta ao tratamento do câncer, menor tempo de sobrevida e pior prognóstico da doença.^{4,16,17} Níveis elevados de ansiedade podem influenciar negativamente o estado geral de saúde do paciente e a sua qualidade de vida, além de aumentarem a percepção dos efeitos adversos do tratamento e intensificarem os sintomas físicos.¹⁸

Embora o diagnóstico de CCP possa induzir a níveis elevados de ansiedade, os estudos mostram que estes níveis podem variar de acordo com a população estudada e os tipos de métodos utilizados para a avaliação da desordem emocional.^{11,19} Além disso, variáveis demográficas e clinicopatológicas podem estar associadas às alterações dos níveis de ansiedade em pacientes com CCP.^{12,13} Se torna então relevante conhecer os principais instrumentos para avaliação dos sintomas de ansiedade em pacientes com CCP, bem como seus fatores influenciadores nesta população.^{13,16}

2. OBJETIVO

Realizar uma revisão de literatura dos últimos 20 anos acerca dos principais estudos que avaliaram a ocorrência de ansiedade em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

3. METODOLOGIA

O estudo apresenta uma revisão de literatura narrativa. Este método descreve o desenvolvimento de um determinado assunto por meio de uma análise ampla da literatura, não utilizando critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise de estudos.¹⁹ A coleta de dados da presente revisão foi realizada por meio de um levantamento de artigos na base de dados PUBMED utilizando as palavras-chaves “*Head and neck cancer and emotional disorders; Head and neck cancer and psychiatric disorders and Head and neck cancer and psychological disorders*”. Os critérios de inclusão foram os estudos: 1) realizados no período entre 1998 e 2018; 2) realizados em humanos; 3) conduzidos em pacientes com diagnóstico definitivo de CCP; 4) publicados no idioma inglês; 5) que avaliaram os níveis de ansiedade. Foram excluídos do estudo os artigos sem resumo disponível. Para a organização dos dados os seguintes parâmetros foram seguidos: ano de publicação do estudo, título, autores, tamanho da amostra, presença de grupo controle, localização do tumor primário, ocorrência e frequência de ansiedade. Os instrumentos utilizados para a avaliação da ansiedade também foram considerados. Estas informações foram tabuladas no programa EXCEL. Os estudos da presente revisão foram analisados de acordo com a porcentagem de ocorrência de ansiedade em pacientes com CCP, o tipo de instrumento utilizado para avaliar a ansiedade e os principais resultados derivados da associação dos níveis de ansiedade com as variáveis demográficas, comportamentais e clinicopatológicas destes pacientes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa inicial na base de dados utilizando-se as palavras-chaves citadas anteriormente resultou em 2.143 artigos e destes 50 artigos satisfizeram os critérios de inclusão.

A maioria dos estudos revisados utilizou instrumentos padronizados para a avaliação da ansiedade em pacientes com CCP. A seguir, segue uma breve avaliação dos principais resultados encontrados na revisão da literatura de acordo com o instrumento utilizado para avaliação da ocorrência de ansiedade em pacientes com CCP.

4.1 Avaliação dos instrumentos psicológicos utilizados para análise da ansiedade em pacientes com CCP

Os instrumentos utilizados para avaliar a ocorrência de ansiedade em pacientes com CCP foram: a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) que foi utilizada em 66% dos artigos, seguido pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IATE) (8%), o Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington versão 4 (QQVUW v4) (6%), o Inventário de Ansiedade de Beck (IAB) (6%), a Escala de Auto-Avaliação da Ansiedade de Zung (EAAZ) (4%), a *Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (EAAH)* (4%), a Escala de Análise de Gottschalk-Gleser (2%), o Questionário sobre a Saúde do Paciente (QSP) (2%) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed (MDETM - IV) (2%) (Tabela 1).

Tabela 1. Instrumentos utilizados nos estudos para avaliação dos níveis de ansiedade em pacientes com câncer de cabeça e pescoço

Instrumentos	N (%)
Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD)	33 (66)
Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IATE)	4 (8)
QQVUW v4*	3 (6)
Inventário de Ansiedade de Beck (IAB)	3 (6)
Escala de Auto-Avaliação da Ansiedade de Zung (EAAZ)	2 (4)
Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (EAAH)	2 (4)
Escala de Análise de Gottschalk-Gleser	1 (2)
Questionário sobre a Saúde do Paciente (QSP)	1 (2)
MDET – IV**	1 (2)

*Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington versão 4. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed.

4.1.1. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD)

A EHAD possui 14 itens, sendo que 7 deles avaliam a ocorrência de sintomas de ansiedade e os outros 7 a ocorrência de sintomas de depressão. As opções de respostas variam de 0 a 3 e a pontuação máxima para cada desordem equivale a 21 pontos. Pontuações de 0 a 8 são consideradas como ausência de ansiedade/depressão e pontuação acima de 8 indica quadro de ansiedade/depressão.^{31,32}

A EHAD foi utilizada em 33 artigos (66%) dos estudos desta revisão.^{10-13,19,21,24-26,28,30-51} Dentre os estudos, 22 que utilizaram a EHAD (67%) avaliaram pacientes com câncer de boca, 16 (48%) com tumores em laringe, 10 (30%) em orofaringe, 6 (18%) em faringe, 4 (12%) em hipofaringe, 3 (9%) em nasofaringe e 29 (85%) em outras localizações. A maioria dos artigos (73%) não indicava o tipo

histológico dos tumores. Em 7 estudos (21%) os pacientes com CCP tinham CEC e em 2 deles (6%) avaliaram outros tipos de câncer. ^{10-13,19,21,24-26,28,30-51}

Dos estudos que avaliaram os sintomas de ansiedade em pacientes com CCP por meio do EHAD, a ocorrência deste sintoma variou bastante. Em 3 estudos a ocorrência de ansiedade variou de 1% a 7%, em 4 estudos de 12% a 16%, em 8 artigos de 21% a 28%, em 5 estudos de 31% a 40% em 3 artigos de 41% a 43%, em 1 estudo foi de 54%, em outro foi de 88,1% e por fim, 8 estudos não possuíam informações em relação à frequência de ansiedade na amostra estudada. ^{10-13,19,21,24-26,28,30-51}

4.1.2. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IATE)

O IATE apresenta 20 itens que avaliam a ocorrência de ansiedade, e é dividido em dois tipos: a escala “Estado” requer que o participante descreva como ele se sente “agora, neste momento” em relação aos 20 itens do instrumento apresentados em uma escala likert de 4 pontos: 1: absolutamente não; 2: um pouco; 3: bastante; 4: muitíssimo. Na escala Traço, o participante deve pontuar “como geralmente se sente” em relação aos itens do questionário. As opções de respostas são: 1: quase nunca; 2: às vezes; 3: frequentemente; 4: quase sempre. ^{27,29,52,53}

Este inventário foi utilizado em 4 estudos (8%). A maioria dos estudos não especificou a localização do tumor primário, sendo que apenas 1 deles reportou a localização (boca, orofaringe, laringe e hipofaringe). Em relação ao tipo histológico, apenas 2 deles (50%) citaram que o tipo histológico do CCP foi o CEC, enquanto os outros 2 estudos (50%) não informaram o tipo histológico do tumor. ^{27,29,52,53}

Dentre os estudos que utilizaram o IATE, 2 indicaram a média de ocorrência de sintomas de ansiedade em pacientes com CCP. O primeiro deles analisou os sintomas de ansiedade em pacientes com diferentes tipos de câncer. De acordo com o IATE, os pacientes com CCP tiveram uma média de ocorrência de ansiedade-traço de 37.2 pontos. Já para ansiedade-estado a média da ocorrência da ansiedade foi 40.6, indicando níveis moderados de ansiedade. O segundo estudo indicou uma média de 20.73 pontos para a ocorrência dos sintomas de ansiedade em pacientes com CCP. Outro estudo mostrou uma pequena porcentagem de ocorrência (9%) de ansiedade em sua amostra de paciente com CCP. E por fim, outro estudo não apresentou os resultados da ansiedade.^{27,29,52,53}

4.1.3. Versão 4 do Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (QQVUW v4)

O QQVUW avalia aspectos da qualidade de vida em pacientes com CCP, por meio de 12 domínios: dor, aparência, atividade, recreação, deglutição, mastigação, fala, ombro, paladar, saliva, humor, ansiedade. O paciente também pode escolher até três destes domínios que mais tiveram impacto negativo na qualidade de vida nos últimos sete dias. Além disso, o paciente também deve responder a três perguntas: uma delas avalia a qualidade de vida no mês anterior ao diagnóstico de câncer, outra pergunta avalia a qualidade de vida nos últimos sete dias e por fim, há uma questão sobre fatores relacionados à família/amigos, espiritualidade e lazer pessoal.⁵⁴⁻⁵⁶

O QQVUW foi usado em 3 estudos (6%) da presente revisão. Destes estudos, 1 avaliou os sintomas de ansiedade em pacientes com câncer de laringe, 1 estudo foi conduzido com pacientes com câncer de seio maxilar e 1 estudo em pacientes

com câncer de boca e faringe. Em relação ao tipo histopatológico, 2 estudos que utilizaram o QQVUW não informaram o tipo, enquanto que 1 estudo avaliou pacientes com CEC.⁵⁴⁻⁵⁶

Em relação aos sintomas de ansiedade, 1 estudo que usou o QQVUW avaliou a ocorrência de ansiedade em dois momentos: 20% dos pacientes apresentaram algum nível de ansiedade antes da consulta médica e 44% dos pacientes apresentaram sintomas de ansiedade no momento da consulta com o oncologista. Outro estudo indicou que 50% da sua amostra de pacientes com CCP rastreada com o QQVUW tinham sintomas de ansiedade. Um estudo não indicou o número de pacientes com sintomas de ansiedade. Porém, nos resultados os autores fizeram uma comparação entre os pacientes submetidos a dois tipos de tratamentos: maxilectomia conservadora e radical. Os resultados mostraram que os sintomas de ansiedade tiveram maior impacto negativo na qualidade de vida em pacientes submetidos à maxilectomia radical.⁵⁴⁻⁵⁶

4.1.4. Inventário de Ansiedade de Beck (IAB)

O IAB contém 21 itens que avaliam sintomas de ansiedade que ocorreram na última semana. A escala mede a severidade dos sintomas de ansiedade em uma escala de 0 (absolutamente não) a 3 (frequentemente). Ao final, o inventário indica os níveis de ansiedade em mínimo, leve, moderado e severo.⁵⁷⁻⁵⁹

Dentre os estudos, 3 (6%) avaliaram os sintomas de ansiedade em pacientes com CCP por meio do IAB. Um artigo avaliou os sintomas de ansiedade em pacientes com câncer de laringe, outro estudo em pacientes com câncer em nasofaringe e um estudo avaliou os níveis de ansiedade em pacientes com câncer de boca e orofaringe. Apenas 1 estudo especificou o tipo histológico do CCP.⁵⁷⁻⁵⁹

A ocorrência de ansiedade nos pacientes dos estudos que utilizaram o IAB variou muito (de 2,8% a 81,4%). Um estudo indicou que 51,2% dos pacientes com CCP tinham níveis elevados de ansiedade e 30,2% tinham níveis moderados e apresentavam sintomas depressivos.⁵⁷ Em outro estudo, a maioria dos pacientes (71,8%) tinha níveis aumentados de ansiedade em relação às pacientes sem câncer.⁵⁸ Outro estudo revelou que pacientes submetidos à laringectomia total tiveram níveis mais altos de ansiedade em comparação com pacientes submetidos à laringectomia parcial.⁵⁹

4.1.5. Escala de Auto-Avaliação da Ansiedade de Zung (EAAZ)

O EAAZ avalia sintomas de ansiedade em 20 itens com opções de respostas que variam de “pouca frequência” a “muita frequência”. Esta escala avalia quatro componentes da ansiedade: cognitiva, motora, vegetativa e sistema nervoso central (SNC). Dentre os estudos, 2 (4%) avaliaram os sintomas de ansiedade por meio do EAAZ. Em ambos os estudos, a avaliação da ansiedade foi realizada em pacientes com câncer de nasofaringe.^{60,61}

Dentre os estudos, 1 estudo mostrou que 3,9% dos pacientes com CCP apresentaram sintomas de ansiedade coletados pelo EAAZ antes do início da radioterapia e 19,6% após o término da radioterapia.⁶⁰ Além disso, os sintomas de ansiedade no período pré-tratamento do câncer foram preditivos para a ocorrência de ansiedade na fase pós-tratamento em pacientes jovens.⁶⁰ O outro estudo mostrou que a grande maioria dos pacientes (87%) tinha algum nível de ansiedade.⁶¹

4.1.6. Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (EAAH)

A EAAH compreende 14 itens de sintomas de ansiedade, subdivididos em dois grupos: sete relacionados a sintomas de humor ansioso e sete relacionados a

sintomas físicos de ansiedade. Cada item é avaliado segundo uma escala que varia de 0 a 3 de intensidade (0= ausente; 1 = leve; 2 = média; 3 = máxima). A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 56 pontos.^{62,63}

Dentre os artigos, 2 (4%) da presente revisão utilizaram a EAAH.^{62,63} Um deles avaliou a ansiedade apenas em pacientes com câncer de nasofaringe. Já o outro estudo avaliou em pacientes com câncer em várias localizações diferentes (boca, laringe, faringe, nasofaringe e glândula parótida). Sobre o tipo histopatológico apenas 1 deles avaliaram pacientes com CEC. A ocorrência de ansiedade foi de 23% na população de pacientes com câncer de nasofaringe, e no outro estudo a porcentagem de ocorrência de ansiedade foi bem maior (72,5%).^{62,63}

4.1.7. Escala de análise de Gottschalk-Glese

Este método avalia os fatores emocionais por meio de uma análise qualitativa extraída das falas do participante. Esta análise subjetiva visa categorizar as principais palavras do discurso do participante. Na presente revisão, apenas 1 estudo utilizou este método em pacientes com câncer de faringe e de acordo com o método de análise Gottschalk-Glese, 19% dos pacientes tinham sintomas de ansiedade.⁶⁴

4.1.8. Questionário sobre a Saúde do Paciente (QSP)

O QSP reúne 9 itens dispostos em uma escala de 4 pontos: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 27 para avaliar a frequência de sinais e sintomas de ansiedade e depressão nas últimas duas semanas. Pontuações acima de 10 são diagnosticadas como ansiedade ou depressão severa. Somente 1 estudo avaliou os sintomas de ansiedade por meio do

QSP em pacientes com CCP. Os resultados revelaram que apenas 10,68% dos pacientes tinham ansiedade.⁶⁵

4.1.9. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed (MDET - IV).

O MDET - IV classifica a ansiedade como uma desordem psiquiátrica por meio da investigação de sintomas físicos que o indivíduo sente durante pelo menos sete dias. Apenas 1 estudo avaliou a ansiedade por meio do MDET - IV. No momento do diagnóstico da doença, 46,9% dos pacientes foram diagnosticados com ansiedade. Porém após um ano de acompanhamento a porcentagem de pacientes que foram novamente diagnosticados com ansiedade caiu para 20,4%.⁶⁶

4.2. Associação da ansiedade com as variáveis demográficas, biocomportamentais e clinicopatológicas em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

A ocorrência de ansiedade em pacientes com CCP apresentou uma grande variação nos estudos analisados. Dois estudos encontraram de 1 a 1,9% de ocorrência de ansiedade em suas amostras de pacientes com CCP no momento do diagnóstico da doença, enquanto que em outros estudos a incidência de ansiedade variou de 16% a 88,1% no momento do diagnóstico e pré-tratamento. A maioria dos estudos também avaliou os níveis de ansiedade durante e após o fim do tratamento. Nestes estudos, a ocorrência de ansiedade variou de 11% a 87%.

Hammerlid et al. mostraram que 32% dos pacientes recém-diagnosticados com CCP apresentaram níveis elevados de ansiedade.⁹ No primeiro ano de acompanhamento pós-tratamento, 25% destes pacientes ainda apresentavam altos níveis de ansiedade.⁹ Suzuki et al. relataram que 88,1% dos pacientes com CEC de

boca tinham altos níveis de ansiedade pré-tratamento.²⁰ Ao longo do primeiro ano após o fim do tratamento, 31,3% dos pacientes ainda apresentavam sintomas de ansiedade, porém com o passar do tempo esta porcentagem diminuiu.²⁰ Após 5 anos de acompanhamento, 25,5% dos pacientes apresentaram algum nível de ansiedade.²⁰

Em relação às variáveis demográficas dos pacientes com CCP, cinco estudos mostraram que durante o tratamento da doença as mulheres tinham níveis mais elevados de ansiedade em comparação com os homens.^{9,18,20,21,22} Além disso, os estudos mostraram que os pacientes com CCP com menos de 65 anos eram mais ansiosos do que os pacientes acima dos 65 anos.^{9,10,21,23,24} Sobre as variáveis comportamentais, Humphris & Rogers relataram que pacientes tabagistas apresentaram níveis mais altos de ansiedade em comparação com os pacientes não fumantes.²⁵ Kugaya et al. reportaram que 61% dos pacientes com ansiedade eram alcoolistas e 28% eram tabagistas.¹⁰

Outros estudos encontraram associação entre os níveis de ansiedade e o estadiamento clínico do tumor.^{9,10,12,20,26} Os estudos de Aarstad et al. e Suzuki et al. mostraram que pacientes com CCP com estadiamento clínico avançado tinham maiores níveis de ansiedade em relação aos pacientes com estadiamento clínico inicial.^{20,26} Já o estudo de Chen et al. evidenciou que os pacientes com CCP que tinham a doença em estágio inicial tinham maiores níveis de ansiedade.²⁴ Dois estudos encontraram associação entre os níveis de ansiedade e a presença de dor no local da lesão em pacientes com CCP.^{27,28} Zwahlen et al. mostraram que pacientes com dor intensa no local do tumor primário tinham maiores níveis de ansiedade em comparação com os pacientes que apresentam dor com intensidade mínima.²⁷ O estudo de Fischer et al. também mostrou uma associação positiva

significativa entre dor intensa no local do tumor primário e níveis elevados de ansiedade nos pacientes com CCP.²⁸ Um estudo mostrou que os sintomas de ansiedade foram associados com o medo de recorrência da doença antes e após o tratamento do CCP. Além disso, os pacientes que reportaram maiores níveis de ansiedade apresentaram pior qualidade de vida.²⁹

5. CONCLUSÃO

Os resultados revelaram que grande parte dos pacientes com CCP apresentam algum nível de ansiedade e que algumas variáveis demográficas, comportamentais e clinicopatológicas podem influenciar seus sintomas.

6. REFERÊNCIAS

1. Brentani, M. et al. Bases da oncologia. São Paulo, Editora Marina e Tecmed, 2003.
2. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa da incidência de câncer no Brasil 2016. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: < http://www.oncoguia.org.br/pub//10_advocacy/Estimativas_INCA.pdf> Acesso em: 09 de Agosto de 2018.
3. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa da incidência de câncer no Brasil 2018. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>> Acesso em: 09 de Agosto de 2018.
4. Majid A, Sayeed BZ, Khan M, Lakhani M, Saleem MM, Rajani H, et al. Assessment and Improvement of Quality of Life in Patients Undergoing Treatment for Head and Neck Cancer. Cureus. 2017;2;9(5):e1215.
5. Filho MRM, Rocha BA, Pires MBO, Fonseca ES, Freitas EM, Marteli-Junior HM, et al. Qualidade de vida de pacientes com carcinoma em cabeça e pescoço. Braz J Otorhinolaryngol. 2013;79(1):82-88.
6. Araújo SSC, Padilha DMP, Baldisserotto J. Saúde bucal e qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Rev Fac Odontol Porto Alegre. 2007;48(1/3):73-6.
7. Machiels JP, Lambrecht M, Hanin FX, Duprez T, Gregoire V, Schmitz S, et al. Advances in the management of squamous cell carcinoma of the head and neck. F1000Prime Rep. 2014 2;6:44.
8. Santos LC, Batista Ode M, Cangussu MC. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. Braz J Otorhinolaryngol. 2010;76(4):416-22.

9. Jungerman I, Toyota j, Montoni NP, Azevedo EHM, Guedes RLV, Damasceno A et al. Patient concerns inventory for head and neck cancer. *Psychooncology* 2013, 22(4): 807- 13.

10. Hammerlid E, Ahlner-Elmqvist M, Bjordal K, Biorklund A, Evensen J, Boysen M, et al. A prospective multicentre study in Sweden and Norway of mental distress and psychiatric morbidity in head and neck cancer patients. *Br J Cancer* 1999;80:766–74.

11. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al. Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer* 2000; 88: 2817–23.

12. Petruson KM, Silander EM, Hammerlid EB. Effects of psychosocial intervention on quality of life in patients with head and neck cancer. *Head Neck* 2003;25:576–84.

13. Verdonck-de LI, Eerenstein SE, Van der Linden MH, Kuik DJ, de BR, Leemans CR. Distress in spouses and patients after treatment for head and neck cancer. *Laryngoscope* 2007;117(2):238–241.

14. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5th. ed. Porto Alegre : ARTMED, 2014.

15. Stark DP, House A. Anxiety in cancer patients. *Br J Cancer*. 2000;83(10):1261-67.

16. de Oliveira RL, Dos Santos RF, de Carvalho SH, Agripino GG, Canto MM, de Vasconcelos Carvalho M, et al. Prospective evaluation of quality of life in patients with head and neck cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2017 Mar;123(3):350-357.

17. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol*. 2002;20(14):3137-48.
18. Marrs JA. Stress, fears, and phobias: the impact of anxiety. *Clin J Oncol Nurs*. 2006;10(3):319-22.
19. Rogers SN, Rajlawat B, Goru J, Lowe D, Humphris GM. Comparison of the domains of anxiety and mood of the University of Washington Head and Neck Cancer Questionnaire (UW-QOL V4) with the CES-D and HADS. *Head Neck*. 2006;28(8):697-704.
20. Vosgerau DSR, Romanowski JP. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista de Diálogo Educacional*. 2014;(14)41, 165-189.
21. Suzuki M, Deno M, Myers M, et al. Anxiety and depression in patients after surgery for head and neck cancer in Japan. *Palliat Support Care* 2016;14(3): 269–77.
22. Shiraz F, Rahtz E, Bhui K, Hutchison I, Korszun A. Quality of life, psychological wellbeing and treatment needs of trauma and head and neck cancer patients. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2014;52:513–7.
23. Griffiths GO, Griffiths GO, Parmar MK, Bailey AJ. Physical and psychological symptoms of quality of life in the CHART randomized trial in head and neck cancer: short-term and long-term patient reported symptoms. CHART Steering Committee. Continuous hyperfractionated accelerated radiotherapy. *Br J Cancer*. 1999;81(7):1196-205
24. Lee-Preston V, Steen IN, Dear A, Kelly CG, Welch AR, Meikle D, et al. Optimizing the assessment of quality of life after laryngeal cancer treatment. *J Laryngol Otol*. 2004;118(6):432-8

25. Chen SC, Yu WP, Chu TL, Hung HC, Tsai MC, Liao CT. Prevalence and correlates of supportive care needs in oral cancer patients with and without anxiety during the diagnostic period. *Cancer Nurs.* 2010;33(4):280–289
26. Humphris GM, Rogers SN. The association of cigarette smoking and anxiety, depression and fears of recurrence in patients following treatment of oral and oropharyngeal cancer. *Eur J Cancer Care.* 2004;13:328–35.
27. Aarstad HJ, Aarstad AK, Heimdal JH, Olofsson J. Mood, anxiety and sense of humor in head and neck cancer patients in relation to disease stage, prognosis and quality of life. *Acta Otolaryngol.* 2005;125:557–65.
28. Zwahlen RA, Dannemann C, Gratz KW et al. Quality of life and psychiatric morbidity in patients successfully treated for oral cavity squamous cell cancer and their wives. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008;66(6):1125–1132.
29. Fischer DJ, Villines D, Kim YO, Epstein JB, Wilkie DJ. Anxiety, depression, and pain: differences by primary cancer. *Support Care Cancer.* 2010;18(7):801-10.
30. Llewellyn CD, Weinman J, McGurk M, et al. Can we predict which head and neck cancer survivors develop fears of recurrence? *J Psychosom Res.* 2008;65(6):525–32.
31. Horney DJ, Smith HE, McGurk M, Weinman J, Herold J, Altman K, et al. Associations between quality of life, coping styles, optimism, and anxiety and depression in pretreatment patients with head and neck cancer. *Head Neck.* 2011; 33(1):65-71.
32. Johnson J, Johansson M, Rydén A, Houltz E, Finizia C. Impact of trismus on health-related quality of life and mental health. *Head Neck.* 2015;37(11):1672-9.
33. Shepherd KL, Fisher SE. Prospective evaluation of quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer: from diagnosis to three months post-treatment. *Oral Oncol.* 2004;40(7):751-7.

34. Singer S, Herrmann E, Welzel C, Klemm E, Heim M, Schwarz R. Comorbid mental disorders in laryngectomees. *Onkologie*. 2005;28(12):631-6.
35. Hassanein KA, Musgrove BT, Bradbury E. Psychological outcome of patients following treatment of oral cancer and its relation with functional status and coping mechanisms. *J Craniomaxillofac Surg*. 2005;33(6):404-9.
36. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: is Leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time? *J Psychosom Res*. 2007;63(1):17-26.
37. Nguyen NP, Vos P, Karlsson U, Nguyen P, Dutta S, Lemanski C, et al. Quality of life following chemoradiation and postoperative radiation for locally advanced head and neck cancer. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 2007;69(5):271-6.
38. Singer S, Danker H, Dietz A, Hornemann B, Koscielny S, Oeken J, et al. Screening for mental disorders in laryngeal cancer patients: a comparison of 6 methods. *Psychooncology*. 2008;17(3):280-6.
39. Verdonck-de Leeuw IM, de Bree R, Keizer AL, Houffelaar T, Cuijpers P, van der Linden MH, et al. Computerized prospective screening for high levels of emotional distress in head and neck cancer patients and referral rate to psychosocial care. *Oral Oncol*. 2009;45(10):e129-33.
40. Chen SC, Liao CT, Lin CC, Chang JT, Lai YH. Distress and care needs in newly diagnosed oral cavity cancer patients receiving surgery. *Oral Oncol*. 2009;45(9):815-20.
41. Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y, Kissane DW, Zabora JR. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics*. 2009;50(4):383-91.
42. Veer V, Kia S, Papesch M. Anxiety and depression in head and neck out-patients. *J Laryngol Otol*. 2010;124(7):774-7.

43. Elani HW, Allison PJ. Coping and psychological distress among head and neck cancer patients. *Support Care Cancer*. 2011;19(11):1735-41.
44. Hassel AJ, Danner D, Freier K, Hofele C, Becker-Bikowski K, Engel M. Oral health-related quality of life and depression/anxiety in long-term recurrence-free patients after treatment for advanced oral squamous cell cancer. *J Craniomaxillofac Surg*. 2012;40(4):e99-102
45. Shiraz F, Rahtz E, Bhui K, Hutchison I, Korszun A. Quality of life, psychological wellbeing and treatment needs of trauma and head and neck cancer patients. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2014;52(6):513-7.
46. Blanco-Piñero N, Antequera-Jurado R, Rodríguez-Franco L, Ibáñez-Guerra E, Herrero-Salado TF, Sánchez-Gómez S. Emotional and psychopathological disorders in laryngectomized oncological patients. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2015;66(4):210-7.
47. Posluszny DM, Dougall AL, Johnson JT, Argiris A, Ferris RL, Baum A, et al. Posttraumatic stress disorder symptoms in newly diagnosed patients with head and neck cancer and their partners. *Head Neck*. 2015;37(9):1282-9
48. Pereira da Silva A, Feliciano T, Vaz Freitas S, Esteves S, Almeida E Sousa C. Quality of life in patients submitted to total laryngectomy. *J Voice*. 2015;29(3):382-8.
49. Almståhl A, Alstad T, Fagerberg-Mohlin B, Carlén A, Finizia C. Explorative study on quality of life in relation to salivary secretion rate in patients with head and neck cancer treated with radiotherapy. *Head Neck*. 2016;38(5):782-91
50. Holtmaat K, van der Spek N, Cuijpers P, Leemans CR, Verdonck-de Leeuw IM. Posttraumatic growth among head and neck cancer survivors with psychological distress. *Psychooncology*. 2017;26(1):96-101.

51. Kohda R, Otsubo T, Kuwakado Y, Tanaka K, Kitahara T, Yoshimura K, et al. Prospective studies on mental status and quality of life in patients with head and neck cancer treated by radiation. *Psychooncology*. 2005;14(4):331-6
52. Kangas M, Milross C, Taylor A, Bryant RA. A pilot randomized controlled trial of a brief early intervention for reducing posttraumatic stress disorder, anxiety and depressive symptoms in newly diagnosed head and neck cancer patients. *Psychooncology*. 2013;22(7):1665-73.
53. Fang CY, Egleston BL, Ridge JA, Lango MN, Bovbjerg DH, Studts JL, et al. Psychosocial functioning and vascular endothelial growth factor in patients with head and neck cancer. *Head Neck*. 2014;36(8):1113-9.
54. Vilaseca I, Chen AY, Backscheider AG. Long-term quality of life after total laryngectomy. *Head Neck*. 2006;28(4):313-20.
55. Liu L, Liu D, Guo Q, Shen B. Quality of life in advanced maxillary sinus cancer after radical versus conservative maxillectomy. *J Craniofac Surg*. 2013;24(4):1368-72.
56. Kanatas A, Ghazali N, Lowe D, Rogers SN. The identification of mood and anxiety concerns using the patients concerns inventory following head and neck cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2012;41(4):429-36.
57. Lue BH, Huang TS, Chen HJ. Physical distress, emotional status, and quality of life in patients with nasopharyngeal cancer complicated by post-radiotherapy endocrinopathy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2008;1;70(1):28-34.
58. Bastos DB, Sarafim-Silva BAM, Sundfeld MLMM, Ribeiro AA, Brandão JDP, Biasoli ÉR, et al. Circulating catecholamines are associated with biobehavioral factors and anxiety symptoms in head and neck cancer patients. *PLoS One*. 2018;20;13(8):e0202515.
59. Batioğlu-Karaaltın A, Binbay Z, Yiğit Ö, Dönmez Z. Evaluation of life quality, self-confidence and sexual functions in patients with total and partial laryngectomy. *Auris Nasus Larynx*. 2017;44(2):188-194.

60. Mo YL, Li L, Qin L, Zhu XD, Qu S, Liang X, et al. Cognitive function, mood, and sleep quality in patients treated with intensity-modulated radiation therapy for nasopharyngeal cancer: a prospective study. *Psychooncology*. 2014;23(10):1185-91.
61. Tang Y, Luo D, Rong X, Shi X, Peng Y. Psychological disorders, cognitive dysfunction and quality of life in nasopharyngeal carcinoma patients with radiation-induced brain injury. *PLoS One*. 2012;7(6):e36529.
62. Ozsoy S, Besirli A, Unal D, Abdulrezzak U, Orhan O. The association between depression, weight loss and leptin/ghrelin levels in male patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37(1):31-5.
63. Wu X, Gu M, Zhou G, Xu X, Wu M, Huang H. Cognitive and neuropsychiatric impairment in cerebral radionecrosis patients after radiotherapy of nasopharyngeal carcinoma. *BMC Neurol*. 2014;13;14:10.
64. Heszen-Niejodek I, Gottschalk LA, Januszek M. Anxiety and hope during the course of three different medical illnesses: a longitudinal study. *Psychother Psychosom*. 1999;68(6):304-12.
65. Mehnert A, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H, et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol*. 2014;1;32(31):3540-6.
66. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. The course of psychological disorders in the 1st year after cancer diagnosis. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(4):763-8.