

**CÂNCER E SUICÍDIO: AVALIAÇÃO DO RISCO DE  
SUICÍDIO NOS PRIMEIROS SEIS MESES APÓS O  
DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA EM UM  
CENTRO ONCOLÓGICO DA CIDADE DE SÃO  
PAULO**

**MARILIA ZENDRON**

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

**Área de Concentração: Oncologia**

**Orientadora: Dra. Maria Teresa Duarte  
Pereira da Cruz Lourenço**

**Co-Orientador: Dr. Stênio de Cássio Zequi**

**São Paulo**

**2017**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Zendron, Marília

**Câncer e suicídio: avaliação do risco de suicídio nos primeiros seis meses após o diagnóstico do câncer de próstata em um centro oncológico da cidade de São Paulo** / Marília Zendron – São Paulo, 2017.

107p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

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

Orientadora: Maria Teresa Duarte Pereira da Cruz Lourenço

Descritores: 1. Suicídio/Suicide. 2. Neoplasias da Próstata/Prostatic Neoplasms. 3. Ansiedade/Anxiety. 4. Depressão/Depression. 5. Diagnóstico/Diagnosis

Ser ou não ser, eis a questão.  
Será mais nobre sofrer na alma  
Pedradas e flechadas do destino feroz  
Ou pegar em armas contra o mar de angústias –  
E, combatendo-o, dar-lhe fim? Morrer; dormir; Só isso.  
E com o sono - dizem - extinguir  
Dores do coração e as mil mazelas naturais  
A que a carne é sujeita; eis uma consumação  
Ardentemente desejável. Morrer - dormir –  
Dormir! Talvez sonhar. Aí está o obstáculo!  
Os sonhos que hão de vir no sono da morte  
Quando tivermos escapado ao tumulto vital  
Nos obrigam a hesitar: e é essa reflexão  
Que dá à desventura uma vida tão longa.

Shakespeare, 1996.

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Sérgio (in memoriam) e Silvia, que sempre estranharam, mas incentivaram as minhas escolhas por temas e caminhos às vezes tão difíceis. Gratidão!

## **AGRADECIMENTOS**

A conclusão deste trabalho só ocorreu devido à colaboração direta e indireta de muitas pessoas. Todos vocês fazem parte desta conquista.

À Dra. Maria Teresa D. P. da Cruz Lourenço, pela orientação cuidadosa e por ter proporcionado esse espaço, para que juntas construíssemos um olhar mais atencioso sobre o risco de suicídio de pacientes na instituição.

Ao Dr. Stênio de Cássio Zequi, pela co-orientação, contribuindo com sugestões valiosas e provocando questionamentos que só fizeram enriquecer o trabalho.

Aos médicos do Departamento de Urologia do A.C.Camargo Cancer Center, por todas as dúvidas esclarecidas e pelo apoio durante o período de coleta.

À Thais Safranov, a Cássia da Silva e a toda equipe de funcionários do Departamento de Urologia, pela colaboração nas diversas situações.

À Suely (Apud) e a equipe da biblioteca, pela revisão cuidadosa e cafés doados nos dias de pouca inspiração de escrita.

Em especial, ao meu marido, Alexandre Santin, pelo amor e paciência durante a elaboração e escrita deste trabalho.

Ao apoio financeiro da Capes.

## RESUMO

Zendron M. **Câncer e suicídio: avaliação do risco de suicídio nos primeiros seis meses após o diagnóstico do câncer de próstata em um centro oncológico da cidade de São Paulo.** São Paulo; 2017. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

No Brasil, a estimativa de novos casos de câncer de próstata para o ano de 2016 foi de 61.200. Pacientes com câncer tem risco elevado para o suicídio. Pesquisas que investigam o risco de suicídio de pacientes após o recebimento do diagnóstico de uma doença maligna são escassas no Brasil. O objetivo deste trabalho foi de identificar os fatores associados e o risco de comportamento suicida em uma amostra de pacientes diagnosticados com câncer de próstata de risco D'Amico baixo e intermediário. Duzentos e sessenta e quatro pacientes foram convidados a participar da pesquisa após serem diagnosticados, entre setembro de 2015 e novembro de 2016. Foram aplicadas a seção de risco de suicídio do questionário *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*, a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADs), o questionário *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener (CAGE)* sobre abuso ou dependência de álcool antes do paciente iniciar o tratamento ou vigilância. Informações sobre tratamento psiquiátrico prévio, histórico familiar de comportamento suicida, o uso de drogas psicotrópicas, bem como um questionário sóciodemográfico foram coletadas. A incidência de risco para suicídio revelou ser de 4,8%, a prevalência para ansiedade foi de 10,8% e de depressão foi 6,8%. O abuso de álcool mostrou ser positivo para 2,8% dos pacientes. O risco de suicídio nos pacientes recém diagnosticados com câncer de próstata foi associado ao estado civil (solteiro, viúvo divorciado ou separado), morar sozinho, ter passado por tratamento psiquiátrico anterior e ao escore positivo para a HADs.

## SUMMARY

Zendron M. **[Cancer and suicide: risk of suicide in the first six months after the diagnosis of prostate cancer in an oncology center in the city of São Paulo]**. São Paulo; 2017. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

There are 61,200 estimated new cases of prostate cancer for this year in Brazil. Patients with cancer may be at increased risk of suicide. Researches investigating suicidal risks in patients after receiving the diagnoses of malignancy is scarce in Brazil. The objective of this study was to identify the associated factors and the risk for suicidal behavior in a cohort of patients diagnosed with low and intermediate D'Amico risk prostate cancer. Two hundred and sixty-four patients were invited to participate in this research, between September 2015 and September 2016. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) section of risk of suicide, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADs) and the Substance Abuse Screening Tool (CAGE) were applied before patients started the treatment or surveillance. Data regarding psychiatric treatment, family history of suicidal behavior, use of psychotropic drugs and a socio-demographic questionnaire were collected. The incidence of suicide risk was 4.8%, prevalence for anxiety was 10.8%, and depression was 6.8%. Alcohol abuse was positive for 2.8% of patients. Risk of suicide in patients newly diagnosed with prostate cancer was associated with marital status, living alone, having undergone previous psychiatric treatment and a positive score in the HADs.

## LISTA DE FIGURA, QUADROS E TABELAS

<b>Figura 1</b>	Anatomia da próstata e suas relações com órgãos adjacentes.....	2
<b>Quadro 1</b>	Grupo de risco D'Amico para recidiva de câncer de próstata	11
<b>Tabela 1</b>	Dados sóciodemográficos – Raça, religião e estado civil.....	50
<b>Tabela 2</b>	Dados sóciodemográficos – Faixa etária.....	51
<b>Tabela 3</b>	Dados sóciodemográficos – Grau de escolaridade.....	51
<b>Tabela 4</b>	Dados sóciodemográficos – Local de residência, morar sozinho, sistema de saúde e risco D'Amico.....	52
<b>Tabela 5</b>	Dados sóciodemográficos – Antecedente pessoal de câncer, antecedente familiar de câncer, tabagismo ativo no momento da entrevista, consumo de álcool, tratamento cirúrgico.....	53
<b>Tabela 6</b>	Dados sóciodemográficos – Tempo entre o diagnóstico e a data da entrevista em associação com o risco de suicídio.....	54



<b>Tabela 7</b>	Dados sóciodemográficos-Tratamento psiquiátrico anterior, histórico familiar de comportamento suicida, uso de medicamentos para dormir e/ ou para ansiedade e depressão.....	55
<b>Tabela 8</b>	Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão.....	56
<b>Tabela 9</b>	CAGE – Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener.....	57
<b>Tabela 10</b>	CAGE em associação ao HADs – ansiedade.....	58
<b>Tabela 11</b>	CAGE em associação ao HADs – depressão.....	58
<b>Tabela 12</b>	Modelo de regressão logística para as variáveis: morar sozinho, tratamento psiquiátrico anterior e HADs com escore para ansiedade.....	59
<b>Tabela 13</b>	Probabilidade de estimativa de risco de suicídio para as variáveis: morar sozinho, tratamento psiquiátrico anterior e HADs com escore para ansiedade.....	60
<b>Tabela 14</b>	Tempo entre o diagnóstico e a data da entrevista em associação a cada subcategoria do MINI.....	61

<b>Tabela 15</b>	Estado civil, faixa etária e morar sozinho em relação a cada subcategoria do MINI.....	63
<b>Tabela 16</b>	Risco D'Amico, antecedente familiar de câncer, tratamento cirúrgico em relação a cada subcategoria do MINI.....	64
<b>Tabela 17</b>	Tratamento psiquiátrico anterior, histórico familiar de comportamento suicida, uso de medicamentos para dormir e/ ou para ansiedade e depressão em relação a cada subcategoria do MINI.....	65
<b>Tabela 18</b>	Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão em relação a cada subcategoria do MINI.....	66
<b>Tabela 19</b>	CAGE em relação a cada subcategoria do MINI.....	66
<b>Tabela 20</b>	Consumo de álcool em relação a cada subcategoria do MINI	67

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>CAGE</b>	Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener
<b>CP</b>	Câncer de próstata
<b>HADs</b>	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
<b>HPB</b>	Hiperplasia prostática benigna
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>MINI</b>	Mini International Neuropsychiatric Interview
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PSA</b>	Antígeno Prostático Específico
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>WHO</b>	World Health Organization

## ÍNDICE

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1	Câncer no mundo e no Brasil .....	1
1.2	Câncer de Próstata.....	1
1.3	Suicídio.....	18
1.3.1	Câncer e suicídio.....	24
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>41</b>
2.1	Objetivos gerais.....	41
2.2	Objetivos específicos.....	41
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>42</b>
3.1	Casuística.....	42
3.2	Métodos.....	43
3.2.1	Instrumentos.....	44
3.2.2	Aspectos éticos .....	47
3.3	Análise estatística.....	48
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>49</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>68</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>100</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>101</b>

### ANEXOS

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

**Anexo 2** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Anexo 3** Classificação tumor nodo metástase (TNM) para câncer de  
próstata

**Anexo 4** Questionário sociodemográfico

- Anexo 5** Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADs)
- Anexo 6** Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener (CAGE)
- Anexo 7** Risco de Suicídio - Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)
- Anexo 8** Lista dos medicamentos mais utilizados pelos pacientes
- Anexo 9** Análise descritiva de cada questionário

# **1 INTRODUÇÃO**

## **1.1 CÂNCER NO MUNDO E NO BRASIL**

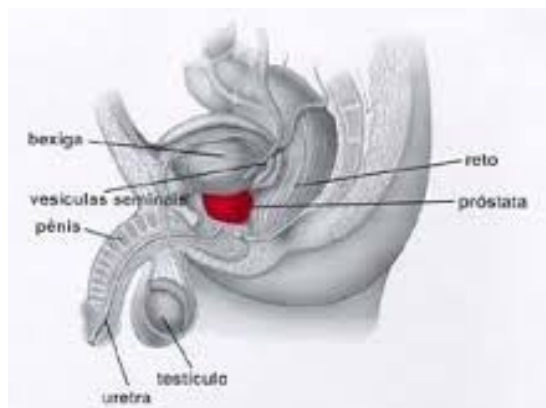
Nas últimas décadas, tem se verificado o aumento de diagnósticos de câncer no mundo. Dados da OMS revelam que 27 milhões de pessoas terão câncer em 2030. No Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) a estimativa de incidência em 2016 e válida também para 2017 aponta 600 mil novos casos, prevalecendo canceres como o de pele não melanoma e o de próstata nos homens, em todas as regiões do país (Ministério da Saúde 2016).

## **1.2 CÂNCER DE PRÓTATA**

O câncer de próstata (CP) é o segundo tipo de câncer mais frequente em homens, estando apenas atrás do câncer de pele não melanoma (Ministério da Saúde 2016). Cerca de 70 % dos casos diagnosticados no mundo estão em países desenvolvidos, como na América do Norte, Austrália/Nova Zelândia e Europa Ocidental. Tais índices podem ser explicados pelo crescimento dos pedidos de rastreamento pelo teste do Antígeno Prostático Específico (PSA - do inglês *Prostatic Specific Antigen*) e por questões ambientais e dietéticas, sendo mais comum em países industrializados e em populações com dietas ricas em proteína e

gordura animais, além de derivados do leite. A sobrevida destes homens nos Estados Unidos é de 97% em 5 anos, 79% em 10 anos e 57% em 15 anos (NACCARATO et al. 2014). No Brasil, a estimativa de novos casos de câncer de próstata é de 61.200, sendo o tipo mais incidente em homens em todas as regiões do país, com 95,63/100 mil na Sul, 67,59/100 mil na Centro-Oeste, 62,36/ 100 mil na Sudeste, 51,84/100 mil na Nordeste e 29,50/100 mil na Norte (Ministério da Saúde 2016).

A próstata é uma glândula masculina do tamanho de uma noz. Ela fica localizada na pélvis, logo inferior da bexiga e anterior ao reto, sendo atravessada pela uretra, que serve como conduto para a urina e o sêmen. A próstata possui pequenas glândulas especializadas que produzem parte do líquido seminal ou sêmen, que protege e nutre os espermatozoides (A.C.Camargo Cancer Center 2016).



**Fonte:** Ministério da Saúde (2017).

**Figura 1** - Anatomia da próstata (em vermelho) e suas relações com órgãos adjacentes.

O desenvolvimento da próstata é estimulado pelos hormônios masculinos desde a puberdade até a vida adulta. Uma glândula não atinge as dimensões totais, caso o nível de hormônios masculinos forem baixos. Porém, em homens mais velhos, com frequência “a parte da glândula em torno da uretra (zona de transcrição) cresce continuamente, causando a hiperplasia prostática benigna (HPB), que pode causar dificuldades ao urinar” (A.C.Camargo Cancer Center 2016).

A detecção precoce de um câncer envolve duas estratégias: o diagnóstico precoce quando é feito em pessoas sem sinais da doença e aparentemente saudáveis, que geralmente procuram por prevenção ou participam de campanhas de rastreamento populacional, e menos frequentemente, em alguns casos oligosintomáticos. No caso do CP o rastreamento é feito a partir do exame digital retal (toque retal) e a dosagem sérica do PSA (*Prostatic Specific Antigen*). No entanto, o rastreamento do CP a partir da dosagem do PSA é questionável como estratégia de saúde pública, visto que em cerca de 40% a 60% dos casos pode trazer mais malefícios do que benefícios. Isto porque uma neoplasia incipiente e assintomática da próstata pode ser detectada (superdiagnóstico), no entanto, não necessariamente se transformará em um tumor agressivo, que coloque a vida ou a saúde do paciente em risco. Ou então poderá se tornar mais agressiva (clinicamente significativa), mas isso poderá demandar vários anos. E assim, se tratada nesta fase precoce, pode provocar efeitos adversos na função sexual e urinária, além de um estresse no paciente de ter que averiguar os índices de PSA



frequentemente (caracterizando um supertratamento). Hoje em dia o CP pode ser diagnosticado em média entre 6 e 12 anos antes da ocorrência dos sintomas, fenômeno conhecido como *lead time bias* ou viés do tempo ganho (ZEQUI 2013).

A prevenção primária da doença não difere de várias outras doenças crônicas, sendo assim, uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais e, principalmente com menos gordura, auxiliam a diminuição do risco de desenvolver câncer. Além disso, é recomendada atividade física diária, bem como manter o peso adequado à altura, diminuir a bebida e não fumar. Um fator importante é a idade do paciente, a incidência do câncer de próstata aumenta com homens acima de 50 anos. Mas deve-se considerar casos em que pai ou irmão tiveram câncer de próstata antes dos 60 anos, pois nestes casos o risco para desenvolver a doença pode chegar a 10 vezes mais do que a população geral, refletindo não apenas fatores genéticos (hereditários) quanto hábitos alimentares ou estilo de vida de risco de algumas famílias. Pacientes negros apresentam maior risco de desenvolvimento do CP (Ministério da Saúde 2016).

O CP possui um desenvolvimento lento e assim, há estudos de necrópsia que verificam 80% dos homens com 80 anos, que tenham morrido por outros fatores, tinham câncer de próstata e não se aperceberam ou foram diagnosticados (A.C.Camargo Cancer Center 2016). Talvez por isso seja possível encontrar no site do INCA o texto “Por existirem evidências científicas de boa qualidade de que o rastreamento do câncer de próstata produz mais dano do que benefício, o INCA mantém a

recomendação de que não se organizem programas de rastreamento para o câncer da próstata e que homens que demandam espontaneamente a realização de exames de rastreamento sejam informados por seus médicos sobre os riscos e provável ausência de benefícios associados a esta prática” (Ministério da Saúde 2017). No entanto, é preciso cuidado, pois alguns casos o tumor pode ser agressivo ao diagnóstico.

Por ser uma doença com evolução geralmente silenciosa, muitos pacientes com CP não apresentam sintomas ou, quando estes surgem, são parecidos aos da hiperplasia prostática benigna (HPB), com sintomas como: dificuldade de urinar, necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite. Em estágio avançado, os sintomas podem decorrer não só do tumor primário, como: sintomas do trato urinário inferior (STUI), provocando, por exemplo, sintomatologia obstrutiva e irritativa ao urinar, ureterohidronefrose (dilatação do ureter) e insuficiência renal. Já nos casos metastáticos, poderão haver sintomas decorrentes das lesões secundárias, principalmente no esqueleto, como dores ósseas, compressões medulares, emagrecimento, astenia (perda ou diminuição da força física) e dores difusas.

Apesar dos sintomas de STUI representarem uma síndrome comum, ela é usualmente causada pelo HPB e afeta 70% dos homens acima de 70 anos de idade (PARSONS 2010). A disfunção erétil e os sintomas do aparelho urinário inferior devido ao HPB são considerados os problemas mais prevalentes na saúde do homem (AOUN et al. 2016). KIRBY et al. (2013) apontam que as duas condições são fortemente associadas a um

impacto negativo na qualidade de vida, afetando os homens e suas parceiras psicologicamente.

Como já dito anteriormente, a suspeita do CP é feita basicamente pela combinação do exame de toque retal e a dosagem do PSA no sangue. Mas o diagnóstico de certeza é somente confirmado através da biópsia prostática e respectivo exame anatomopatológico. A fim de proporcionar a melhor compreensão da determinação de nosso público alvo, especificaremos o exame de PSA, o toque retal e a biópsia.

O PSA é uma substância produzida normalmente pela próstata, estando presente em maior quantidade no sêmen e em menor proporção no sangue, sua função é promover a lise do coágulo seminal, ou seja, evitar que o esperma coagule. Na maioria dos homens, os níveis considerados normais de PSA estão abaixo dos 4 ng/ml. Embora várias afecções prostática e urinárias benignas possam aumentar o PSA, no tocante ao CP, a medida que essa taxa aumenta, há maior chance de o paciente ter desenvolvido um câncer na glândula. Dessa forma, por exemplo, se o nível de PSA está entre 4ng/ml e 10 ng/ml, há 1 chance entre 22 e 45% de câncer de próstata. Porém, há casos em que o nível do PSA encontra-se abaixo de 4ng/ml e o paciente tem câncer (entre 6 e 27%) (A.C.Camargo Cancer Center 2016). Por isso a importância da solicitação de exames complementares para confirmar um diagnóstico.

Fatores como infecção na próstata, uso de certos medicamentos e o próprio envelhecimento também podem alterar os níveis de PSA, sendo assim, o teste é utilizado em diferentes estágios para verificar se houve

avanço da doença ou se há alternativas melhores de tratamento de acordo com o valor de PSA apresentado pelo paciente. Após o tratamento do tumor prostático primário ou mesmo metastático o PSA se configura num marcador terapêutico bastante acurado, sendo solicitado a intervalos regulares. Elevações de seus níveis nestes casos, invariavelmente sugerem recidiva ou progressão da doença (A.C.Camargo Cancer Center 2016).

O exame de toque retal “é realizado na tentativa de identificar áreas irregulares ou endurecidas na próstata. É justamente na área da glândula que pode ser alcançada pelo reto (zona periférica) que começa a maioria dos cânceres de próstata.” (A.C.Camargo Cancer Center 2016). Apesar do desconforto, é um exame rápido e indolor. A necessidade de combinação destes exames é que a baixa precisão do toque retal pode ser compensada pela avaliação dos níveis de PSA (e vice-versa). Algumas vezes um homem com um PSA normal também pode ter detectado o CP a partir de um exame de toque retal alterado.

Recentemente o uso da ressonância nuclear magnética multiparamétrica de próstata tem sido um método auxiliar valioso, no diagnóstico, principalmente nos pacientes em que não se encontrou o CP na primeira biópsia e são submetidos a novas biópsias.

Caso haja suspeita clínica de CP, o diagnóstico de certeza é realizado através da biópsia da próstata e análise histopatológica. A biópsia usualmente é realizada por via transretal, guiada por ultrassonografia, contudo pode ser realizada também por via transperineal. A biópsia da

próstata é um exame invasivo e custoso, que tem como complicações a ocorrência de sangue na urina ou nas fezes por poucos dias e sangramento na ejaculação por quatro a seis semanas. Raramente pode ocorrer retenção urinária. O maior risco é sepse urinária verificada em até 4% dos casos, situação potencialmente letal se não tratada adequadamente (Ministério da Saúde 2017).

Uma vez que a biópsia remove pequenos fragmentos e numa quantidade limitada, há risco nos casos em que o CP é diminuto e estar restrito a uma pequena área da glândula e não ser atingido pela agulha, assim a biópsia remove o tecido sadio e seu resultado é negativo, embora o paciente tenha o câncer não diagnosticado. Essa situação é a que os especialistas denominam de 'falso negativo'. Neste caso, se o médico tem grande suspeita de que há um tumor, ele pode pedir a repetição do exame (A.C.Camargo Cancer Center 2016). Quando o diagnóstico de CP está confirmado faz-se necessário o estadiamento, que é a avaliação da extensão loco regional e o acometimento metastático de órgãos a distância. Para isto, outros exames como cintilografia óssea, tomografia computadorizada, ressonância magnética dentre outros, são indicados.

Além da confirmação da doença ser feita pelo estudo histopatológico do tecido obtido pela biópsia da próstata, este estudo fornece dados prognósticos. "O relatório anatomopatológico deve fornecer a graduação histológica do sistema de Gleason, cujo objetivo é informar sobre a provável taxa de crescimento do tumor e sua tendência à disseminação, além de ajudar na determinação do melhor tratamento para o paciente"

(Ministério da Saúde 2017).

A graduação histológica de Gleason é o sistema mais usado mundialmente para graduar o CP. De acordo com este sistema, amostras das áreas acometidas da próstata são analisadas, podendo o grau (padrão) histológico ser de 1 a 5 (de menos para mais agressivo, respectivamente) e a contagem final, isto é, o Escore de Gleason ( resultado da soma das duas áreas), variar de 2 a 10. Assim, por exemplo, “se o grau histológico de 90% da área examinada for 3 e na de 10% for 4, o grau do tecido neoplásico será 3+4, o que daria uma contagem final de 7. Caso o grau histológico seja 3 em toda a área examinada, repete-se o número; o grau será 3+3, e a contagem final 6 (BILLIS 2013). Quanto menor o valor, mais as glândulas das amostras se assemelham a células normais da próstata. Quanto maior o valor, mais provável que o câncer cresça rapidamente (A.C.Camargo Cancer Center 2016). Com base nos resultados dos exames de toque retal, do PSA, da escala de Gleason e métodos de imagem o médico concluirá o estadiamento do CP.

O estadiamento segue os padrões TNM que consiste na avaliação do tumor, o envolvimento linfonodal regional e as metástases a distancia. Para o presente estudo, que enfocou apenas tumores localizados na glândula (T1 e T2), é importante compreender que T1 é quando o tumor é clinicamente não palpável ou visível por método de imagem:

- T1c- Quando detectado apenas em virtude do aumento do PSA, é classificado como T1 c.
- T1a e T1b- Quando o diagnóstico ocorre ou através de achados de câncer durante o exame anatomopatológico espécimens de

ressecação endoscópica da próstata. Quando até 5% do material é acometido pela neoplasia, o estadiamento é T1a; Quando ultrapassa 5%, é estadiado como T1b).

Já no estadiamento T2, o tumor está confinado à próstata e no T3 o tumor encontra-se além da cápsula prostática, envolvendo-os a gordura periprostática ou as vesículas seminais. Ainda neste critério tem-se a subdivisão T1a a T1c e T2a a T2c. No caso T3, há somente a subdivisão de T3a e T3b (FIGUEIREDO e FILHO e DAMIÃO 2010). (Anexo 3)

Todavia, basear-se em apenas um fator isolado (como níveis de PSA, estágio, grau etc) para determinar o prognóstico e ou as chances de recidiva do paciente é tarefa imperfeita. A maioria dos fatores isolados tem limitada capacidade de prever o que acontecerá após a intervenção, haja vista que há vários fatores clínicos e patológicos concorrendo ao mesmo tempo para a evolução da neoplasia. Quando associamos diversas dessas variáveis e as analisamos concomitantemente, aumentamos sobremaneira nossa capacidade prognóstica. Hoje há várias ferramentas na literatura que se iniciaram com as tabelas de Partin e culminaram como os nomogramas e mesmos as redes de inteligência artificial. Destes modelos, um dos mais simples de serem empregados e também um dos mais completos e populares é a mundialmente aceita classificação de riscos de D'Amico (ZEQUI 2013). Inúmeros estudos têm utilizado essa prática e abrangente classificação.

A classificação de D'Amico é a mais utilizada e divide os casos em risco baixo, intermediário e alto para ocorrência de recidiva, baseando-se em critérios clínicos (estadiamento), laboratoriais (valor do PSA) e

histológicos (Escore de Gleason) (ZEQUI 2013).

**Quadro 1** - Grupo de risco D'Amico para recidiva de câncer de próstata

Baixo risco	Risco intermediário	Alto risco	Muito alto risco
estadio ≤ T2a	estadio T2b-c	estadio T3a-b	estadio T3c-T4 ou qualquer T, N1-
e	ou	ou	
Gleason Escore 2-6	Gleason Escore 7	Gleason Escore 8 - 10	
e	ou	ou	
PSA < 10ng/ml	PSA 10 a 20 ng/ml	PSA > 20ng/ml	

**Fonte:** Modificado de ZEQUI (2013).

Existem diferentes tratamentos a serem oferecidos prostatectomia radical, radioterapia, braquiterapia, hormonioterapia, crioterapia, HIFU (ultrassonografia de alta intensidade focada, do Inglês- *High Intensity focused Ultrasound*) ou mesmo a observação vigilante com intervenção postergada que devem considerar a idade, o estado geral de saúde, a gravidade da doença e as disponibilidades terapêuticas no local de tratamento. A escolha terapêutica deve ser compartilhada entre médico e paciente e sempre considerar os sentimentos do paciente frente aos riscos dos efeitos colaterais e consequências em sua vida. Assim, é preciso calma para assimilar as informações transmitidas pelo médico e fazer a escolha do tratamento mais adequado.

O tratamento para doença localizada (casos em que o tumor está confinado à glândula, sem acometer órgãos adjacentes) pode ser feito com cirurgia, radioterapia e observação vigilante (do termo em inglês *active*



*surveillance*). Já para casos mais avançados, a combinação de radioterapia ou cirurgia com o tratamento hormonal é utilizada. Por exemplo, pacientes com risco intermediário sempre terão recomendado um tratamento e, em alguns casos, demandam associações terapêuticas, isto é, poderão fazer cirurgia e radioterapia adjuvante (quando é feita após o tratamento cirúrgico) ou radioterapia pode ser associada à hormonioterapia (ZEQUI 2013). Nos casos de doença metastática (quando o tumor já avançou para órgãos mais distantes) a proposta é a terapia hormonal. A hormonioterapia ou privação androgênica consiste em baixar os níveis de hormônios masculinos (andrógenos, como a testosterona) a níveis de castração (< 50 ng/dl ou 1,7 nmol/l de testosterona sérica), visto que estes estimulam o crescimento de células cancerosas (A.C.Camargo Cancer Center 2016). Deve-se considerar que tal tratamento não substitui os demais que tem por objetivo curar o câncer. Esta proposta é usada, muitas vezes, antes da radioterapia para reduzir o tumor e conseqüentemente a área a ser irradiada com menos efeitos colaterais. O tratamento a ser utilizado é individualizado, o médico deve sempre discutir com o paciente os benefícios e riscos do tratamento com o paciente.

O emprego da privação androgênica pode levar a diversos efeitos colaterais, orgânicos e psíquicos, motivos pelo qual casos submetidos a privação androgênica foram excluídos deste estudo.

O *active surveillance and delayed intervention*, é uma abordagem indicada para um subgrupo da doença de muito baixo risco de progressão D'Amico, (são considerados tumores indolentes” ou de pouco significado

clínico), que apresentam evolução lenta, que esteja restrita a uma área da próstata, sendo, portanto, aplicável a uma restrita população de pacientes. O acompanhamento é feito constantemente através do teste de PSA, toque retal e biópsias (atualmente dirigidas pelos achados da ressonância nuclear multiparamétrica), não sendo feita a cirurgia ou radioterapia a priori.

A intervenção ocorre apenas quando há progressão (aumento do Escore de Gleason ou elevação do PSA ou aumento do estadio) ou sintomas da doença; ou desejo do paciente, que solicita intervenção por diversos motivos, como ansiedade ou exaustão ou impossibilidade para cumprir as agendas do protocolo. Caso haja progressão ou escolha por tratamento, as chances de cura devem ser similares a dos pacientes tratados na primeira abordagem. A vantagem dessa estratégia é preservar a qualidade de vida e manter inalteradas as funções sexuais e urinária por um longo prazo. KLOTZ (2015) aponta que por ser considerada uma doença de baixo risco, muitas vezes ouve-se frases que o paciente possui um 'pseudo câncer', 'pseudo doença' ou pré-câncer, demonstrando a natureza indolente da doença. No entanto, o que se percebe é que ao retirar a terminologia do câncer, o diagnóstico tem uma implicação emocional e psicológica profundamente diferente para os pacientes, tranquilizando-os da possibilidade de um tratamento agressivo. YAMAMOTO et al. (2015) tem demonstrado que em 10 anos, 30% dos pacientes necessitam de intervenção e geralmente isso ocorre entre o 4º e o 7º ano de acompanhamento. A proposta de vigilância ou espera parece muitas vezes provocar ansiedade aos pacientes, por considerarem que

“não estão fazendo nada” contra a doença.

Para pacientes idosos ou com limitada expectativa de vida devido a graves comorbidades, pede-se também não intervir e apenas promover tratamento se apresentarem progressão clínica, sintomatologia ou complicações. Essa abordagem é conhecida como *watchfull and waiting* (observar e esperar). Nesta abordagem não há intenção curativa e o seguimento é bem menos intenso do que no *active surveillance*. Ressaltamos que biópsias repetidas não são necessárias (ZEQUI 2013).

No Brasil não há dados que informem sobre os índices de ansiedade e depressão destes pacientes especificamente, havendo somente uma avaliação de pacientes oncológicos como um todo. O estudo de FANGER et al. (2010) apresenta a prevalência da depressão e do comportamento suicida, porém considera diferentes quadros de pacientes oncológicos. Já o estudo de KIFFEL e SHER (2015) apresenta, de maneira similar, a importância da prevenção e manejo da depressão e comportamento suicida em pacientes com câncer de próstata. Ambos estudos serão mais bem detalhados futuramente neste trabalho.

Talvez um dos aspectos que mais afligem os pacientes é em relação aos efeitos colaterais da doença. No caso da necessidade de cirurgia, os riscos de um modo geral, são os mesmos de outras cirurgias, considerando o estado geral de saúde do paciente, sua idade e a experiência do cirurgião (A.C.Camargo Cancer Center 2016). Os principais efeitos colaterais inerentes ao tratamento cirúrgico do câncer de próstata são a incontinência urinária (perda do controle urinário voluntário e perdas urinárias,

independentes), impotência sexual, ausência de ejaculação e infertilidade.

A incontinência urinária é um dos efeitos bastante temidos pelos homens. Muitas vezes o controle urinário volta depois de semanas ou meses, mas não há como prever se e quando isso acontecerá e, assim, tal indefinição parece provocar um significativo impacto emocional. Alguns casos de incontinência podem ser tratados com exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico e musculatura perineal. Quando não há melhora faz-se necessária a cirurgia com a implantação de esfíncteres urinários artificiais ou de faixas suburetrais.

Após radioterapia e na braquiterapia, também podem ocorrer disfunções urinárias, sexuais e ejaculatórias. A incontinência a curto prazo é menor em comparação a cirurgia, contudo após 3 a 5 anos, 20% dos pacientes podem apresentar quadros de urgência miccional, desconforto miccional e mesmo incontinência urinária (ZEQUI 2013).

A impotência sexual pode ocorrer porque os nervos que controlam a ereção podem ser afetados pela cirurgia, radioterapia ou outros tratamentos. Após a cirurgia no período de três meses a um ano, é provável que o paciente não consiga ter uma ereção sem ajuda de medicamentos ou outro tipo de terapia. Após esse período, alguns vão ter uma vida sexual normal e outros podem continuar tendo problemas. "O risco de impotência depende de sua idade, do estadiamento e do tipo de cirurgia. Quanto mais jovem o paciente, quanto menos avançada a neoplasia, e quanto mais apurada a técnica cirúrgica, maiores são as chances de recuperar a capacidade de ter ereção. Mas será um orgasmo "seco", já que o

organismo não produz sêmen sem a próstata e as vesículas seminais.” (A.C.Camargo Cancer Center 2016). Quando a ereção não retorna à normalidade podem ser necessárias intervenções como drogas orais, injeções intracavernosas, mecanismos de ereção vácuo e nos casos sem melhora, pode ser necessária o implante cirúrgico de prótese penianas.

Além da ausência de ejaculação pós-operatória ou da importante redução do volume ejaculado decorrente da radioterapia, outras situações complexas podem ocorrer. Após a cirurgia alguns pacientes têm perda urinária no momento do orgasmo.

A pesquisa de NACCARATO et al. (2014) mediu o impacto da psicoterapia associada ao uso da medicação Tadalafila, um inibidor da 5 Fosfodiesterase muitas vezes utilizado para o tratamento da disfunção erétil, para verificar a melhora da função erétil após a prostatectomia radical. Trinta pacientes de baixo risco receberam 20mg de Tadalafila e acompanhamento psicológico uma vez por semana por 3 meses. Durante esse período foram avaliados os efeitos colaterais da droga, a função erétil e os aspectos psicológicos. Os dados foram colhidos 60 dias após a cirurgia e após as 12 sessões (3 meses). Os resultados apresentaram que 56,6% (17 casos) pacientes aceitaram o diagnóstico e 43,2% demonstraram algum tipo de mecanismo de defesa 3,3% negação, 6,6% revolta e 33,3% de aceitação. Mesmo não atingindo níveis ideais, os pacientes tratados expressaram aumento da satisfação em sua vida sexual. Foi detectado também aumento significativo em relação as perguntas: ‘quanto você está satisfeito com a sua vida em geral?’, ‘quanto você está

satisfeito com a sua vida sexual?', 'você normalmente expressa seus sentimentos/ emoções?'. O estudo ainda aponta a importância da parceira, a qual deve estar preparada para o impacto das intervenções como a cirurgia. Por fim, concluem que a cirurgia do câncer de próstata afeta não somente a função erétil e o orgasmo, mas também o desejo sexual, a auto estima e a masculinidade, independente do tratamento a ser feito pelo paciente e, os candidatos à cirurgia devem estar atentos não somente para disfunção erétil, mas também para outras disfunções pós operação. Tais questões devem ser sempre conversadas com o médico, visto que há remédios, equipamentos e implantes que podem ajudá-lo em sua vida sexual.

Outro efeito colateral possível é a esterilidade. Este efeito ocorre devido a secção dos ductos deferentes e da remoção das vesículas seminais (A.C.Camargo Cancer Center 2016). Para pacientes com desejos de paternidade após o tratamento deve ser recomendado a reserva prévia de material em bancos de sêmen. Já naqueles indivíduos que não reservam o esperma, pode-se obter espermatozoides através de técnicas de punção ou aspiração dos gametas masculinos com técnicas microcirúrgicas testiculares. No entanto, por ser um tipo de câncer que afeta homens com mais idade e em geral com prole constituída, tal tema acaba sendo não tão debatido. Todavia, temos que considerar os casos em que os homens mais jovens, que são cada vez mais diagnosticados com CP, e por vezes desejam mais filhos (muitos estão em uma segunda união conjugal recente, por exemplo), de discutir essas possibilidades.

Diante de todos os aspectos mencionados, percebemos que a descoberta de uma doença grave muitas vezes provoca uma ruptura em nosso ritmo de vida presente. A rotina muda diante das novas tarefas impostas pelo tratamento, nossa visão sobre o mundo também parece se alterar, bem como o significado que damos às nossas vivências. A desorganização provocada pelo diagnóstico, o desconhecimento sobre a doença e o seu tratamento pode nos fazer visualizar a terminalidade como o único fim possível.

Interessante é verificar como cada pessoa dará um significado à doença, isto é, cada sujeito dará significado à circunstância vivida de acordo com suas experiências passadas, seus valores e suas crenças. BETTELHEIM (1989) pontua que, diante de uma situação extrema, somos lançados em um conjunto de condições em que os velhos mecanismos adaptativos e valores não se aplicam mais. Ao sermos despidos de nosso sistema defensivo, somos levados a buscar um novo conjunto de atitudes, de valores e de formas de vida exigidos pela nova situação. Para alguns pacientes, o comportamento suicida pode vir a ser uma maneira de enfrentar o diagnóstico de um câncer.

### **1.3 SUICÍDIO**

O tema do suicídio é alvo de estudo há muitos anos, seu foco principal é o indivíduo, mas a obra de DURKHEIM (1982), que foi lançada em 1897, trouxe um grande marco no tema por deslocar o foco do indivíduo

para a sociedade, que sofria profundas mudanças após a Revolução Industrial. Nos dias atuais, no Brasil, BOTEGA (2015) é um dos autores reconhecidos internacionalmente por seu trabalho com suicídio, desde os riscos até a prevenção.

BOTEGA (2015a) define o comportamento suicida como todo ato pelo qual o indivíduo causa lesão a si mesmo, independente do grau de intenção letal e do verdadeiro motivo do ato. Por ser uma definição tão abrangente, compreende os gestos suicidas, as tentativas de suicídio e o suicídio consumado. Sendo o primeiro com poucas possibilidades de levar à morte, o segundo com uma ação com intenção de morte, mas que não alcança seu propósito e a última quando a morte de fato ocorre. Todos esses são considerados comportamentos autodestrutivos diretos, sendo os indiretos relacionados ao consumo de álcool e drogas, ao abuso de tabaco, a automutilação, por exemplo (BOTEGA et al. 2006). Em uma pesquisa, BOTEGA et al. (2006) refere que 17% das pessoas no Brasil já pensaram, em algum momento, em cometer o suicídio.

Dados levantados em 2012, apresentam que cerca de 804 mil pessoas morreram por suicídio no mundo todo. O país com a incidência maior de mortes foi a Índia (258 mil óbitos), seguindo por China (120,7 mil), Estados Unidos (43mil), Rússia (31 mil), Japão (29 mil), Coreia do Sul (17 mil) e Paquistão (13 mil). O Brasil é o oitavo país com mais suicídios (Associação Brasileira de Psiquiatria-ABP 2014). No ano de 2012 foram registradas 11.821 mortes, sendo 9.198 cometidas por homens e 2.623 por mulheres (ABP 2014). Porém, estes dados devem ser vistos com cautela,



pois nem todos os casos devem ser notificados e, portanto, pode haver uma subnotificação dos números de suicídio no Brasil. Sem contar as diferenças regionais das taxas. O estado do Rio Grande do Sul contém o maior número de casos de suicídio no Brasil: 10 a cada 100 mil habitantes. Esta taxa é praticamente o dobro da brasileira 5,2 por 100 mil em 2012, segundo dados do Ministério da Saúde (2016) e próxima da taxa mundial (11,4 por 100 mil), segundo a OMS.

Nos países ricos as causas estão relacionadas com desordens mentais provocadas principalmente por abuso de álcool e depressão. Em contrapartida, nos países pobres, as causas das mortes são a pressão e o estresse por problemas socioeconômicos (World Health Organization-WHO 2015).

Diante destes números crescentes, alguns países, incentivados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), implantaram planos nacionais de prevenção ao suicídio. Estes planos incluem "diretrizes para vigilância epidemiológica, restrição de meios para o suicídio, orientações para as mídias, redução do estigma e aumento da consciência da população, treinamento de profissionais de saúde e de outros que estão na linha de frente (como, por exemplo, policiais, bombeiros, professores, clérigos), e serviços de atenção à crise e de apoio aos enlutados por um suicídio." (BOTEGA 2015b). No Brasil, apesar da idealização para publicar diretrizes gerais, estas não chegam a se configurar em um plano nacional com ações estratégicas para a prevenção.

ARIÈS (1989) discorre sobre a transformação da visão da morte ao

longo dos tempos. Antigamente morria-se em casa, perto de familiares e amigos. A morte na sociedade atual saiu deste ambiente acolhedor e foi levada para os hospitais. O autor descreve esta fase da história da morte como morte interdita, isto é, quando ela passa a ser silenciada, temida e hospitalizada. Dessa forma, a pessoa que antes era amparada em sua terminalidade por parentes e amigos, passa a receber este suporte no ambiente hospitalar. A morte suscita nojo, vergonha, sendo preciso escondê-la. A morte nos dias de hoje atrapalha a vida, o cotidiano, a felicidade e por isso deve-se poupar a sociedade dos sentimentos e incômodos provocados por sua presença.

MARQUETTI et al. (2015) traz uma interpretação interessante ao apresentar o suicídio como uma transgressão a essa morte técnica, controlada no tempo e espaço. No suicídio o corpo fica exposto, a morte se torna pública, visível, não pode ser escondida. O tabu da morte, portanto, é transgredido no ato suicida. Sua visibilidade é intensa.

O trabalho com suicídio envolve alguns momentos, temos a prevenção para evitar que o sujeito atue, isto é, que ele cometa o suicídio e o atendimento a pessoas enlutadas pelo suicídio, que seria o serviço de posvenção. Este último se caracteriza por medidas que auxiliem a expressão de ideias e sentimentos relacionados ao trauma e a elaboração do luto. No entanto, programas de posvenção são muito raros. Apenas 14, dos 52 países membros da Associação Internacional de Prevenção do Suicídio (International Association for Suicide Prevention-IASP) possuem tais atendimentos, estando disponíveis principalmente nos Estados Unidos,

Canadá e em alguns países da Europa (BOTEGA 2015c).

No Brasil temos o trabalho voluntário desenvolvido pelo Centro de Valorização da Vida (CVV) que conta com três grupos de apoio a familiares enlutados pelo suicídio. O Grupo de Apoio aos Sobreviventes do Suicídio Anônimos (GASSA), em São Paulo, mantém reuniões mensais. São encontros confidenciais e gratuitos. Em Cuiabá (MT) e Nova Hamburgo (RS) também existe um Grupo de Apoio Mútuo aos Sobreviventes do Suicídio, GAMSS (BOTEGA 2015c).

BOTEGA (2015b) apresenta em seu livro a participação do Brasil em um Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS) lançado pela OMS em 2000. Este projeto foi realizado em 8 países: África do Sul, Brasil, China, Estônia, Índia, Irã, Sri Lanka e Vietnã, sendo que em cinco deles foi feito um ensaio clínico controlado para "avaliar uma estratégia inovadora de incentivo à busca e à manutenção de tratamento de pessoas que compareceram aos serviços de pronto-socorro após uma tentativa de suicídio" (BOTEGA 2015b). Campinas foi eleita a cidade para executar o projeto.

O trabalho consistia na comparação de dois grupos de pessoas atendidas por tentativa de suicídio, sorteadas aleatoriamente para participarem de duas modalidades de tratamento: "uma intervenção psicossocial, incluindo entrevista motivacional e telefonemas periódicos (no momento da alta hospitalar, os pacientes eram encaminhados para um serviço da rede de saúde) e outro tratamento comum (apenas um encaminhamento, por ocasião da alta, para um serviço da rede de saúde)"

(BOTEGA 2015b).

Participaram do estudo 2238 indivíduos, em sua maioria o seguimento ocorreu a partir de telefonemas periódicos, sendo que alguns casos exigiram visita domiciliar. Após 18 meses de seguimento, verificou-se que a porcentagem de suicídios no grupo que não recebeu os telefonemas periódicos foi, comparativamente, 10 vezes maior. No entanto, os resultados demonstraram que a intervenção não foi capaz de reduzir o número de tentativas de suicídio. De qualquer forma, mostrou ser uma alternativa estratégica interessante, a um custo financeiro consideravelmente baixo, para evitar mortes por suicídio. Tais resultados chamam a atenção para a importância do paciente ser ouvido, poder falar sobre seus sentimentos e ideias. Como BOTEGA (2015b) bem pontua “falar sobre sua vontade de morrer é diferente de colocar a vida em risco”.

Shneidman (1993), citado por BOTEGA (2015d, p.76), apresenta sua teoria com o neologismo de *psychache* que seria o estado psíquico de alguém prestes a se matar, uma dor psíquica insuportável, sentida como uma turbulência emocional interminável, uma sensação de estar preso em si mesmo. Pensar que ações simples como telefonemas periódicos possam acolher essas pessoas em seu desespero e desesperança faz acreditar na importância de serviços como o do SUPRE-MISS e mesmo o que é desenvolvido pelo CVV, que acolhe as pessoas em situações de desespero.

Existem diferentes fatores considerados de risco para desencadear o comportamento suicida, como por exemplo, fatores sócio-demográficos

(orientação homossexual ou bissexual, estado civil - viúvo, divorciados, ateus), transtornos mentais (depressão, ansiedade intensa, historia familiar de doença mental, abuso/ dependência de álcool e de outras drogas), fatores psicossociais (perda afetiva recente, isolamento social) e doenças físicas incapacitantes e/ou estigmatizantes.

Pessoas que fazem uso nocivo do álcool, ao longo da vida, possuem o risco de suicídio que pode chegar a 15%. Tal índice é cerca de seis vezes maior do que o observado na população geral. O uso abusivo de bebidas alcólicas prejudica a crítica e aumenta a impulsividade, podendo elevar o grau de letalidade das tentativas de suicídio. A intoxicação por álcool no momento do ato suicida também é comum, sendo muitas vezes encontrada no sangue das vítimas de suicídio necropsiados (BOTEGA 2015e). Neste trabalho abordaremos a doença física, mais especificamente o câncer, como fator de risco para o suicídio.

### **1.3.1 Câncer e suicídio**

Alguns estudos comprovam o risco aumentado de pacientes portadores de câncer cometer suicídio, sendo que esses índices podem ser até duas vezes maiores do que os casos de suicídios cometidos pela população em geral (ANGUIANO et al. 2012; JOHNSON et al. 2012; DALELA et al. 2015; KIFFEL e SHER 2015).

O estudo de JOHNSON et al. (2012) aponta um maior índice de suicídio nos primeiros meses após a descoberta do diagnóstico. O levantamento foi feito utilizando dados coletados pelo SEER (Surveillance,

Epidemiology, and End Results), nos Estados Unidos. A amostra consistia em pacientes com mais de 20 anos de idade diagnosticados com uma neoplasia maligna no período de 1973 a 2005 onde fossem reconhecidas as causas da morte, incluindo aqueles que cometeram suicídio. Eles buscaram correlacionar o ano do diagnóstico com os casos de suicídios alcançados cometidos no primeiro mês da revelação do diagnóstico. A amostra do estudo consistia em 3 678 868 pacientes. Destes, 0.2% (5875) cometeram suicídio, sendo que 701 pacientes se mataram no primeiro mês após a descoberta do diagnóstico.

Apesar dos dados parecerem pequenos frente ao número alto da amostra coletada, JOHNSON et al. (2012) perceberam um risco maior do paciente atentar contra a própria vida após o diagnóstico de câncer. Outros estudos também revelam a prevalência de tentativa de suicídio nos meses seguintes ao serem informados sobre a doença. ANGUIANO et al. (2012) fez uma revisão da literatura sobre casos de suicídio em pacientes oncológicos no período de 1999 a 2009. No levantamento verificou que quatro tipos de câncer possuem alto índice de risco para suicídio: próstata, pâncreas, pulmão e cabeça e pescoço. Em sua pesquisa, a autora constatou que tal índice é maior nos primeiros meses após o diagnóstico e que este decai significativamente com o tempo. SMAILYTE et al. (2013) também comprovou estes achados em seu estudo na Lituânia, onde também constatou que as taxas de risco de suicídio são maiores nos primeiros três meses após o diagnóstico e que após o sexto mês este índice diminui.

No Brasil são escassos os estudos sobre câncer e suicídio. FANGER et al. (2010) realizou uma pesquisa no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas buscando a prevalência de depressão e comportamento suicida nos pacientes oncológicos do referido hospital. Os resultados aproximados mostraram que um em cada cinco pacientes sofre de depressão e 5% têm risco de suicídio, associado a este risco estão os pacientes com quadros de dor ou depressão (FANGER et al. 2010).

A autora também discute as limitações metodológicas que devem ser consideradas em um estudo como este visto ser necessário considerar os tipos de câncer, o estadiamento da doença e a gravidade de eventuais complicações clínicas que possam surgir ao longo da pesquisa.

Um estudo sul coreano (AHN et al. 2015) determinou os fatores de risco de suicídio ocorrido durante o primeiro ano após o diagnóstico de câncer. Os 164.497 pacientes foram selecionados no Hospital Geral de Seul entre o ano de 1996 e 2009. Foram incluídos pacientes com câncer de estômago, colorretal, pâncreas, pulmão, fígado, mama e cânceres de outros sítios, sendo correlacionados 373 pacientes que morreram por suicídio contra 746 pacientes que não morreram de suicídio (controle), classificados quanto a idade, sexo, local do tumor e o tempo após o diagnóstico. Os autores dividiram os casos em dois grupos: suicídios considerados precoces, isto é, durante o primeiro ano após o recebimento do diagnóstico e suicídios tardios, àqueles que tenham ocorrido após dois anos ou mais. O suicídio precoce foi detectado em 149 pacientes, do total de 373, sendo observado um índice significativamente mais alto para os

cânceres de pâncreas, pulmão e estômago. Os suicídios foram diminuindo ao longo dos anos, assim foram 79 casos (21,2%) durante o segundo ano e 67 (18%) após 5 anos do diagnóstico.

O câncer de próstata entrou na classificação como outros sítios e o suicídio nestes pacientes ocorreu em 9 casos. Tais índices se assemelharam aos dos pacientes de outros sítios, como cavidade oral, bexiga e rim. Os autores concluíram que pacientes com câncer mais avançado (estadiamento 4) tiveram índices de suicídio maior durante o primeiro ano após o diagnóstico (79 casos), comparado com pacientes que se encontravam em outros estágios da doença. No entanto, esses números se aproximaram após um ano. Dessa forma, no estudo o estágio da doença demonstrou ser o fator de risco maior para cometer o suicídio do que fatores como idade, sexo e local do tumor e mesmo após considerações sócio-demográficas, quando avaliaram a relação de suicídio a fatores como estado civil, nível educacional, profissional e histórico de cuidados psiquiátricos dos pacientes. AHN et al. (2015) apontam a grande importância da avaliação do risco de suicídio no período precoce, isto é, durante o primeiro ano daqueles pacientes diagnosticados com um estadiamento avançado da doença. O risco de suicídio no período tardio (um ano ou mais após o diagnóstico) foi mais alto em pacientes com grau de escolaridade mais baixo.

AHN et al. (2015) apontam as limitações da pesquisa, principalmente quanto ao número baixo de pacientes encontrados para cada tipo de tumor, dificultando a associação entre fatores de risco e um tipo específico de



câncer. Também não foram incluídos os casos de tentativa de suicídio, pois a instituição que forneceu os dados só retratou as mortes por suicídio e não casos em que o paciente pode ter tentado se matar, mas não morreu. Outra limitação seria a falta de avaliação de sintomas psiquiátricos que podem influenciar no suicídio de pacientes com câncer.

A pesquisa de MISONO et al. (2008), apesar de ser um estudo antigo, é de tamanha relevância que seus dados foram utilizados como referência em muitos trabalhos. Os autores verificaram os tipos de câncer associados às maiores taxas de suicídio. Dentre os 3.594.750 pacientes analisados de dados do *Surveillance, Epidemiology and End Results-SEER*, 5.838 cometeram suicídio, sendo em sua maioria homens brancos não casados. Os pacientes, com apenas um tumor primário, somavam 2.815.657 pacientes e, dentre esses, ocorreram 4.572 suicídios, sendo em sua maioria pacientes com câncer de pulmão e brônquios, seguido por câncer de estômago, câncer da cavidade oral e faringe e câncer de laringe. O câncer de próstata teve 976 casos de suicídio. Interessante foi constatar que o risco de suicídio é aumentado nos primeiros cinco anos após o diagnóstico e vai declinando gradualmente após esse período. Porém, as taxas permanecem elevadas comparadas com a população geral mesmo após 15 anos da data do diagnóstico. As maiores taxas de suicídio persistentes ao longo do tempo ocorrem nos cânceres de pulmão e brônquios, cavidade oral e faringe, laringe, sistema nervoso, próstata e cervical.

Um aspecto importante a ser considerado são as limitações

apresentadas no estudo de MISONO et al. (2008) quanto a causa da morte. O suicídio muitas vezes é subnotificado, considerado pelos autores como difícil de distinguir com o homicídio ou injúria acidental, sendo também considerado em muitas ocasiões como morte inexplicável. Outra limitação da pesquisa seria a não inclusão dos dados sobre as comorbidades médicas e psicológicas e assim, não foram incluídos fatores como incidência de tabagismo e etilismo, fatores que muitas vezes são associados ao maior risco de suicídio em pacientes com câncer como veremos em outro estudo.

No trabalho de PARRA URIBE et al. (2013) foi feita uma comparação entre pessoas que tentaram o suicídio e aqueles que completaram, isto é, que consumaram o suicídio. A tentativa de suicídio foi definida como um ato contra si mesmo com claras intenções de suicídio, apesar da baixa letalidade. Mesmo sendo um estudo não relacionado especificamente a pacientes oncológicos, os resultados alcançados são interessantes.

No período de janeiro a dezembro de 2008 foram selecionados 312 casos de tentativa de suicídio e os suicídios consumados foram selecionados de janeiro de 2008 a dezembro de 2010. As diferenças já aparecem no gênero, as tentativas de suicídio foram mais frequentes nas mulheres (62% contra 37,8% nos homens) e os suicídios consumados mais freqüentes nos homens (73,3% contra 26,7% nas mulheres). A avaliação clínica demonstrou que a depressão maior estava mais associada ao suicídio consumado do que as tentativas de suicídio, que por seu turno estavam mais relacionadas aos transtornos de ajustamento.

Outro dado interessante do estudo de PARRA URIBE et al. (2013) está na história prévia de tentativas de suicídio, sendo que 63,9% dos sujeitos apresentaram 2 ou mais tentativas e 12,9% tiveram de 5 a mais tentativas de suicídio, lembrando que tais números são mais expressivos nas mulheres. Quanto ao suicídio consumado, os autores trazem que 60,4% destes números ocorreram na primeira tentativa de suicídio e 92,3% durante a primeira ou segunda tentativa. No caso dos homens, o suicídio consumado foi mais representativo, sendo que estes eram homens mais velhos, com situação social precária (morando sozinhos e sendo pensionistas), com saúde pobre, depressivos e que frequentemente usaram métodos mais letais. Diferentemente das mulheres que tentaram o suicídio que, em sua maioria, eram mulheres jovens com um índice menor de doença mental séria diagnosticada. A relação entre comportamento suicida e doença mental foi verificada em 93,6% das tentativas de suicídio contra 85,9% dos suicídios consumados nos entrevistados que apresentavam diagnóstico psiquiátrico.

Ainda no referido estudo foi constatado o uso de substâncias tóxicas antes do comportamento suicida, sendo que o uso de álcool foi detectado em quase 40% dos casos de suicídio consumado.

Uma das limitações do estudo talvez seja a diferença dos períodos pesquisados, sendo o suicídio consumado analisado por um tempo mais longo de dois anos e a tentativa de suicídio somente por um ano. Os autores, por fim, concluem que a identificação dos sujeitos com alto risco de suicídio deve ser verificada o quanto antes, ainda no primeiro

atendimento (PARRA URIBE et al. 2013).

LEUNG et al. (2013) discorre sobre a necessidade de aprofundamento de alguns estudos. Em sua pesquisa, a autora avaliou a intenção suicida nos pacientes com câncer. Foi utilizada a classificação de ideação suicida apresentada por WALKER et al. (2008) que a define como pensamento de tirar a própria vida com ou sem plano específico. Num primeiro momento, umas das indagações ao paciente foi, ao longo de duas semanas, quantas vezes ele tinha pensamentos de que seria melhor estar morto ou se machucar de algum modo. Em seguida era perguntado se havia alguma chance de o paciente fazer alguma coisa para terminar a própria vida, tendo como opções de resposta sim e não. Os resultados da pesquisa trouxeram dados que incomodam, pois, 280 pacientes da amostra (5,9% do total de 4475 pacientes) reportaram ideação suicida, sendo que em 1,6% destes pacientes a condição foi considerada severa. No entanto, quanto a pergunta de intenção, 20 destes pacientes (que correspondiam a 25%) relataram intenção suicida. O que demonstra que o fato de você perguntar isoladamente quanto a ideação mostra-se ineficiente para detectar a intenção suicida, porque mais de 90% dos pacientes com ideação e mais de 75% daqueles com ideação severa não relataram intenção suicida. Sendo assim, os autores parecem reforçar a importância de que estudos devem muitas vezes incluir mais perguntas para obter dados mais concretos do objeto a ser pesquisado.

Um trabalho parecido ao de PARRA URIBE et al. (2013) foi o de BOLTON et al. (2015), neste estudo os autores verificaram a correlação de

algumas doenças com o risco de suicídio e tentativas de suicídio. Dentre as doenças analisadas estavam câncer, diabetes, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma e esclerose múltipla. Os autores constataram que as tentativas de suicídio eram mais altas em doenças como a doença pulmonar obstrutiva crônica, a hipertensão e o diabetes, estando o câncer em quarto lugar. O estudo de BOLTON et al. (2015) não especifica os tipos de câncer e podemos considerar isso uma limitação. Mas mais do que este dado, diante das doenças avaliadas, podemos supor que devido à idade avançada de muitos pacientes que recebem o diagnóstico de câncer de próstata é possível considerar que alguns deles possuam alguma das doenças estudadas além do câncer em si.

CARLSSON et al. (2013) desenvolveu uma pesquisa na Suíça com pacientes com câncer de próstata diagnosticados há seis meses para avaliar o risco de suicídio dos mesmos. No período de 1997 a 2009 foram avaliadas três etapas de efeitos após o diagnóstico, de 0 a 6 meses, de 6 a 18 e acima de 18 meses após o diagnóstico. A idade média dos pacientes no momento do diagnóstico foi de 72 anos, porém a idade média no momento do suicídio dos pacientes com câncer de próstata era de 75 anos. Foi observado que nos primeiros 6 meses após a descoberta da doença houve um risco aumentado para suicídio, ocorrendo 38 casos neste período. Esse risco diminuiu nos meses seguintes, sendo considerados insignificantes após os 18 meses do diagnóstico. No entanto, casos em que há metástases à distância, o risco permanece elevado ao longo do tempo, diferentemente dos cânceres de próstata localizados, em que os índices

decaem até o mesmo nível dos casos controle. Interessante foi verificar que independente do tratamento realizado as taxas de suicídio eram altas nos primeiros 6 meses após o diagnóstico.

Há muita discussão quanto ao uso de testes de PSA para a detecção precoce do câncer de próstata, pois se verifica que há um aumento do número de pacientes diagnosticados com câncer de próstata de baixo risco. A avaliação precoce é questionável, pois muitos pacientes não realizam um tratamento ativo, ficando apenas em acompanhamento observacional. Tal postura acaba por muitas vezes aumentar a ansiedade dos pacientes (Ministério da Saúde 2017). No estudo de CARLSSON et al. (2013) não foi avaliado o grau de ansiedade dos pacientes, porém o estudo demonstra que há correlação do risco de suicídio aumentado com a detecção do câncer de próstata de baixo risco. Dessa forma, o debate sobre os benefícios do exame continua, pois ao mesmo tempo em que o teste pode auxiliar a reduzir os casos de doença metastática, pode também apresentar o risco aumentado de suicídio em pacientes.

O estudo de KIFFEL e SHER (2015) retrata a importância da prevenção e manejo da depressão e comportamento suicida em pacientes com câncer de próstata. Diferentemente de CARLSSON et al. (2013) que não verificou divergências nos tipos de tratamentos realizados com os pacientes, KIFFEL e SHER (2015) demonstram que pacientes que fizeram radioterapia, assim como àqueles que fizeram quimioterapia tem uma prevalência maior de depressão. No entanto, relatam que os efeitos psicológicos dos pacientes com câncer de próstata dependem da idade do

paciente. Assim, revelam que ansiedade e estresse são mais presentes em pacientes jovens, enquanto que a depressão ocorre com mais frequência em pessoas mais idosas, demonstrando que há formas diferentes de encarar a doença e tratamento de acordo com a idade do paciente.

KIFFEL e SHER (2015) referem a importância de os profissionais da saúde serem educados sobre os riscos psiquiátricos associados aos pacientes com câncer, pois os mesmos podem se sentir confortáveis em compartilhar suas experiências com os profissionais que estão mais habilitados a ajudar neste momento. Quando o paciente sabe mais sobre o câncer de próstata, assim como tem detalhes sobre seu diagnóstico, tratamento e o que ele pode fazer para melhorar sua saúde (se alimentar de forma mais saudável, fazer exercício, parar de fumar) ele pode facilitar e melhorar a sua qualidade de vida, incluindo a redução de sintomas depressivos. VYSSOKI et al. (2015) também apresenta em seu estudo a importância de se considerar que a detecção de depressão em pacientes recém diagnosticados pode ser difícil, pois há uma tristeza que pode ser considerada normal frente aos sintomas episódicos de enfrentamento e depressão durante a doença. Também consideram que sintomas depressivos como fadiga, perda de energia, distúrbio do sono ou perda de apetite, podem ser confundidos com os efeitos da quimioterapia. Dessa forma, reforçam o cuidado necessário para não se subestimar os distúrbios de humor que podem não ser diagnosticados e os doentes não receberem tratamento adequado.

KIFFEL e SHER (2015) parecem concordar com tal postura, pois em

seu estudo apresentam técnicas para lidar com o humor e o comportamento dos pacientes. Apontam o tratamento com psicofármacos como alternativa para lidar com a ansiedade e depressão, bem como a associação com a terapia cognitiva comportamental para melhorar a qualidade de vida. O método psicoterápico de Akechi et al. (2008), citado por KIFFEL e SHER (2015), inclui intervenções como manejo da raiva, identificação de pensamentos distorcidos, substituição dos pensamentos racionais, treinamento de assertividade e utilização de suporte social. Neste último aspecto o estudo de BALCI SENGÜL et al. (2014) traz um alerta. Os pacientes com câncer referiram receber menos suporte social da família e de amigos do que os do grupo controle. Para os autores este achado demonstra que a doença afeta os relacionamentos do paciente com sua família e círculo social e que os pacientes têm uma grande expectativa em relação a estes dois grupos.

KIFFEL e SHER (2015) finalizam ao declarar que devido ao aumento da sobrevivência dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata, um grande número de pacientes irá ter que aprender a lidar com a doença e tratamento. Por isso que se faz necessário o desenvolvimento de novas intervenções para ajudar esses homens.

A relevância da qualidade de vida também é um tema considerado pelos autores JOHANSSON et al. (2011). Dando continuidade a um estudo feito primeiramente após 4 anos do diagnóstico, o estudo escandinavo avaliou a qualidade de vida em pacientes após a prostatectomia radical e *watchful waiting* ou vigilância ou espera. Frente aos 400 pacientes que



participaram da primeira fase do estudo, 166 responderam ao questionário na segunda fase. Na primeira fase o questionário continha 77 questões, já no segundo foram incluídas mais 64 questões, explorando sintomas psicológicos (ansiedade, humor depressivo), senso de bem estar e qualidade de vida com uma escala digital de 7 pontos. A escala de qualidade de vida foi subdividida em 1 e 2 como baixa intensidade, 3 a 5 como moderada e 6 a 7 como alta intensidade. Algumas categorias de sintomas físicos foram incluídas: disfunção erétil, fraco fluxo urinário e escape urinário, sendo indagado quanto à qualidade, frequência e intensidade de cada sintoma. Os autores descobriram que a qualidade de vida diminui ao longo do tempo, a avaliação de qualidade de vida detectada após 4 anos foi de 70% no grupo que passou pela prostatectomia radical e 36% após 12 anos. No grupo de *watchful waiting* foi de 69% após 4 anos e 24% após 12 anos. JOHANSSON et al. (2011) também verificou que a ocorrência de sintomas físicos aumentou ao longo do tempo. A disfunção erétil continua sendo o efeito colateral mais comum após a cirurgia nos pacientes que passam pela prostatectomia radical, assim como o fraco fluxo urinário. Já no caso dos pacientes incluídos no grupo de *watchful waiting* os sintomas físicos estão relacionados à progressão do tumor e ao tratamento hormonal. Os resultados obtidos referem que os efeitos psicológicos da disfunção erétil eram maiores quando o problema surge após a cirurgia ao invés de surgir gradualmente devido ao envelhecimento ou como resultado de aumento tumoral ou castração no grupo de *watchful waiting* (JOHANSSON et al. (2011). A castração é um tipo de terapia

hormonal que visa a redução dos níveis de hormônio masculino no corpo. (A.C.Camargo Cancer Center 2016). Os autores sugerem por fim que os efeitos negativos da doença estão mais fortemente associados com a persistência do estresse e a ansiedade do que com a qualidade de vida em si. LEHULUANTE e FRANSSON (2014), por outro ângulo, apresentam em seu estudo que problemas associados com a incontinência urinária, um sintoma que pode com frequência acometer pacientes com câncer de próstata, estão relacionados com a baixa qualidade de vida. E assim, parecem demonstrar que há diferentes perspectivas dos fatores que podem estar associados à qualidade de vida dos pacientes. JOHANSSON et al. (2011) reforçam que o entendimento dos padrões de efeitos colaterais e a dimensão do tempo da ocorrência para cada tratamento são dados importantes para informar ao paciente.

Outro estudo que considerou os pacientes com câncer de próstata frente aos diferentes tratamentos realizados foi o de RAVI et al. (2014). Foram avaliados 50.856 homens com 65 anos ou mais diagnosticados com câncer de próstata localizado durante os anos de 1992 a 2005, que não tinham sido diagnosticados com doença mental. O interesse maior era verificar os pacientes que desenvolveram ansiedade, transtorno depressivo e cometeram suicídio após o diagnóstico de câncer de próstata. No total, 10.389 homens foram diagnosticados com algum transtorno mental durante o período estudado. Eles concluíram que pacientes tratados com radioterapia ou que realizaram a prostatectomia radical tinham risco menor de desenvolver algum transtorno mental do que pacientes que passaram

pelo *watchful waiting*. A hipótese é que pacientes que passam por *watchful waiting* tem um alto índice de incerteza diante da escolha do tratamento e menos satisfação com tal proposta de tratamento. A natureza desse tipo de tratamento parece trazer aos pacientes a sensação de que o tumor não está sendo ativamente tratado, comparado aos outros tipos de tratamento, em que a sensação é que o câncer parece estar sendo removido ou morto, gerando uma sensação positiva.

ERLANGSEN et al. (2015) apresentou uma pesquisa mais ampla onde avaliou 39 doenças físicas como preditoras de suicídio em pacientes acima de 65 anos. A lista é vasta, e inclui desde pacientes com problemas cardíacos a diagnosticados com câncer, sendo o câncer de próstata incluído nos índices de câncer genital. Alguns autores já constataram que no período após o diagnóstico há um risco elevado para suicídio (CARLSSON et al. 2013; ERLANGSEN et al. 2015). No estudo acima, foi feita a avaliação em um curto período de tempo, isto é, nos últimos 3 anos e em um período acima desses 3 anos. Durante os anos em que foi feita a pesquisa (1990- 2009) 4792 pessoas morreram por suicídio, sendo 3021 homens e 1771 mulheres. Deve-se lembrar de que o estudo inclui diferentes patologias envolvendo ambos os gêneros. O estudo concluiu que cânceres como de pulmão, intestino, ossos, órgãos genitais, bexiga e linfomas, assim como epilepsia, doenças cerebrais, gastrointestinais, cardíacas, doenças do fígado, doença crônica obstrutiva pulmonar, catarata, artrite, osteoporose, desordens genitais masculinas e fraturas na coluna vertebral estão associados com alto risco de suicídio em homens

quando comparados com pacientes sem a doença.

Já KLAASSEN et al. (2015) estudou os fatores associados ao suicídio em pacientes com neoplasias genitourinárias, incluindo nestas o câncer de próstata. Os resultados apresentaram 2268 suicídios dentre os 1.239.522 indivíduos com doença. Os maiores índices ocorrem nos pacientes diagnosticados com câncer de próstata, totalizando 1613 suicídios, seguido depois pelo câncer de bexiga (439 casos) e câncer de fígado (140 casos). Algumas descobertas pelos autores chamam a atenção, como por exemplo, pacientes brancos tiveram taxas maiores de suicídio para cânceres como de próstata, bexiga e fígado, sendo que os pacientes considerados afro americanos tinham incidência maior de suicídio para câncer de bexiga.

Os pacientes com câncer de próstata tiveram um aumento dos casos de suicídio ao longo do tempo, tendo ainda a maior taxa observada após 15 anos do diagnóstico comparada com as outras doenças apresentadas. Os autores acreditam que doença metastática, incontinência urinária, disfunção erétil, assim como dificuldades financeiras podem estar relacionados a esse aumento de suicídio tardio. Mesmo assim, o alto número de suicídio ocorreu até os 5 anos do diagnóstico, ocorrendo principalmente em pacientes com a doença localizada.

As limitações do estudo de KLAASSEN et al. (2015) estão nas lacunas das informações coletadas no SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) para identificar comorbidades, história prévia de doença mental e riscos sociais e genéticos de pacientes em risco de suicídio.

Também foi constatada uma dificuldade para obter dados sobre ideação suicida ou tentativas de suicídio.

Percebe-se que as diferentes pesquisas concordam ao concluir sobre a importância dos médicos e equipe estarem cientes do risco aumentado para suicídio e incluírem na rotina de suas atividades avaliações de estado de humor e risco de suicídio no momento do diagnóstico inicial do câncer e estarem preparados para indicarem acompanhamento psicológico (FANGER et al. 2010; ANGUIANO et al. 2012; JOHNSON et al. 2012; SMAILYTE et al. 2013). É de grande importância que o paciente seja acompanhado para investigar se há risco de suicídio envolvido nos primeiros meses após o diagnóstico. No Brasil são escassos os estudos da prevalência de comportamento suicida em pacientes oncológicos.

Esta pesquisa visa analisar o risco de suicídio em pacientes nos primeiros seis meses após o recebimento do diagnóstico de câncer de próstata localizado e antes de iniciar o tratamento em um centro oncológico terciário na cidade de São Paulo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVOS GERAIS**

Verificar a incidência de risco de suicídio em pacientes com câncer de próstata até 6 meses após a revelação do diagnóstico.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Avaliar a incidência de ansiedade e depressão nos pacientes selecionados para o estudo.
2. Detectar o alcoolismo para esta população.
3. Analisar se há correlação de pacientes rastreados com ansiedade e/ou depressão com o risco de suicídio; também será avaliada a relação das duas escalas citadas com o risco para alcoolismo.
4. Correlacionar o risco de suicídio com os dados sócio-demográficos.

### **3 CASUÍSTICA E MÉTODOS**

#### **3.1 CASUÍSTICA**

Foi avaliada uma amostra dos pacientes recém-diagnosticados com câncer de próstata de risco baixo e intermediário D'Amico entre setembro de 2015 a novembro de 2016. Todos os pacientes foram provenientes dos ambulatórios do Núcleo Urologia (Ambulatórios da Matriz e da Torre Tamandaré) do A.C.Camargo Cancer Center, englobando pacientes privados, pacientes do sistema de saúde suplementar e do Sistema Único de Saúde (SUS), localizados pelo sistema de prontuário e com o auxílio das secretárias do departamento.

Os critérios de inclusão do presente estudo foram: pacientes que tenham recebido o diagnóstico há até seis meses e não tenham iniciado o tratamento para o câncer de próstata de risco baixo ou intermediário no período de setembro de 2015 a novembro de 2016, ser maior de 18 anos e ter assinado o consentimento informado.

Os critérios de exclusão são: pacientes com alterações cognitivas que os impeçam de responder as escalas e casos em que, na revisão de lâminas, o grau de risco da D'Amico tenha aumentado para alto risco.

## 3.2 MÉTODOS

Foi feita uma pesquisa quantitativa prospectiva. Foram investigados no sistema do respectivo departamento pacientes recém diagnosticados, permitindo a pesquisadora estar presente no dia de seu retorno em consulta para verificar sua disponibilidade para participar do estudo. A metodologia utilizada neste trabalho teve por base a pesquisa desenvolvida por FANGER et al. (2010) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, onde a prevalência de depressão e comportamento suicida nos pacientes oncológicos do referido hospital foram avaliadas. Em nossa investigação, primeiramente o paciente foi esclarecido sobre os objetivos do estudo e, ao confirmar sua participação, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Anexo 2), uma para o paciente e outra para o pesquisador. Durante este período de discussão foi dada ao paciente a oportunidade de fazer qualquer pergunta esclarecendo assim suas eventuais dúvidas. Em seguida, foi aplicado um questionário sócio demográfico (Anexo 4) para obter dados pessoais do paciente. Também foi investigado o antecedente pessoal psiquiátrico, caso de suicídio na família e se fazia uso de medicamento para dormir ou para ansiedade e depressão. Logo após, foram aplicadas a escala HADs (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão) (Anexo 5), o questionário CAGE (*Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener*) (Anexo 6) e a seção de risco de suicídio do MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) (Anexo 7) a todos os pacientes selecionados. Demais



informações como dados pessoais e o tipo de tratamento a ser realizado foram retirados do prontuário do paciente. A entrevista ocorreu na recepção do Departamento de Cirurgia Pélvica (Núcleo de urologia) ou na sala de espera da Torre Tamandaré e o tempo de duração da entrevista foi de cerca de 15 minutos. Os pacientes detectados com risco de suicídio foram encaminhados para o Núcleo de Psico oncologia para avaliação e acompanhamento psiquiátrico.

### **3.2.1 Intrumentos**

- **Questionário Sóciodemográfico**

O questionário (Anexo 4) é composto de: nome, números de documentos, data de nascimento, idade, raça, religião, estado civil, escolaridade, naturalidade, endereço, local de residencia (se mora em São Paulo ou no interior do estado ou se reside fora do estado de São Paulo), se mora sozinho ou não e em qual sistema de saúde o paciente foi atendido (se por convênio ou pelo sistema único de saúde, o SUS). As idades foram divididas em faixas etárias em 3 momentos: pacientes até 54 anos, entre 55 e 65 anos e pacientes com mais de 66 anos. Devido a variedade de raças existentes em nosso país e diante da predominância de uma determinada raça, dividimos esta variável em 'brancos' e 'não brancos'. Quanto a prática religiosa, agrupamos os pacientes que se declararam sem religião, se diziam ateus ou apenas acreditavam em Deus na categoria de 'sem religião'. Em relação ao grau de escolaridade, pacientes que fizeram curso técnico e que não completaram o ensino

fundamental foram agrupados nas categorias ensino fundamental e ensino médio.

Outros dados também foram incluídos neste questionário, tais como: antecedente pessoal e familiar de câncer, Classificação de riscos D'Amico (se risco baixo ou intermediário), data do diagnóstico, tabagismo ativo na data da entrevista, consumo de álcool, tipo de tratamento indicado (cirúrgico ou não), antecedente pessoal psiquiátrico, caso de comportamento suicida na família (sendo considerado as tentativas de suicídio e os atos consumados) e se faz uso de medicamento para dormir ou para ansiedade e depressão. O consumo de álcool foi considerado apenas se o paciente bebe ou não, não havendo outra pergunta quanto a quantidade e/ou tipo de bebida mais consumida. Em relação ao tipo de tratamento indicado, consideramos quando houve ou não indicação de tratamento cirúrgico, sendo agrupadas nesta categoria as cirurgias robóticas, videolaparoscopias e cirurgias abertas. A lista dos medicamentos mais consumidos pelos pacientes entrevistados encontra-se no Anexo 8.

- **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADs)**

A escala HADs é composta de 14 questões de múltipla escolha, sendo sete itens para ansiedade e sete para depressão. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21. Por ser uma escala curta, pode ser rapidamente preenchida pelo paciente, solicitando ao mesmo que responda tendo por base como se sentiu durante a última semana. Foram adotados

os pontos de cortes recomendados por ZIGMOND e SNAITH (1983) para ambas as subescalas. Escore de 0 a 8 alcançados nos itens de ansiedade apresenta que o paciente não é ansioso e escores maiores que 9 demonstram que há ansiedade. Estes mesmos escores são utilizados para determinar a presença ou não de depressão. A tradução e validação da escala HADs para o português no Brasil, foi feita por BOTEGA et al. (1995).

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

O questionário CAGE é composto de quatro perguntas relacionadas ao anagrama do inglês *Cut down* (cogitar diminuição da quantidade de bebida alcoólica costumeira), *Annoyed by criticism* (aborrecido devido a críticas recebidas), *Guilty* (sentir-se culpado após excesso de bebida) e *Eye opener* (precisar beber logo de manhã) e tem por finalidade detectar pacientes com suspeita de alcoolismo. No teste o paciente deve responder positiva ou negativamente às quatro questões. Considera-se o resultado positivo para alcoolismo quando duas ou mais perguntas obtém a resposta afirmativa (PAZ FILHO et al. 2001). A tradução e validação do CAGE para o português no Brasil, foi realizada por MASUR e MONTEIRO (1983), tendo uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83%.

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

A seção de risco de suicídio do MINI é composta por seis questões,

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

O MINI é um instrumento breve de diagnóstico padronizado dos principais transtornos psiquiátricos e do humor, sendo compatível com os critérios do DSM-IV e da CID 10. Sua aplicação leva de 2 a 5 minutos e sua utilização visa à prática clínica e a pesquisa em atenção primária e em psiquiatria (FANGER et al. 2010). O MINI foi traduzido e validado para o português por AMORIM (2000).

### **3.2.2 Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antônio Prudente – A.C. Camargo Cancer Center – em 14/07/15 com o nº 2049/15. (Anexo 1)

Todos os participantes do presente estudo assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e as informações coletadas foram mantidas sob sigilo. (Anexo 2)

A pesquisadora recebeu apoio financeiro da Bolsa de estudo Capes.

### 3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para resumir as variáveis quantitativas, foram consideradas as medidas resumo de posição e dispersão média, mediana, desvio padrão e valores mínimo e máximo e as frequências absoluta e relativa (%) foram utilizadas para apresentar as variáveis qualitativas.

Com o intuito de avaliar a associação entre duas variáveis qualitativas foi considerado o teste exato de Fisher. Para a comparação de dois grupos em relação a variáveis quantitativas o teste não paramétrico de Mann-Whitney foi utilizado. Por fim, foi ajustado um modelo de regressão logística para avaliar os fatores que influenciam ter ou não risco para suicídio através do modelo de regressão logística, sendo sua influência medida pela razão de chances (RC) e respectivo intervalo com 95% de confiança (IC 95%).

O software IBM SPSS versão 22 foi utilizado para análise dos dados.

O nível de significância adotado é de 5%. Assim, resultados cujos valores  $p$  são menores que 0,05 são considerados estatisticamente significativos.

## 4 RESULTADOS

Duzentos e sessenta e quatro pacientes foram convidados a participar desta pesquisa, entre setembro de 2015 e novembro de 2016. A idade média foi de 62,6 anos (variando entre 38 e 88 anos) e o tempo médio entre o diagnóstico e a entrevista foi de 68 dias (desvio padrão de 40,03). Seis pacientes (2,3%) se recusaram a participar e oito foram excluídos, totalizando duzentos e cinquenta pacientes na análise final.

A incidência de risco para suicídio nos pacientes recém diagnosticados com câncer de próstata foi de 4,8%. Quando observamos a subdivisão das categorias do questionário MINI, a incidência foi de 3,2% para casos de baixo risco de suicídio e 0,8% para os casos de risco moderado e alto para suicídio.

A seguir, serão apresentados os dados sociodemográficos e os questionários HADs e CAGE associados ao questionário MINI, subdividindo a tabela em pacientes com e sem risco para suicídio. Em alguns dados foram expostos a análise descritiva da variável, de maneira a trazer uma visão geral dos dados obtidos. As análises descritivas dos três questionários encontram-se anexas (Anexo 9).

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos referente a raça, religião e estado civil. Em relação a raça houve a predominância de pacientes brancos (64,4%), sendo 5,7% com risco para suicídio. Outros três pacientes com esta ameaça foram considerados como não brancos, sendo

das raças parda, preta e amarela (3,4%). Verificou-se que a maioria dos pacientes eram católicos (74,2%) e casados (82%). Porém, dos pacientes divorciados, separados, viúvos ou solteiros 11,1% possuíam risco para suicídio, contra 3,4% dos casados. Apenas a variável estado civil apresentou associação significativa com o risco para suicídio ( $p=0,045$ ).

**Tabela 1** - Dados sociodemográficos (Raça, religião e estado civil) versus risco de suicídio, avaliado pelo MINI

		Sem risco de suicídio	Com risco de suicídio	Total	Valor p <sup>a</sup>
<b>Raça</b>	Branco	150 (94,3%)	9 (5,7%)	159 (64,4%)	0,546
	Não branco	85 (96,6%)	3 (3,4%)	88 (35,6%)	
<b>Religião</b>	Com religião	216 (95,6%)	10 (4,4%)	226 (5,8%)	0,491
	Sem religião	13 (92,9%)	1 (7,1%)	14 (94,2%)	
<b>Estado civil</b>	Divorciado, separado, viúvo e solteiro	40 (88,9%)	5 (11,1%)	45 (18%)	<b>0,045</b>
	Casado	198 (96,6%)	7 (3,4%)	205 (82%)	

a Teste exato de Fisher

Na Tabela 2 observamos que a maior parte dos pacientes se concentrou nas idades entre 55 e 65 anos. No entanto, quando analisamos os pacientes com risco de suicídio, os entrevistados mais jovens (até 54 anos) somavam o maior índice (10,5%). A variável, porém, não teve valor estatístico ( $p=0,201$ ).

**Tabela 2** - Dados sociodemográficos – (Faixa etária) versus risco de suicídio, avaliado pelo MINI

		<b>Sem risco de suicídio</b>	<b>Com risco de suicídio</b>	<b>Total</b>	<b>Valor p<sup>a</sup></b>
<b>Faixa etária</b>	Até 54 anos	34 (89.5%)	4 (10.5%)	38 (15,2%)	0,201
	De 55 a 65 anos	117 (96.7%)	4 (3.3%)	121 (48,4%)	
	Mais de 66 anos	87 (95.6%)	4 (4.4%)	91 (36,4%)	

a Teste exato de Fisher

Na Tabela 3 apresentamos a relação entre grau de escolaridade e risco de suicídio. A maior porcentagem de perigo de suicidio está dentre os pacientes mais instruídos (6,3%), no entanto, não há indícios de associação entre grau de escolaridade e risco para suicidio ( $p=0,462$ ).

**Tabela 3** - Dados sociodemográficos (Grau de escolaridade) versus risco de suicídio, avaliado pelo MINI

		<b>Sem risco de suicídio</b>	<b>Com risco de suicídio</b>	<b>Total</b>	<b>Valor p<sup>a</sup></b>
<b>Grau de escolaridade</b>	Ensino fundamental (completo e incompleto)	56 (98.2%)	1 (1.8%)	57 (22,8%)	0,462
	Ensino médio (completo e incompleto) e curso técnico	63 (95.5%)	3 (4.5%)	66 (26,4%)	
	Terceiro grau (completo e incompleto)	119 (93.7%)	8 (6.3%)	127 (50,8%)	

a Teste exato de Fisher



**Tabela 4** – Dados sociodemográficos e clínicos ( local de residencia, morar sozinho, sistema de saúde e risco D’Amico) versus risco de suicídio, avaliado pelo MINI

		Sem risco de suicídio	Com risco de suicídio	Total	Valor p <sup>a</sup>
<b>Local de residencia</b>	Dentro do estado de SP	225 (95,7%)	10 (4,3%)	235 (94%)	0,156
	Fora de SP	13 (86,7%)	2 (13,3%)	15 (6%)	
<b>Mora sozinho</b>	Sim	12 (80%)	3 (20%)	15 (6%)	<b>0,028</b>
	Não	226 (96,2%)	9 (3,8%)	235 (94%)	
<b>Sistema de Saúde</b>	Convenio e particular	177 (95,2%)	9 (4,8%)	186 (74,4%)	0,999
	SUS	61 (95,3%)	3 (4,7%)	64 (25,6%)	
<b>Risco D’Amico</b>	Baixo risco	102 (98,1%)	2 (1,9%)	104 (41,6%)	0,130
	Risco intermediário	136 (93,2%)	10 (6,8%)	146 (58,4%)	

a Teste exato de Fisher

A Tabela 4 reúne diferentes variáveis. A primeira delas é o local de residência. O maior número de pacientes reside dentro do estado (94%), porém, quando observamos os pacientes com risco para suicídio, 13,3% deles moram fora do estado de São Paulo. O local de residência não teve associação significativa com o risco para suicídio ( $p=0,156$ ). Em seguida, verificamos que dos pacientes que moram sozinhos, 20% foram diagnosticados com risco para suicídio, enquanto que dentre os que moram com alguém, apenas 3,8% apresentam risco, demonstrando significância estatística ( $p=0,028$ ). O tipo de assistência de saúde utilizado em maior número foi o de convênios (Saúde complementar) ou particular (74,4%) e não teve valor significativo quando comparado com o SUS ( $p=0,999$ ). E a classificação de risco de recidiva D’Amico demonstrou que, apesar de não

ter relevância estatística, os pacientes com grau intermediário apresentaram risco maior para suicídio (6,8%).

**Tabela 5** - Dados sociodemográficos e clínicos (Antecedente pessoal de câncer, antecedente familiar de câncer, tabagismo ativo no momento da entrevista, consumo de álcool, indicação de tratamento cirúrgico) versus risco de suicídio, avaliado pelo MINI

		Sem risco de suicídio	Com risco de suicídio	Total	Valor p <sup>a</sup>
<b>Antecedente pessoal de câncer</b>	Sim	16 (100%)	0 (0%)	16 (6,4%)	0,999
	Não	222 (94,9%)	12 (5,1%)	234 (93,6%)	
<b>Antecedente familiar de câncer</b>	Sim	139 (93,9%)	9 (6,1%)	148 (59,2%)	0,369
	Não	99 (97,1%)	3 (2,9%)	102 (40,8%)	
<b>Tabagismo ativo no momento da entrevista</b>	Sim	29 (96,7%)	1 (3,3%)	30 (12%)	0,999
	Não	209 (95%)	11 (5%)	220 (88%)	
<b>Consumo de álcool</b>	Sim	153 (96,2%)	6 (3,8%)	159 (63,6%)	0,363
	Não	85 (93,4%)	6 (6,6%)	91 (36,4%)	
<b>Indicação de tratamento cirúrgico</b>	Sim	165 (96,5%)	6 (3,5%)	171 (68,4%)	0,203
	Não	73 (92,4%)	6 (7,6%)	79 (31,6%)	

a Teste exato de Fisher

Foram poucos pacientes que revelaram antecedente pessoal de câncer (6,4%), no entanto, a porcentagem aumenta quando indagados se já tiveram algum parente acometido pela doença (59,2%), dado que pode ser visto na Tabela 5. Dentro deste último valor, 9 pacientes possuem risco

para suicídio (6,1%). Tanto o antecedente pessoal quanto o familiar de câncer não tiveram relevância estatística ao serem associados com o risco de suicídio. Essa diferença de índices entre duas variáveis pode ser observada também em relação ao tabagismo ativo no momento da entrevista e o consumo de álcool. No primeiro, a prevalência (tabagismo) é de pacientes que negam o hábito de fumar (220 pacientes, representando 88%). Porém, o mesmo não ocorre no consumo de álcool em que 159 pacientes (63,3%) referem fazer uso de algum tipo de bebida alcóolica. No que diz respeito ao tratamento, 171 (68,4%) pacientes foram indicados a passar por algum procedimento cirúrgico. Não houve associação significativa do risco para suicídio com nenhuma das variáveis apresentadas na Tabela 5.

**Tabela 6** – Dados sociodemográficos – Tempo entre o diagnóstico e a data da entrevista em associação com o risco de suicídio (MINI)

		Média	Mediana	Desvio padrão	Minimo	Máximo	Valor p <sup>b</sup>
<b>Tempo entre o diagnóstico e a data da entrevista (em dias)</b>	Com risco para suicídio	51,1	50,0	38,2	13	150	0,084
	Sem risco para suicídio	69,5	61,0	40,0	0	181	

<sup>b</sup> Teste de Mann-Whitney

Analizamos também se houve diferença significativa nos pacientes que foram entrevistados a poucos dias do diagnóstico e que apresentavam risco para suicídio, observado na Tabela 6. Apesar da média e mediana de dias serem distintas entre os grupos, não houve significância estatística ( $p=0,084$ ).

**Tabela 7** - Dados sociodemográficos (Tratamento psiquiátrico anterior, histórico familiar de comportamento suicida, uso de medicamento para dormir e/ ou para ansiedade ou depressão) versus risco de suicídio, avaliado pelo MINI

		Sem risco de suicídio	Com risco de suicídio	Total	Valor p <sup>a</sup>
<b>Tratamento psiquiátrico anterior</b>	Sim	19 (79,2%)	5 (20,8%)	24 (9,6%)	<b>0,003</b>
	Não	219 (96,9%)	7 (3,1%)	226 (90,4%)	
<b>Historico familiar de compto suicida</b>	Sim	30 (90,9%)	3 (9,1%)	33 (13,2%)	0,200
	Não	208 (95,9%)	9 (4,1%)	217 (86,8%)	
<b>Uso de medicamento para dormir e/ou para ansiedade ou depressão</b>	Sim	38 (90,5%)	4 (9,5%)	42 (16,8%)	0,123
	Não	200 (96,2%)	8 (3,8%)	208 (83,2%)	

a Teste exato de Fisher

Na Tabela 7 são demonstrados os últimos itens dos dados sóciodemográficos. Assim, verificou-se que dos indivíduos que passaram por algum tratamento psiquiátrico anterior, 20,8% foram diagnosticados com risco para suicídio, apresentando relevância estatística ( $p=0,003$ ). A porcentagem de pacientes que relatou ter alguém na família que cometeu

algum tipo de comportamento suicida foi de 13,2%, ou seja, 33 pacientes revelaram este comportamento em suas famílias. O uso de medicamentos para dormir ou para ansiedade ou depressão foi negado por boa parte dos entrevistados (83,2%). Tanto o antecedente de comportamento suicida na família quanto o uso de medicamentos não foram associados com o risco para suicídio ( $p=0,200$  e  $p=0,123$ , respectivamente).

A partir de agora serão exibidos os questionários HADs e CAGE em correlação com o MINI. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Tabela 8) revelou que 22,2% dos pacientes com ansiedade e 23,5% dos pacientes com depressão possuem risco para suicídio. Este dado mostrou ser significativo estatisticamente tanto para ansiedade ( $p=0,001$ ) quanto para depressão ( $p=0,005$ ).

**Tabela 8** - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em relação ao MINI

		Sem risco de suicídio	Com risco de suicídio	Total	Valor p <sup>a</sup>
<b>HADs</b>	Com ansiedade	21 (77,8%)	6 (22,2%)	27 (10,8%)	<b>0,001</b>
	Sem ansiedade	217 (97,3%)	6 (2,7%)	223 (89,2%)	
	Com depressão	13 (76,5%)	4 (23,5%)	17 (6,8%)	<b>0,005</b>
	Sem depressão	225 (96,6%)	8 (3,4%)	233 (93,2%)	

<sup>a</sup> Teste exato de Fisher

A Tabela 9 com os dados sobre a suspeita de alcoolismo confrontados com o risco de suicídio não teve relevância estatística. Nenhum paciente apresentou risco de suicídio dentre os que apresentaram escore positivo para alcoolismo.

**Tabela 9** - CAGE - Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener em relação ao MINI

	Sem risco de suicídio	Com risco de suicídio	Total	Valor p <sup>a</sup>
<b>CAGE</b>	Positivo para alcoolismo	7 (100%)	0 (0%)	7 (2,8%)
	Negativo para alcoolismo	231 (95,1%)	12 (4,9%)	243 (97,2%)

<sup>a</sup> Teste exato de Fisher

Também foram analisadas as associações do questionário CAGE com o HADs (Tabelas 10 e 11), sendo a associação das variáveis ansiedade e depressão apresentadas separadamente. Não foi detectada significancia estatística em ambos os resultados (p=0,999 para ansiedade e p=0,990 para depressão).

**Tabela 10** – CAGE em associação ao HADs – ansiedade

		Sem ansiedade	Com ansiedade	Valor p <sup>a</sup>
<b>CAGE</b>	Positivo para alcoolismo	7 (100%)	0 (0%)	0,999
	Negativo para alcoolismo	216 (88,9%)	27 (11,1%)	

a Teste exato de Fisher

**Tabela 11** - CAGE em associação ao HADs - depressão

		Sem depressão	Com depressão	Valor p <sup>a</sup>
<b>CAGE</b>	Positivo para alcoolismo	7 (100%)	0 (0%)	0,990
	Negativo para alcoolismo	226 (93%)	17 (7%)	

a Teste exato de Fisher

O modelo de regressão logística foi ajustado para risco de suicídio (sim e não) ao considerar como covariáveis àquelas com significância estatística ( $p < 0,05$ ) na análise anterior, são elas: morar sozinho, tratamento psiquiátrico anterior, HADs com escore para ansiedade (sim e não) e HADs com escore para depressão (sim e não). Vale ressaltar que, apesar de estado civil ser significativamente associado com o risco de suicídio ( $p = 0,045$ ), não o consideramos no modelo, uma vez que acreditamos que este dado possa ser representado pela variável morar sozinho, visto que dos indivíduos que moram sozinhos 93,3% são divorciados, separados, viúvos e solteiros e já os pacientes que não moram sozinhos, 86,8% são casados.

Ao ajustar o modelo com as variáveis, o HADs para depressão passou a não ser significativo ( $p = 0,427$ ). Na Tabela 12 estão os resultados

do ajuste do modelo apenas com as variáveis significativas (morar sozinho, tratamento psiquiátrico anterior e HADs com escore para ansiedade).

**Tabela 12** - Modelo de regressão logística para as variáveis: morar sozinho, tratamento psiquiátrico anterior e HADs com escore para ansiedade.

Variáveis	Estimativa (B)	Erro padrão	Valor p	RC (IC 95%)
intercepto	-4,280	0,5490	<0,001	0,014 (0,005-0,041)
Morar sozinho	2,295	0,8302	0,006	9,921 (1,950-50,490)
Tratamento psiquiátrico anterior	1,943	0,7157	0,007	6,982 (1,717-28,390)
HADs com ansiedade	2,106	0,6820	0,002	8,219 (2,159-31,286)

O sujeito que mora sozinho tem 9,92 vezes a chance de risco de suicídio quando comparado a um que não mora sozinho, fixados os estatutos de HADs ansiedade e tratamento psiquiátrico anterior. No caso dos indivíduos que já passaram por um tratamento psiquiátrico antes, a chance de risco de suicídio é de 6,98 vezes em relação a uma pessoa que não tenha feito um tratamento previamente, fixados os estatutos de HADs ansiedade e morar sozinho. Já o paciente com ansiedade tem 8,21 vezes a chance de risco de suicídio quando relacionado a um sujeito não ansioso, fixados os estatutos de HADs ansiedade e morar sozinho.

Através do modelo também é possível calcular a probabilidade estimada de risco de suicídio dada por:

$$probabilidade = \frac{\exp(-4,28 + 2,29 * MS + 1,94 * TPA + 2,10 * HADa)}{1 + \exp(-4,28 + 2,29 * MS + 1,94 * TPA + 2,10 * HADa)}$$



em que MS=1 se mora sozinho e MS=0, caso contrário; TPA=1 se realizou tratamento psiquiátrico anterior e TPA=0, caso contrário; HADs a=1 se escore deu positivo para ansiedade e HADs a=0, caso contrário.

**Tabela 13** - Probabilidade de estimativa de risco de suicídio para as variáveis: morar sozinho, tratamento psiquiátrico anterior e HADs com escore para ansiedade.

Morar sozinho	Tratamento psiquiátrico anterior	HADs a	Probabilidade de risco de suicídio
Sim	Sim	Sim	88,74%
Sim	Não	Sim	53,04%
Sim	Sim	Não	48,96%
Não	Sim	Sim	44,28%
Não	Não	Sim	10,22%
Não	Sim	Não	8,82%
Sim	Não	Não	12,08%
Não	Não	Não	1,37%

Na Tabela 13 percebemos que se o paciente mora sozinho, já fez um tratamento psiquiátrico prévio e seu escore na escala HADs deu positivo para ansiedade, a probabilidade estimada de risco de suicídio para esta pessoa é de 88,74%. No entanto, se o entrevistado mora sozinho e apresentou ansiedade no HADs, sua probabilidade de risco para suicídio revela-se de 53,04%. Dos pacientes que nada apresentam, a probabilidade de risco cai para 1,37%.

Ao analisar individualmente as três categorias de escore total do MINI dos 12 pacientes considerados com risco para suicídio verificamos que: oito pacientes apresentavam baixo risco, dois pacientes risco

moderado e dois pacientes alto risco para suicídio. A seguir, vamos expor algumas tabelas cruzadas entre essa subdivisão e algumas variáveis que consideramos interessantes para uma futura discussão.

**Tabela 14** - Tempo entre o diagnóstico e a data da entrevista em associação a cada subcategoria do MINI

		Média	Mediana	Desvio padrão	Minimo	Máximo	Valor p <sup>a</sup>
<b>Tempo entre o diagnóstico e a data da entrevista (em dias)</b>	Sem risco para suicídio	69,5	61,0	40,0	0	181	0,084
	Baixo risco para suicídio	61,7	57,5	42,4	13	150	
	Risco moderado para suicídio	34,0	34,0	22,6	18	50	
	Alto risco para suicídio	26,0	26,0	14,4	16	36	

a Teste exato de Fisher

Na Tabela 14 observamos que, apesar de não ter relevância estatística, os pacientes apresentavam risco mais alto para suicídio na medida em que a media de dias do tempo entre o recebimento do diagnóstico e a data da entrevista diminui. Já na Tabela 15 verificamos que o estado civil possui valor estatístico como já dito anteriormente. Dos pacientes divorciados, separados, viúvos e solteiros dois foram detectados com risco baixo para suicídio, um para risco moderado e dois para alto

risco. No caso dos pacientes casados, o perigo está mais relacionado aos pacientes com risco baixo (75%) e moderado (50%) para suicídio.

Ainda na Tabela 15 a associação com a faixa etária é apresentada. Os pacientes mais jovens, isto é, até 54 anos representam 5,3% dos casos com baixo risco para suicídio, este mesmo percentual é apontado nos casos de alto risco. Diferente das demais faixas etárias (pacientes entre 55 e 65 anos e acima de 66 anos) em que os índices se encontram nas ocorrências de baixo risco (2,5% e 3,3%, nas respectivas faixas etárias) e risco moderado para suicídio (0,8% e 1,1%, respectivamente).

Entre os pacientes que moram sozinhos um teve baixo risco para suicídio (12,5%) e dois já tiveram um risco mais elevado (100% nos casos com alto risco para suicídio). Também já foi apresentado que esta variável possui significância estatística.

**Tabela 15** – Estado civil, faixa etária e morar sozinho em relação a cada subcategoria do MINI

		<b>Sem risco para suicídio</b>	<b>Baixo risco para suicídio</b>	<b>Risco moderado para suicídio</b>	<b>Alto risco para suicídio</b>
<b>Estado civil</b>	Divorciado, separado, viúvo e solteiro	40 (16,8%)	2 (25%)	1 (50%)	2 (100%)
	Casado	198 (83,2%)	6 (75%)	1(50%)	0 (0%)
<b>Faixa etária</b>	Até 54 anos	34 (89,5%)	2 (5,3%)	0 (0%)	2 (5,3%)
	De 55 a 65 anos	117 (96,7%)	3 (2,5%)	1 (0,8%)	0 (0%)
	Mais de 66 anos	87 (95,6%)	3 (3,3%)	1 (1,1%)	0 (0%)
<b>Mora sozinho</b>	Sim	12 (5%)	1 (12,5%)	0 (0%)	2 (100%)
	Não	226 (95%)	7 (87,5%)	2 (100%)	0 (0%)

A Tabela 16 não ostenta nenhum valor estatístico significativo, porém consideramos interessante examinar cada item na comparação com as subcategorias do MINI. Assim, pacientes que, pela classificação D'Amico, tem risco de recidiva intermediário evidenciam maior risco de suicídio, sendo 7 pacientes para baixo risco, 2 pacientes para moderado e 1 paciente para alto risco de suicídio. Em relação ao antecedente de câncer na família a ameaça de suicídio também se mostrou mais elevada nos entrevistados que confirmaram esta ligação, como observado na Tabela 17. O risco moderado (1,2%) e alto para suicidio (0,6%) também foram referidos nos pacientes indicados a um tratamento cirúrgico. Nos entrevistados que não foram aconselhados a realizar uma cirurgia 6,3% dos

pacientes apresentaram baixo risco e 1,3% revelaram alto risco para suicídio.

**Tabela 16** – Risco D’Amico, antecedente familiar de câncer, indicação de tratamento cirúrgico em relação a cada subcategoria do MINI

		<b>Sem risco para suicídio</b>	<b>Baixo risco para suicídio</b>	<b>Risco moderado para suicídio</b>	<b>Alto risco para suicídio</b>
<b>Risco D’Amico</b>	Baixo risco	102 (42,9%)	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (50%)
	Risco intermediário	136 (57,1%)	7 (93,2%)	2 (100%)	1 (50%)
<b>Antecedente familiar de câncer</b>	Sim	139 (58,4%)	5 (62,5%)	2 (100%)	2 (100%)
	Não	99 (41,6%)	3 (37,5%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Indicação de tratamento cirúrgico</b>	Sim	165 (96,5%)	3 (1,8%)	2 (1,2%)	1 (0,6%)
	Não	73 (92,4%)	5 (6,3%)	0 (0%)	1 (1,3%)

Na Tabela 17 foram expostos os entrevistados que relataram ter passado por um tratamento psiquiátrico anterior, neste item 50% possuíam baixo risco e 50% risco moderado para suicídio. Dois pacientes apresentaram alto risco para suicídio e nunca haviam passado por um tratamento psiquiátrico prévio. Em relação a história familiar de comportamento suicida, a maioria dos pacientes com risco de suicídio não possuíam este histórico na família. Quando estudamos os dados sobre o uso de medicamentos para dormir e/ ou para ansiedade ou depressão, os pacientes que relataram não fazer uso de medicamentos apresentaram

escores maiores para risco de suicídio (100% tanto para o risco moderado quanto para o alto risco).

**Tabela 17** - Tratamento psiquiátrico anterior, histórico familiar de comportamento suicida, uso de medicamento para dormir e/ou para ansiedade e depressão em relação a cada subcategoria do MINI

		Sem risco para suicídio	Baixo risco para suicídio	Risco moderado para suicídio	Alto risco para suicídio
<b>Tratamento psiquiátrico anterior</b>	Sim	19 (8%)	4 (50%)	1 (50%)	0 (0%)
	Não	219 (92%)	4 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
<b>Historico familiar de compto suicida</b>	Sim	30 (12,6%)	2 (25%)	1 (50%)	0 (0%)
	Não	208 (87,4%)	6 (75%)	1 (50%)	2 (100%)
<b>Uso de medicamento para dormir e/ou para ansiedade ou depressão</b>	Sim	38 (16%)	4 (50%)	0 (0%)	0 (0%)
	Não	200 (84%)	4 (50%)	2 (100%)	2 (100%)

Na Tabela 18 verificamos que em 11,1% dos pacientes ansiosos possuem o risco baixo, comparados com 3,7% de risco moderado e os 7,4% dos entrevistados com alto risco para suicídio. O índice também é mais alto nos pacientes que pontuam para depressão, sendo 17,6% da amostra para baixo risco de suicídio e 5,9% para alto risco.

**Tabela 18** - Escala Hospitalar de ansiedade e depressão em relação a cada subcategoria do MINI

		<b>Sem risco para suicídio</b>	<b>Baixo risco para suicídio</b>	<b>Risco moderado para suicídio</b>	<b>Alto risco para suicídio</b>
<b>HADs</b>	Com ansiedade	21 (77,8%)	3 (11,1%)	1 (3,7%)	2 (7,4%)
	Sem ansiedade	217 (97,3%)	5 (2,2%)	1 (0,4%)	0 (0%)
	Com depressão	13 (76,5%)	3 (17,6%)	0 (0%)	1 (5,9%)
	Sem depressão	225 (96,6%)	5 (2,1%)	2 (0,9%)	1 (0,4%)

Na Tabela 19 percebemos que todos os pacientes que apresentaram índices positivos para alcoolismo não têm risco para suicídio. Porém, àqueles sem suspeita de alcoolismo o risco de suicídio apareceu em todas as subcategorias (3,3% para baixo risco; 0,8% para risco moderado e 0,8% para alto risco de suicídio). Não houve significância estatística.

**Tabela 19** - CAGE em relação a cada subcategoria do MINI

		<b>Sem risco para suicídio</b>	<b>Baixo risco para suicídio</b>	<b>Risco moderado para suicídio</b>	<b>Alto risco para suicídio</b>
<b>CAGE</b>	Positivo para alcoolismo	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Negativo para alcoolismo	231 (95,1%)	8 (3,3%)	2 (0,8%)	2 (0,8%)

Por fim, abordamos o consumo de álcool em associação com as subcategorias do MINI (Tabela 20). Verificamos que três entrevistados, que relataram consumir álcool, apresentaram risco moderado (1,3%) e grande de cometer o ato suicida (0,6%). Cinco por cento dos pacientes que não consomem bebida alcóolica possuem baixo risco para suicídio.

**Tabela 20** - Consumo de álcool correlacionado com cada subcategoria do MINI

		<b>Sem risco para suicídio</b>	<b>Baixo risco para suicídio</b>	<b>Risco moderado para suicídio</b>	<b>Alto risco para suicídio</b>
<b>Consumo de álcool</b>	Sim	153 (96,2%)	3 (1,9%)	2 (1,3%)	1 (0,6%)
	Não	85 (93,4%)	5 (5,5%)	0 (0%)	1 (1,1%)



## 5 DISCUSSÃO

O interesse pelo tema do suicídio se deu ainda na época da faculdade, quando sem querer me deparei com um capítulo do livro de DURKHEIM (1982) sobre o quanto que as atitudes do sujeito podem ser influenciadas pelo meio social em que vive. O desejo de estudar sobre isso ficou guardado, porém nunca esquecido. Após dez anos, veio a maturidade para escolher sobre o que escrever acerca do tema para uma dissertação de mestrado.

A definição pelo câncer de próstata ocorreu por ser um tumor ainda pouco explorado do ponto de vista psicológico nas pesquisas, mas em plena atenção da sociedade. Os critérios para este trabalho surgiram a partir de um artigo de JOHNSON et al. (2012) que faz a correlação do período em que o paciente recebeu o diagnóstico com a época em que o paciente cometeu o suicídio. A pesquisa retrospectiva, utilizando dados do SEER durante 32 anos, concluiu que 0,2% (5875) dos pacientes cometeram suicídio, sendo 701 no primeiro mês após o diagnóstico. Ao lermos diferentes artigos a respeito, percebemos que outros autores concordam com a pesquisa realizada e apontam que os índices de suicídio são maiores nos primeiros meses após o recebimento do diagnóstico e decaem com o tempo, tal como estudado por MISONO et al. (2008) nos EUA, ANGUIANO et al. (2012) também nos EUA (na Carolina do Norte),

SMAILYTE et al. (2013) na Lituania, CARLSSON et al. (2013) na Suíça e AHN et al. (2015) em Seul. O tema foi estudado em diferentes culturas.

A dificuldade na pesquisa em Oncologia é considerar as diversas variáveis envolvidas durante o percurso de tratamento dos pacientes, como: as fases da doença, o tipo de tumor, o estadiamento do câncer, as comorbidades, o tipo de tratamento, e a história pregressa de tratamento psiquiátrico dentre outros. Essas informações muitas vezes não são passíveis de serem coletadas apenas na anamnese, mas sim, após algumas consultas com diferentes profissionais. As possibilidades metodológicas são muitas, sendo refletidas nas diversas pesquisas existentes sobre o mesmo tema. Os critérios são distintos e a análise dos estudos é feita com base nos achados e limitações. No entanto, a sensação que temos é de que sempre faltará um aspecto a ser analisado. No presente trabalho, analisamos nossos resultados em comparação com estudos já realizados, considerando a variedade de metodologias e achados.

A finalidade de nosso estudo foi de verificar a prevalência do risco de suicídio em pacientes com câncer de próstata até seis meses após a revelação do diagnóstico e antes de iniciarem qualquer procedimento terapêutico. De forma a analisar possíveis fatores associados, foram também avaliados, além do risco de suicídio, a prevalência de ansiedade e depressão e a relação com risco para alcoolismo dos entrevistados. Os três questionários aplicados (MINI, HADs e CAGE) foram correlacionados entre si e com os dados sócio-demográficos.

Nossa amostra consistiu de 264 pacientes convidados e seis pacientes se recusaram a participar. A abordagem com os pacientes ocorreu na sala de espera, sendo inicialmente relatado que era uma pesquisa sobre o impacto do diagnóstico e, logo em seguida, especificado o tema do risco de suicídio. Nesse primeiro contato a pesquisadora já percebia as reações dos pacientes que ora demonstravam estranhamento pelo tema, ora riam nervosos, ora falavam diretamente que nunca haviam pensando nisso não (sic). Apenas um único paciente relatou desconforto para responder ao questionário, mas mesmo relatando isso, assinou o termo de consentimento e realizou a pesquisa por completo.

Iniciaremos nossa discussão a partir dos dados obtidos no questionário sóciodemográfico. Ao avaliarmos as idades dos pacientes entrevistados, percebemos que o maior número se encontrou entre 55 e 65 anos, seguida pelos pacientes que consideramos da terceira subdivisão de faixa etária, correspondendo a pacientes com mais de 66 anos. Devido ao fato do câncer de próstata ser uma doença que acomete principalmente homens com mais idade, este dado não nos chama a atenção. No entanto, podemos considerar que devido ao superdiagnóstico e a detecção precoce da doença, pacientes mais jovens estejam sendo diagnosticados, como foi o caso de um paciente de apenas 38 anos. Nossa pesquisa não aprofundou em tal aspecto, mas podemos pensar que o fato de pertencer a faixa etária mais jovem (de pacientes até 54 anos), talvez sem a prole completa ou estar no ápice da vida pessoal e profissional, explique o achado de que dos entrevistados com risco de suicídio, os mais jovens é

que apresentaram o maior risco para cometer o ato em si. Mesmo não tendo relevância estatística ( $p=0,201$ ), nossos achados vão em parte contra os de MISONO et al. (2008) e SMAILYTE et al. (2013) que em seus estudos relataram que pacientes mais velhos tem risco maior de cometer o suicídio logo após o diagnóstico. Em relação ao estado civil os achados foram similares.

A relação entre estado civil e o risco para suicídio em pacientes oncológicos já foi apontada por diferentes estudos MISONO et al. (2008), CARLSSON et al. (2013); SMAILYTE et al. (2013); LEHULUANTE e FRANSSON (2014); RAVI et al. (2014); BOLTON et al. (2015), e assim como nossa pesquisa, confirmaram que pacientes solteiros, divorciados e viúvos possuem risco maior de cometer o suicídio após o diagnóstico do câncer do que pacientes casados ( $p=0,045$ ). Em nosso trabalho verificamos que dentre os pacientes divorciados, separados, viúvos e solteiros, 11,1% correspondiam a pacientes com risco para suicídio, frente aos 3,4% dos pacientes casados. NACCARATO et al. (2014) refere a importância que deve ser dada ao papel da parceira do paciente durante o processo da doença. Diante dos nossos dados e das demais pesquisas, observamos que a companheira parece ter um papel importante no auxílio para o companheiro enfrentar o diagnóstico e o tratamento.

Ao analisarmos os resultados desta relação com as subcategorias do MINI, verificamos que dos pacientes divorciados, separados, viúvos e solteiros dois deles foram detectados com risco baixo para suicídio, um para risco moderado e dois para alto risco. Nos pacientes casados, seis

deles apresentaram risco baixo para suicídio e um para risco moderado. Assim, o fato de estar casado obviamente não isenta o entrevistado do risco de suicídio, afinal não avaliamos a qualidade da relação conjugal do paciente. A esposa não necessariamente pode estar participando ativamente ou sendo acolhedora nos medos, angústias e no processo de tratamento do marido. Porém, reconhecemos que este tema corresponderia a uma nova pesquisa.

Outro aspecto a considerar é que, muitas vezes, a interligação entre o estado civil (ser casado ou não) e o fato de morar sozinho pode ser feita e apontar resultados passíveis de discussão. Em nosso estudo, vimos significância estatística ( $p=0,028$ ) ao detectarmos que dos pacientes que moram sozinhos, 20% tem risco para suicídio. Ao analisarmos nossos dados minuciosamente, percebemos que alguns pacientes são solteiros, divorciados etc, mas moram com alguém. Dessa forma, o fato de não ser casado não está necessariamente relacionado a condição de morar sozinho. A pessoa pode não se sentir ou não ser casada ou não ter oficializado a relação e morar com alguém. Seja com um parceiro, amigo ou mesmo o homem que mora com um parente, como por exemplo com os filhos no caso de pacientes viúvos. Não podemos esquecer a dificuldade jurídica do reconhecimento conjugal de indivíduos homossexuais. Em nosso estudo não perguntamos a orientação sexual dos pacientes.

Diante destas considerações é que, talvez, LEHULUANTE e FRANSSON (2014) tenham especificado em sua pesquisa a significância da relação entre não ser casado ou morar sem nenhuma parceria com a

ideação suicida de pacientes com câncer de próstata. Ou mesmo, quando ERLANGSEN et al. (2015) refere que homens com alguma doença física que são casados ou que moram com alguém tem uma taxa de suicídio menor do que homens que não casaram, são divorciados ou viúvos. Mesmo quando não há a referencia da existência de alguma doença física, PARRA URIBE et al. (2013) comentam que os suicídios consumados são mais frequentes em pessoas que moram sozinhas. Acreditamos que independente de com quem a pessoa mora, o importante é ela não se sentir só, pois esta companhia pode ser alguém que irá escutá-la e lhe dar apoio durante o tratamento. Sendo assim, podemos concluir que um olhar mais atento deve ser dado ao paciente que morar sozinho.

Um outro aspecto que vale a pena ser melhor analisado, mesmo não havendo significância estatística ( $p=0,084$ ), é a associação do risco de suicídio com o tempo entre o diagnóstico e a data da entrevista. Observamos que a média de dias entre esse período nos pacientes com risco para suicídio foi de 51,1, enquanto que nos pacientes sem risco a média foi de 69,5 dias, quando examinamos esses dados a partir das subcategorias do MINI, vemos que quanto mais próximo, ou seja, menor o tempo entre o diagnóstico e a data da entrevista, maior o risco de suicídio, porém devido ao número pequeno de pacientes com risco de suicídio, fica difícil inferirmos qualquer associação. Pode-se cogitar que pelo fato dos pacientes terem sido entrevistados perto do dia da revelação do diagnóstico, eles ainda estivessem em um período de amadurecimento em

relação a notícia e se ajustando a nova situação. Os dados refletem a importância de um olhar mais cuidadoso ao paciente recém diagnosticado.

Nossa amostra teve predominância de pacientes brancos (64,4%), frente a porcentagem de pretos e pardos que foi de 35,6% no total. Mesmo não tendo significância estatística ( $p=0,546$ ) e considerando pequeno o número de pacientes com risco de suicídio, ao fazermos a relação da raça com o risco para suicídio, percebemos que nossos dados estão de acordo com outros estudos que apontam que este risco é maior em pacientes brancos (MISONO et al. 2008; DALELA et al. 2015; KLAASSEN et al. 2015).

Ao serem indagados sobre a religião os entrevistados referiram 15 crenças diferentes, mas sem valor estatístico significativo ( $p=0,491$ ). O maior número foi de pacientes católicos (74,2%) e em seguida, evangélicos (8,3%). Frente a estes números consideramos mais prudente dividir os pacientes em 'com religião' e 'sem religião'. Interessante considerar que dos entrevistados com risco para suicídio 7,1% se declararam sem religião. Não sabemos o quanto que a influencia de uma crença possa interferir na decisão ou pensamento suicida. PANCZAK et al. (2013) acredita que há sim essa influencia. Em sua pesquisa realizada na Suíça, fez a associação entre afiliação religiosa e o risco de suicídio quando, no atestado de óbito, foi registrado o diagnóstico de transtorno mental ou neoplasia maligna. Constatou que as taxas de suicídio são mais altas em pessoas sem afiliação religiosa, seguidos dos protestantes e católicos. Os números também foram altos em homens e pessoas com mais idade, solteiras,

viúvas ou divorciadas e que moram sozinhas ou em instituições. Os transtornos mentais e de comportamento foram coletados no atestado de óbito de 33,9% (2343) da amostra e em 11,1% (764) destas, mencionavam o câncer como primeira doença concomitante.

Os autores afirmam que o efeito protetor da religião foi maior em pacientes com câncer em não atentar contra a própria vida, mas ressaltam que pode ter havido registros incorretos de suicídio em áreas consideradas católicas. Devido ao estigma na Suíça, no atestado de óbito pode ter sido registrado outra causa de morte. PANCZAK et al. (2013) também pontua que é possível que, nas pessoas mais velhas, com mais de duas condições de comorbidade, o câncer ou o transtorno mental podem ter sido omitidos. Em nosso estudo não aprofundamos para saber quantos dos pacientes eram praticantes ou não da religião relatada.

Uma outra variável investigada foi o grau de escolaridade, porém não foi evidenciada relevância estatística desta variável em nosso estudo ( $p=0,492$ ). Seis, três por cento dos entrevistados que têm terceiro grau completo ou incompleto apresentaram um risco maior para suicídio, nossos achados diferem dos resultados obtidos por SMAILYTE et al. (2013), no estudo com pacientes oncológicos na Lituânia, que demonstrou que este risco é maior para pacientes com baixo nível de escolaridade.

No presente estudo, não fizemos uma distinção entre moradores de área urbana ou rural, apenas consideramos os pacientes que residem fora do estado de São Paulo e aqueles que residem dentro do estado. Mesmo não apresentando significado estatístico ( $p=0,156$ ), dos pacientes com risco



para suicídio, 13,3% deles moram fora do estado. Não sabemos se o fato do paciente ter que fazer ou procurar o tratamento de uma doença grave longe de sua cidade de origem possa influenciar neste risco aumentado para o comportamento suicida.

Na nossa amostra, observamos uma diferença significativa no número de pacientes entrevistados do Sistema Único de Saúde (S.U.S.), 64 pacientes e 186 pacientes do convênio ou particular. A diferença entre os dados pode ser, possivelmente, justificada pelo critério de inclusão de pacientes que tenham sido diagnosticados com risco D'Amico baixo ou intermediário a até 6 meses. Pode-se supor que pacientes do S.U.S. sejam diagnosticados mais tardiamente e assim, seu risco D'Amico torna-se mais alto e ultrapasse nossos critérios de inclusão.

Não houve associação entre o sistema de saúde dos pacientes entrevistados com o risco para suicídio ( $p=0,999$ ), os índices foram muito próximos, independente do sistema de saúde utilizado, sendo 4,8% o risco de cometer o suicídio de um paciente com convênio ou particular contra 4,7% dos pacientes do S.U.S. O risco para suicídio de um paciente com convênio é similar a de um paciente do S.U.S.

O estudo de DALELA et al. (2015), realizado nos Estados Unidos, é intrigante, pois em seus achados homens sem convênio e sem doença metastática tinham risco maior para suicídio. Muitas pesquisas referem que pacientes com tumores avançados têm risco aumentado de cometer o suicídio. AHN et al. (2015), com seu trabalho feito em Seul, por exemplo, diz que este risco é maior no primeiro ano. Já para CARLSSON et al.

(2013) o risco de suicídio continua alto mesmo 18 meses após o diagnóstico em dados coletados na Suíça. KLAASSEN et al. (2015), com dados americanos, vai além, ao retratar, em seu estudo com doenças genitourinárias, incluindo o câncer de próstata, que o alto índice de suicídio ocorreu até 5 anos do diagnóstico em pacientes com doença localizada. Apesar de não ter relevância estatística em nossos resultados ( $p=0,130$ ), o fato do paciente ter um risco de recidiva D'Amico intermediário pareceu demonstrar um risco de suicídio maior (6,8%) do que para pacientes de baixo risco (1,9%). Acreditamos que esses números possam estar também relacionados ao tipo de tratamento prescrito e realizado ou não pelo paciente.

Mesmo não sendo o objetivo de nossa investigação, avaliamos se a indicação de um tratamento cirúrgico teria relação com o risco de cometer o suicídio. Cento e setenta e um pacientes foram indicados a passar por algum procedimento, seja a cirurgia aberta, a videolaparoscopia ou a cirurgia robótica. Dos pacientes com risco de suicídio, 3,5% deles foram encaminhados para alguma destas cirurgias e 7,6% indicados para outro tipo de tratamento. CARLSSON et al. (2013) apresenta em sua análise que independente do tratamento, as taxas de suicídio eram altas nos primeiros 6 meses após o diagnóstico. DALELA et al. (2015), por sua vez, refere que os pacientes em que o tratamento tenha sido recomendado, mas não feito pelo paciente, tinham maior risco de cometer o suicídio.

Outros autores avaliaram aspectos psicológicos em suas pesquisas. KIFFEL e SHER (2015) declararam que pacientes que fizeram radio e

quimioterapia teriam uma chance maior de desenvolver uma depressão. Já RAVI et al. (2014) revelou que pacientes que fizeram radioterapia ou passaram por uma prostatectomia radical teriam risco menor de desenvolver algum transtorno mental do que pacientes tratados com vigilância ativa. Sua hipótese é de que pacientes em vigilância ativa parecem sentir que não estão tratando ativamente o tumor. Nossos resultados, embora não tenham apresentado significância estatística nesta variável ( $p=0,203$ ), parecem refletir de alguma maneira o que RAVI et al. (2014) e DALELA et al. (2015) apontaram. O risco de suicídio foi detectado em 7,6% dos homens em que a cirurgia não foi indicada. Talvez o fato do paciente optar por fazer outro tipo de tratamento ou mesmo não realizar qualquer tipo de procedimento mais invasivo gere uma ansiedade pela sensação de não estar tratando ativamente seu tumor, levando assim ao que DALELA et al. (2015) relatam, isto é, um risco maior de cometer o suicídio.

Na nossa amostra, nenhum paciente que teve outro tipo de câncer anteriormente apresentou risco para suicídio. Dos homens que não tinham histórico pessoal de um câncer, 12 (5,1%) deles apresentaram risco para suicídio. Pode-se pensar que o fato de já ter vivenciado um câncer tranquilize a pessoa quanto aos mistérios e estigmas envolvidos em relação ao tratamento oncológico. Talvez o medo da morte ou por já saber como é um tratamento oncológico justifique que, 6,1% dos casos que têm antecedente de câncer na família, possuam risco para o suicídio contra 2,9% de risco nos entrevistados que não tiveram esta experiência. Os dados

não têm valor estatístico em nossa pesquisa ( $p=0,999$  para o primeiro caso e  $p=0,369$  para aqueles que tem antecedente oncológico na família), mas demonstram que, de alguma forma, a vivência pessoal ou familiar de um câncer parece impactar emocionalmente os indivíduos.

A maioria dos pacientes da nossa amostra revelou não ser tabagista ativo no momento da entrevista (88%) e dos que fumam, apenas 3,3% apresentaram associação com o risco para suicídio.

PARRA URIBE et al. (2013) constatou em seu estudo, o uso de substancias tóxicas antes do comportamento suicida foi detectado em 40% dos suicídios consumados. No presente trabalho não investigamos o uso de drogas ilícitas pelos entrevistados.

O consumo de bebidas alcoólicas foi reportado por 63,6% dos pacientes, não tendo indícios de associação com o risco para suicídio ( $p=0,363$ ).

É preciso explicar as diferenças entre a frequência de consumo de álcool (em 159 pacientes) e o índice de pacientes positivos para alcoolismo (em 7 pacientes) detectados pelo questionário CAGE. Este resultado pode ser compreendido pois, nos dados sóciodemográficos, consideramos apenas se o paciente consome bebida alcóolica ou não. Não foi investigado a quantidade de bebida ingerida, o tipo de bebida mais consumido e o número de vezes que faz isso por semana, por exemplo. Como apontado por LEUNG et al. (2013), muitas vezes é necessário a aplicação de mais um tipo de questionário ou fazermos mais perguntas para obtermos dados mais fidedignos. Se indagássemos quantas vezes e a quantidade que o

paciente consome de álcool por semana, talvez obtivéssemos um número que desse para correlacionar melhor com os dados detectados com a aplicação do CAGE. O paciente pode reconhecer que consome bebida alcoólica, mas não se considera alcoolista com a quantidade de bebida ingerida.

Outro aspecto fundamental ao estudar sobre fatores associados ao suicídio é analisar se há história de tratamento psiquiátrico anterior. Em nossa amostra detectamos que dos homens que relataram já ter feito tratamento psiquiátrico prévio, 20,8% deles tinham risco para suicídio, com significância estatística ( $p=0,003$ ). Quando examinamos os dados minuciosamente, a partir das subcategorias do MINI, observamos que 50% destes pacientes apresentavam baixo risco e 50% risco moderado para suicídio. Os pacientes que apresentaram alto risco para suicídio nunca haviam passado por um tratamento psiquiátrico antes.

KIFFEL e SHER (2015) apontam a importância de os profissionais saberem os riscos psiquiátricos associados ao diagnóstico de câncer e terem a sensibilidade para encaminhar o paciente para avaliação com profissional de saúde mental, para que um diagnóstico preciso possa ser realizado e um tratamento instituído.

PARRA URIBE et al. (2013), mesmo não apresentando dados específicos sobre pacientes oncológicos, também refere em seu estudo a relação do suicídio consumado com histórias prévias de tentativa de suicídio. Duas ou mais tentativas foram relatadas por 63,9% dos sujeitos entrevistados e 12,9% tiveram de 5 a mais tentativas de suicídio. Deve-se

ressaltar que tais números são mais expressivos nas mulheres, pois o estudo envolveu ambos os gêneros. Foi detectada a relação entre comportamento suicida e doença mental, pois houve 93,6% de tentativas de suicídio e 85,9% de suicídios consumados nos pacientes que apresentavam diagnóstico psiquiátrico na população estudada por PARRA URIBE et al. (2013).

Mesmo não tendo significância estatística ( $p=0,200$ ), chamou-nos a atenção o número de pacientes em nosso estudo que relataram ter algum parente que tentou o suicídio ou se matou, observado em 13,2% dos entrevistados. Dos pacientes que possuíam risco para suicídio, 9,1% tinham história familiar de suicídio e para aqueles sem risco a porcentagem caiu um pouco, para 4,1%. Embora tenha sido feita uma pergunta fechada, nos casos afirmativos muitos pacientes revelaram espontaneamente quem da família cometeu ou tentou o ato. As informações referentes ao tipo de ato cometido (se tentativa ou ato consumado) e qual parente teve o comportamento suicida foram anotadas. Assim, dos 33 entrevistados que possuíam este histórico familiar, nove parentes de pacientes tentaram o suicídio, dentre estas, três sendo o filho do entrevistado. Um dos relatos impressionou bastante, pois o paciente revelou que o pai se matou após a piora clínica diante do diagnóstico de um câncer de próstata. Observamos que o paciente se encontrava bastante ansioso, e foi encaminhado para o Núcleo de Psico oncologia. Cabe ressaltar que houve casos em que o paciente perdeu mais de um parente por suicídio.

A última pergunta de nosso questionário dizia respeito ao uso de medicamento para dormir e/ou para ansiedade ou depressão. Apenas 42 pacientes (16,8%) relataram fazer uso de medicamentos, sendo o clonazepam o medicamento mais utilizado (Anexo 7). Não houve relevância estatística neste item ( $p=0,123$ ). Dos indivíduos que faziam uso de medicação para dormir e/ou para ansiedade e depressão, 9,5% deles apresentavam risco para o suicídio.

A questão de comorbidades ou existências de outras doenças que não somente o câncer, não foi avaliada no presente estudo. Alguns autores (FANGER et al. 2010; BOLTON et al. 2015; DALELA et al. 2015; ERLANGSEN et al. 2015) descrevem que pacientes com doenças como hipertensão e diabetes por exemplo, e que tenham ou não somado um diagnóstico de câncer, possuem risco aumentado de cometer um ato suicida quando comparados com pacientes sem estas doenças.

ZAORSKY et al. (2016) caracterizou as causas de morte em pacientes com câncer a partir de critérios como ano, idade e tempo após o diagnóstico. As mortes não causadas pelo tumor foram mais frequentes nos doentes com câncer colorretal, de bexiga, de rim, de endométrio, de mama, de próstata e de testículo. Em mais de 40% dos casos as mortes ocorreram por doença cardíaca. FANG et al. (2012), de maneira semelhante relatou que pacientes com câncer de próstata tanto na Suíça quanto nos Estados Unidos tem as taxas de suicídio e de eventos cardiovasculares aumentadas semanas após o diagnóstico de câncer. ZAORSKY et al. (2016) ainda expõem que os homens diagnosticados com câncer de próstata tiveram a

taxa de mortalidade crescente para doença de Alzheimer, assim como pacientes com câncer de testículo tiveram para suicídio. Frente a estes trabalhos, concordamos que em um projeto futuro a existência de comorbidades clínicas devam ser investigadas.

O primeiro instrumento utilizado foi a Escala de ansiedade e depressão hospitalar, a HADs que revelou que 10,8% da amostra tinha ansiedade e 6,8% da amostra tinha depressão. Dos pacientes com ansiedade 22,2% tinham risco para suicídio e dos com depressão 23,5%. Os valores foram significativos estatisticamente, tanto para ansiedade ( $p=0,001$ ) quanto para depressão ( $p=0,005$ ).

CARLSSON et al. (2013), em sua pesquisa, não avaliou o grau de ansiedade dos pacientes após o diagnóstico, mas pontuou que parece haver uma correlação do risco de suicídio aumentado após a solicitação do exame de PSA e detecção de um câncer de baixo risco. Não temos como comprovar a conexão dos nossos dados com a pesquisa do autor, afinal tratam-se de estudos com metodologias distintas. Podemos conjecturar que a ansiedade e por fim o risco de cometer o suicídio revelam-se mais altos assim que o paciente é diagnosticado. CARLSSON et al. (2013) relatou que após a solicitação do exame de PSA e detecção de um câncer de baixo risco, parece haver um risco maior para o suicídio. Podemos discutir que o fato de ter realizado um exame e ter detectado um tumor de baixo risco pode ter desencadeado ansiedade nos nossos pacientes que por isso, apresentaram um risco maior de cometer o suicídio.



A influencia da ansiedade nos pacientes também foi detectada por KORFAGE et al. (2006) e TOMBAL (2010), como mencionam em seu estudo, com a utilização de um instrumento denominado Inventário de Ansiedade Traço- Estado (*State Trait Anxiety Inventory*, um inventário já validado para a população brasileira) que demonstrou que 28% de todos os pacientes com câncer de próstata foram classificados como tendo alta ansiedade pré-tratamento.

Quando analisamos algumas questões da HADs (Anexo 8) percebemos que na primeira pergunta é indagado quantas vezes o paciente se sentiu tenso ou contraído na última semana, se a maior parte do tempo, boa parte do tempo, de vez em quando ou nunca. Cento e quarenta e seis entrevistados relataram que de vez em quando se sentem tensos, correspondendo a 58,4% da amostra e 41,6% que estão com a cabeça cheia de preocupações.

Ao analisar a associação do HADs com as subcategorias do MINI, percebemos que dos pacientes em que se detectou ansiedade 11,1% apresentaram baixo risco para suicídio, e dos pacientes em que se detectou depressão, 17,6% apresentaram risco para suicídio. Quando focamos apenas nos pacientes com alto risco para suicídio, 7,4% dos pacientes revelaram ser ansiosos e 5,9% apresentaram-se com depressão.

FANGER et al. (2010), em sua pesquisa com pacientes hospitalizados, verificou a depressão em 18,3% dos entrevistados. Os fatores associados a depressão eram: ser mulher, ter menor escolaridade, maior tempo de doença, sentir dor, fazer uso de psicofármacos e ter risco

para suicídio. Embora o estudo tenha envolvido pacientes hospitalizados e não tenham sido considerados os diferentes tipos de câncer, bem como o estadiamento da doença, vemos a importância de um olhar mais atento aos pacientes deprimidos. PARRA URIBE et al. (2013) alertam que a depressão maior está associada ao suicídio consumado, enquanto que as tentativas de suicídio estão mais relacionadas ao transtorno de ajustamento.

Concordamos com VYSSOKI et al. (2015) que pondera que a detecção da depressão nos pacientes recém diagnosticados é difícil, pois a tristeza pode ser algo normal frente ao diagnóstico. Cabe o cuidado para não patologizar sentimentos e proceder a um diagnóstico correto.

A HADs é uma escala especialmente desenvolvida para analisar pacientes em ambiente hospitalar e que por isso, diferentemente de outras escalas, não considera sintomas que possivelmente estejam relacionados a doença (como possíveis queixas de perda de apetite, fraqueza etc). Muitos pacientes podem estar passando por um momento de ajustamento a nova situação, e por este motivo devem receber um acompanhamento mais próximo. Talvez estejamos subestimando a possibilidade de ele tentar o suicídio ou mesmo de consumá-lo, como concluiu PARRA URIBE et al. (2013) em seu estudo. O estudo dos autores refere a importância de se estar atento a um quadro depressivo quando o paciente vem para um primeiro atendimento em um serviço de saúde mental.

Um instrumento mais específico, como o *MAX - PC - Memorial anxiety scale for prostate cancer* (ainda não traduzido e validado para o Brasil) apontado por TOMBAL (2010), pode ser um dos recursos para

desenvolver um estudo mais direcionado, pois avalia a ansiedade em pacientes com câncer de próstata.

O segundo questionário aplicado foi o CAGE (*Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener*) com o intuito de aprofundar o tema do consumo de álcool, pois o instrumento analisa a suspeita de alcoolismo. Apenas sete pacientes apresentaram resultado positivo, destes nenhum tinha risco para suicídio. Em contrapartida, dos homens que negaram o alcoolismo, doze deles possuíam risco de atentar contra a própria vida. Não houve associação significativa do CAGE com o risco para suicídio ( $p=0,999$ ).

O número de pacientes com suspeita de alcoolismo foi muito inferior se compararmos com a quantidade de entrevistados que declarou consumir bebida alcóolica (159 pacientes; 63,5%). Talvez outro instrumento ou elaboração de novas perguntas contemplem melhor nossas expectativas para projetos futuros.

Uma observação interessante foi ao constatar a porcentagem de pacientes que alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber, respondendo a primeira pergunta do questionário CAGE (Anexo 8), 31,6% relataram que sim, gostariam de diminuir a quantidade ingerida ou parar de beber.

Um dos nossos objetivos secundários para este trabalho foi de fazer a associação entre o questionário CAGE com a HADs. De maneira a tornar a análise mais clara, optamos por fazer essa associação em dois momentos, HADs com escore para ansiedade e HADs com escore para

depressão. Em ambas não foi detectada significância estatística nos resultados ( $p=0,999$  para ansiedade e  $p=0,990$  para depressão). Verificamos que das pessoas que não apresentaram risco para alcoolismo, 11,1% (27 pacientes) eram ansiosos. E dos 7 pacientes que se declararam alcoolistas, nenhum deles apresentou escore para ansiedade.

Na avaliação da relação do CAGE com a HADs para depressão, constatamos que novamente nos sete pacientes positivos para alcoolismo não foi detectada nenhuma pessoa com depressão.

O último questionário aplicado e foco principal de nosso trabalho foi a seção de risco de suicídio do *Mini International Neuropsychiatric Interview*, o *MINI*. Os resultados já foram apresentados durante toda esta discussão, a partir da associação do risco de suicídio com as demais variáveis incluídas em nossa pesquisa.

A incidência de risco de suicídio nos pacientes recém diagnosticados com câncer de próstata, antes de iniciarem o tratamento, revelou ser de 4,8% em nosso estudo. Este resultado foi muito próximo do obtido por FANGER et al. (2010) que apresentou um risco para suicídio de 4,7% em sua pesquisa que buscou a prevalência de depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos internados no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.

Ao abordarmos o paciente e convidá-lo para a pesquisa sobre suicídio, muitos já pareciam demonstrar certo desconforto. Alguns pacientes logo informavam que nunca pensaram nisso, outros diziam que tem Deus no coração e assim, cada um a seu jeito parecia expressar o

quanto o tema é incomodo e mesmo visto como tabu. Como MARQUETTI et al. (2015) pontua, o suicídio surge como uma transgressão a morte controlada, técnica, a morte vivida nos hospitais. Interpretamos como um tipo de morte que transgride até mesmo o ato de morrer. Como se fosse algo além, uma morte que transgride a maneira natural, ou considerada natural, aceita ou compreensível de morrer. Parece que compreendemos que alguém tenha uma doença e venha a falecer, mas não compreendemos e mesmo não aceitamos que alguém antecipe a morte ou busque a morte naturalmente. Isso transgride e nos agride e talvez por isso, percebemos o impacto e desconforto de alguns pacientes ao serem abordados para realizar a pesquisa.

O MINI é um questionário com seis perguntas que abrangem tanto os pensamentos quanto a tentativa de suicídio. Por vezes, pareceu ser maçante para alguns pacientes, pois um ouvinte desatento acaba achando se tratar da mesma pergunta. Como as questões assemelham-se entre si, é preciso estar atento às distinções nos termos. Assim, percebemos que a terceira pergunta “pensou em suicidar-se?” e a quarta “pensou numa maneira de se suicidar?” são diferentes entre si e divergem da quinta questão “tentou o suicídio?”.

LEUNG et al. (2013), que teve como base o estudo desenvolvido por WALKER et al. (2008), demonstra este aspecto ao verificar a intenção suicida em pacientes com câncer. Foi utilizado uma ferramenta que faz uma pergunta considerando ideação e intenção suicida em apenas dois momentos – “ao longo de duas semanas, quantas vezes teve pensamentos

de que seria melhor estar morto ou se ferir de algum modo; se havia alguma chance do paciente fazer alguma coisa para terminar a própria vida” - os entrevistados tinham as alternativas de respostas sim ou não. O autor concluiu que mais de 90% dos pacientes com ideação e mais de 75% com ideação severa não relataram a intenção suicida. Dessa forma, demonstrou que apenas uma pergunta isolada mostra-se ineficiente para detectar a intenção suicida.

Sendo assim, mesmo que para os entrevistados as questões pareçam ser semelhantes, é importante o uso de diferentes perguntas ou mais de uma questão para analisar um determinado comportamento para no fim não ter a percepção de subnotificação dos dados obtidos.

Quando analisamos cada pergunta do MINI de maneira independente (Anexo 8) verificamos que em 3,2% da amostra surgiram os pensamentos de que seria melhor estar morto ou desejou estar morto. No entanto, ninguém quis fazer mal a si mesmo, sendo nulas as respostas afirmativas na segunda questão.

NIETZSCHE (2016) apresenta a ideia do suicídio como um potente meio de conforto, sendo possível superar muitas noites ruins. O autor parece referir que o sujeito pode enfrentar diversas coisas ruins em sua vida sem necessariamente se matar. O suicídio surge como uma possibilidade, cabendo às pessoas refletir conscientemente sobre ela. A ideia da autodestruição surge assim, como um conforto, um resquício de liberdade e certo controle sobre nossos destinos (Conselho Federal de Psicologia-CFP 2013).

A terceira questão do MINI indaga se o paciente já pensou em suicidar-se (considerando o último mês), 1,6% respondeu que sim. E o pensamento suicida vai além, quando 0,8% dos entrevistados referem que já pensaram numa maneira de se suicidar. Quando consideramos os últimos 30 dias, nenhum sujeito relatou ter tentado o suicídio. Esse número se altera, quando a pergunta aumenta o tempo pesquisado e, assim, 0,8% dos pacientes já tentaram se matar ao longo da vida. A partir das seis questões do questionário MINI, percebemos claramente a importância de se fazer mais de uma pergunta do mesmo assunto, como apresentado por LEUNG et al. (2013) e, conseqüentemente, avaliar tanto a intenção (o pensamento suicida) quanto a tentativa de suicídio.

Um dado além observado pela pesquisadora durante a aplicação dos instrumentos foi em relação ao tempo empregado em cada questionário. A HADs informa que o paciente deve responder com base na última semana. No entanto, foi possível observar que muitos entrevistados pareciam declarar suas respostas a partir do momento em que foi dado o diagnóstico da doença, visto que complementavam com comentários do tipo “na época que fiquei sabendo da doença sim, hoje não mais.”, porém a pesquisadora sempre chamava a atenção de que as perguntas se referiam a última semana.

Por fim, o questionário MINI sobre o risco de suicídio traz à tona novamente a delimitação de um tempo, ‘durante o último mês’. Mais uma vez os pacientes pareciam relacionar suas respostas ao momento do recebimento do diagnóstico, independente se havia de fato ocorrido nos

últimos 30 dias. Isto pode ser percebido pela pesquisadora, pois invariavelmente a resposta vinha adicionada a um comentário do tipo “quando recebi o diagnóstico foi muito difícil!” e, quando constatamos os dados no prontuário, percebíamos que o diagnóstico já havia sido dado a mais de um mês, mas da mesma forma, a pesquisadora reforçava sempre que necessário que as perguntas se referiam ao último mês. Julgamos ser necessário considerar tais percepções em relação ao tempo em nossos futuros projetos.

Concluimos que houve significância estatística na relação com quatro aspectos: estado civil, morar sozinho, tratamento psiquiátrico anterior e com a HADs, isto é, quando há escore positivo para ansiedade e depressão. A partir destes resultados ajustamos o modelo de regressão logística para risco de suicídio (sim e não) ao considerar estas covariáveis. Como já mencionado anteriormente nos resultados, apesar de estado civil ser significativamente associado ao risco de suicídio ( $p=0,005$ ), no modelo optamos pela variável morar sozinho. Nesta análise a HADs com escore para depressão passou a não ser significativa ( $p=0,427$ ), sendo assim, por fim, o modelo de regressão logística foi feito com as variáveis: morar sozinho, tratamento psiquiátrico anterior e HADs com escore para ansiedade.

Ao investigarmos nossos resultados, verificamos que o sujeito que mora sozinho tem 9,92 vezes mais chance de risco de suicídio quando comparado a um que não mora sozinho, fixados os estatutos de HADs ansiedade e tratamento psiquiátrico anterior. Já no paciente com



tratamento psiquiátrico anterior sua chance de risco de suicídio cai um pouco, indo para 6,982 quando confrontado com um paciente que não tenha antecedentes psiquiátricos. O índice aumenta no paciente ansioso, ou seja, com escore positivo no HADs para ansiedade o sujeito tem 8,21 vezes mais chance de risco de suicídio quando comparado a um paciente não ansioso.

Ao analisarmos um paciente que mora sozinho, fez tratamento psiquiátrico anterior e tem escore positivo para ansiedade na HADs, sua probabilidade de risco de suicídio é de 88,74%. Consideramos esse número bastante alto. É interessante analisarmos as diversas combinações possíveis, pois quando retirada uma delas, a probabilidade estimada de risco para suicídio diminui. No paciente que nunca passou por um tratamento psiquiátrico antes, mas mora sozinho e é ansioso, a possibilidade de risco de suicídio cai para 53,04%. Quando não é ansioso, mas tem índices positivos para as demais variáveis, vai para 48,96% o risco de cometer o suicídio. O risco diminui quanto menos variáveis positivas o paciente relatar. Se for somente ansioso seu risco mostra-se de 10,22%, se apenas morar sozinho a possibilidade de se matar é de 12,08% e se simplesmente tiver feito um tratamento psiquiátrico anterior sua probabilidade de risco de suicídio é de 8,82%.

Cabe ressaltar que mesmo que o sujeito tenha negado todas as variáveis (não mora sozinho, não tem tratamento psiquiátrico prévio e nem é ansioso) a possibilidade de suicídio não é nula, mas pode ser de 1,37%

de ocorrer. Sendo assim, mesmo negando as três variáveis, ainda há o risco de cometer o suicídio nos pacientes com câncer de próstata.

A partir desses resultados concluímos a importância de um olhar mais atento para oferecer um suporte emocional e escuta a este paciente. TOMBAL (2010) refere que os médicos têm um papel importante, pois uma abordagem baseada na comunicação e explicação cuidadosa pode ajudar o paciente neste momento. É preciso estar atento a maneira como o paciente lida com o termo câncer, visto a declaração de KLOTZ (2015) ao referir que o termo câncer, ao diagnóstico, tem uma implicação emocional, psicológica profundamente diferente para os pacientes. Para alguns a doença de muito baixo risco é vista como 'pseudo doença', 'pseudo câncer' e assim, sentem-se mais tranquilizados por não ter que realizar um tratamento mais agressivo.

Reconhecemos que nem sempre o médico terá essa percepção de que o paciente está negando a doença, mas também se avaliarmos o estudo de BALCI ŞENGÜL et al. (2014), talvez nem a família e os amigos possam ter esta sensibilidade. Os autores salientaram em sua pesquisa, que o paciente com câncer recebeu menos suporte social da família e de amigos do que o grupo controle. Como a doença afeta os relacionamentos com a família e o círculo social, há uma expectativa dos pacientes em relação a estes grupos. Devido a isto julgamos ser importante uma avaliação psicológica durante esse período logo após o diagnóstico para perceber a maneira como o paciente esta enfrentando o diagnóstico e

verificar qual a sua rede de apoio neste momento e a expectativa de suporte a ser recebido em relação a ela.

Dessa forma, acreditamos que quando há um suporte emocional ofertado pela instituição e/ou equipe médica, o paciente estará melhor amparado, podendo desabafar sobre seus medos e angústias frente ao diagnóstico e terapêutica empregada. Assim, terá maior aderência ao tratamento e sua qualidade de vida, conseqüentemente, poderá ser melhor.

O atendimento psicológico muitas vezes vem a suprir a falta de suporte emocional recebida da família e amigos, como apontado por BALCI ŞENGÜL et al. (2014). Cabe ao profissional estar atento aos sinais apresentados pelo paciente nos primeiros contatos com o mesmo. Jobes 2006, citado por CFP (2013, p.115) aponta outros instrumentos que podem ser aplicados na entrevista inicial do paciente para avaliação do risco de suicídio, como o *Suicide Status Form*. Um questionário ainda não validado no Brasil. No entanto, a seção de risco de suicídio do MINI, utilizada em nosso estudo, mostrou ser muito eficaz nesta detecção. Seu questionário é rápido, facilmente aplicado e avalia tanto o pensamento quanto as tentativas de suicídio.

Deve-se considerar que nosso estudo teve como critério o momento após o diagnóstico e antes de iniciar o tratamento e, portanto, não foi analisado o período após a cirurgia, por exemplo. Diversos autores como JOHANSSON et al. (2011), KIRBY et al. (2013) e LEHULUANTE e FRANSSON (2014) apontam as dificuldades e fatores emocionais que podem afetar a qualidade de vida do paciente pós tratamento.

LEHULUANTE e FRANSSON (2014) relatou que há uma relação estatística significativa entre a ideação suicida e a baixa qualidade de vida. Em sua pesquisa, os pacientes relataram que fatores como dor física, dor durante micção e baixa energia física e mental estão relacionados a baixa qualidade de vida.

Como nossa pesquisa se restringiu ao período logo após o diagnóstico, não sabemos se após o tratamento algum paciente teve o comportamento suicida. Este seria um novo projeto, fazer um follow up com todos os pacientes entrevistados e analisar este período, como foi o tratamento para ele, os sintomas sentidos e aspectos psicológicos desencadeados. Vale nos atentar aos alertas de CFP (2013) e YAMAMOTO et al. (2015). O primeiro, ao referir o contexto da gerência do risco de suicídio, aponta que um dos momentos de maior risco de suicídio em pacientes é após a alta hospitalar e no retorno ao seu lar. E YAMAMOTO et al. (2015), que em sua pesquisa sobre pacientes com câncer de próstata metastático que inicialmente trataram com vigilância ativa, complementa que em 10 anos, 30 % dos pacientes precisam de alguma intervenção devido a doença.

A pesquisa longitudinal é de grande valia. ZHOU et al. (2016) fizeram oito perguntas para pacientes sobreviventes ao câncer de próstata e concluíram que há necessidade de mais perguntas e acompanhar por um período maior de tempo, sugerindo que a pesquisa seja feita em dois momentos, para avaliar um comportamento suicida. Em seu estudo, 58,3%

dos pacientes negaram qualquer sintoma suicida na última semana, mas confirmaram ter sentido algo durante o último ano.

Dessa forma, diante de nossos resultados e a partir dos autores citados acima, concluímos que uma nova pesquisa possa ser realizada considerando fatores que podem surgir após o tratamento cirúrgico, como disfunção erétil, incontinência urinária, alteração na vida sexual e aspectos emocionais desencadeados frente a todos esses aspectos.

Ao longo do desenvolvimento desta pesquisa observamos algumas limitações que devem ser consideradas em projetos futuros. Não foi avaliado a condição sócio econômica dos pacientes fator que deve ser considerado em pacientes com risco para suicídio. Neste estudo foi considerado apenas o sistema de saúde utilizado pelos entrevistados. Importante ressaltar que, durante o período de coleta, o Brasil passou por uma grave crise econômica, sendo apontado por alguns pacientes durante a aplicação do questionário HADs. Os entrevistados diziam que não estavam preocupados com a doença em si, mas sim com a situação econômica atual e o medo do desemprego. LEITE (2016), diretor dos ambulatórios do Instituto de Psiquiatria da USP, reforça que o impacto do desemprego é grande, pois, além do salário, pode gerar outras sensações como: a solidão, o isolamento, a perda de apoio social, crises familiares e a sensação de impotência. Este mesmo cenário pode ser agravado se somarmos a ele o diagnóstico de uma doença grave. Portanto, além da análise da HADs, devemos considerar também a condição econômica do

paciente e mesmo fatores ambientais que possam influir na decisão pela finitude da vida.

Como já referido anteriormente, a condição sócio econômica, a avaliação do uso de drogas ilícitas, se o paciente é tabagista ou não, o consumo de álcool e possíveis comorbidades clínicas são aspectos que acreditamos possam vir a enriquecer um futuro projeto para analisar os fatores associados ao risco de suicídio em pacientes com câncer de próstata.

Consideramos como o maior mérito deste estudo ser um dos pioneiros na avaliação do risco de suicídio em um público oncológico específico, com uma casuística expressiva, com critérios bem delimitados: pacientes diagnosticados a até seis meses com câncer de próstata de risco baixo e intermediário e que não tenham iniciado o tratamento.

Escolhemos apenas casos de doença localizada e de risco baixo e intermediário D'Amico, pois nestes casos usualmente não se emprega a privação androgênica. Como sabemos, a castração pode ter repercussões psíquicas diversas e mesmo levar pacientes a depressão, perda de memória, falta de concentração e etc.

Além disso, pacientes com tumores de risco baixo ou moderado, tem alta chance de cura, ou de ao menos uma longa expectativa de vida, mesmo que tratando o câncer e eventuais recidivas, não tão comuns. Assim, pode-se pensar que esses pacientes teriam 'menos preocupação de morte' e que devem se preocupar com a qualidade de vida após tratamento.

Já os pacientes de alto risco D'Amico ou com doença localmente avançada ou metastática, além de frequentemente se submeterem a castração por longo tempo, são muitas vezes considerados casos incuráveis ou com reduzida chance de cura. Assim, em nosso entendimento, esse grupo de pacientes, além do efeito medicamentoso, convivem com a ideia da morte pelo câncer como algo muito mais próximo ou mesmo certo (nos casos metastáticos, submetidos a castração), estando expostos a tratamentos mais longos, mais tóxicos, mais cansativos e, em geral, estão sem libido. Optamos por uma população mais homogênea e acreditamos que seria interessante estender essa pesquisa aos pacientes com câncer prostático avançado (mas curável, a despeito de tratamentos multimodais) e também realizar o estudo em pacientes com doença metastática, incurável, e que já atravessaram uma longa jornada frente a este tão prevalente tumor.

O acréscimo de dados sócio-demográficos, bem como a utilização dos questionários HADs, CAGE e MINI enriqueceram a análise e resultados alcançados em nossa pesquisa. Constatamos ser fundamental o uso de ferramentas para detectar o risco de suicídio nos pacientes e, em caso positivo, o mesmo ser encaminhado e acompanhado pela equipe de psicologia e psiquiatria. Todos os profissionais do hospital devem estar atentos e unir forças para melhor assistir o paciente, auxiliando-o em seu tratamento, acolhendo-o e proporcionando a ele uma melhor qualidade de vida.

Até o presente momento não encontramos na literatura brasileira estudos que tenham avaliado o risco de suicídio em pacientes recém diagnosticados com câncer de próstata. Nosso estudo teve por finalidade apresentar a importância de um olhar mais atento a estes homens e assim, criar novas condutas por parte da equipe para identificar e encaminhar para avaliação psicológica os pacientes com risco para o suicídio.



## 6 CONCLUSÃO

Verificamos que a incidência de risco de suicídio em pacientes com câncer de próstata é de 4,8% em casos diagnosticados a até seis meses. A partir do questionário HADs constatamos que 10,8% dos pacientes revelaram ter índice positivo para ansiedade e 6,8% para depressão. A suspeita de alcoolismo foi detectada em 2,8% da amostra.

Ao associarmos os questionários HADs e CAGE com o MINI, comprovamos que somente a HADs possui relação com o risco de suicídio. ( $p=0,001$  para ansiedade e  $p=0,005$  para depressão). Não houve relação do CAGE com o risco de cometer o suicídio.

Na relação do risco de suicídio com os dados sócio-demográficos, encontramos associação com o estado civil ( $p=0,045$ ), morar sozinho ( $p=0,028$ ) e com o tratamento psiquiátrico anterior ( $p=0,003$ ).

Concluimos que no paciente com câncer de próstata recém diagnosticado o risco de suicídio está associado a ansiedade e depressão, ao estado civil, o fato de morar sozinho e ter passado por um tratamento psiquiátrico prévio. Acreditamos que o ato suicida se trata de um fenômeno complexo e de extrema importância nos dias de hoje, principalmente em uma população mais vulnerável, como a população oncológica.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[ABP] Associação Brasileira de Psiquiatria. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP; 2014. O impacto do suicídio: por que prevenir?; p.12-13.

A.C.Camargo Cancer Center. **Tudo sobre câncer: próstata**. Disponível em: <URL:<http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/prostata/32/>> [2016 set 08].

Ahn MH, Park S, Lee HB, et al. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. **Psychooncology** 2015; 24:601-7.

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

Anguiano L, Mayer DK, Piven ML, et al. A literature review of suicide in cancer patients. **Cancer Nurs** 2012; 35: E14-26.

Aoun F, Albisinni S, Chemaly AK, et al. In Search for a Common Pathway for Health Issues in Men - the Sign of a Holmesian Deduction. **Asian Pac J Cancer Prev** 2016; 17:1-13.

Ariès P. **História da morte no ocidente**. Lisboa, Portugal: Teorema; 1989.

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

Bettelheim B. **Sobrevivências e outros estudos** Porto Alegre: Artes Médicas; 1989; O limite final; p.15-28.

Billis A. Anatomia patológica em câncer de próstata. In: Reis R, Zequi SC, Filho MZ. **Urologia moderna**. São Paulo: Lemar; 2013. p.499-506.

Bolton JM, Walld R, Chateau D, et al. Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: a population-based, balancing score-matched analysis. **Psychol Med** 2015; 45:495-504.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, et al. Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. **Rev Saude Publica** 1995; 29:355-63.

Botega NJ, Werlang B, Cais C, et al. Prevenção do comportamento suicida. **Psico Porto Alegre** 2006; 37:213-20.

Botega NJ. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed; 2015a. Atitudes; p.14-34.

Botega NJ. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed; 2015b. Prevenção; p.248-269.

Botega NJ. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed; 2015c. Após um suicídio; p.226-235.

Botega NJ. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed; 2015d. Entendimentos; p.63-85.

Botega NJ. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed; 2015e. Transtornos mentais; p.108-133.

Carlsson S, Sandin F, Fall K, et al. Risk of suicide in men with low-risk prostate cancer. **Eur J Cancer** 2013; 49:1588-99.

[CFP] Conselho Federal de Psicologia. **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: CFP; 2013. Respostas de Nilson Berenchein Netto; p.79-107.

Dalela D, Krishna N, Okwara J, et al. Suicide and accidental deaths among patients with non-metastatic prostate cancer. **BJU Int** 2015; 25.

Durkheim E. **O suicídio: estudo sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1982. Introdução;p.13-23.

Erlangsen A, Stenager E, Conwell Y. Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 2015; 50:1427-39.

Fang F, Fall K, Mittleman MA, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. **N Engl J Med** 2012; 366:1310-8.

Fanger PC, Azevedo RC, Mauro ML, et al. Depression and suicidal behavior of cancer inpatients: prevalence and associated factors. **Rev Assoc Med Bras** 2010; 56:173-8.

Figueiredo Filho RT, Damião R. Câncer de próstata. **Rev Hosp Universitário Pedro Ernesto** [periódico on line] 2010; 9(supl1). Disponível em: <URL:[http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=249/](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=249/)> [2015 ago 6].

Johansson E, Steineck G, Holmberg L, et al. Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomised trial. **Lancet Oncol** 2011; 12:891-9.

Johnson TV, Garlow SJ, Brawley OW, et al. Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology. **Psychooncology** 2012; 21:351-6.

Kiffel J, Sher L. Prevention and management of depression and suicidal behavior in men with prostate cancer. **Front Public Health** 2015; 3:28.

Kirby M, Chapple C, Jackson G, et al. Erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms: a consensus on the importance of co-diagnosis. **Int J Clin Pract** 2013; 67:606-18.

Klaassen Z, Jen RP, DiBianco JM, et al. Factors associated with suicide in patients with genitourinary malignancies. **Cancer** 2015; 121:1864-72.

Klotz L. Active surveillance and focal therapy for low-intermediate risk prostate cancer. **Transl Androl Urol** 2015; 4:342-54.

Korfage IJ, Essink-Bot ML, Janssens AC, et al. Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up. **Br J Cancer** 2006; 94:1093-8.

Leite R. **Estudos relacionam suicídio a desemprego**. Disponível em: <URL:<http://edicaodigital.folha.uol.com.br/index.html#/edition/31889?page=20&section=1>> [2016 julho 24].

Leung YW, Li M, Devins G, et al. Routine screening for suicidal intention in patients with cancer. **Psychooncology** 2013; 22:2537-45.

Lehuluante A, Fransson P. Are there specific health-related factors that can accentuate the risk of suicide among men with prostate cancer? **Support Care Cancer** 2014; 22:1673-8.

Marquetti FC, Kawauchi KT, Pleffken C. O suicídio, interditos, tabus e consequências nas estratégias de prevenção. **Rev Bras Psi** 2015; 2:29-40.

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

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa/2016 incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tipos de câncer: próstata**. Disponível em: <URL:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/definicao>> [2017 jan 19].

Misono S, Weiss NS, Fann JR, et al. Incidence of suicide in persons with cancer. **J Clin Oncol** 2008; 26:4731-8.

Naccarato AM, Reis LO, Zani EL, et al. Psychotherapy: a missing piece in the puzzle of post radical prostatectomy erectile dysfunction rehabilitation. **Actas Urol Esp** 2014; 38:385-90.

Nietzsche F. **Para além do bem e do mal**. Rio de Janeiro: Bestbolso; 2016. Aforismos e interlúdios; p.75-94.

Panczak R, Spoerri A, Zwaillen M, et al. Swiss National Cohort Study. Religion and suicide in patients with mental illness or cancer. **Suicide Life Threat Behav** 2013; 43:213-22.

Parra Uribe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, et al. Attempted and completed suicide: not what we expected? **J Affect Disord** 2013; 150: 840-6.

Parsons JK. Benign prostatic hyperplasia and male lower urinary tract symptoms: epidemiology and risk factors. **Curr Bladder Dysfunct Rep** 2010; 5:212-218.

Paz Filho G, Sato M, Tulesky S, et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso do álcool em pronto-socorro. **Rev Assoc Med Bras** 2001; 47:69-5.

Ravi P, Karakiewicz PI, Roghmann F, et al. Mental health outcomes in elderly men with prostate cancer. **Urol Oncol** 2014; 32:1333-40.

Smalyte G, Jasilionis D, Kaceniene A, et al. Suicides among cancer patients in Lithuania: a population-based census-linked study. **Cancer Epidemiol** 2013; 37:714-8.

Tombal B. Prostate cancer, depression, and risk of suicide: should we pay more attention? **Eur Urol** 2010; 57:396-7.

Vyssoki B, Gleiss A, Rockett IR, et al. Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk? **J Affect Disord** 2015; 175:287-91.

Walker J, Waters RA, Murray G, et al. Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients. **J Clin Oncol** 2008; 26:4725-30.

[WHO] World Health Organization. **Mental health: suicide prevention-world report.** Available from: <U R L : [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)> [2015 fev 10].

Yamamoto T, Musunuru B, Vesprini D, et al. Metastatic prostate cancer in men initially treated with active surveillance. **J Urol** 2016; 195:1409-14.

Zaorsky NG, Churilla TM, Egleston BL, et al. Causes of death among cancer patients. **Ann Oncol** 2016; mdw604.

Zequi CS. Câncer de próstata localizado. In: Reis R, Zequi S, Zerati Filho B, editores. **Urologia moderna**. São Paulo: Lemar; 2013. p.507-22.

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

Zhou ES, Bober SL, Nekhlyudov L, et al. Physical and emotional health information needs and preferences of long-term prostate cancer survivors. **Patient Educ Couns** 2016; 99:2049-54.



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



**A.C. Camargo**  
Cancer Center

Comitê de Ética em  
Pesquisa - CEP

São Paulo, 04 de agosto de 2015.

À  
**Dra. Maria Teresa Cruz Lourenço.**  
Aluna: **Marília Zendron (Mestrado).**

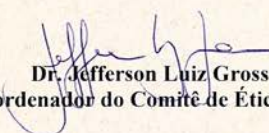
**Ref.: Projeto de Pesquisa nº. 2049/15**  
**“Câncer e suicídio: avaliação do risco de suicídio nos primeiros seis meses após o diagnóstico do câncer de próstata em um centro oncológico da cidade de São Paulo”.**

Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antonio Prudente – Hospital do Câncer - A.C. Camargo/SP, em reunião de 14/07/2015, após analisarem as respostas aos questionamentos realizados em reunião de 26/05/2015, **aprovaram** a realização do projeto (datado de 22 de junho de 2015), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tomaram conhecimento dos seguintes documentos:

- Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- Termo de Compromisso do Pesquisador com Resoluções do Conselho Nacional de Saúde;
- Declaração Sobre o Plano de Recrutamento dos Participantes de Pesquisa, Circunstâncias e Responsáveis pela Obtenção do TCLE;
- Declaração Sobre os Dados Coletados, Publicação dos Dados e Propriedade das Informações Geradas;
- Declaração de Infraestrutura e Instalações do Ambulatório Fernando Gentil;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Ambulatório Fernando Gentil;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Núcleo de Psicooncologia;
- Cronograma do Estudo;
- Orçamento Financeiro Detalhado;

**Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas ao CEP dentro de 06 meses em relatório (modelo CEP).**

Atenciosamente,

  
**Dr. Jefferson Luiz Gross**

**1º Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa**

1/1

## Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

*RESOLUÇÃO 466/12 CNS/MS*

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

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

#### II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

##### 1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

Câncer e suicídio: avaliação do risco de suicídio nos primeiros seis meses após o diagnóstico do câncer de próstata em um centro oncológico da cidade de São Paulo.

##### 2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Marília Zendron

##### 3. PESQUISADORES ENVOLVIDOS:

- Maria Teresa da Cruz Lourenço – Núcleo de Psico oncologia do A.C. Camargo Cancer Center
- Marília Zendron – Aluna de Mestrado do A.C. Camargo Cancer Center

##### 4. DURAÇÃO DA PESQUISA:

24 meses

### **III. INFORMAÇÕES A (O) PARTICIPANTE**

O senhor está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “Câncer e suicídio: avaliação do risco de suicídio nos primeiros seis meses após o diagnóstico do câncer de próstata em um centro oncológico da cidade de São Paulo” que será realizada no A.C.Camargo Cancer Center, após ter saído da consulta de retorno com o médico no Serviço de Urologia no período em que já tenha recebido seu diagnóstico e antes de iniciar seu tratamento.

### **IV. OBJETIVOS DA PESQUISA**

Verificar a incidência de risco de suicídio em pacientes com câncer de próstata até seis meses após a revelação do diagnóstico.

### **V. JUSTIFICATIVA PARA A PROPOSTA DA PESQUISA**

Diante da descoberta de um câncer muitas vezes o paciente sente uma ruptura em seu ritmo de vida, levando a sintomas de ansiedade e depressão em alguns casos. A detecção precoce destes sintomas podem evitar o agravamento desses quadros, prevenindo inclusive um comportamento suicida.

### **VI. DESENHO DA PESQUISA**

Serão incluídos na pesquisa todos os pacientes que tenham recebido o diagnóstico de câncer de próstata de risco baixo ou intermediário há até seis meses.

## **VII. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS**

O Sr será esclarecido sobre os objetivos do estudo que será realizado em uma única entrevista com a aplicação de três questionários. Primeiramente o Sr assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderá a um (1) questionário com informações pessoais. Em seguida, será aplicada a escala de ansiedade e depressão hospitalar (HAD), o questionário CAGE (título referente ao acrônimo Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener) e a seção de risco de suicídio do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Será necessária uma média de 15 minutos para que você responda aos questionários.

## **VIII. DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS DECORRENTES DO PROCEDIMENTO**

Aos pacientes em que seja detectado risco de suicídio será oferecido avaliação e acompanhamento psiquiátrico no Núcleo de Psico oncologia.

## **IX. BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS**

Com os resultados desta pesquisa será criado um protocolo para detecção precoce dos doentes com risco de suicídio e assim, proporcionar o devido suporte e atendimento.

## **X. CONFIDENCIALIDADE**

A confidencialidade de suas informações será mantida e sua identidade será preservada, sendo que somente os membros da equipe de pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa terão acesso aos registros. A sua participação neste estudo é voluntária, tendo o direito de retirar-se a qualquer momento. A recusa ou desistência da participação

nesse estudo não irá prejudicar seu acompanhamento médico e tratamento.

## **XI. DANOS RELACIONADOS À PESQUISA**

Qualquer dano resultante da sua participação no estudo será avaliado e tratado de acordo com os benefícios e cuidados a que você tem direito. Ao assinar este formulário de consentimento você não está abrindo mão de qualquer um dos seus direitos legais.

## **XII. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES**

Em qualquer ocasião e a qualquer tempo, você terá o direito de acesso às informações e resultados obtidos, recebendo orientações quanto as suas implicações, incluindo acompanhamento psiquiátrico quando necessário.

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

## **XIII. QUEM DEVO CONTATAR EM CASO DE DÚVIDAS:**

Pesquisador Responsável: Marília Zendron CRP 06/77324. Mestranda do A.C.Camargo Cancer Center - São Paulo. Telefones para contato: (11) 98271-3235

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

Se o pesquisador responsável não fornecer as informações/esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antônio Prudente – Hospital do Câncer - A.C. Camargo/SP pelo telefone (11) 2189-5000, ramal 5020 de segunda-feira à quinta- feira das 8 horas às

18 horas e sexta-feira das 8 horas às 17 horas.

Na impossibilidade de contato com as referências acima, o senhor (a) pode solicitar informações do estudo para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do telefone (61) 3315-2951 / fax (61) 3226-6453 / ou e-mail conep@saude.gov.br.

Este documento será elaborado em 2 (duas) vias. O (a) senhor (a) receberá uma das vias originais e a outra será arquivada pelo pesquisador em seu arquivo de pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Eu

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

Assinatura do participante ou responsável legal

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data

Assinatura do responsável pela pesquisa Marília Zendron

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data

**Anexo 3** - Classificação tumor nodo metástase (TNM) para câncer de próstata

T - Tumor primário		
	Tx	O tumor primário não pode ser avaliado
	T0	Sem evidência do tumor primário
T1	Tumor clinicamente não palpável ou visível por método de imagem	
	T1a	Tumor incidental - achado histopatológico em $\leq 5\%$ do tecido de ressecção
	T1b	Tumor incidental - achado histopatológico em $> 5\%$ do tecido de ressecção
	T1c	Tumor identificado por biópsia por agulha (PSA elevado)
T2	Tumor confinado à próstata	
	T2a	Tumor engloba metade de um dos lobos ou menos
	T2b	Tumor engloba mais da metade de um lobo, mas não os dois lobos
	T2c	Tumor engloba ambos lobos
T3	Tumor além da cápsula prostática	
	T3a	Extensão extracapsular (unilateral ou bilateral)
	T3b	Tumor envolve a vesícula seminal (uma ou ambas)
T4	Tumor fixo ou invade estruturas adjacentes além das vesículas seminais: colo vesical, esfíncter externo, reto, músculos elevadores ou parede pélvica	
N - Envolvimento linfonodal regional		
	Nx	Linfonodos regionais não avaliados
	N0	Sem metástases para linfonodos regionais
	N1	Metástases linfonodais regionais
M - Metástases a distância		
	Mx	Metástases a distância não avaliadas
	M0	Ausência de metástase a distância
	M1	Metástase a distância
		M1a - Linfonodos não regionais
		M1b - Ossos
		M1c - Outros órgãos

Fonte: FIGUEIREDO e FILHO e DAMIÃO (2010).

#### Anexo 4 - Questionário Sócio-demográfico

**Paciente:**

**RGH:**

**CPF:**

**Data de nascimento:**

**Estado civil:**

**Naturalidade:**

**Escolaridade:**

**Endereço:**

**Bairro:**

**CEP:**

**Tel resid:**

**Médico:**

**Raça:**

**Religião:**

**Procedência:**

**Profissão:**

**Cidade:**

**Estado:**

**Tel celular:**

**Mora sozinho:** Sim ( ) Não ( ) Com quem? \_\_\_\_\_

**Veio a consulta acompanhado?** Sim ( ) Não ( )

**SUS ( ) Convênio ou particular ( )**

**Antecedente pessoal de câncer:** Sim ( ) Não ( )

**Estadiamento do tumor:**

**Data do diagnóstico:**

**Antecedente familiar de câncer:** Sim ( ) Não ( )

**Grau de parentesco:**

**Tabagista:** Sim ( ) Não ( )

**Consumo de álcool:** Sim ( ) Não ( )

**Já fez tratamento psiquiátrico antes?** Sim ( ) Não ( )

**Tem algum caso de suicídio na família?** Sim ( ) Não ( )

**Faz uso de medicamento para dormir ou para ansiedade ou depressão?** Sim ( ) Não ( ) Se sim, qual? \_\_\_\_\_



## Anexo 5 - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADs)

ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE			
<b>Assinale com "X" a alternativa que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana.</b>			
<b>1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):</b>			
( ) A maior parte do tempo	( ) Boa parte do tempo	( ) De vez em quando	( ) Nunca
<b>2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:</b>			
( ) sim, do mesmo jeito que antes	( ) não tanto quanto antes	( ) só um pouco	( ) já não consigo ter prazer em nada
<b>3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer</b>			
( ) Sim, de um jeito muito forte	( ) Sim, mas não tão forte	( ) Um pouco mais isso não me preocupa	( ) Não sinto nada disso
<b>4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas</b>			
( ) Do mesmo jeito que antes	( ) Atualmente um pouco menos	( ) Atualmente bem menos	( ) Não consigo mais
<b>5. Estou com a cabeça cheia de preocupações</b>			
( ) A maior parte do tempo	( ) Boa parte do tempo	( ) De vez em quando	( ) Raramente
<b>6. Eu me sinto alegre</b>			
( ) Nunca	( ) Poucas vezes	( ) Muitas vezes	( ) A maior parte do tempo
<b>7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:</b>			
( ) Sim, quase sempre	( ) Muitas vezes	( ) Poucas vezes	( ) Nunca
<b>8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:</b>			
( ) Quase sempre	( ) Muitas vezes	( ) De vez em quando	( ) Nunca
<b>9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:</b>			
( ) Nunca	( ) De vez em quando	( ) Muitas vezes	( ) Quase sempre
<b>10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</b>			
( ) Completamente	( ) Não estou mais me cuidando como deveria	( ) Talvez não tanto quanto antes	( ) Me cuido do mesmo jeito que antes
<b>11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:</b>			
( ) Sim, demais	( ) Bastante	( ) Um pouco	( ) Não me

			sinto assim
<b>12. Fico animada (o) esperando as coisas boas que estão por vir</b>			
( ) Do mesmo jeito que antes	( ) Um pouco menos do que antes	( ) Bem menos que antes	( ) Quase nunca
<b>13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</b>			
( ) A quase todo momento	( ) Várias vezes	( ) De vez em quando	( ) Não sinto isso
<b>14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</b>			
( ) Quase sempre	( ) Várias vezes	( ) Poucas vezes	( ) Quase nunca
A=	D=		

**Anexo 6 - Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener (CAGE)**

1. Alguma vez o senhor sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

Sim ( ) Não ( )

2. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcóolica?

Sim ( ) Não ( )

3. O senhor se sente culpado consigo mesmo pela maneira como costuma tomar bebidas alcóolicas?

Sim ( ) Não ( )

4. Costuma tomar bebidas alcóolicas pela manhã para diminuir a ansiedade ou a ressaca?

Sim ( ) Não ( )

## **Anexo 7 - Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)**

### **RISCO DE SUICIDIO**

#### **Durante o último mês:**

C1 Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto(a)?

NÃO	SIM	1
-----	-----	---

C2 Quis fazer mal a si mesmo (a) ?

NÃO	SIM	2
-----	-----	---

C3 Pensou em suicidar-se ?

NÃO	SIM	6
-----	-----	---

C4 Pensou numa maneira de se suicidar ?

NÃO	SIM	10
-----	-----	----

C5 Tentou o suicídio ?

NÃO	SIM	10
-----	-----	----

#### **Ao longo da sua vida**

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ?

NÃO	SIM	4
-----	-----	---

## **Anexo 8 - Lista dos medicamentos mais utilizados pelos pacientes**

Em parenteses demonstra-se a quantidade de pacientes que referiu consumir o respectivo medicamento.

Alprazolam (2 pacientes)  
Amitriptilina (1 paciente)  
Ansiolítico (1 paciente)  
Bromazepam (1 paciente)  
Carbamazepina (1 paciente)  
Citalopram (1 paciente)  
Clonazepam (8 pacientes)  
Diazepam (1 paciente)  
Fenobarbital (1 paciente)  
Fluoxetina (2 pacientes)  
Léptico (1 paciente)  
Lexapro (2 pacientes)  
Lorazepam (1 paciente)  
Metilfenidato (1 paciente)  
Mirtazapina (2 pacientes)  
Paroxetina (1 paciente)  
Pregabalina (1 paciente)  
Risperidona (1 paciente)  
Seakalm (natural) (1 paciente)  
Sertralina (2 pacientes)  
Sulpirida (1 paciente)  
Trazodone (1 paciente)  
Zolpidem (7 pacientes)  
Não lembra o nome (5 pacientes)

## Anexo 9 - Análise descritivas de cada questionário

- **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADs)**
  - **A = Perguntas relacionadas a ansiedade**
  - **D = Perguntas relacionadas a Depressão**

<b>HADs 1 A “Eu me sinto tenso ou contraído”</b>	
<b>Respostas possíveis</b>	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>A maior parte do tempo</b>	8 (3,2%)
<b>Boa parte do tempo</b>	23 (9,2%)
<b>De vez em quando</b>	146 (58,4%)
<b>Nunca</b>	73 (29,2%)

<b>HADs 2 D “Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas que costumava gostar”</b>	
<b>Respostas possíveis</b>	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Sim, do mesmo jeito que antes</b>	193 (77,2%)
<b>Não tanto quanto antes</b>	48 (19,2%)
<b>Só um pouco</b>	7 (2,8%)
<b>Já não sinto mais prazer em nada</b>	2 (0,8%)

<b>HADs 3 A “Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer”</b>	
<b>Respostas possíveis</b>	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Sim, de um jeito muito forte</b>	5 (2 %)
<b>Sim, mas não tão forte</b>	36 (14,4%)
<b>Um pouco, mas isso não me preocupa</b>	97 (38,8%)
<b>Não sinto nada disso</b>	112 (44,8%)

---

**HADs 4 D “Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas”**

---

<b>Respostas possíveis</b>	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Do mesmo jeito que antes</b>	194 (77,6%)
<b>Atualmente um pouco menos</b>	45 (18%)
<b>Atualmente bem menos</b>	10 (4%)
<b>Não consigo mais</b>	1 (0,4%)

---

---

**HADs 5 A “Estou com a cabeça cheia de preocupações”**

---

<b>Respostas possíveis</b>	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>A maior parte do tempo</b>	18 (7,2%)
<b>Boa parte do tempo</b>	54 (21,6%)
<b>De vez em quando</b>	104 (41,6%)
<b>Raramente</b>	74 (29,6%)

---

---

**HADs 6 D “Eu me sinto alegre”**

---

<b>Respostas possíveis</b>	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Nunca</b>	1 (0,4%)
<b>Poucas vezes</b>	45 (18%)
<b>Muitas vezes</b>	89 (35,6%)
<b>A maior parte do tempo</b>	115 (46%)

---

---

**HADs 7 A “Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado”**

---

<b>Respostas possíveis</b>	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Sim, quase sempre</b>	140 (56%)
<b>Muitas vezes</b>	79 (31,6%)
<b>Poucas vezes</b>	31 (12,4%)
<b>Nunca</b>	0 (0%)

---

---

**HADs 8 D “Estou lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas”**

---

<b>Respostas possíveis</b>	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Quase sempre</b>	19 (7,6%)
<b>Muitas vezes</b>	16 (6,4%)
<b>De vez em quando</b>	101 (40,4%)

---

---

<b>Nunca</b>	114 (45,6%)
--------------	-------------

---

---

**HADs 9 A “Tenho uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha, ou um aperto no estômago...)”**

---

<b>Respostas possíveis</b>	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Nunca</b>	165 (66%)
<b>De vez em quando</b>	78 (31,2%)
<b>Muitas vezes</b>	2 (0,8%)
<b>Quase sempre</b>	5 (2%)

---

---

**HADs 10 D “Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência”**

---

<b>Respostas possíveis</b>	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Completamente</b>	0 (0%)
<b>Não estou mais me cuidando como deveria</b>	8 (3,2%)
<b>Talvez não tanto quanto antes</b>	32 (12,8%)
<b>Me cuido do mesmo jeito que antes</b>	210 (84%)

---

---

**HADs 11 A “Eu me sinto muito inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum”**

---

<b>Respostas possíveis</b>	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Sim, demais</b>	8 (3,2%)
<b>Bastante</b>	34 (13,6%)
<b>Um pouco</b>	64 (25,6%)
<b>Não me sinto assim</b>	144 (57,6%)

---



<b>HADs 12 D “Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir”</b>	
<b>Respostas possíveis</b>	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Do mesmo jeito que antes</b>	189 (75,6%)
<b>Um pouco menos do que antes</b>	43 (17,2%)
<b>Bem menos que antes</b>	11 (4,4%)
<b>Quase nunca</b>	7 (2,8%)

<b>HADs 13 A “De repente tenho a sensação de entrar em pânico”</b>	
<b>Respostas possíveis</b>	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>A quase todo momento</b>	0 (0%)
<b>Várias vezes</b>	1 (0,4%)
<b>De vez em quando</b>	32 (12,8%)
<b>Não sinto isso</b>	217 (86,8%)

<b>HADs 14 D “Consigo sentir prazer ao assistir a um bom programa de tv, de rádio, ou quando leio alguma coisa”</b>	
<b>Respostas possíveis</b>	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Quase sempre</b>	184 (73,6%)
<b>Várias vezes</b>	42 (16,8%)
<b>Poucas vezes</b>	19 (7,6%)
<b>Quase nunca</b>	5 (2%)

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

<b>CAGE 1 “Alguma vez o senhor sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?”</b>	
	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Sim</b>	79 (31,6%)
<b>Não</b>	171 (68,4%)

<b>CAGE 2 “As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcóolica?”</b>	
	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Sim</b>	28 (11,2%)
<b>Não</b>	221 (88,8%)

<b>CAGE 3 “O senhor se sente culpado consigo mesmo pela maneira como costuma tomar bebida alcóolica?”</b>	
	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Sim</b>	22 (8,8%)
<b>Não</b>	228 (91,2%)

<b>CAGE 4 “Costuma tomar bebidas alcóolicas pela manhã para diminuir a ansiedade ou a ressaca?”</b>	
	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Sim</b>	0 (0%)
<b>Não</b>	250 (100%)

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

Durante o ultimo mês

<b>MINI 1 “Pensou que seria melhor estar morto ou desejou estar morto?”</b>	
	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Sim</b>	8 (3,2%)
<b>Não</b>	242 (96,8%)

<b>MINI 2 “Quis fazer mal a si mesmo?”</b>	
	<b>Frequencia (porcentagem)</b>
<b>Sim</b>	0 (0%)
<b>Não</b>	250 (100%)

---

<b>MINI 3 “Pensou em suicidar-se?”</b>	
<b>Frequencia (porcentagem)</b>	
<b>Sim</b>	4 (1,6%)
<b>Não</b>	246 (98,4%)

---

---

<b>MINI 4 “Pensou numa maneira de se suicidar?”</b>	
<b>Frequencia (porcentagem)</b>	
<b>Sim</b>	2 (0,8%)
<b>Não</b>	248 (99,2%)

---

---

<b>MINI 5 “Tentou o suicídio?”</b>	
<b>Frequencia (porcentagem)</b>	
<b>Sim</b>	0 (0%)
<b>Não</b>	250 (100%)

---

Ao longo da sua vida

---

<b>MINI 6 “Já fez alguma tentativa de suicídio?”</b>	
<b>Frequencia (porcentagem)</b>	
<b>Sim</b>	2 (0,8%)
<b>Não</b>	248 (99,2%)

---