

**CÂNCER DE PRÓSTATA E SUICÍDIO: QUALIDADE DE VIDA,
ANSIEDADE, DEPRESSÃO E O RISCO PARA O SUICÍDIO EM UM
CENTRO ONCOLÓGICO TERCIÁRIO**

MARILIA ZENDRON

**Tese apresentada à Fundação Antonio Prudente para obtenção
do título de Doutor em Ciências**

Área de concentração: Oncologia

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

Co-Orientador: Dr. Stênio de Cássio Zequi

São Paulo

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Z54c Zendron, Marília
Câncer de próstata e suicídio: qualidade de vida, ansiedade, depressão e o risco para o suicídio em um centro oncológico terciário / Marília Zendron - São Paulo; 2023.
133p.
Tese (Doutorado)-Fundação Antônio Prudente
Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.
Orientadora: Maria Teresa Duarte Pereira da Cruz Lourenço

Descritores: 1. Qualidade de Vida/Quality of life. 2. Ansiedade/Anxiety. 3. Depressão/Depression. 4. Neoplasias de Próstata/Prostate Neoplasms. 5. Suicídio/Suicide.

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

SUORTE À PESQUISA POR AGÊNCIA DE FOMENTO

Este trabalho recebeu o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através de auxílio à Pesquisa – 88882.366027/2019.

Nome: Marília Zendron

Título: Câncer de próstata e suicídio: qualidade de vida, ansiedade, depressão e o risco para o suicídio em um centro oncológico terciário

Defesa: 07 / 08 / 2023

Aprovado em: 07 / 08 / 2023

Banca Examinadora

Orientadora: Dra. Maria Teresa Duarte Pereira da Cruz Lourenço

Membro da banca: Dra. Rachel Simões Pimenta Riechelmann – Membro titular

Instituição: AC CAMARGO

Membro da banca: Dra. Christina Haas Tarabay – Membro titular

Instituição: Clínica Particular

Membro da banca: Dra. Silvia Helena Modenesi Pucci – Membro titular

Instituição: Unicamp

Membro da banca: Dra. Maria Julia Kovács – Membro titular

Instituição: USP

Membro da banca: Dr. Fernando Korkes – Membro titular

Instituição: Hospital Albert Einstein

Dedico este trabalho a minha mãe, irmãs e a meu marido, Alexandre Santin,
cada um, a seu jeito,
me ajudou muito durante esses longos quatro anos.

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 carinhosa nesses quatro anos tão conturbados e desafiantes em nossas vidas. Este trabalho é fruto de nossa determinação e seu incentivo ao longo deste processo.

Ao Prof. Dr. Stênio de Cássio Zequi, pela co-orientação, contribuindo com sugestões valiosas e definindo muitos aspectos que só fizeram enriquecer o trabalho.

Aos médicos do Departamento de Urologia do A.C. Camargo Cancer Center pelo apoio durante o período da pesquisa.

À Susimar (Susi), à Cássia, à Rita e à equipe de funcionários do Departamento de Urologia pela colaboração e paciência com os pedidos por telefone nas mais diversas situações.

À Gisele Polotow, sem ela a pesquisa realizada em casa não seria possível! O envio das agendas e atualizações de dados dos pacientes só foram possíveis graças a ela.

Às amigas Thais Safranov e Narimã Marques pelo suporte, acolhimento e descontrações proporcionadas no timing perfeito. Vocês são 'agro'!

Ao Rafael Vanhoz Ribeiro e à Janaína Naiara Germano que com muita paciência e competência me ajudaram a organizar boa parte do banco de dados.

RESUMO

Zendron M. **Câncer de próstata e suicídio: qualidade de vida, ansiedade, depressão e o risco para o suicídio em um centro oncológico terciário.** [Tese]. São Paulo; Fundação Antônio Prudente; 2023.

Nas últimas décadas, tem se verificado o aumento de diagnósticos de câncer. No Brasil, a estimativa é de 16.830 novos casos de câncer de próstata para este ano. São escassas as pesquisas sobre os riscos de suicídio após o diagnóstico de um câncer em nosso país. O objetivo deste estudo foi avaliar longitudinalmente o risco para suicídio, qualidade de vida, ansiedade e depressão em uma amostra de pacientes com câncer de próstata localizado. Trezentos e trinta e três pacientes foram entrevistados ao diagnóstico e novamente a partir do 18º mês após ter recebido o diagnóstico. Foram aplicados os questionários: a seção de risco de suicídio do questionário *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), o questionário Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener (CAGE) sobre abuso ou dependência de álcool, o Teste de Fagerström para Dependência a Nicotina (FTND), o instrumento de qualidade de vida para pacientes com câncer de próstata *UCLA Prostate Cancer Index (UCLA-PCI)*, três perguntas sobre a percepção da primeira fase da pesquisa, um questionário sociodemográfico e incluídas quatro perguntas sobre a pandemia da Covid-19. A prevalência de risco de suicídio entre os pacientes com câncer de próstata ao diagnóstico foi de 5,7% e de 3,7% no 18º mês após o diagnóstico. Ao diagnóstico, o risco de suicídio associou-se ao escore positivo de ansiedade ($p < 0,001$) e não ter depressão ($p < 0,001$), ao estado civil casado ($p = 0,031$), não morar sozinho ($p = 0,025$), risco intermediário pela classificação de recidiva D'Amico ($p = 0,009$), indicação para cirurgia ($p = 0,03$), não ter tratamento psiquiátrico prévio ($p < 0,001$) e história familiar de comportamento suicida ($p = 0,025$). Após o 18º mês do diagnóstico, apenas a HADs positiva para ansiedade foi associada ao risco de suicídio ($p < 0,001$). Na análise comparativa para os pacientes que responderam ao *UCLA-PCI*, observou-se associação significativa da qualidade de vida com o risco de suicídio em relação às funções físicas ($p = 0,037$), vitalidade ($p = 0,006$), saúde mental ($p = 0,014$), função social ($p = 0,011$), saúde geral ($p = 0,019$) e transição para a saúde ($p = 0,013$) aos pacientes recém diagnosticados e em

relação às funções físicas ($p=0,003$), limitações de função da saúde física ($p<0,001$) e de saúde emocional ($p<0,001$), vitalidade ($p=0,008$), saúde mental ($p=0,007$), função social ($p<0,0001$), dor corporal ($p=0,033$), saúde geral ($p=0,014$) e transição para a saúde ($p=0,016$) após o 18º mês do diagnóstico. Fatores como qualidade de vida, ansiedade e depressão devem ser monitorados ao diagnóstico e ao longo do tratamento e a oferta de orientação e assistência emocional ser oferecida aos pacientes.

Palavras chave: Qualidade de Vida, Ansiedade, Depressão, Neoplasias de Próstata, Suicídio.

ABSTRACT

Zendron M. **[Prostate cancer and suicide: quality of life, anxiety, depression and the risk of suicide in an oncology center in the city of São Paulo]**. [Tese]. São Paulo; Fundação Antônio Prudente; 2023.

In recent decades, there has been an increase in cancer diagnoses. In Brazil, the estimate is 16,830 new cases of prostate cancer for this year. There is little research on the risks of suicide after the diagnosis of cancer in our country. The aim of this study was to longitudinally evaluate the risk for suicide, quality of life, anxiety and depression in a sample of patients with localized prostate cancer. Three hundred and thirty-three patients were interviewed at diagnosis and again from the 18th month after diagnosis. The following questionnaires were applied: the suicide risk section of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) questionnaire, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and eye opener questionnaire (CAGE) on alcohol abuse or dependence, the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), the UCLA Prostate Cancer Index (UCLA-PCI) quality of life instrument for prostate cancer patients, three questions about the perception of the first phase of the survey, a sociodemographic questionnaire and included four questions about the Covid-19 pandemic. The prevalence of suicide risk among prostate cancer patients at diagnosis was 5.7% and 3.7% at 18 months after diagnosis. At diagnosis, the risk of suicide was associated with positive scores of anxiety ($p < 0.001$) and not having depression ($p < 0.001$), married marital status ($p = 0.031$), not living alone ($p = 0.025$), intermediate risk according to the D'Amico recurrence classification ($p = 0.009$), indication for surgery ($p = 0.03$), not having previous psychiatric treatment ($p < 0.001$) and family history of completed suicide ($p = 0.025$). After the 18th month of diagnosis, only anxiety positive HADs questionnaire was associated with suicide risk ($p < 0.001$). In the comparative analysis for patients who answered to UCLA-PCI, a significant association was observed between quality of life and suicide risk in relation to physical functions ($p = 0.037$), vitality ($p = 0.006$), mental health ($p = 0.014$), social function ($p = 0.011$), general health ($p = 0.019$) and transition to health ($p = 0.013$) in newly

diagnosed patients and in relation to physical functions ($p=0.003$), limitations of physical health function ($p<0.001$) and emotional health ($p<0.001$), vitality ($p=0.008$), mental health ($p=0.007$), social function ($p<0.0001$), body pain ($p=0.033$), general health ($p=0.014$) and transition to health ($p=0.016$) after the 18th month of diagnosis. Factors such as quality of life, anxiety and depression should be monitored at diagnosis and throughout treatment and the provision of guidance and emotional assistance should be offered to patients.

Keywords: Quality of Life, Anxiety, Depression, Prostate Neoplasms, Suicide.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Graus da International Society of Urological Pathology (ISUP)	4
Tabela 2	Risco intermediário favorável x desfavorável	5
Tabela 3	Relação dos questionários aplicados em cada grupo e seu respectivo momento.....	22
Tabela 4	Meio utilizado para responder aos questionários para ambos os grupos em cada momento	32
Tabela 5	Dados sociodemográficos (Raça, estado civil, faixa etária e grau de escolaridade) para momento 1 e 2	35
Tabela 6	Dados sociodemográficos (morar sozinho, religião, rede de apoio, critério de classificação econômica, sistema de saúde e risco D'Amico) momento 1 e 2.....	36
Tabela 7	Dados sociodemográficos (Antecedente pessoal de câncer, antecedente familiar de câncer, comorbidades, hipertensão ou diabetes, tabagismo ativo no momento da entrevista, consumo de álcool, uso de drogas ilícitas) momento 1 e 2	37
Tabela 8	Dados sociodemográficos (Indicação de tratamento/ tratamento realizado, tratamento psiquiátrico anterior, histórico familiar de comportamento suicida, uso de medicamento para dormir e/ou ansiedade ou depressão) momento 1 e 2	38
Tabela 9	Escala hospitalar de ansiedade ou depressão e CAGE para o momento 1 e 2.....	39

Tabela 10	Questões sobre a pandemia COVID-19 para momento 1 e 2.....	40
Tabela 11	Percepção após a primeira fase da pesquisa para o momento 2.....	43
Tabela 12	UCLA - PCI para os dois grupos no momento 2	45
Tabela 13	Tabela cruzada entre risco de suicídio M1 e M2 para o Grupo 2.....	46
Tabela 14	UCLA - PCI para o Grupo 2 momento 1 e 2	47
Tabela 15	Dados dos pacientes com risco para suicídio momento 1 e 2	48
Tabela 16	Respostas ao MINI dos pacientes com risco para suicídio momentos 1 e 2	49
Tabela 17	Escores do MINI para momento 1 e 2	50

LISTA DE ABREVIATURAS

CP	Câncer de próstata
HPB	Hiperplasia prostática benigna
PSA	Antígeno Prostático Específico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE SIGLAS

CAGE	Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and eye opener
FTND	Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström
HADs	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
OMS	Organização Mundial de Saúde
UCLA-PCI	UCLA Prostate Cancer Index

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Câncer no mundo e no Brasil.....	1
1.2	Câncer de Próstata	1
1.3	Suicídio	6
1.3.1	Câncer e suicídio.....	9
1.4	Qualidade de vida em pacientes com câncer de próstata.....	12
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	Objetivos gerais	20
2.2	Objetivos específicos	20
3	MATERIAL E MÉTODOS	21
3.1	Casuística	21
3.2	Métodos	22
3.2.1	Instrumentos	24
3.2.2	Aspectos éticos.....	29
3.3	Análise estatística.....	30
4	RESULTADOS.....	21
5	DISCUSSÃO.....	48
6	CONCLUSÃO	68
7	REFERÊNCIAS	69

ANEXOS

Anexo 1 Carta de aprovação do Comitê de Ética – CEP

Anexo 2 Parecer Consubstanciado do CEP

APÊNDICES

- Apêndice 1** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Apêndice 2** Questionário sociodemográficos
- Apêndice 3** Critério de Classificação Econômica Brasil
- Apêndice 4** Impressões após a primeira fase da pesquisa
- Apêndice 5** Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADs)
- Apêndice 6** Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener (CAGE)
- Apêndice 7** Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND)
- Apêndice 8** Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)
- Apêndice 9** UCLA Prostate Cancer Index (UCLA-PCI)
- Apêndice 10** Questões sobre o COVID-19

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 Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que 27 milhões de pessoas terão a doença até 2030. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) revelou que a estimativa de incidência de 2023 a 2025 será de 704 mil novos casos para cada ano, sendo cerca de 220 mil casos apenas para o câncer de pele do tipo não melanoma. Com exceção deste último, os tipos de câncer mais frequentes em homens serão próstata (21,0%), cólon e reto (6,4%), pulmão (5,3%), estômago (3,9%) e cavidade oral (3,2%) (Ministério da Saúde 2023).

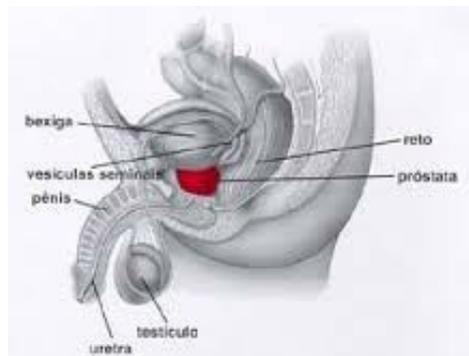
1.2 CÂNCER DE PRÓSTATA

No Brasil, a estimativa de novos casos de câncer de próstata (CP) para o triênio 2023/25 é de 71.730 para cada ano, sendo o tipo de câncer mais incidente em homens em todas as regiões do país, com 73,28/100 mil no Nordeste, 61,60/100 mil no Centro-Oeste, 77,89/ 100 mil no Sudeste, 57,23/100 mil casos no Sul e de 28,40/100 mil no Norte. O estado de São Paulo tem uma estimativa de 16.830 novos casos para o ano de 2023 (Ministério da Saúde 2023).

Enquanto as maiores taxas de incidência ocorrem no Norte da Europa, na Europa Ocidental, no Caribe e na Oceania (Ferlay et al. 2021), nos Estados Unidos viu-se um declínio em quase todas as regiões a partir do ano 2000 (Howlader et al. 2018). Por ser uma doença com bom prognóstico, a probabilidade de sobrevivência em cinco anos pode ser acima de 80%, no entanto, deve-se considerar fatores clínicos, genéticos, socioeconômicos e ambientais (Howlader et al. 2018). No Brasil, em 2020, o risco de morte por CP foi de 15,30% (Ministério da Saúde 2022a).

A próstata é uma glândula masculina do tamanho de uma noz. Ela fica localizada na pélvis, logo abaixo 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 2022).



Fonte: Ministério da Saúde (2022a).

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

O CP possui um desenvolvimento lento e, assim, há estudos de necropsia que verificam que 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 2022).

O desenvolvimento da próstata é estimulado pelos hormônios masculinos desde a puberdade até a vida adulta. Uma glândula não atinge as dimensões totais, caso os níveis de hormônios masculinos sejam 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 2022).

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 indicativos. 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) e, no entanto, não se transformar em um tumor agressivo, que coloque a vida ou a saúde do paciente em risco. Ou se tornar mais agressiva (clinicamente significativa) após 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, 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 em homens acima de 50 anos. Deve-se considerar situações 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 ser 10 vezes maior do que da população geral, refletindo não apenas fatores genéticos (hereditários) quanto hábitos alimentares ou estilo de vida de risco de algumas famílias. Pacientes negros e asiáticos apresentam maior risco de desenvolvimento do CP (Oliveira et al. 2021).

Por ser uma doença de evolução geralmente silenciosa, muitos pacientes com CP não apresentam sintomas ou, quando estes surgem, são parecidos aos da hiperplasia prostática benigna (HPB), como: dificuldade de urinar, necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite. Em estágio avançado, os sinais podem decorrer não só do tumor primário. Os sintomas do trato urinário inferior (STUI), podem provocar, por exemplo, sintomatologia obstrutiva e irritativa ao urinar, ureterohidronefrose (dilatação do ureter) e insuficiência renal. Já nos casos metastáticos, poderá haver manifestações 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 pela hiperplasia 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) apontaram que as duas condições são fortemente associadas a um impacto negativo na qualidade de vida, afetando os homens e suas parceiras psicologicamente.

A classificação de risco D'Amico (baixo, intermediário e alto) para identificar um tumor irá se basear em critérios clínicos (estadiamento), laboratoriais (valor do PSA) e histológicos (grau de Gleason) (D'Amico et al. 1998). Esta classificação tem sido utilizada largamente em todo o mundo (Zequi 2013). A graduação histológica de Gleason foi o sistema mais usado mundialmente para graduar o CP. Quanto menor o valor, mais as células 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 2022).

Em 2014, a *International Society of Urological Pathology* (ISUP) atualizou a graduação do câncer de próstata. Assim, escore de Gleason menor ou igual a 6 para a ISUP seria o Grau 1, e escore de Gleason 9-10 seriam grau 5 da ISUP, enquanto que escore de Gleason 7 é expandido para Grau 2, isto é 7 (3+4) e Grau 3 da ISUP para Gleason 7 (4+3) (Mottet et al. 2018). A Associação Europeia de Urologia (EAU) sugeriu a união dos grupos de risco de recidiva com os graus da ISUP (Mottet et al. 2018).

Tabela 1 – Graus da *International Society of Urological Pathology* (ISUP)

Escore de Gleason	Graus da ISUP
2-6	1
7 (3+4)	2
7 (4+3)	3
8 (4+4 ou 3+5 ou 5+3)	4
9-10	5

Fonte: Mottet et al. (2018)

Atualmente, a classificação de risco intermediário D'Amico é subdividida em favorável e desfavorável, de acordo com os Grupos de 1 a 3 da ISUP. A divisão foi estabelecida visto o benefício dos tratamentos serem divergentes para cada subgrupo (Zumsteg et al. 2013).

Tabela 2 – Risco intermediário favorável x desfavorável

CAP-SUBGRUPO	GRUPO ISUP	PSA (ng/ml)	ESTÁGIO CLÍNICO
FAVORÁVEL	1	10-20	T1-T2a
	2	<10	T1-T2a
DESAVORÁVEL	2	<10	T2b
	2	10-20	Qq T1-2
	3	<20	Qq T1-2

Fonte: Zumsteg et al. (2013)

Existem diferentes tratamentos a serem oferecidos: cirurgia (prostatectomia radical), radioterapia, braquiterapia, hormonioterapia, crioterapia, HIFU (ultrassonografia de alta intensidade focada, do Inglês-*High Intensity focused Ultrasound*) e observação vigilante. Os casos considerados de baixo risco podem ser somente observados ou ser proposta a observação vigilante (do termo em inglês *Active Surveillance*). Nesta proposta de tratamento, os pacientes são submetidos a constantes avaliações de PSA e toque retal.

Já pacientes com risco intermediário sempre serão submetidos a um tratamento que, em alguns casos, demandam associações terapêuticas, isto é, poderão fazer cirurgia e radioterapia adjuvante ou radioterapia associada à hormonioterapia (Zequi 2013). Já para casos de doença mais avançada, a combinação de radioterapia ou cirurgia com o tratamento hormonal é utilizada. 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 2022). Deve-se considerar que tal tratamento não substitui os demais que tem por objetivo curar o câncer.

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 tranquilidade para assimilar as informações transmitidas pelo médico e fazer a escolha do tratamento mais adequado.

1.3 SUICÍDIO

Diante de todos os aspectos mencionados, percebemos que a descoberta de uma doença grave muitas vezes provoca uma ruptura no ritmo de vida presente. A rotina muda diante das novas tarefas impostas pelo tratamento, a visão sobre o mundo também pode se alterar, bem como o significado dado às 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 enfrentará à doença, isto é, cada sujeito dará significado à circunstância vivida de acordo com suas experiências passadas, seus valores e suas crenças. Bettelheim (1989) pontuou 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 e somos levados a buscar um novo conjunto de atitudes, de valores e de formas de vida exigidos pela nova situação.

Um estudo londrino coordenado por Brunckhorst et al. (2021) realizou uma revisão sistemática e meta análise de estudos observacionais e sobre o impacto da saúde mental nos pacientes diagnosticados com CP. Apesar da heterogeneidade observada nas diversas fontes quanto ao método de diagnóstico, tamanho da amostra e localização do estudo, foi verificado que sintomas de ansiedade, depressão e suicídio eram comuns. Os autores acrescentaram que as taxas de mortalidade por suicídio destes pacientes eram maiores do que a estimada na população geral. Brunckhorst et al. (2021) concluiu que futuros estudos devem analisar a integração entre cuidados físicos e mentais de pacientes com CP para melhorar a qualidade de vida e resultados funcionais dos mesmos. Conforme apontado pelo autor, infelizmente, para alguns pacientes, o comportamento suicida pode vir a ser uma maneira de enfrentar o diagnóstico de um câncer.

O suicídio é alvo de estudo há muitos anos, seu foco principal é o indivíduo, mas a obra de Durkheim (1982), lançada em 1897, trouxe um grande marco ao tema por deslocar o foco do indivíduo para a sociedade, que sofria profundas mudanças após a Revolução Industrial. Nos dias de hoje o assunto tem sido mais mencionado pelos veículos de comunicação, incentivado pelo Setembro Amarelo, uma campanha de conscientização da prevenção do suicídio no Brasil.

O assunto é complexo e mesmo a definição de suicídio já suscita muitas discordâncias. Bertolote (2012a) entende o tema como um “ato de pôr um fim à própria vida deliberadamente. Independentemente de ser resultado de impulso ou premeditação, sempre constitui uma urgência prioritária para o pessoal da saúde”. O autor atribuiu fatores fenomenológicos ao suicídio, vendo-o como um processo que tem início com uma ideação suicida (considerações mais ou menos vagas sobre a morte e o morrer) que podem adquirir uma persistência ou recorrência e evoluir para um plano suicida (elaboração de um plano) e resultar em um ato suicida, sendo o desfecho fatal (suicídio) ou não (tentativa de suicídio) (Bertolote 2012a).

Frente a tantos conceitos, surgiu a expressão ‘comportamento suicida’ que compreende os gestos suicidas, as tentativas de suicídio e o suicídio consumado. O primeiro tem poucas possibilidades de levar à morte, o segundo tem uma ação com intenção de morte, mas que não alcança seu propósito e a última quando a morte de fato ocorre (Botega et al. 2006). Neste trabalho foi considerada esta classificação.

Mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio no mundo a cada ano (Ministério da Saúde 2022b). Apesar das altas taxas, o primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio divulgado no país foi em 2021 e relatou que, entre o ano de 2010 e 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio (Ministério da Saúde 2022b). Os homens são os que mais concretizam o ato, comparados com as mulheres, e apresentam um risco 3,8 vezes maior de morte do que elas. A diferença entre as taxas de mortalidade por suicídio entre os gêneros foi grande; no ano de 2019, foi de 10,72 por 100 mil entre os homens e 2,85/100 mil entre as mulheres (Ministério da Saúde 2022b). Nas mulheres, predominam as ideações e tentativas de suicídio, ao passo que os homens, utilizam de meios mais letais e com isso, o suicídio consumado é superior.

Além de métodos mais agressivos, Meleiro e Correa (2018), citado por Ministério da Saúde (2022b), apontaram que o sexo masculino está mais suscetível às

instabilidades econômicas. Já no caso das mulheres, as notificações de lesões autoprovocadas, em 2019, chegaram a 71,3% do total de registros apontados. Este número correspondeu a faixa etária entre 20 e 39 anos, sendo o meio de agressão mais utilizado o envenenamento e o uso de objetos cortantes (Ministério da Saúde 2022b).

Chamou a atenção a alta do número de suicídios entre idosos com 60 anos ou mais, sendo registradas 7,8 mortes por 100 mil em 2019. A maior mortalidade por suicídio ocorreu nesta faixa etária, com destaque para as regiões Sul e Centro-Oeste do Brasil, com índices de 15,1 por 100 mil e 10,2, respectivamente. Na região Sudeste, onde foi realizada nossa pesquisa, a mortalidade foi predominante de 20 a 59 anos com índices de 7,4 mortes por 100 mil no mesmo período (Ministério da Saúde 2022b).

Outro dado interessante foi em relação à situação conjugal das mortes por suicídio, a proporção entre 2011 e 2015 foi de 60,4% para solteiro/ viúvo/ divorciado contra 31,5% dos óbitos por suicídio para casado/ união estável.

Estes números refletem os diferentes fatores considerados de risco para desencadear o comportamento suicida como por exemplo, fatores sociodemográficos (orientação homossexual ou bissexual; estado civil - viúvo, divorciados; crença religiosa -ateus), transtornos mentais (depressão, ansiedade, história 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 (Bertolote 2012b).

O transtorno mental é um dos fatores mais associados com o comportamento suicida, sendo o diagnóstico de depressão unipolar ou bipolar o transtorno mais comum (Ministério da Saúde 2022b). No entanto, deve-se ponderar, pois não são todas as pessoas com transtorno mental que irão se suicidar e não é todo suicídio que se relaciona a uma doença mental. Estes aspectos não podem ser considerados de forma isolada e cada caso deve ser tratado individualmente. O suicídio, portanto, deve ser sempre tratado como um fenômeno multifacetado e uma experiência individual.

Alguns dados devem ser vistos com cautela, pois pode haver uma subnotificação dos números de suicídio no Brasil até há bem pouco tempo atrás. Somente a partir de 2011, a notificação de tentativas e óbitos por suicídio se tornou obrigatória no país em até 24h. Hoje a assistência é mais valorizada como fator de proteção e assim, o Boletim apontou que nos locais onde existem Centros de Apoio

Psicossocial (CAPS), uma iniciativa do SUS, o risco de suicídio foi reduzido em até 14%. Também houve uma parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV) para ampliar o atendimento oferecido. O custo das ligações ao CVV era um fator impeditivo na hora das pessoas procurarem ajuda e assim, o Ministério da Saúde (2022c) tornou gratuita a ligação para a instituição que faz o apoio emocional para prevenção de suicídios. Estados como RS, MS, SC, PI, RR, AC, AP, RO e RJ já possuem o número 188 disponível sem custo de ligação. Além disso, a entidade também presta assistência pessoal, via e-mail ou chat.

Mencionamos anteriormente que doenças físicas incapacitantes e/ou estigmatizantes são fatores de risco para o suicídio. Pacientes com câncer fazem parte desta estatística e alguns estudos demonstraram que esses índices podem ser até duas vezes maiores do que os casos de suicídio cometidos pela população em geral (Anguiano et al. 2012; Johnson et al. 2012; Kiffel e Sher 2015). Entender os fatores que contribuem para o suicídio consumado em pacientes com câncer é complexo. Porém, podemos compreender alguns fatores que predis põem o ato e, assim, prover um cuidado maior aos pacientes e diminuir este risco. Frente a este dado, nossa pesquisa visou estudar alguns fatores de risco para o suicídio em uma amostra desta população.

1.3.1 Câncer e Suicídio

São escassas as pesquisas no Brasil sobre risco de suicídio em pacientes após o diagnóstico de uma doença maligna. Fanger et al. (2010) realizou uma pesquisa no Hospital Universitário de Campinas buscando a prevalência de depressão e comportamento suicida nos pacientes oncológicos do referido hospital. A prevalência de depressão foi de 18,3% e de risco para suicídio foi de 4,7%, sendo este risco associado aos pacientes com quadros de dor ou depressão. A própria autora discutiu 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.

Zendron et al. (2018), no estudo realizado em um centro oncológico em São Paulo, verificou a incidência do risco de suicídio em pacientes com câncer de próstata nos casos diagnosticados há até 6 meses. Os autores, assim como no estudo de Fanger et al. (2010), aplicaram a HADs e o questionário MINI e constataram que de 250

pacientes, 10,8% deles revelaram ter escore positivo para ansiedade e 6,8% para depressão. O risco para suicídio na amostra de pacientes foi de 4,8%.

O estudo de Johnson et al. (2012) apontou um maior índice de suicídio nos primeiros meses após a descoberta do diagnóstico de um câncer. O levantamento foi feito utilizando dados coletados pelo *Surveillance, Epidemiology, and End Results* SEER, nos Estados Unidos (Howlader et al. 2018). A amostra consistiu 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 consumaram o 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 consistiu em 3 678 868 pacientes. Destes, 0.2% (5875) consumaram o suicídio, sendo que 701 pacientes 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 logo após o diagnóstico de câncer.

Smith et al. (2018) recorreram a bancos de dados australianos para fazer seu estudo, ao relacionar o número de pacientes diagnosticados com CP com a taxa de mortalidade por suicídio entre 1997 e 2007. Descobriram que 51,924 homens foram diagnosticados com CP e 49 destes cometeram suicídio até 10 anos após o diagnóstico. No entanto, 26 destes suicídios (53%) ocorreram nos 12 primeiros meses após a descoberta da doença. Os autores sugerem que, para os homens sozinhos e vulneráveis e àqueles que já possuem depressão ou ideação suicida prévia e que forem diagnosticados com CP, sejam oferecidos um suporte psicológico adicional.

Alguns autores salientaram a importância de se realizar uma pesquisa longitudinal. 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 fosse feita em dois momentos, para avaliar um comportamento suicida. Em seu estudo, 58,3% dos pacientes negaram qualquer pensamento suicida na última semana, mas confirmaram ter sentido algo durante o último ano.

Muitas pesquisas referem que pacientes com tumores avançados têm risco aumentado para o suicídio. Ahn et al. (2015), com seu trabalho feito em Seul, por

exemplo, relataram que este risco é maior no primeiro ano. Os autores dividiram os casos em dois grupos: suicídios durante o primeiro ano após o recebimento do diagnóstico e suicídios ocorridos após dois anos ou mais. O suicídio consumado durante o primeiro ano foi detectado em 149 pacientes, do total de 373 estudados, 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.

Klaassen et al. (2015), com dados americanos, relataram, em seu estudo com doenças geniturinárias, que pacientes com câncer de próstata apresentaram um aumento de suicídio ao longo do tempo, sendo a maior taxa observada após 15 anos do diagnóstico. Fatores como doença metastática, incontinência urinária, disfunção erétil, e dificuldades financeiras poderiam estar relacionadas a esse aumento do suicídio tardio. No mesmo estudo, os autores retrataram que o maior número de suicídio ocorreu até 5 anos do diagnóstico em pacientes com doença localizada (Klaassen et al. 2015).

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 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 era de 72 anos; porém no momento do suicídio dos pacientes com câncer de próstata, a média foi 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, nos casos em que houve metástases à distância, o risco permaneceu elevado ao longo do tempo, diferentemente dos cânceres de próstata localizados, em que os índices decaíram ao 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.

O estudo de Kiffel e Sher (2015) apontou que o tratamento realizado parece não fazer diferença. Eles descreveram que pacientes que fizeram radioterapia, assim como aqueles que fizeram quimioterapia, têm uma prevalência maior de depressão. Os

autores retratam a importância da prevenção e manejo da depressão e comportamento suicida em pacientes com câncer de próstata. Relataram que os efeitos psicológicos dos pacientes com câncer de próstata dependem da idade. Assim, revelaram que ansiedade e estresse são mais presentes em pacientes jovens, enquanto a depressão ocorreu com mais frequência em pessoas idosas, demonstrando que há formas diferentes de encarar a doença e tratamento de acordo com a idade.

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 foi de que pacientes em vigilância ativa parecem sentir que não estão tratando ativamente o tumor.

Rice et al. (2018) realizaram um estudo de sintomas de depressão e ideação suicida em homens com CP em relação àqueles com e sem comorbidades. Os índices maiores de depressão estavam associados a pacientes com comorbidades como doenças cardiovasculares e artrites. Os pacientes apresentavam sintomas como humor deprimido, distúrbios do sono, fadiga, dificuldade de concentração e distúrbios psicomotores. Os autores reconheceram que são esperados para alguns pacientes o risco elevado para depressão devido aos efeitos pós tratamento como a incontinência urinária e disfunção sexual.

Kiffel e Sher (2015) observam que devido ao aumento da sobrevivência dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata, um grande número de pacientes terá que aprender a lidar com a doença e tratamento. Apontaram a importância de se desenvolver novas intervenções para ajudar esses homens.

1.4 QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA

Apesar do conceito sobre qualidade de vida ter surgido pela primeira vez em 1920, em um livro de autoria de Pigou, citado por Wood-Dauphinee (1999, p.355) sobre economia e bem-estar social, somente em 1947 é que a OMS ampliou a definição de saúde, apresentando implicitamente o conceito de qualidade de vida, ao definir saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

No entanto, na década de 70 foi que o termo se disseminou ao desenvolver instrumentos para medir a qualidade de vida relacionada à saúde (Wood-Dauphinee 1999). Foi preciso reunir especialistas de diversas partes do mundo para que o conceito fosse definido e o instrumento *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) fosse criado. Este grupo definiu como qualidade de vida “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (The WHOQOL Group 1995).

Para Ferrans (1990), as definições de qualidade de vida podem ser agrupadas em cinco categorias: vida normal (capacidade em desempenhar funções semelhantes a pessoas saudáveis); felicidade/satisfação; obtenção de objetivos pessoais; utilidade social e capacidade natural. Mesmo com diferentes definições para o termo, há uma concordância entre grande parte dos autores de que é preciso a utilização de uma abordagem multidimensional (Zhan 1992).

A qualidade de vida pode ser avaliada a partir de instrumentos genéricos (que permitem a comparação entre doenças; porém mostram-se limitados em grupos de pacientes com doenças ou pacientes em tratamentos que acarretam efeitos específicos) ou instrumentos específicos (que abordam itens relevantes à determinada doença ou tratamento, tais como sintomas, problemas ou efeitos colaterais) (Bandeira 2010).

No Brasil, estão validados instrumentos abrangentes para avaliação da qualidade de vida, tais como SF-36v2 (Ciconelli et al. 1999), WHOQOL (The WHOQOL Group 1994), dentre outros, e instrumentos específicos, como *UCLA Prostate Cancer Index* (UCLA-PCI) e o *Expanded Prostate Cancer Index Composite* (EPIC) que avaliam a qualidade de vida em pacientes com CP. O *UCLA Prostate Cancer Index* já foi validado em países como Japão, Holanda e Itália.

Talvez um dos aspectos que mais afligem os pacientes com CP é em relação aos efeitos colaterais da doença. Os principais efeitos colaterais inerentes ao tratamento cirúrgico do CP são a incontinência urinária (perda do controle urinário voluntário e perdas urinárias, independentes), impotência sexual, ausência de ejaculação e infertilidade (A.C.Camargo Cancer Center 2022).

A incontinência urinária é um dos efeitos temidos, pois muitas vezes o controle urinário retorna 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.

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 (A.C.Camargo Cancer Center 2022). “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 2022). Pacientes que realizaram a prostatectomia radical relataram disfunção erétil em 60% a 90% dos casos contra 67% a 85% dos pacientes tratados com radioterapia (Smith et al. 2000).

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 desta função 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 de terapia (3 meses).

Os resultados apresentaram que 56,6% dos pacientes (17 casos) aceitaram o diagnóstico e 43,2% demonstraram algum tipo de mecanismo de defesa, sendo 3,3% para negação, 6,6% para revolta e 33,3% para 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 apontou a importância da parceira, a qual deve estar preparada para o impacto das intervenções

como a cirurgia. Por fim, concluíram que a cirurgia do câncer de próstata afetou não somente a função erétil e o orgasmo, mas também o desejo sexual, a auto estima e a masculinidade, independente do tratamento 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 ajudar o paciente em sua vida sexual.

Mesmo que alguns destes sintomas diminuam com o tempo, o dano à função sexual, como apontado por Tierney (2008), pode persistir por anos, ainda mais considerando o tempo de sobrevida de muitos pacientes oncológicos. O autor também apresentou o quanto a lembrança da doença e do tratamento, relacionado às sequelas emocionais, podem vir a interferir o funcionamento sexual, aspecto que alguns pacientes trazem como preocupação já ao diagnóstico. Neste sentido podemos considerar consequências futuras como a ausência, diminuição da frequência sexual e intimidade na vida relacional do paciente, afetando desta forma, sua (seu) parceira (o) (Fleury et al. 2011). A relação pode se tornar mais distante e mesmo a (o) parceira (o) se sentir isolada (o) frente a não comunicação ou dificuldade de expressão do paciente sobre estas questões. Um profissional especializado pode ajudar o casal ao apresentar o quanto a troca de intimidade pode tornar a experiência do câncer mais suportável e assim, ajudar na recuperação integral do paciente.

A sexualidade apesar de muito explícita em outras áreas, no campo da doença é algo pouco expresso. Sabe-se que pacientes com câncer de próstata têm uma queda significativa na função sexual comparado com um homem que não possui a doença (Gianotten 2021). O tema é temido por muitos pacientes e deveria ser trazido em consulta com o médico. O autor apresentou que, assim como informações adicionais sobre possibilidades de tratamento são compartilhadas com o paciente e sua (seu) parceira (o), deve-se incluir informações sobre consequências esperadas na função sexual e saúde sexual. Cabe ao médico trazer considerações realistas sobre a disfunção erétil e outros sintomas possíveis que trazem preocupações ao paciente.

Outro efeito colateral esperado é a esterilidade. Aos pacientes com desejo de paternidade 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 não sendo 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 tantos efeitos colaterais, diversos autores como Johansson et al. (2011), Kirby et al. (2013) e Lehuluante e Fransson (2014) apontaram as dificuldades e fatores emocionais que podem afetar a qualidade de vida do paciente pós tratamento.

Johansson et al. (2011), realizou um estudo na Escandinávia em duas fases, sendo a primeira de 1989 a 1999 e a segunda mais de 12 anos depois, quando avaliou a qualidade de vida em pacientes após a prostatectomia radical e *watchful waiting* ou vigilância. 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 do diagnóstico 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 referiram que os efeitos psicológicos da disfunção erétil eram maiores quando o problema surgiu 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 2022). Os autores sugeriram, 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.

Outros estudos apresentaram o aumento da ansiedade e depressão superiores às encontradas na população geral (Simão et al. 2017; Salvetti et al. 2020) e observaram que tais índices afetam, por consequência, a qualidade de vida (Salvetti et al. 2020).

Lehuluante e Fransson (2014), por outro ângulo, apresentaram em seu estudo que problemas associados com a incontinência urinária estão relacionados com a baixa qualidade de vida. Assim, parecem demonstrar que há diferentes perspectivas dos fatores que podem estar associados à qualidade de vida dos pacientes. Johansson et al. (2011) reforçaram 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.

Lehuluante e Fransson (2014) também relataram 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.

A terapia de privação androgênica, conhecida como hormonioterapia, também pode resultar em aumento da fadiga, diminuir a atividade física, provocar maior sofrimento emocional e saúde geral precária no primeiro ano do tratamento, afetando consequentemente a qualidade de vida do paciente (Herr e O'Sullivan 2000).

O CP é uma doença, muitas vezes, diagnosticada precocemente e, diante dos tratamentos oferecidos atualmente, têm proporcionado uma sobrevida longa aos pacientes. A partir da pesquisa realizada no mestrado de Zendron et al. (2018) foi possível detectar o risco de suicídio em pacientes recém diagnosticados com CP localizado, sendo observada a importância de se realizar uma pesquisa longitudinal devido a longa sobrevida dos pacientes após o diagnóstico e necessidade de enfrentar possíveis sequelas do tratamento, impacto em sua qualidade de vida e risco para o suicídio. Consideramos que já existem pesquisas em relação aos casos mais avançados

de câncer, incluindo estudos que apontam o CP metastático, em que já é sabido que o risco de suicídio é elevado (Patasius et al. 2019).

Durante a realização desta pesquisa fomos surpreendidos pela pandemia da Covid-19 e, frente a este cenário, apresentaremos alguns estudos e seus impactos na sociedade. Destacamos um trabalho alemão que, utilizando uma amostra da comunidade, teve por objetivo comparar a saúde mental e sentimentos de solidão em pacientes oncológicos com a população geral, no período da pandemia (Ernst et al. 2022). O estudo realizado entre abril e junho de 2020 detectou que pacientes com câncer eram mais propensos a apresentar sintomas ansiosos, ideação suicida e solidão, sendo tais sintomas mais observados em homens. Essa diferença de gênero entre homens e mulheres foi foco de estudos anteriores em relação a busca por suporte psicossocial. Um estudo na Alemanha revelou que mulheres são mais propensas a procurar ofertas de suporte nos cuidados do que homens (Faller et al. 2017).

Pirkis et al. (2021), em seu estudo em 21 países, observou que não houve evidência de aumento expressivo do risco de suicídio durante a pandemia da Covid-19, referindo que, em certos casos, houve inclusive uma queda. Posteriormente, outra pesquisa apresentou os impactos da pandemia e constatou que mulheres sofreram efeitos mais severos do que os homens e pessoas com condições de saúde físicas pré-existentes, como: asma, câncer e doença do coração, estariam mais propensas a desenvolver sintomas de transtornos mentais (World Health Organization-WHO 2022).

Silverio-Murillo et al. (2022) analisou quinze diferentes causas de morte no México no período de 2017 a 2020. Dentre as seis causas de morte não Covid-19 que tiveram aumento durante este início de pandemia, estava o câncer de próstata em 21,4% da população analisada, estando o ataque cardíaco (40,9%), a diabetes (36,8%) e a hipertensão (25,8%) nas três primeiras colocações.

Apesar dos números, ainda são escassas as pesquisas a fim de constatar os impactos da Covid-19 na população oncológica, que além da preocupação com o diagnóstico de uma doença grave, precisou lidar com as mudanças no cotidiano impostas pelo isolamento social, o que poderia ocasionar risco maior para o suicídio nestes pacientes. A preocupação com o diagnóstico e o manejo do tratamento durante a pandemia foram apresentados no estudo desenvolvido na China com 5670 pacientes (Ma et al. 2022). Os autores observaram que 755 pacientes (13,3%) do total da amostra

retrataram ideação suicida e 266 (4,7%) apresentaram tentativas de suicídio durante a pandemia da Covid-19. Dentre os fatores associados para o aumento do risco de ideação suicida, constataram o histórico de sofrimento com transtornos mentais, depressão, ansiedade, sensação de pressão psicológica devido à COVID-19 e ter que lidar com barreiras para gerenciar o câncer e para continuar o tratamento devido aos transtornos causados pela COVID-19 (Ma et al. 2022).

Nosso trabalho não teve como objetivo apresentar dados da associação da pandemia da Covid-19 em pacientes com CP localizado, mas reconhecemos a repercussão na população de nosso estudo e apresentaremos de forma breve esta viável relação.

Entender os fatores que contribuem ao suicídio consumado em pacientes oncológicos é complexo. Diante do aumento do diagnóstico de CP de risco baixo e intermediário no país e escassez de trabalhos na área, observou-se a necessidade de conhecer melhor esta população específica a partir de um estudo longitudinal. Ao avaliar quais os aspectos facilitadores ao risco de suicídio em uma amostra de pacientes com CP localizado, é possível prover atenção primária e proporcionar maior acolhimento durante todo o percurso de tratamento destes pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS PRINCIPAIS

- 1 Avaliação longitudinal da incidência de risco de suicídio através do MINI em pacientes com CP com risco baixo e intermediário pela Classificação de risco de recidiva D'Amico.
- 2 Avaliar a qualidade de vida ao diagnóstico e a partir do 18º mês depois da descoberta da doença.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- 1 Avaliar as taxas de ansiedade e depressão.
- 2 Avaliar o risco para alcoolismo.
- 3 Avaliar o grau de dependência à nicotina para os tabagistas ativos.
- 4 Investigar as associações entre as diversas variáveis e o risco de suicídio no momento do diagnóstico e 18 meses depois.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 CASUÍSTICA

O estudo foi realizado entre abril de 2019 e novembro de 2022 composto por dois grupos de pacientes:

- G1: Pacientes já avaliados previamente ao seu tratamento segundo mestrado da autora (Zendron et al. 2018).
- G2: Pacientes diagnosticados a partir de abril de 2019.

Os pacientes foram avaliados em dois momentos:

- Momento 1 (M1): avaliação em até 6 meses da data do diagnóstico (G1 e G2).
- Momento 2 (M2): Avaliação a partir do 18º mês após diagnóstico (G1 e G2).

Todos os pacientes foram provenientes dos ambulatórios do Núcleo de Urologia (Ambulatórios da Matriz e da Castro Alves) 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.

Critérios de inclusão: pacientes que tenham participado de nossa pesquisa anterior de setembro de 2015 a novembro de 2016 (Zendron et al. 2018) e pacientes que receberam o diagnóstico de abril de 2019 a agosto de 2020 com CP de baixo risco e risco intermediário pela classificação D'Amico (D'Amico et al 1998) até 6 meses do diagnóstico e não tenham iniciado algum tipo de tratamento.

Critério de exclusão: pacientes com alterações cognitivas que os impeçam de responder às escalas a partir de um julgamento clínico da pesquisadora ou identificados em prontuário, pacientes com tratamento prévio em outras instituições. Os pacientes que não respondessem a mais de 50% de todos os questionários foram excluídos do estudo. O emprego da privação androgênica pode levar a diversos efeitos colaterais, emocionais e desencadear uma análise mais heterogênea de nossa amostra de

pacientes. Por este motivo, pacientes submetidos a privação androgênica foram excluídos deste estudo.

Para finalidade de análise, foram considerados os pacientes submetidos a observação vigilante e a tratamentos ativos (cirurgia, radioterapia, HIFU e terapia hormonal) para o período após o 18º mês do diagnóstico. Só participaram do M2 quem já tivesse sido entrevistado no M1.

3.2 MÉTODOS

No G1 foram convidados a participar todos os 250 pacientes previamente avaliados. Para o G2 foram previstos inicialmente uma amostra de 32 novos casos ao mês.

Foi feita uma busca no sistema do dia em que cada paciente do Grupo 1 retornaria para a consulta, sendo verificada sua disponibilidade para participar da segunda fase do estudo. Este grupo foi entrevistado novamente a partir do 18º mês do diagnóstico.

Os questionários seguiram a seguinte aplicação temporal:

Tabela 3 – Relação dos questionários aplicados em cada grupo e seu respectivo momento

	G1 M1	G1 M2	G2 M1	G2 M2
Dados Sociodemográficos	X	X	X	X
Critério de Classificação Econômica Brasil		X	X	X
HADs	X	X	X	X
CAGE	X	X	X	X
FAGERSTRÖM		X	X	X
MINI	X	X	X	X
UCLA-PCI Index		X	X	X
Percepções acerca da pandemia COVID-19		X	X	X
Impressões da 1ª fase da pesquisa		X		X

Pacientes do Grupo 1 responderam em um primeiro momento a quatro questionários: Sociodemográficos, HADs, CAGE e a MINI. Para o segundo momento, a partir de 18º mês depois do diagnóstico, foram incluídos mais cinco questionários para análise: critério de classificação econômica Brasil, Fagerström, UCLA PCI Index,

questões sobre o impacto da pandemia Covid-19 e impressões sobre a primeira fase da pesquisa. O Grupo 2 já respondeu aos nove questionários no momento 1, sendo as perguntas sobre as impressões da primeira fase aplicado apenas no período correspondente (M2 da pesquisa). Esses domínios foram utilizados por serem escalas de classificação amplamente utilizadas em algumas práticas clínicas e em pesquisas.

Os pacientes foram esclarecidos sobre os objetivos da atual entrevista, do caráter sigiloso e da possibilidade de retirar seu consentimento a qualquer momento sem prejuízo. Para os pacientes que concordaram em participar, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Grupo 1 (TCLE) (Apêndice 1). Em seguida, o paciente preencheu o questionário sociodemográfico e outros dados (Apêndice 2) bem como o Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-ABEP 2016) (Apêndice 3). Primeiramente, algumas perguntas foram feitas de forma a obter sua percepção posterior à primeira fase da pesquisa (Apêndice 4).

Na sequência, foram reaplicados a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Apêndice 5), o questionário CAGE sobre abuso ou dependência de álcool (Apêndice 6), a seção de risco de suicídio do questionário *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Apêndice 7) e incluídos o Teste de Fagerström para Dependência a Nicotina (FTND) (Apêndice 8) aos tabagistas ativos, além do instrumento de qualidade de vida para pacientes com câncer de próstata *UCLA-PCI* (*UCLA Prostate Cancer Index*) (Apêndice 9).

Os novos pacientes incluídos, a partir de 2019 (Grupo 2), após concordarem participar da pesquisa e assinarem o TCLE para Grupo 2 (Apêndice 1.1), foram entrevistados com oito questionários no período até seis meses do diagnóstico (Tabela 3). Estes pacientes foram reavaliados a partir do 18º mês do diagnóstico.

Frente à pandemia de Covid-19, a partir de abril de 2020, foi aprovada uma emenda enviada ao Comitê de Ética (Anexo 2) para inclusão de quatro perguntas sobre a pandemia (Apêndice 10). Um novo TCLE (Apêndice 11) foi criado para atender esta demanda.

Diante do aumento do número de casos de Covid e das restrições de acesso ao hospital impostas aos pesquisadores, a convocação dos pacientes de cada grupo ficou limitada. A partir de abril de 2020, a pesquisadora passou então a entrar em contato

por telefone para convidar o paciente para a fase da pesquisa em questão e o mesmo foi esclarecido sobre os objetivos do estudo. O paciente pode optar pelo meio mais confortável para responder aos questionários: agendar com a pesquisadora no próprio hospital no dia do retorno ao médico ou, caso o contato pessoal naquele momento não fosse possível, escolher três opções para responder aos questionários: por e-mail, correio ou telefone. Na opção por e-mail, o paciente recebeu o TCLE e este deveria ser impresso, assinado, digitalizado e enviado para a pesquisadora. Após confirmação de recebimento, os questionários eram encaminhados. Caso a preferência fosse em responder os questionários em casa, os mesmos foram enviados pelo Correio juntamente com o TCLE e envelope selado para devolução. Na escolha por telefone, primeiramente foi enviado o TCLE com envelope selado para devolução. Após o recebimento do TCLE assinado, a entrevista era agendada e realizada por telefone pela pesquisadora. Foi informado ao paciente que somente o questionário de risco de suicídio (MINI), que consta de apenas seis questões, com resposta sim ou não, seria realizado por telefone, uma vez que o mesmo não é auto aplicativo.

Informações como dados pessoais e o tipo de tratamento a ser realizado foram obtidos no prontuário do paciente. Quando houve a possibilidade da aplicação da pesquisa de maneira presencial, o local da entrevista ocorreu na recepção do Ambulatório Fernando Gentil ou no Ambulatório da Castro Alves e o tempo de duração da entrevista foi cerca de 25 minutos. Após três tentativas de contato por telefone, sem sucesso, o paciente foi excluído da pesquisa. Os pacientes em que o convite foi feito e os questionários não foram respondidos por e-mail, também após três tentativas de envio, foram considerados como 'não quiseram participar'.

Os pacientes detectados com risco de suicídio foram encaminhados para o Departamento de Saúde Mental da instituição para avaliação e conduta.

3.2.1 Instrumentos

- **Questionário Sociodemográfico e outros dados e Critério de Classificação Econômica Brasil**

O questionário sociodemográfico (Apêndice 2) composto de: nome, documentos, data de nascimento, raça, endereço, local de residência (se mora dentro

do estado de São Paulo ou fora do estado), naturalidade, estado civil, religião, se é praticante ou não de alguma religião, grau de escolaridade, profissão e em qual sistema de saúde o paciente foi atendido (se por convênio ou pelo sistema único de saúde, o SUS).

Outros dados foram acrescentados, tais como: morar sozinho ou não (em caso positivo se o paciente se sente só), rede social atual, se possui outras comorbidades, antecedente pessoal e familiar de câncer, Classificação de riscos D'Amico (se risco baixo ou intermediário), data do diagnóstico, tipo de tratamento indicado e/ou realizado (cirurgia, HIFU, radioterapia, vigilância ativa, hormonioterapia ou nenhum), tabagismo ativo na data da entrevista, uso de drogas ilícitas, consumo de álcool, antecedente pessoal psiquiátrico, caso de comportamento suicida na família (foram considerados as tentativas de suicídio e os atos consumados) e se faz uso de medicamento para dormir ou para ansiedade e depressão.

Para o tabagismo, uso de drogas ilícitas e o consumo de álcool foi questionado se o paciente faz uso, se nunca utilizou tais substâncias ou se utilizou e parou. Para fim de análise, foi considerado a categorização da variável se o paciente faz uso ou não (Apêndice 2).

Na questão de comorbidades ou existências de outras doenças, foram incluídas doenças como diabetes, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma e esclerose múltipla com base no estudo de Bolton et al. (2015) que correlacionou estas doenças com o risco e tentativas de suicídio. Para finalidade estatística, a variável foi categorizada em: diabetes, hipertensão, hipertensão e diabetes, outros. Na subcategoria 'Outros' foram consideradas as demais doenças apresentadas pelos pacientes, tais como: asma, esclerose múltipla, herpes zoster, doença de Addison, Alzheimer (Apêndice 2).

Em relação à rede social foi utilizado o conceito de Sluzki (1997) que afirma que esta "constitui umas das chaves centrais da experiência individual de identidade, bem-estar, competência e agenciamento ou autoria, incluindo os hábitos de cuidado da saúde e capacidade de adaptação em uma crise" (Sluzki 1997). No campo 'tratamento cirúrgico indicado', foi considerado quando o paciente fez ou não cirurgia, em seguida foi especificado se passou por cirurgia robótica, videolaparoscopia ou por nenhum tratamento cirúrgico.

Os entrevistados também responderam o Critério de Classificação Econômica Brasil (Apêndice 3). Foi considerada a versão de 2016 do Critério de Classificação Econômica para análise comparativa entre os momentos de cada grupo.

- **Questionário de percepção após a primeira fase da pesquisa**

A fim de obter um feedback dos pacientes avaliados na primeira fase do nosso estudo, foram feitas três perguntas para averiguar como foi para ele preencher o questionário, se este causou algum desconforto e como o desconforto seria classificado (se favoravelmente ou não) (Apêndice 4).

- **Questionário de perguntas sobre o COVID-19**

Diante da pandemia do COVID-19 ocorrida durante o período da pesquisa, viu-se a importância de se indagar aos participantes sobre seu enfrentamento em relação a esse período. Foram desenvolvidas quatro perguntas para verificar o receio de ser contaminado, sua preocupação quanto ao tema, o quanto se isolou neste período e o quanto foi difícil para o paciente, a partir de uma escala Likert, variando de 1 a 7. Para fins estatísticos, a variável foi categorizada em: pouco, indiferente e muito. A escala não foi validada por não ter havido tempo hábil para tal.

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

A escala HADs foi inicialmente descrita para identificar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes de hospitais clínicos não psiquiátricos, sendo futuramente aplicada em pacientes não internados e sujeitos sem doença (Marcolino et al. 2007). A maior diferença da HADs com outras escalas é que, de forma a prevenir a interferência dos distúrbios somáticos na pontuação, foram retirados todos os sintomas de ansiedade e depressão associado à doenças físicas. Assim, queixas como perda de peso, insônia, fadiga, pessimismo sobre o futuro entre outros, sintomas muito presentes em pacientes oncológicos e que também poderiam estar relacionados a outras doenças, foram excluídos da escala. Os transtornos de humor de demais patologias poderiam demonstrar traços psicológicos, mais do que somáticos, nos casos de comorbidades. Por outro lado, sintomas somáticos poderiam ser referidos a

pacientes internados ou pré cirúrgicos, sendo confundidos com ansiedade e depressão devido a doença de base ou ao tratamento (Marcolino et al. 2007).

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 (Apêndice 5). 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. As subescalas de ansiedade e de depressão tem consistência interna de 0,68 e 0,77, respectivamente. Com ponto de corte 8/9, a sensibilidade e a especificidade são 93,7% e 72,6%, para ansiedade, e 84,6% e 90,3%, para 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 foi elaborado em 1968 no North Carolina Memorial Hospital para, durante a triagem de pacientes, detectar comportamentos problemáticos com a bebida (Ewing 1984). A tradução e validação para o português no Brasil, foi realizada por Masur e Monteiro (1983), tendo uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83%.

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 (Apêndice 6). No teste, o paciente deve responder positiva ou negativamente às quatro questões. Considera-se o resultado positivo para provável alcoolismo quando duas ou mais perguntas obtém a resposta afirmativa (Paz Filho et al. 2001).

- **Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND)**

O FTND foi desenvolvido por Karl-Olov Fagerström em 1978, sendo inicialmente denominado de questionário de tolerância de Fagerström (FTQ). Anos depois, foi feita uma adaptação do teste e este passou a ser intitulado teste de dependência à nicotina. A versão atualizada é composta por seis perguntas com quatro alternativas de resposta (Heatherton et al. 1991).

A escala mede a dependência e o nível de tolerância à nicotina a partir do questionário que deve ser respondido pelo próprio tabagista (Apêndice 7). A pontuação total corresponde a soma das respostas indicadas em cada item. A soma total de 8 -10 indica que o sujeito possui uma dependência muito elevada à nicotina, de 6 -7 dependência elevada, 5 média, 3-4 baixa dependência e 0-2 dependência muito baixa à nicotina. O FTND é uma escala de fácil administração e apresenta itens claros em relação à experiência e comportamento do sujeito fumante com o tabaco. Os resultados da consistência interna calculada pelo Coeficiente Alfa de Cronbach teve um valor de 0,642. O FTND foi traduzido e validado no Brasil por Carmo e Pueyo (2002).

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

O MINI é um instrumento elaborado por uma equipe de psiquiatras e clínicos dos Estados Unidos e da Europa para atender à necessidade de uma entrevista psiquiátrica estruturada curta aos 17 transtornos psiquiátricos mais comuns do DSM-IV e CID-10. Ele é dividido em módulos, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica. Dessa forma, auxilia estudos clínicos multicêntricos e estudos epidemiológicos no rastreamento de resultados em configurações clínicas não investigativas (Sheehan et al. 1998).

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 (Apêndice 8). Sua aplicação leva de 2 a 5 minutos. O MINI foi traduzido e validado para o português por Amorim (2000). Em nossa pesquisa, a

amostra foi dividida em dois grupos pacientes com e sem risco para o suicídio, de acordo com a maioria dos estudos em suicídio que identificam escores acima de 1 como indicativo de presença de risco.

- **UCLA Prostate Cancer Index (UCLA-PCI)**

O UCLA Prostate Cancer Index é proveniente do SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form*), um instrumento que foi validado para a língua portuguesa para avaliar a qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas (Ciconelli et al. 1999) (Apêndice 9). Atualmente, é também utilizado para pacientes oncológicos e, por se relacionar a um órgão alvo como a próstata, foi denominado UCLA Prostate Cancer Index.

O instrumento é composto por três partes: Parte 1. Avalia a qualidade de vida relacionada à saúde (itens 1 a 11). Parte 2. Avaliação da qualidade de vida relacionada ao câncer de próstata, sendo utilizados seis escores: função urinária (questões 12 a 15, incluindo 15a e 15b); função sexual (questões 22a, 22b, 22c e 23 a 27); função intestinal (questões 17 a 20); incomodo urinário (questão 16); incomodo sexual (questão 28) e incomodo intestinal (questão 21). Estes escores são transformados linearmente em pontuação de 0 a 100, na qual escores maiores retratam melhor qualidade de vida. Parte 3. Coleta de 18 questões envolvendo dados demográficos e clínicos (itens 29 a 34).

A validade interna ou confiabilidade mediante o Coeficiente Alfa de Cronbach foi satisfatório para todas as subescalas: função urinária e sexual (0,92 para ambas) e intestinal (0,67).

O instrumento é auto aplicativo e o tempo estimado de aplicação é de cinco a dez minutos. O UCLA Prostate Cancer Index foi traduzido e validado para a língua portuguesa no A.C. Camargo Cancer Center por Bandeira (2010).

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 15/02/2019 com o nº 2656/18. (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. (Apêndice 1).

A pesquisadora recebeu apoio financeiro da Bolsa de Estudo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES.

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

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

Com o intuito de avaliar uma possível associação entre duas variáveis qualitativas, o teste de independência (teste de Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher), foi aplicado. Para a comparação das variáveis quantitativas em relação a dois grupos independentes o teste não paramétrico de Mann-Whitney ou o Teste-T foi aplicado. A fim de comparar a qualidade de vida dos pacientes em dois momentos (antes e depois do tratamento), o teste não paramétrico de Wilcoxon ou o Teste-T para amostras pareadas ou dependentes foi considerado. Também visando avaliar uma possível alteração da frequência de qualidade de vida e de risco de suicídio (antes e depois), o teste de McNemar foi empregado.

O software IBM SPSS versão 28 foi utilizado para análise dos dados.

Em todos os testes de hipóteses o nível de significância foi fixado em 5%. Assim, valores p menores que 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

4 RESULTADOS

Este estudo foi realizado entre abril de 2019 e novembro de 2022 composto por dois grupos de pacientes diagnosticados com CP de risco baixo ou intermediário pela Classificação de recidiva D'Amico. Duzentos e cinquenta pacientes participaram do Grupo 1 no momento do diagnóstico (M1), entre setembro de 2015 e novembro de 2016. A idade média foi de 62,5 anos (variando de 38 a 88 anos) e o risco de suicídio, obtido através do MINI, foi de 4,8%. A partir do 18º mês do diagnóstico (M2), dos 250 participantes no M1, 59 pacientes do mesmo grupo (Grupo 1) contribuíram com a pesquisa entre abril de 2019 a agosto de 2020. O risco de suicídio desta amostra de homens, neste momento (M2), foi de 1,7%. Nesta etapa, 85 pacientes não aceitaram participar e 120 sujeitos foram excluídos. Estes últimos casos devido a questões, como: alteração na Classificação D'Amico para alto risco após procedimento cirúrgico, tentativas de contato malsucedidas, números de telefones não registrados no novo sistema de prontuário, diagnósticos de doenças degenerativas e pacientes que realizaram o tratamento em outro hospital. Dois pacientes faleceram no período entre a data da primeira entrevista e o segundo contato.

O Grupo 2 foi composto por pacientes recém diagnosticados (M1) convidados a contribuir com a pesquisa entre abril de 2019 a agosto de 2020. Durante este período, 156 pacientes foram convidados a participar, destes 83 participaram, 61 pacientes recusaram e 12 foram excluídos. A amostra do Grupo 2 consistiu, por fim, de 83 pacientes com idade média de 62,3 anos (variando de 45 a 78 anos) e o risco de suicídio deste grupo foi de 8,4% para o M1. Após o 18º mês do diagnóstico (M2), um total de 49 pacientes foram entrevistados, a média de idade foi de 64,3 anos (variando de 47 a 80 anos) e o risco para o suicídio foi de 6,1%. Neste momento (M2), 19 pacientes não aceitaram participar e 57 foram excluídos, estes por terem realizado o tratamento em outro hospital ou por não atenderem a ligação convidando para a segunda etapa da pesquisa.

Ao unificar os grupos, percebeu-se que o meio utilizado para responder aos questionários variou para cada momento (Tabela 4). No M1, 84,4% dos pacientes participaram presencialmente, seguido dos retornos ocorridos por e-mail, 15,3%. Já

para o M2, o recurso predominante foi o e-mail (81,48%) acompanhado do uso dos correios (8,33%) e da participação presencial (7,41%). Apenas três pacientes optaram por responder a todos os questionários por telefone neste segundo momento (Tabela 4). O local de residência da amostra foi considerado apenas na descoberta do diagnóstico e verificou-se que, dos 333 pacientes entrevistados, 67,8% residiam no estado de São Paulo. O tempo médio entre o diagnóstico e a entrevista dos pacientes que contribuíram para o M1 foi de 57 dias (desvio padrão de 68,62 dias) e de 38,87 meses (desvio padrão de 36,12 meses) para os que participaram a partir do 18º mês do diagnóstico (M2). Somente o momento 2 teve relevância estatística na variável do tempo entre o diagnóstico e a entrevista ($p < 0,001$).

Tabela 4 - Meio utilizado para responder aos questionários para ambos os grupos em cada momento

Categorias	Momento 1 (n=333)	Momento 2 (n=108)
Presencial	281 (84.4%)	8 (7.41%)
E-mail	51 (15.3%)	88 (81.48%)
Correio	1 (0.3%)	9 (8.33%)
Telefone	0 (0%)	3 (2.78%)

Para a análise estatística, os grupos foram unidos considerando os resultados de cada momento em associação ao questionário MINI, subdividindo a tabela em pacientes com e sem risco de suicídio. A partir desta união, verificou-se a participação de 333 pacientes recém diagnosticados com CP (M1), e destes, 20 pacientes apresentaram risco para o suicídio. Ao diagnóstico (M1), o risco para suicídio, frente a junção dos grupos, foi de 5,7%. Após 18º mês do diagnóstico (M2), tivemos a contribuição de 108 pacientes e 4 deles expressaram risco para o suicídio através do MINI. Neste segundo momento, o risco de suicídio foi de 3,7%.

Inicialmente, serão expostos os resultados dos grupos considerando os pacientes com risco de suicídio e, em seguida, reveladas as análises longitudinais dos participantes do Grupo 2 em relação ao questionário de qualidade de vida, também distribuída em pacientes com e sem risco de suicídio. A análise descritiva foi apresentada para alguns dados de maneira a trazer uma visão geral das informações obtidas. Ressalta-se que os totais de respostas de algumas variáveis podem divergir por retratarem dados omissos, incluindo observações como: não preenchimento do paciente a esta questão, alteração

na Classificação D'Amico para alto risco após procedimento cirúrgico, tentativas de contato malsucedidas, números de telefones não registrados no novo sistema de prontuário, diagnósticos de doenças degenerativas, pacientes que realizaram o tratamento em outro hospital, além de pacientes que não quiseram participar da pesquisa.

Entre os dados sociodemográficos, observamos a predominância de pacientes brancos na amostra (Tabela 5). Verificou-se que dos pacientes com risco para suicídio 80% se declararam brancos no momento da descoberta da doença (M1) e após o 18º mês do diagnóstico (M2), o risco de suicídio foi também mais prevalente em entrevistados da raça branca (Tabela 5).

Constatou-se que a maioria dos pacientes eram casados (82,5% no M1 e 85,1% no M2) e dos 20 pacientes que exibiram risco para o suicídio ao diagnóstico 65% eram casados. Já aos 18º mês após a descoberta da doença, observamos que dos pacientes que declararam algum risco para suicídio, 75% deles eram casados. Na primeira fase da pesquisa (M1), um número grande de entrevistados se encontrava na faixa etária entre 55 e 65 anos (46,2%), sendo que dos pacientes com risco para suicídio 40% se encontravam nesta faixa de idade. Para a segunda fase da pesquisa (M2), a diferença entre as idades dos pacientes foi tênue (pacientes acima de 66 anos somaram 45,3% da amostra contra 44,4% dos que tinham entre 55 e 65 anos). Dos pacientes com risco para o suicídio que declararam ter mais de 66 anos (M2), 50% deles se situavam nesta faixa etária (Tabela 5).

Também foi notado que dos pacientes que revelaram risco para o suicídio, 70% deles possuíam terceiro grau ou pós graduação no M1. No M2, o risco para o suicídio também se mostrou elevado nos pacientes com maior escolaridade (75% deles)(vide Tabela 5). Na Tabela 5, apenas a variável estado civil no M1 revelou associação significativa para o risco de suicídio ($p=0.031$).

Na Tabela 6, observamos que nossa amostra foi composta em sua maioria por homens que não moravam sozinhos. Na primeira entrevista (M1), dos homens que manifestaram risco para suicídio 77,8% deles moravam com alguém. Da mesma forma, no M2, dos pacientes que relataram este mesmo risco, 75% deles referiram não morar sozinhos. A variável de morar sozinho em associação com o MINI demonstrou significância estatística no período do diagnóstico ($p=0,025$). A taxa de pacientes que

referiram possuir alguma religião foi um pouco maior no M2 (94,4%) do que no M1 (92,9%). Entre os pacientes com o risco de suicídio, 94,7% deles relatou ter uma religião ao diagnóstico e no M2, dos pacientes com risco para suicídio 75% deles possuíam uma religião (Tabela 6).

A questão sobre a rede de apoio do paciente foi indagada apenas na segunda fase da pesquisa para o Grupo 1 e nos dois momentos para o Grupo 2. Boa parte dos pacientes entrevistados apontaram ter apenas uma rede de apoio, tanto ao diagnóstico (62% dos pacientes) quanto meses após o primeiro contato (68,6% dos participantes). Aos que declararam risco para o suicídio, 87,5% pacientes no M1 e 75% deles no M2 relataram ter somente uma rede de apoio. O critério de classificação econômica passou a ser aplicado a partir da segunda entrevista com os participantes do Grupo 1. Após a fusão dos grupos, a amostra mostrou-se concentrada nas Classes A e B nos dois momentos, deve-se considerar que 43,9% dos pacientes no M1 e 43,4% no M2 pertenciam a Classe A. Verificou-se que dos entrevistados com risco para suicídio, 62,5% dos pacientes ao diagnóstico e 66,7% deles após meses do primeiro contato, se encontravam na classe econômica A. As variáveis rede de apoio e classe econômica não tiveram relevância estatística (vide Tabela 6).

O tipo de assistência de saúde utilizado em maior número pelos pacientes foi o convênio ou particular, 78,7% no M1 e 77,7% para o M2. Dos sujeitos que referiram associação para o risco de suicídio, 85% deles no M1 e 100% deles após o diagnóstico (M2), possuíam convênio. Nos dois momentos, as variáveis de assistência de saúde não tiveram valor estatístico significativo ($p=0,585$ no M1 e $p=0,573$ para M2) (Tabela 6). Ainda na Tabela 6, os riscos de recidiva da D'Amico apresentaram valores moderadamente próximos no período de descoberta da doença (M1), sendo 43,2% dos pacientes da amostra com baixo risco de CP e 56,8% com risco intermediário. Já no M2, reparou-se o número elevado de pacientes com risco intermediário de CP (71%). Observou-se que dos que exibiram risco para suicídio, 85% dos pacientes foram diagnosticados com risco intermediário no M1 e 75% deles na segunda fase da pesquisa. O grau de classificação D'Amico foi significativo estatisticamente somente no M1 ($p=0,009$) (Tabela 6).

Tabela 5 - Dados sociodemográficos (Raça, estado civil, faixa etária e grau de escolaridade) para momento 1 e 2

Variável	Categoria	Momento 1				Momento 2			
		Possui risco de suicídio			Valor ^a p	Possui risco de suicídio			Valor ^a p
		Não*(n=314)	Sim*(n=20)	Total* (n=333)		Não* (n=104)	Sim *(n=4)	Total* (n=108)	
Raça	Branco	204 (65.8%)	16 (80.0%)	220 (66.7%)	0.229	80 (76.92%)	3 (75%)	83 (76.85%)	1.000
	Não branco	106 (34.2%)	4 (20.0%)	110 (33.3%)		24 (23.08%)	1 (25%)	25 (23.15%)	
Estado civil	Divorciado, separado, viúvo, solteiro	51 (16.30%)	7 (35.0%)	58 (17.42%)	0.031	15 (14.42%)	1 (25%)	16 (14.81%)	0.479
	Casado	262 (83.70%)	13 (65.0%)	275 (82.58%)		89 (85.58%)	3 (75%)	92 (85.19%)	
Faixa Etária	< 54 anos	52 (16.61%)	5 (25.0%)	57 (17.12%)	0.512	10 (9.62%)	1 (25%)	11 (10.19%)	0.429
	De 55 a 65anos	146 (46.65%)	8 (40.0%)	154 (46.25%)		47 (45.19%)	1 (25%)	48 (44.44%)	
	> de 66 anos	115 (36.74%)	7 (35.0%)	122 (36.64%)		47 (45.19%)	2 (50%)	49 (45.37%)	
Grau de escolaridade	Ensino fundam. (compl. e incompl.)	62 (19.81%)	2 (10.0%)	64 (19.22%)	0.528	13 (12.5%)	0 (0%)	13 (12.04%)	1000
	Ensino médio (compl. e incompl.) e curso técnico	78 (24.92%)	4 (20.0%)	82 (24.62%)		24 (23.08%)	1 (25%)	25 (23.15%)	
	Terceiro grau (compl. e incompl.) e Pós-graduação	173 (55.27%)	14 (70.0%)	187 (56.16%)		67 (64.42%)	3 (75%)	70 (64.81%)	

*Os totais podem variar por algum dado ignorado. ^aTeste exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Tabela 6 – Dados sociodemográficos (morar sozinho, religião, rede de apoio, critério de classificação econômica, sistema de saúde e risco D’Amico) momento 1 e 2

Variável	Categoria	Momento 1				Momento 2			
		Possui risco de suicídio			Valor ^a p	Possui risco de suicídio			Valor ^a p
		Não *(n=314)	Sim *(n=20)	Total* (n=333)		Não *(n=104)	Sim *(n=4)	Total* (n=108)	
Mora sozinho	Sim	17 (5.8%)	4 (22.2%)	21(6.7%)	0.025	5 (4.9%)	1 (25%)	6 (5.7%)	0.211
	Não	278 (94.2%)	14 (77.8%)	292 (93.3%)		97 (95.1%)	3 (75%)	100 (94.3%)	
Religião	Com religião	282 (92.8%)	18 (94.7%)	300 (92.9%)	1.000	99 (95.2%)	3 (75%)	104 (94.4%)	0.207
	Sem religião	22 (7.2%)	1 (5.3%)	23 (7.1%)		5 (4.8%)	1 (25%)	6 (5.6%)	
Rede de apoio	Apenas uma	42 (59.2%)	7 (87.5%)	49 (62.0%)	0.613	67 (68.4%)	3 (75%)	70 (68.6%)	0.817
	Duas	18 (25.4%)	1 (12.5%)	19 (24.1%)		22 (22.4%)	1 (25%)	23 (22.5%)	
	Três ou mais	11 (15.5%)	0 (0%)	11 (13.9%)		9 (9.2%)	0 (0%)	9 (8.8%)	
Critério de Classificação Econômica Brasil	A	31 (41.9%)	5 (62.5%)	36 (43.9%)	0.550	44 (42.7%)	2 (66.7%)	46 (43.4%)	0.816
	B	36 (48.6%)	2 (25.0%)	38 (46.3%)		41 (39.8%)	1 (33.3%)	42 (39.6%)	
	C	5 (6.8%)	1 (12.5%)	6 (7.3%)		15 (14.6%)	0 (0%)	15 (14.2%)	
	D-E	2 (2.7%)	0 (0%)	2 (2.4%)		3 (2.9%)	0 (0%)	3 (2.8%)	
Sistema de saúde	Convênio e particular	245 (78.3%)	17 (85.0%)	262 (78.7%)	0.585	80 (76.92%)	4 (100%)	84 (77.78%)	0.573
	SUS	68 (21.7%)	3 (15.0%)	71 (21.3%)		24 (23.08%)	0 (0%)	24 (22.22%)	
Risco D’Amico	Baixo risco	141 (45.0%)	3 (15.0%)	144 (43.2%)	0,009	30 (29.1%)	1 (25%)	31 (29.0%)	1.000
	Risco intermediário	172 (55.0%)	17 (85.0%)	189 (56.8%)		73 (70.9%)	3 (75%)	76 (71.0%)	

*Os totais podem variar por algum dado ignorado. ^a Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Tabela 7 - Dados sociodemográficos (Antecedente pessoal de câncer, antecedente familiar de câncer, comorbidades, hipertensão ou diabetes, tabagismo ativo no momento da entrevista, consumo de álcool, uso de drogas ilícitas) momento 1 e 2

Variável	Categoria	Momento 1			Valor ^a p	Momento 2			Valor ^a p
		Possui risco de suicídio Não* (n=314)	Sim *(n=20)	Total* (n=333)		Possui risco de suicídio Não* (n=104)	Sim* (n=4)	Total* (n=108)	
Antecedente pessoal de câncer	Sim	27 (8.6%)	0 (0%)	27 (8.11%)	0.389	13 (12.5%)	0 (0%)	13 (12.0%)	1.000
	Não	286 (91.4%)	20 (100%)	306 (91.89%)		91 (87.5%)	4 (100%)	95 (88.0%)	
Antecedente familiar de câncer	Sim	187 (61.7%)	16 (84.2%)	191 (65.2%)	0.084	66 (67.3%)	3 (75%)	69 (67.6%)	0.610
	Não	116 (38.3%)	3 (15.8%)	102(34.8%)		32 (32.7%)	1 (25%)	33 (32.4%)	
Comorbidades	Sim	45 (14.4%)	4 (20.0%)	49 (14.7%)	0.513	57 (54.81%)	1 (25%)	58 (53.7%)	0.334
	Não	268 (85.6%)	16 (80.0%)	284 (85.3%)		47 (45.19%)	3 (75%)	50 (46.3%)	
Hipertensão e/ou Diabetes/ outros	Hipertensão	22 (48.9%)	3 (75.0%)	25 (51.1%)	0.549	29 (51.8%)	0 (0%)	29 (50.9%)	0.188
	Diabetes	6 (13.3%)	0 (0%)	6 (12.2%)		9 (16.1%)	1 (100%)	10 (17.5%)	
	Hipertensão e diabetes	10 (22.2%)	0 (0%)	10 (20.4%)		10 (17.9%)	0 (0%)	10 (17.5%)	
	Outros	7 (15.6%)	1 (25.0%)	8 (16.3%)		8 (14.3%)	0 (0%)	8 (14.0%)	
Tabagismo ativo no momento da entrevista	Sim	31 (9.9%)	1 (5.0%)	32 (9.6%)	0.706	4 (4.0%)	0 (0%)	4 (3.8%)	1.000
	Não	282 (90.1%)	19 (95.0%)	301 (90.4%)		97 (96.0%)	3 (100%)	100 (96.2%)	
Uso de drogas ilícitas	Sim	1 (1.3%)	1 (12.5%)	2 (2.4%)	0.185	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-
	Não	74 (98.7%)	7 (87.5%)	81 (97.6%)		103 (100%)	4 (100%)	107 (100%)	
Consumo de álcool	Sim	204 (65.6%)	13 (65.0%)	217 (65.6%)	1.000	62 (59.6%)	2 (50%)	64 (59.3%)	1.000
	Não	107 (34.4%)	7 (35.0%)	114 (34.4%)		42 (40.4%)	2 (50%)	44 (40.7%)	

*Os totais podem variar por algum dado omissos. ^a Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Tabela 8 - Dados sociodemográficos (Indicação de tratamento/ tratamento realizado, tratamento psiquiátrico anterior, histórico familiar de comportamento suicida, uso de medicamento para dormir e/ou ansiedade ou depressão) momento 1 e 2

Variável	Categoria	Momento 1			Valor ^a p	Momento 2			Valor ^a p
		Possui risco de suicídio				Possui risco de suicídio			
		Não *(n=314)	Sim* (n=20)	Total* (n=333)		Não *(n=104)	Sim *(n=4)	Total* (n=108)	
Indicação de tratamento	Cirurgia	218 (69.6%)	9 (45.0%)	227 (68.2%)	0.03	22 (21.2%)	2 (50%)	24 (22.2%)	0.585
	HIFU	7 (2.2%)	1 (5.0%)	8 (2.4%)		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Radioterapia	13 (4.2%)	0 (0%)	13 (3.9%)		1 (1.0%)	0 (0%)	1 (0.9%)	
	Vigilância ativa	50 (16.0%)	3 (15.0%)	53 (15.9%)		4 (3.8%)	0 (0%)	4 (3.7%)	
	Hormonioterapia	5 (1.6%)	1 (5.0%)	6 (1.8%)		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Nenhum	20 (6.4%)	6 (30.0%)	26 (7.8%)		77 (74.0%)	2 (50%)	79 (73.1%)	
Tratamento psiquiátrico anterior	Sim	25 (8.0%)	7 (35.0%)	32 (9.6%)	<0.001	7 (6.9%)	1 (25%)	8 (7.6%)	0.275
	Não	288 (92.0%)	13 (65.0%)	301 (90.4%)		94 (93.1%)	3 (75%)	97 (92.4%)	
Histórico familiar de comportamento suicida	Sim	35 (11.2%)	6 (30.0%)	41 (12.31%)	0.025	7 (6.8%)	1 (25%)	8 (7.5%)	0.271
	Não	278 (88.8%)	14 (70.0%)	292 (87.69%)		96 (93.2%)	3 (75%)	99 (92.5%)	
Uso de medicamento para dormir e/ou para ansiedade ou depressão	Sim	49 (15.7%)	6 (30.0%)	55 (16.52%)	0.116	3 (2.9%)	0 (0%)	3 (2.8%)	1.000
	Não	264 (84.3%)	14 (70.0%)	278 (83.48%)		101 (97.1%)	4 (100%)	105 (97.2%)	

*Os totais podem variar por algum dado omissos. ^a Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Tabela 9 – Escala hospitalar de ansiedade ou depressão e CAGE para o momento 1 e 2

Variável	Categoria	Momento 1			Valor ^a p	Momento 2			Valor ^a p
		Possui risco de suicídio				Possui risco de suicídio			
		Não*(n=314)	Sim*(n=20)	Total* (n=333)		Não*(n=104)	Sim*(n=4)	Total* (n=108)	
HADs	Com ansiedade	29 (9.3%)	11 (55.0%)	40 (12.0%)	<0.001	0 (0%)	3 (75%)	3 (2.8%)	<0.001
	Sem ansiedade	284 (90.7%)	9 (45.0%)	293 (88.0%)		104 (100%)	1 (25%)	105 (97.2%)	
	Com depressão	17 (5.4%)	7 (35.0%)	24 (7.2%)	<0.001	3 (2.9%)	1 (25%)	4 (3.7%)	0.142
	Sem depressão	296 (94.6%)	13 (65.0%)	309(92.8%)		101 (97.1%)	3 (75%)	104 (96.3%)	
CAGE	Sim	23 (10.7%)	4 (30.8%)	27 (11.9%)	0.054	8 (13.3%)	0 (0%)	8 (13.3%)	1.000
	Não	191 (89.3%)	9 (69.2%)	200 (88.1%)		50 (86.2%)	2 (100%)	52 (86.7%)	

*Os totais podem variar por algum dado omissos. ^a Teste exato de Fisher (p≤0,05)

Tabela 10 – Questões sobre a pandemia COVID-19 para momento 1 e 2

Variável	Categoria	Momento 1			Valor ^a p	Momento 2			Valor ^a p
		Possui risco de suicídio				Possui risco de suicídio			
		Não *(n=46)	Sim* (n=6)	Total* (n=52)		Não *(n=69)	Sim *(n=3)	Total* (n=72)	
Acha que pode ser contaminado	pouco	20 (43.5%)	2 (33.3%)	22 (42.3%)	0.891	35 (50.7%)	1 (33.3%)	36 (50.0%)	0.748
	indiferente	6 (13.0%)	1 (16.7%)	7 (13.5%)		12 (17.4%)	1 (33.3%)	13 (18.1%)	
	muito	20 (43.5%)	3 (50.0%)	23 (44.2%)		22 (31.9%)	1(33.3%)	23 (31.9%)	
Quanto isso te preocupa	pouco	20 (43.5%)	2 (33.3%)	22 (42.3%)	0.785	44 (63.8%)	1 (33.3%)	45 (62.6%)	0.168
	indiferente	4 (8.7%)	1 (16.7%)	5 (9.6%)		4 (5.8%)	1 (33.3%)	5 (6.9%)	
	muito	22 (47.8%)	3 (50.0%)	25 (48.1%)		21 (30.4%)	1(33.3%)	22 (30.6%)	
Quanto tem se isolado	pouco	10 (21.7%)	4 (66.7%)	14 (26.9%)	0.035	29 (42.0%)	1 (33.3%)	30 (41.7%)	0.456
	indiferente	4 (8.7%)	0 (0%)	4 (7.7%)		7 (10.1%)	1 (33.3%)	8 (11.1%)	
	muito	32 (69.6%)	2 (33.3%)	34 (65.4%)		33 (47.8%)	1(33.3%)	34 (47.2%)	
Quanto foi difícil	pouco	20 (43.5%)	4 (66.7%)	24 (46.2%)	0.249	33 (47.8%)	3 (100%)	36 (50.0%)	0.209
	indiferente	8 (17.4%)	1 (16.7%)	9 (17.3%)		17 (24.6%)	0 (0%)	17 (23.6%)	
	muito	18 (39.1%)	1 (16.7%)	19 (36.5%)		19 (27.5%)	0 (0%)	19 (26.4%)	

*Os totais podem variar por algum dado omissos. ^a Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Na Tabela 7, reunimos diferentes variáveis. Foram poucos pacientes que revelaram antecedente pessoal de câncer, sendo a relação com o risco para o suicídio predominante em pacientes que não tiveram a doença anteriormente (100% tanto no M1 quanto no M2). Quando indagados se já tiveram algum parente acometido pela doença, nos dois momentos, dos pacientes que apresentaram risco para o suicídio, 84,2% no M1 e 75% deles para o M2, referiram ter antecedente de câncer na família. Tanto o antecedente pessoal quanto o familiar de câncer não apresentaram relevância estatística ao serem associados com o risco de suicídio (Tabela 7).

Ao diagnóstico (M1), 14,7% dos pacientes relataram ter alguma comorbidade, sendo a hipertensão apontada por 51,1% dos entrevistados. Já no segundo momento, o índice dos participantes com alguma comorbidade aumentou para 53,7% e novamente a hipertensão foi mencionada por 50,9% dos pacientes. Verificou-se que dos pacientes que apresentaram risco para suicídio, 75% deles apontaram ter hipertensão na época da descoberta da doença, mas na segunda entrevista (M2), dos pacientes que revelaram risco de suicídio, 100% relataram possuir diabetes. As variáveis comorbidades e hipertensão ou diabetes não foram significativas estatisticamente (vide Tabela 7).

O momento 2 apresentou uma alteração no cenário dos tabagistas ativos quando examinamos o percentual de fumantes da amostra diminuir de 9,6% (M1) para 3,8%. Entre os pacientes que referiram risco para o suicídio, 95% deles ao diagnóstico e 100% deles após o 18º mês do diagnóstico, não eram fumantes. Dados diferentes foram obtidos quanto ao consumo de álcool, em que, dos pacientes com associação ao risco de suicídio, 65% deles se declararam etilistas. Já para os entrevistados no segundo momento, percebemos que dos pacientes com risco para o suicídio, o índice foi o mesmo, isto é, 50% dos entrevistados consumiam bebida alcoólica e 50% não consumiam. Não foi detectada significância estatística em ambos os resultados, conforme apresentado na Tabela 7. A pergunta sobre uso de drogas ilícitas foi aplicada a partir da segunda fase da pesquisa e de todo o período de coleta, o uso de drogas ilícitas foi reportado somente no momento do diagnóstico por 2,4% dos pacientes. No M1, dos pacientes que possuíam relação com o risco para o suicídio, 87,5% relataram não usar drogas. Já para o M2, todos os pacientes que responderam ao questionário declararam não fazer uso de drogas ilícitas. Devido ao número amostral, esta variável não obteve valor estatístico (Tabela 7).

Na Tabela 8, foi constatado que a maioria dos entrevistados foi indicado a algum tratamento cirúrgico (68,2%) ou a vigilância ativa (15,9%) no M1. Esta variável foi apresentada no M2 com sua nomenclatura alterada e verificou que, a partir de 18 meses do diagnóstico, 73,1% dos pacientes entrevistados não realizaram nenhum tipo de tratamento e 22,2% deles passaram por algum procedimento cirúrgico. Ao diagnóstico, dos pacientes que revelaram risco para suicídio, 45% foram indicados a cirurgia. Índice próximo dos 30% dos pacientes com risco para suicídio que não receberam nenhuma indicação de tratamento. A variável indicação de tratamento mostrou significância estatística para o M1 ($p=0,03$) (Tabela 8).

Verificou-se que 9,6% dos pacientes da amostra relataram ter passado por algum tratamento psiquiátrico anterior no momento do diagnóstico e 7,6% dos pacientes referiram isso na segunda fase da pesquisa. No entanto, observou-se que dos entrevistados com risco para o suicídio 65% dos pacientes alegaram não ter recebido algum tratamento psiquiátrico prévio, tanto no M1 quanto para 75% dos pacientes no M2. Esta variável teve associação estatística com o risco de suicídio quando da descoberta da doença, no M1 ($p<0,001$). A porcentagem de pacientes que relatou ter alguém na família que teve algum tipo de comportamento suicida no M1 foi de 12,3%, ou seja, 41 pacientes revelaram este comportamento em suas famílias. Na amostra de participantes do M2, 7,5%, isto é, 8 pacientes apresentaram um familiar que havia tido algum comportamento suicida. Dos que possuíam risco para suicídio 70% deles não tinham este histórico na família no período do diagnóstico, sendo significativo do ponto de vista estatístico na associação com o risco de suicídio ($p=0,025$) (vide Tabela 8). O uso de medicamentos para dormir ou para ansiedade ou depressão foi negado por boa parte dos entrevistados no M1 e M2 (83,4% e 97,2%, respectivamente). Entre os pacientes que apresentaram associação com o risco para o suicídio, 70% deles na primeira entrevista e 100% deles no M2 relataram não fazer uso de tais medicamentos. A variável não foi estatisticamente significativa ao ser associada com o risco de suicídio nos dois momentos ($p=0,116$ no M1 e $p=1,000$ no M2).

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão no M1 (Tabela 9) revelou que 12% dos pacientes apresentaram índices positivos para ansiedade e, 7,2% deles, índices positivos para depressão. Quando observamos a HADs meses após o diagnóstico, o grau de ansiedade manifestado cai para 2,8% dos entrevistados da amostra, no entanto, nos

índices para depressão a porcentagem positiva mostrou-se próxima da metade observada no M1, de 7,2% dos pacientes para 3,7% dos entrevistados no M2. Dos pacientes com risco para suicídio, 55% deles relataram ansiedade ao serem recém diagnosticados e 65% dos pacientes não revelaram ter depressão. A partir do 18º mês do diagnóstico, dos pacientes associados ao risco de suicídio, 75% revelaram escores positivos para ansiedade. Na junção dos grupos, a HADs confirmou associação ao risco de suicídio aos pacientes recém diagnosticados (M1) ($p < 0,001$ para ansiedade e não ter depressão; Tabela 9). Após o 18ª mês do diagnóstico (M2), somente a HADs positiva para ansiedade teve associação estatística com o risco para o suicídio ($p < 0,001$), vide Tabela 9.

O CAGE foi aplicado apenas aos pacientes que relataram ser etilistas no questionário sociodemográfico e por isso seu número total menor de participantes. Verificou-se que a maioria dos pacientes não revelou suspeita para alcoolismo nos dois momentos. Entre os pacientes com risco de suicídio ao diagnóstico, 30,8% tinham suspeita para alcoolismo. O dado quase foi significativo estatisticamente no M1 ($p = 0,054$), diferentemente do M2 com $p = 1,000$ (Tabela 9).

Apenas dois pacientes responderam ao diagnóstico o questionário Fagerström por serem tabagistas ativos no momento da entrevista, e o grau de dependência à nicotina mostrou ser muito baixo e baixo para cada um dos pacientes (50%). Nenhum dos dois pacientes apresentou associação com risco de suicídio. A partir do 18º mês do diagnóstico, 3 pacientes relataram dependência à nicotina. O dado não teve valor estatístico na relação com o risco de suicídio para os dois momentos ($p = 0,999$ em ambos os momentos). Cabe ressaltar que este questionário foi aplicado a partir da segunda fase da pesquisa.

Tabela 11 – Percepção após a primeira fase da pesquisa para o momento 2

Variável	Categorias	Grupo 1 (n=59)*	Grupo 2 (n=49)*	Valor p ^a
O preenchimento do questionário foi	difícil	4 (6.78%)	2 (4.08%)	0.624
	fácil	23 (38.9%)	24 (48.9%)	
	indiferente	8 (13.5%)	7 (14.2%)	
	muito fácil	22 (37.2%)	13 (26.53%)	

*Os totais podem variar por algum dado omissos. ^a Teste exato de Fisher

Frente a pandemia da Covid-19 foi criada uma Escala Likert para analisar a percepção dos pacientes sobre a pandemia (Tabela 10). Apenas a pergunta 'o quanto o paciente tem se isolado' apresentou associação estatística significativa com o risco de suicídio ($p=0,035$). Trinta e cinco participantes não responderam a este questionário por terem sido convidados para o segundo momento da pesquisa antes do início da pandemia.

A Tabela 11 representa uma análise descritiva a cerca do preenchimento dos questionários na primeira etapa da pesquisa. Constatou-se que 38,9% dos pacientes do Grupo 1 e 48,9% dos entrevistados no Grupo 2 alegaram ter sido fácil preencher os questionários (Tabela 11). Apesar de ao todo três pacientes relatarem algum desconforto após a primeira entrevista, nenhum deles especificou o tipo de desconforto sentido. As variáveis não tiveram valores estatísticos significativos para os dois grupos (vide Tabela 11).

O questionário de qualidade de vida (UCLA-PCI) foi incluído na pesquisa a partir do ano de 2019 sendo, portanto, aplicado no Grupo 1 somente no M2. Devido a este aspecto, uma comparação longitudinal destes pacientes não foi permitida. A qualidade de vida dos pacientes nos dois grupos foi avaliada após o 18º mês do diagnóstico (M2) (Tabela 12). Observou-se que houve associação significativa com o risco para o suicídio em relação as limitações de função da saúde física ($p<0,001$), emocionais ($p<0,001$), a vitalidade ($p=0,002$), a saúde mental ($p=0,002$), a função social ($p=0,023$), saúde geral ($p=0,004$) e a transição de saúde ($p=0,005$). Os domínios urinários, intestinais e sexuais não apresentaram associação ao risco de suicídio nos pacientes entrevistados (Tabela 12).

Tabela 12 – UCLA - PCI para os dois grupos no momento 2

Variável	Possui risco de suicídio		Total* (n=108)	Valor ^a p
	Não (n=104)	Sim (n=4)		
Função física	85.83 ± 19.09	52.50 ± 46.99	84.59 ± 21.28	0.363
Limitações de função saúde física	88.90 ± 19.97	31.25 ± 19.76	86.74 ± 22.71	<0.001
Limitações de função emocionais	90.78 ± 17.92	56.25 ± 7.98	89.49 ± 18.82	<0.001
Vitalidade	75.40 ± 17.56	29.69 ± 21.88	73.70 ± 19.65	0.002
Saúde mental	81.70 ± 14.73	45.00 ± 12.91	80.33 ± 16.20	0.002
Função social	89.40 ± 16.87	70.83 ± 7.22	88.27 ± 17.00	0.023
Dor corporal	84.42 ± 17.06	59.38 ± 42.44	83.48 ± 18.81	0.19
Saúde geral	76.94 ± 18.42	41.25 ± 14.36	75.62 ± 19.45	0.004
Transição de saúde	37.62 ± 22.38	75.00 ± 20.41	39.02 ± 23.34	0.005
Função urinária	79.04 ± 24.23	71.70 ± 20.14	78.77 ± 24.05	0.462
Função intestinal	92.37 ± 13.18	93.00 ± 14.00	92.39 ± 13.15	0.707
Função sexual	45.68 ± 26.88	23.16 ± 14.81	44.83 ± 26.83	0.094
Incômodo urinário	43.07 ± 46.38	12.50 ± 25.00	41.90 ± 46.06	0.212
Incômodo intestinal	90.44 ± 19.91	93.75 ± 12.50	90.57 ± 19.66	0.973
Incômodo sexual	69.77 ± 32.53	50.00 ± 25.00	68.48 ± 32.25	0.228

*Os totais podem variar por algum dado omissos. ^a Teste exato de Fisher

Diante do tamanho amostral e baixa prevalência de risco para o suicídio dos pacientes do Grupo 2, que responderam aos dois momentos do questionário de qualidade de vida, foi realizada uma análise bidimensional dos dados. Observamos que o risco para o suicídio sofreu uma queda de 8,16% quando da descoberta do CP para 6,12% após o 18^o mês do diagnóstico (Tabela 13). Dois pacientes que apresentaram risco para suicídio ao diagnóstico ao participarem do M2 este risco não se apresentou mais. Somente um paciente do Grupo 2 que não manifestou risco para o suicídio ao diagnóstico, apresentou este risco após o 18^o mês da descoberta da doença (M2).

Tabela 13 – Tabela cruzada entre risco de suicídio M1 e M2 para o Grupo 2

Risco para o suicídio nos primeiros 6 meses após o diagnóstico (M1)	Risco para o suicídio – 18º mês após o diagnóstico (M2)		Total	Valor p ^a
	Não	Sim		
Sim	2	2	4 (8.16%)	1.000
Não	44	1	45	
Total	46	3 (6.12%)	49	

^a Teste de McNemar.

Observou-se que, dos pacientes que responderam ao questionário de qualidade de vida para os dois momentos, houve associação significativa com o risco para suicídio em relação às limitações de função de saúde física ($p=0,037$), vitalidade ($p=0,006$), saúde mental ($p=0,014$), função social ($p=0,011$), saúde geral ($p=0,019$) e transição de saúde ($p=0,013$) no momento da descoberta da doença (Tabela 14). Após o 18º mês do diagnóstico (M2), a associação do risco para o suicídio foi manifestada em relação a função física ($p=0,003$), as limitações devido a função de saúde física e função de saúde emocionais (ambas com $p<0,001$), vitalidade ($p=0,088$), saúde mental ($p=0,007$), função social ($p<0,0001$), dor corporal ($p=0,033$), saúde geral ($p=0,014$) e transição de saúde ($p=0,016$) (Tabela 14). Os domínios urinário, intestinal e sexual não apresentaram associação com o risco para o suicídio nos pacientes entrevistados para os dois momentos do Grupo 2 (vide Tabela 14).

Tabela 14 – UCLA - PCI para o Grupo 2 momento 1 e 2

Variável	Momento 1			Momento 2		
	Possui risco de suicídio		Valor ^a p	Possui risco de suicídio		Valor ^a p
	Não (n=45)	Sim (n=4)		Não (n=46)	Sim (n=3)	
	Mediana (Q1-Q3)	Mediana (Q1-Q3)		Mediana (Q1-Q3)	Mediana (Q1-Q3)	
Função física	100.00 (85.00; 100.00)	80.00 (60.00; 90.00)	0,037	97.50 (85.00; 100.00)	35.00 (32.50; 52.50)	0,003
Limitações de função saúde física	100.00 (87.50; 100.00)	81.25 (53.12; 100.00)	0,331	100.00 (93.75; 100.00)	25.00 (15.62; 37.50)	<0,001
Limitações de função emocionais	100.00 (83.33; 100.00)	70.83 (62.50; 81.25)	0,069	100.00 (100.00; 100.00)	50.00 (50.00; 58.33)	<0,001
Vitalidade	75.00 (62.50; 81.25)	46.88 (37.50; 51.56)	0,006	75.00 (62.50; 87.50)	18.75 (12.50; 37.50)	0,008
Saúde mental	85.00 (75.00; 95.00)	42.50 (35.00; 58.75)	0,014	90.00 (80.00; 95.00)	50.00 (45.00; 55.00)	0,007
Função social	100.00 (87.50; 100.00)	68.75 (59.38; 78.12)	0,011	100.00 (87.50; 100.00)	50.00 (43.75; 62.50)	<0,0001
Dor corporal	100.00 (80.00; 100.00)	73.75 (56.25; 85.00)	0,16	100.00 (70.00; 100.00)	57.50 (28.75; 73.75)	0,033
Saúde geral	85.00 (65.00; 90.00)	53.75 (37.50; 63.12)	0,019	80.00 (70.00; 88.75)	45.00 (37.50; 52.50)	0,014
Transição de saúde	50.00 (50.00; 75.00)	75.00 (75.00; 81.25)	0,013	25.00 (25.00; 50.00)	75.00 (62.50; 87.50)	0,016
Função Urinária	100.00 (95.00; 100.00)	93.40 (78.45; 100.00)	0,314	93.40 (68.20; 100.00)	71.80 (65.90; 85.90)	0,593
Função Intestinal	100.00 (87.50; 100.00)	100.00 (93.25; 100.00)	0,674	100.00 (93.75; 100.00)	100.00 (86.00; 100.00)	0,822
Função Sexual	71.88 (56.25; 84.38)	57.31 (40.12; 67.97)	0,176	56.25 (24.47; 68.75)	34.38 (22.38; 35.94)	0,133
Incômodo Urinário	100.00 (100.00; 100.00)	75.00 (43.75; 100.00)	0,239	50.00 (0.00; 100.00)	0.00 (0.00; 25.00)	0,149
Incômodo Intestinal	100.00 (100.00; 100.00)	75.00 (37.50; 100.00)	0,328	100.00 (100.00; 100.00)	100.00 (87.50; 100.00)	0,634
Incômodo Sexual	75.00 (50.00; 100.00)	37.50 (25.00; 56.25)	0,081	50.00 (12.50; 75.00)	25.00 (12.50; 50.00)	0,524

*Os totais podem variar por algum dado omissos. ^a Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Tabela 15 - Dados dos pacientes com risco para suicídio para os momentos 1 e 2

Variável	Categoria	Pacientes que apresentaram risco de suicídio	
		Momento 1 (n=20)	Momento 2 (n=4)
Raça	Branco	16 (80.0%)	3 (75%)
	Não branco	4 (20.0%)	1 (25%)
Estado civil	Divorciado, separado, viúvo, solteiro	7 (35.0%)	1 (25%)
	Casado	13 (65.0%)	3 (75%)
Faixa Etária	< 54 anos	6 (30.0%)	1 (25%)
	De 55 a 65anos	7 (35.0%)	1 (25%)
	> de 66 anos	7 (35.0%)	2 (50%)
Tratamento psiquiátrico anterior	Sim	7 (35.0%)	1 (25%)
	Não	13 (65.0%)	3 (75%)
Histórico familiar de comportamento suicida	Sim	6 (30.0%)	1 (25%)
	Não	14 (70.0%)	3 (75%)
HADs	Com ansiedade	11 (55.0%)	3 (75%)
	Sem ansiedade	9 (45.0%)	1 (25%)
	Com depressão	7 (35.0%)	2 (50%)
	Sem depressão	13 (65.0%)	2 (50%)
CAGE*	Sim	4 (30.8%)	0 (0%)
	Não	9 (69.2%)	2 (100%)

*Os totais podem variar por algum dado omissos.

Na Tabela 15 foram reunidos alguns aspectos representativos dos pacientes com risco de suicídio para os dois momentos. Conforme apresentado, os pacientes com risco para o suicídio eram em sua maioria brancos (80% no M1 e 75% para M2) e casados (65% no M1 e 75% para M2). Quanto à idade, ao diagnóstico o risco de suicídio mostrou-se semelhante em pacientes de 55 a 65 anos e acima de 66 anos (35%). No M2, o risco para o suicídio foi mais expressivo em pacientes com mais de 66 anos de idade (50% dos entrevistados).

Ainda na tabela 15, constatou-se que, tanto ao diagnóstico quanto meses após o primeiro contato (M2), os pacientes com risco de suicídio não tinham histórico de tratamento psiquiátrico prévio (65% no M1 e 75% para M2) e histórico familiar de comportamento suicida (70% no M1 e 75% dos pacientes para o M2). Os pacientes com risco para o suicídio apresentaram índices maiores para ansiedade quando diagnosticados e após o 18º mês do diagnóstico (55% e 75% para M1 e M2, respectivamente), sendo verificados indícios iguais

para os entrevistados com e sem depressão para o M2 (50%). A suspeita para o alcoolismo não mostrou ser um elemento associado ao risco de suicídio destes pacientes.

Na Tabela 16, examinamos a resposta dos entrevistados a cada questionamento do MINI. Notou-se que, dos pacientes com risco para suicídio, 65% deles no M1 e 50% deles no M2 desejavam estar mortos no último mês. As três indagações subsequentes retrataram um olhar divergente, visto que a maioria dos pacientes com risco para o suicídio apresentaram que não queriam fazer mal a si mesmos, não tinham pensado em se suicidar e tentado o suicídio no último mês. Já a última pergunta do questionário expôs que, dos pacientes com risco para suicídio, 20% ao diagnóstico e 25% deles após o 18º mês do diagnóstico tentaram o suicídio ao longo da vida.

Tabela 16 - Respostas ao MINI dos pacientes com risco para suicídio momentos 1 e 2

Variável	Categoria	Possui risco de suicídio	
		Momento 1 (n=20)	Momento 2 (n=4)
Desejou estar morto no último mês?	Sim	13 (65.0%)	2 (50.0%)
	Não	7 (35.0%)	2 (50.0%)
Quis fazer mal a si mesmo no último mês?	Sim	3 (15.0%)	0 (0.0%)
	Não	17 (85.0%)	4 (100.0%)
Pensou em se suicidar no último mês?	Sim	6 (30.0%)	0 (0.0%)
	Não	14 (70.0%)	4 (100.0%)
Pensou em uma maneira de se suicidar no último mês?	Sim	5 (25.0%)	2 (50.0%)
	Não	15 (75.0%)	2 (50.0%)
Tentou o suicídio no último mês?	Sim	0 (0.0%)	0 (0%)
	Não	20 (100.0%)	4 (100.0%)
Tentou o suicídio alguma vez ao longo da vida?	Sim	4 (20.0%)	1 (25.0%)
	Não	16 (80.0%)	3 (75.0%)

A Tabela 17 apontou que dos pacientes com risco para o suicídio, 60% deles possuíam risco baixo ao diagnóstico e que no segundo momento (M2), dos pacientes que apresentaram risco, 75% deles revelou ter alto risco para o suicídio a partir do MINI.

Tabela 17 - Escores do MINI para momento 1 e 2

Variável	Categoria	Momento 1 (n=20)	Momento 2 (n=4)
Escores do MINI	Baixo Risco	12 (60.0%)	1 (25.0%)
	Risco Moderado	3 (15.0%)	0 (0.0%)
	Alto Risco	5 (25.0%)	3 (75.0%)

5 DISCUSSÃO

O interesse pelo tema do suicídio se deu ainda na época da faculdade, quando me deparei com um capítulo do livro de Durkheim (1982) sobre o quanto as atitudes do sujeito podem ser influenciadas pelo meio social em que vive. O desejo de pesquisar mais sobre o assunto, no entanto, ficou adormecido. Após dez anos, veio o amadurecimento e confiança para escrever acerca do suicídio para a dissertação de mestrado.

A definição pelo câncer de próstata ocorreu por ser um tumor pouco explorado nas pesquisas do ponto de vista psicológico, mas em crescimento na população masculina nos últimos anos. Os critérios para a dissertação surgiram a partir de um artigo de Johnson et al. (2012) que correlacionou o 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 e ainda hoje referenciados, percebemos que outros autores concordam com a pesquisa de Johnson et al. (2012) 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) e Anguiano et al. (2012) nos EUA, Smailyte et al. (2013) na Lituânia, Carlsson et al. (2013) na Suíça e Ahn et al. (2015) em Seul. Constatamos o quanto o tema tem sido objeto de estudo em diferentes culturas.

Diante deste cenário e, ao refletirmos sobre a nossa realidade no Brasil, vemos que o número de homens acometidos pelo CP tem aumentado, sendo escassas as pesquisas brasileiras entre os aspectos emocionais do paciente desde o diagnóstico até meses após a intervenção terapêutica decidida. Na primeira fase de nossa pesquisa (Zendron et al. 2018) observamos que 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 em relação a ansiedade e a depressão. A maior sobrevivência dos pacientes com CP localizado nos fez questionar sobre como estaria a qualidade de vida e os aspectos emocionais destes homens após o tratamento. Dessa forma, a pesquisa teve por objetivo um olhar longitudinal a estes pacientes.

A dificuldade da 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 ao diagnóstico, as comorbidades, o tipo de tratamento indicado, a rede de suporte do paciente, se trata-se de um paciente ansioso ou não, a história pregressa de tratamento psiquiátrico, dentre tantos outros aspectos. 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 múltiplas pesquisas existentes sobre o mesmo tema. Os critérios são distintos e a análise do estudo é feita com base nos achados e limitações. No entanto, a sensação que temos é 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 pesquisa envolveu os pacientes com CP localizado. Homens diagnosticados com alto risco pela Classificação D'Amico não foram incluídos no estudo por concordamos com Carlsson et al. (2013) que comprovaram que pacientes com doença avançada possuem risco mais elevado ao suicídio, sendo nosso intuito apresentar dados de uma população com poucos estudos em nosso país, que são os pacientes com CP localizado. Pacientes com doença metastática necessitam de um tratamento específico, onde o bloqueio hormonal ou privação de andrógenos tem por objetivo reduzir o nível de hormônios masculinos no corpo. Os efeitos colaterais mais comuns deste tratamento são: os fogachos, perda da libido e disfunção erétil, eventos cardiovasculares, ganho de peso e hiperglicemia, dentre outros. Devido aos inúmeros efeitos mencionados, julgamos que a inclusão deste público acarretaria em dados heterogêneos, o que por sua vez poderia dificultar a análise e comparação dos resultados.

Nosso estudo completo ocorreu de setembro de 2015 a novembro de 2022, sendo realizado em 2 fases. A primeira com 250 pacientes e, mais recentemente a partir de 2019, nossa amostra foi ampliada com mais 83 pacientes. Foram aplicados questionários em dois momentos distintos, ao diagnóstico e a partir do 18º mês após o diagnóstico. Este tempo entre a primeira e segunda entrevista foi estimado de maneira a contemplar os participantes do M1 e convidá-los a participar para o M2. Ao unirmos os grupos de pacientes de cada fase, nossa amostra final consistiu em 333 pacientes no M1 e de 108 pacientes no M2.

É sabido que pacientes oncológicos têm um risco de suicídio duas vezes maior do que a população geral, sendo mais elevado no primeiro ano depois da descoberta da doença e

decair ao longo do tempo. Observamos que o risco para suicídio na nossa amostra diminuiu após o 18º mês do diagnóstico de CP, de 5,7% no momento do diagnóstico para 3,7%, estando de acordo com a literatura (Smith et al. 2018, Kiffel e Sher 2015).

Dentre os fatores associados ao risco de suicídio em pacientes com câncer estão: sexo masculino, raça branca, falta de um ou outro apoio social e transtornos emocionais ou de ansiedade preexistentes (Granek et al. 2018). Nosso estudo obteve fatores distintos associados ao risco de suicídio nos pacientes com CP localizado. Dentre os pacientes recém-diagnosticados que apresentaram risco para o suicídio houve associação com a ansiedade, depressão, ser casado, não morar sozinho, ser diagnosticado com risco intermediário pela classificação D'Amico, ter indicação de tratamento cirúrgico, não ter realizado tratamento psiquiátrico anterior e não ter histórico de comportamento suicida na família.

Por não ter sido indagado qual gênero o paciente se identifica, este aspecto não foi aprofundado em nossa pesquisa, sendo os entrevistados conceituados como pessoas do sexo masculino com CP. Quanto à raça à prevalência de nossa amostra, foi de pacientes brancos nos dois momentos, não sendo um fator significativo estatisticamente ao risco para o suicídio no estudo.

Interessante a percepção da faixa etária mais incidente em cada momento. No período do diagnóstico tivemos uma amostra de pacientes predominante na faixa de idade de 55 a 65 anos (46,2%) com o risco para o suicídio mais expressivo neste intervalo de idade. No M2, os homens entrevistados apresentaram índices próximos do intervalo de idade entre 55 e maiores de 66 anos (44,4% e 45,3% respectivamente). Apesar de não ter valor estatístico, dos pacientes com risco de suicídio após o 18º mês do diagnóstico, 50% deles eram mais velhos, o que nos sugere dar uma atenção a estes pacientes, uma vez que as pesquisas referem taxas de suicídio mais elevadas em homens com mais idade (Ministério da Saúde 2022b).

Nos permitimos fazer uma associação entre o número de pacientes da nossa amostra com terceiro grau completo (56,1%) com a taxa de entrevistados que declararam estar na Classe A e B pela classificação econômica Brasil (somados 90,2% da população estudada no M1 e 83% no M2). Tais dados podem ser ainda relacionados com o maior número de pacientes que possuíam convênio (78,7% no M1 e 77,7% no M2). O risco para o suicídio, conseqüentemente, apresentou índices maiores ao ser associado a estas variáveis. No entanto, nenhuma delas foi significativa nos dois momentos da aplicação dos questionários.

A partir da classificação D'Amico observamos um número maior de pacientes com risco intermediário ao diagnóstico (56,8% no M1). Este dado pode ser explicado pela demora do homem em procurar ajuda médica. A busca por auxílio costuma ser incentivada pela parceira, talvez até pelo fato das mulheres apresentarem um cuidado maior com a própria saúde e propor este movimento ao companheiro ou marido (Ministério da saúde 2021).

Ao indagar sobre o antecedente de câncer, descobriu-se que poucos participantes foram diagnosticados com outro tipo de tumor (8,1% no M1 e 12% no M2), sendo o risco para suicídio mais incidente nos pacientes que não tinham esse histórico pessoal. Contudo, ao analisar os índices dos que referiram possuir antecedente oncológico na família, os números se alteram. Dos pacientes com risco de suicídio, 84,2% ao diagnóstico e 75% após o 18º mês da descoberta da doença, declararam ter algum familiar com câncer, sendo geralmente explicitado em seguida, ser um dos pais ou irmão.

Pode-se averiguar o quanto este histórico possa deixar o paciente mais apreensivo diante da possibilidade e depois confirmação do próprio diagnóstico. A vivência prévia de um familiar com câncer pode vir a influenciar no modo do entrevistado enfrentar e dar significado a sua própria doença e tratamento. Alguns pacientes explicaram no segundo contato, quando da aplicação do questionário MINI, que o fato do familiar ter sido diagnosticado com o mesmo tipo de tumor do paciente, trouxe maior ansiedade e até mesmo um alerta aos irmãos mais jovens. A inquietação era justificada pelo receio do irmão vir a desenvolver um CP no futuro. Um paciente em particular relatou que o irmão mais velho já tinha sido diagnosticado com CP aos 45 anos. Ele, com idade próxima da época do diagnóstico do parente, havia acabado de saber que possuía a mesma doença.

Alguns pacientes retrataram cuidados além do câncer, isto é, 49 pacientes (14,7% da amostra) relataram ter alguma comorbidade. Dos pacientes com risco para suicídio, 75% deles eram hipertensos no momento do diagnóstico. No M2, apesar da evidência maior de entrevistados que referiram ter uma comorbidade (58 pacientes da amostra), o risco de suicídio foi observado em apenas um paciente que disse possuir diabetes. Esta variável foi incluída nesta fase da pesquisa por presumirmos, diante do estudo de Bolton et al. (2015), que o diagnóstico de câncer somado a uma comorbidade preexistente poderia vir a ser mais um fator de risco, o que não se mostrou significativo em nosso estudo.

No entanto, pacientes que referiram ter alguma doença crônica ou degenerativa, além do diagnóstico de CP, reforçaram ao final da conversa com a pesquisadora (após a aplicação

do MINI) o quanto a doença reportada como comorbidade ocasionava um peso maior na vida do paciente do que o próprio diagnóstico de câncer. O incômodo e ansiedade referenciados estavam relacionados a outra patologia. Deve-se ressaltar que tais informações foram incluídas como observações adicionais relatadas por alguns pacientes e não correspondem como dado qualitativo a ser mensurado.

A diferença de índices também nos chamou a atenção entre os tabagistas ativos e os pacientes que consumiam álcool na época do diagnóstico. O momento 2 apresentou uma alteração no cenário dos pacientes tabagistas ativos, diminuindo ainda mais o percentual de fumantes (queda de 9,6% no M1 para 3,8% no M2). O grau de dependência à nicotina, avaliado a partir do questionário Fagerström, não se mostrou significativo frente ao número baixo de pacientes tabagistas ativos. O hábito de deixar de fumar frente a descoberta de uma doença grave parece ser o movimento usual imediato de muitos pacientes. Podemos pensar também na influência social neste sentido em relação aos tabagistas, diferente da condição esperada aos homens que consomem bebida alcoólica.

Em relação ao etilismo, verificou-se uma redução de seu consumo na comparação entre os períodos de entrevista (65,6% no M1 para 59,3% no M2), não sendo uma redução tão acentuada quanto ao uso de tabaco. No entanto, observou-se que, após o 18º mês do diagnóstico, os entrevistados com risco para o suicídio apresentaram taxas iguais entre os pacientes declarados etilistas dos pacientes que não faziam uso de bebida alcoólica (50% para cada categoria). Deve-se ressaltar que pacientes que declararam consumo ocasional de bebida alcoólica, para fins de análise, foram categorizados como etilistas e responderam conseqüentemente, ao CAGE. A partir destes resultados podemos constatar o quanto o hábito da bebida alcoólica é comum e, de certa forma, mais aceito socialmente nos dias atuais do que o tabagismo. Cabe enfatizar o aumento do consumo de bebida alcoólica durante a pandemia, o que para alguns pacientes pode ter servido como recurso para lidar com as emoções do período (Iasc 2023).

Ao verificar um dos fatores protetores para o risco de suicídio vemos que 62% dos participantes apontaram ter ao menos uma rede de apoio. Esta pergunta foi incluída na segunda fase da pesquisa por acreditarmos no auxílio e acolhimento de uma boa rede de suporte do paciente ao descobrir uma doença como o câncer. Concordamos com Granek et al. (2018), quando retratou que pessoas com uma rede de suporte próxima possuem menor risco para o suicídio. Em nossa pesquisa, dos 79 homens que apontaram ter apenas uma rede

de apoio, 78 deles responderam ter a família como suporte. Aos que referiram ter duas redes de apoio, os amigos são reportados. Pacientes que relataram ter três ou mais redes de suporte, nomearam as redes comunitárias (igrejas, por exemplo) e as relações de trabalho como seu maior recurso. Dos pacientes com risco de suicídio, 87,5% no M1 e 75% no M2, tinham apenas uma rede de apoio. Notou-se que os pacientes que relataram ter três ou mais redes de apoio foram os que não apresentaram risco de suicídio, seja ao diagnóstico ou meses após (M2).

Pode-se refletir que pacientes que possuem maior assistência de parentes e amigos podem vir a compartilhar suas angústias frente ao diagnóstico e se ajustar melhor a doença e tratamento. Concordamos com o argumento de Almeida (2021) ao referir que “pessoas que não possuem esses elos de integração em grupos sociais, poderão sofrer com mais intensidade uma sensação de isolamento e solidão”.

Diante deste aspecto, atentamos ao discurso de alguns pacientes que não estavam preocupados com sua doença, mas sim com os cuidados à esposa ou outra pessoa enferma em casa. O olhar para o outro parece tirar o foco de seu próprio cuidado ou relativizar o diagnóstico “ela precisa mais de mim neste momento”. Pode-se pensar também o quanto o cuidar do outro seja um fator protetor ao risco de suicídio do paciente. Este não atua, pois sabe que não há rede de apoio para a pessoa enferma que mora com ele. Ao mesmo tempo podemos aferir que o paciente busca olhar para o outro por não conseguir lidar com a necessidade de um olhar mais cuidadoso para si.

Ao refletir sobre os dados frente ao estado civil e os pacientes que expuseram que não moravam sozinhos, deve-se considerar que não são todos os pacientes que se dizem solteiros ou viúvos que moram só. Diante de nossa amostra no M1, observou-se o grande número de pacientes que moravam com alguém (93,3% dos entrevistados). Chamou-nos a atenção que dos pacientes com risco para suicídio 77,8% não moravam sozinhos no momento do diagnóstico. Diferentemente da primeira fase de nossa pesquisa, em que o risco de suicídio em pacientes recém diagnosticados com CP foi estatisticamente representativo em solteiros, divorciados e viúvos (Zendron et al. 2018), na fase mais recente do estudo (a partir de 2019), o índice de suicídio foi mais eminente em pacientes casados (correspondendo a 65% dos pacientes com risco para suicídio no M1).

Outro fator tido como protetor ao risco de suicídio em pacientes oncológicos é ter uma afiliação religiosa (Panczak et al. 2013), dado este diferente dos apresentados em nosso

estudo. Verificamos que, dentre os pacientes com risco para o suicídio, 94,7% deles referiram ter uma religião ao diagnóstico e 75% deles para o M2. O que parece nos mostrar que, mesmo não sendo um dado com valor estatístico, a religião não é percebida como um aspecto protetivo em nossa amostra.

Nosso trabalho não teve por objetivo a relação com a pandemia da Covid-19, mas não podemos desconsiderar o ocorrido. Nos Estados Unidos, foi constatada a diminuição das taxas de suicídio nos primeiros meses após um desastre. Segundo Reger et al. (2020), o que, para alguns autores, é apontado como “*pulling together effect*”, isto é, as pessoas ao vivenciarem situações difíceis buscam apoio entre si, de forma a fortalecer a conexão social (Reger et al. 2020). Para Simonetti et al. (2022), a pandemia da Covid-19 se assemelha a um desastre e, assim, observaram um efeito positivo nas pessoas, concentrando menos em si mesmas e mais na resposta à pandemia. Como resultado, o período imediatamente após o início de um desastre pode ser relacionado a um alívio geral e, portanto, a taxas menores de suicídio (Simonetti et al. 2022).

Devido a pandemia da Covid-19, o Departamento de Saúde Mental da instituição desenvolveu um breve questionário de maneira a observar o impacto da pandemia nos pacientes. O questionário foi disponibilizado para aplicação dos pesquisadores do Departamento de Saúde Mental e alunos da Pós- Graduação vinculados ao mesmo. Na análise do questionário foi observado que a preocupação com a pandemia mostrou ser ‘muita’ no momento do diagnóstico para 48,1% dos pacientes contra 30,6% no M2. Apenas a terceira pergunta, do quanto o paciente tem se isolado, mostrou ser significativa ($p=0,035\%$) para o M1. Do total dos 52 pacientes que responderam a este questionário (M2), 65,4% deles declararam se isolar muito até o momento da entrevista. No entanto, dos pacientes com risco para suicídio, o isolamento foi referido como ser pouco para 66,7%. A partir destes resultados podemos inferir como os pacientes casados da amostra enfrentaram o período da pandemia. O fato de ter que lidar com o diagnóstico e tratamento durante o período de pandemia, além da necessidade de cuidados com o isolamento e perigos de contágio da Covid-19, parecem acarretar novas aflições ao paciente.

Outro aspecto observado a partir da pandemia foi a possibilidade de uma abertura maior para alguns pacientes a partir do contato virtual. Eles pareceram se sentir mais à vontade para falar de suas questões íntimas e emoções, talvez pelo fato de não estarem frente a frente com a pesquisadora. Alguns escreveram textos no corpo do e-mail para justificar

algumas respostas dos questionários, outros se justificaram ao lado da questão em si. Neste caso, observou-se que muitas dessas anotações eram referentes ao aspecto sexual. Alguns se abriram no segundo contato, durante a aplicação do questionário de risco de suicídio. Geralmente neste momento o paciente parecia se sentir mais confortável para expressar seus sentimentos e dificuldades ao diagnóstico. Pode-se averiguar o quanto os temas podem ser difíceis de serem compartilhados com outras pessoas.

Kovács (2013) aponta o quanto a solidão, desamparo e não escuta podem ser fatores associados à intencionalidade do ato suicida. Adicionamos as considerações de Rice et al. (2021) no estudo com 105 homens canadenses diagnosticados com CP. Para os autores, as dificuldades relacionais do homem solitário podem ser consequência de sua raiva e prever um quadro de ansiedade e depressão nos pacientes com CP. O espaço proporcionado pela pesquisa possibilitou certa escuta e acolhimento. Claro que não devemos restringir e nem considerar essas expressões como terapêuticas ou um fim em si das questões trazidas pelos pacientes, mas que possamos trazer a reflexão e busca por um auxílio futuro. E que esta habilidade para se comunicar possa ser vista como um dos fatores de proteção ao comportamento suicida do paciente.

Diferentemente de outros estudos (Brunckhorst et al. 2021, Anderson et al. 2022, Rice et al. 2020), os pacientes indicados ao tratamento cirúrgico em nossa amostra apresentaram um risco estatisticamente significativo maior para o suicídio do que pacientes sem qualquer indicação de tratamento. Para a grande maioria dos pacientes (68,2%) foi indicada a cirurgia, em comparação com os pacientes encaminhados à vigilância ativa (15,9%), radioterapia (3,9%) ou HIFU (2,4%). Alguns tratamentos, tais como a prostatectomia radical e radioterapia podem trazer efeitos imediatos de impotência sexual ao paciente. Soloway et al. (2010) observaram que mesmo pacientes em vigilância ativa relataram dificuldade para manter a ereção.

A preocupação com a possível sequela relacionada à parte sexual é uma das ansiedades comumente relatadas pelos pacientes. Observou-se, a partir de nossos resultados, a associação do risco para o suicídio com a ansiedade nos pacientes recém diagnosticados ($p < 0,001$). Talvez a indicação de cirurgia possa ser um dos fatores relacionados à ansiedade mais elevada manifestada nestes pacientes diante do receio em ter problemas de disfunção erétil após o procedimento cirúrgico.

Ressaltamos as taxas expressivas de pacientes que apresentaram risco para o suicídio e não foram indicados a nenhum tipo de tratamento (30% de nossa amostra no M1). Ao analisar mais profundamente esta variável, constatou-se que dos 26 pacientes que não foram indicados a nenhum tipo de procedimento, metade foi entrevistada durante o período da pandemia. Pode-se supor que a opção por não passar por qualquer intervenção seja devido ao receio de internação e/ou medo de pegar Covid-19. Deve-se considerar que, dos pacientes da amostra que não foram indicados a nenhum tipo de tratamento, 16 participantes foram diagnosticados com risco intermediário de CP e 6 deles apresentaram risco para o suicídio no M1. Dado que mais uma vez parece reforçar as taxas de risco de suicídio maiores em pacientes com tumores mais avançados logo ao diagnóstico.

Após o 18º mês do diagnóstico (M2), apenas a ansiedade revelou associação com o risco para suicídio, o que podemos relacionar com as alterações vistas na qualidade de vida dos entrevistados. Quando observamos os aspectos do UCLA-PCI que apresentaram associação significativa com o risco para suicídio constatamos o quanto as limitações das funções físicas e emocionais, a vitalidade, a saúde mental, a função social, saúde geral e transição de saúde abalaram os pacientes. A ansiedade talvez esteja na possibilidade de ter mais de um desses aspectos em desequilíbrio. As limitações sentidas pelos pacientes, por exemplo na transição de saúde após meses do diagnóstico, parecem alterar seu bem-estar geral e, talvez por isso, eles manifestem índices maiores de ansiedade neste período. Os achados estão de acordo com o estudo de Salvetti et al. (2020) ao relacionar o aumento da ansiedade e depressão a uma correlação negativa com a qualidade de vida em pacientes com câncer.

Em nossa pesquisa não avaliamos diretamente a questão da auto estima, por não ser o foco de nosso trabalho, mas a partir dos questionários aplicados pode-se suscitar a relação das variáveis coletadas com a possibilidade de uma baixa auto estima do entrevistado. Pode-se sugerir que homens após prostatectomia radical com prejuízo na função sexual ou que sofram com sintomas urinários tenham menor auto estima, conforme estudo de Izidoro et al. (2019) e Hilger et al. (2019) e relacionar com dados de nossa pesquisa, como alteração nos índices de depressão e risco para suicídio. Um estudo alemão (Hilger et al. 2019) objetivou comparar as alterações percebidas no funcionamento erétil, autoestima e a importância da sexualidade no homem ao optar pela prostatectomia radical ou vigilância ativa. Sabe-se que técnicas minimamente invasivas como videolaparoscopia e cirurgia robótica trazem sequelas

menores relacionados à disfunção erétil após os procedimentos (Barros et al. 2023). Hilger e seus colegas (2019), comprovaram isto anos antes, ao concluir que pacientes que realizaram a prostatectomia radical relataram mais mudanças na função erétil do que homens que optaram pela vigilância ativa. Além disso, os autores perceberam a relação entre a função erétil e a autoestima dos pacientes com CP localizado e a importância da sexualidade para eles. Pode-se pensar o quanto o paciente se sente acolhido e orientado em relação a parte sexual durante todo o tratamento do CP e isto estar relacionado a sua baixa auto estima ou índices positivos à depressão obtidos através de um questionário como a HADs.

Apesar de haver preocupação em muitos estudos sobre a depressão em pacientes com CP (Brunckhorst et al. 2021, Kiffel e Sher 2015, Rice et al. 2020), em nossa pesquisa as taxas de depressão foram significativas estatisticamente para o risco de suicídio somente ao diagnóstico. Atentamos ao fato de que, dos pacientes com risco para suicídio no M1, 35% deles mostraram índices para depressão. Os outros 65%, maioria dos pacientes com risco de suicídio portanto, não apresentaram escore para depressão a partir da HADs.

Acreditamos que a pandemia possa ter influenciado as respostas de muitos pacientes, principalmente referente às questões de ansiedade e depressão. Período este que coincidiu, em muitos pacientes do segundo grupo, com o momento do diagnóstico. O quadro maior de ansiedade pode estar relacionado à descoberta da doença, incerteza quanto à vida futura tanto em relação a pandemia quanto ao tratamento, mudança de rotina e demais preocupações que costumam afligir e trazer sofrimento emocionais aos pacientes oncológicos (Cohen et al. 2022).

No entanto, concordamos com os apontamentos de BRUNCKHORST et al. (2021) ao apresentar os limites de algumas pesquisas devido às ferramentas que avaliam sintomas de ansiedade e depressão e não consideram uma entrevista clínica com o diagnóstico dos respectivos transtornos. O antecedente psiquiátrico prévio foi questionado ao paciente, mas informações sobre diagnóstico psiquiátrico ou mesmo o CID de algum transtorno declarado pelo paciente não foi registrada. O fato do risco para o suicídio apresentar taxas maiores ao diagnóstico nos pacientes que não têm tratamento psiquiátrico anterior, não tem histórico familiar de comportamento suicida e não fazem uso de medicamentos para dormir e/ou para ansiedade e depressão parece nos trazer um alerta dos dados distintos alcançados em nossa pesquisa e a importância do olhar e escuta a este paciente.

Embora observarmos na análise longitudinal (grupo 2) que o risco para o suicídio sofreu uma queda de 8,16% quando da descoberta do CP para 6,12% após o 18º mês do diagnóstico, temos que considerar as profundas consequências psicológicas que a pandemia de COVID-19 possa ter gerado. Um estudo chinês (Wang et al. 2020) avaliou a resposta psicológica imediata na fase inicial da pandemia na China, em 2019. Mais da metade dos entrevistados avaliaram o impacto psicológico como moderado a grave, e quase um terço da amostra referiu ansiedade nesta mesma intensidade, isto é, de moderado a grave. Ainda na China, outro estudo visou compreender a ideação e tentativa de suicídio em pacientes com câncer durante a pandemia da COVID-19. A pesquisa dentro de um centro oncológico foi realizada com 5.670 pacientes, destes 755 (13,3%) relataram ideação suicida e 266 (4,7%) mencionaram tentativas de suicídio durante a pandemia da COVID-19 (Ma Z et al. 2022). Os números nos chamam a atenção, mas deve-se considerar que a amostra foi composta por pacientes com diversos tipos de câncer e com diferentes idades. Os autores deixam claro que a incidência maior de ideação suicida foi retratada na faixa de idade de 20-24 anos (23,9%). Intervalo de idade que não corresponde aos pacientes avaliados em nossa pesquisa, visto que o CP costuma ser mais prevalente em homens com mais de 40 anos.

Crump et al. (2023) verificaram a resposta psicológica de homens com CP de risco baixo ou intermediário recém diagnosticados, tendo por objetivo analisar o risco a longo prazo de depressão maior e morte por suicídio em uma grande coorte. O estudo de Crump et al. (2023), limitado à Suécia, realizado de 1998-2017, apresentou que pacientes com CP localizado possuíam taxas modestamente mais altas de depressão maior. Ainda no estudo, referiram que as mortes por suicídio ocorreram em maior número de 3 a 12 meses após o diagnóstico de CP, mas os autores reforçam que o índice alto de suicídio não se mantém durante todo o período de acompanhamento da doença. Interessante é considerar estas taxas mesmo sem interferência da Covid-19, pois o estudo de Crump et al. (2023) finalizou dois anos antes do início da pandemia.

Certa equivalência de uma análise longitudinal do estudo sueco (Crump et al. 2023) pode ser feita com o estudo de Carlsson et al. (2013) ao avaliar os pacientes com CP em três etapas: após o diagnóstico (de 0 a 6 meses), de 6 a 18 e acima de 18 meses após o diagnóstico. Os autores observaram que nos primeiros 6 meses após a descoberta da doença houve um risco aumentado para suicídio e que este risco diminuiu nos meses seguintes, sendo considerados insignificantes após 18 meses do diagnóstico. Em nosso estudo, acreditamos

que os níveis de risco para o suicídio no M2 não podem ser vistos como insignificantes conforme estudo de Carlsson et al. (2013). Ponderamos a relevância dos dados perante o número de participantes que responderam aos dois momentos, mas não podemos negligenciar as alterações manifestadas pelos pacientes relacionados a sua qualidade de vida ao diagnóstico e meses após o primeiro contato.

Ao analisar os aspectos do questionário UCLA-PCI dos 49 pacientes que participaram nos dois momentos da pesquisa, verificamos o quanto a qualidade de vida em relação a saúde do paciente foi impactada. Aspectos que foram significativos na relação com o risco para o suicídio no M1 parecem ser sentidas de outra maneira pelo paciente após o 18º mês do diagnóstico. Assim, percebemos as mudanças na função física, vitalidade, na saúde mental, função social, saúde geral e transição de saúde. Interessante constatar que questões que não se apresentaram ao diagnóstico, tornaram-se significativas com o tempo. Neste ponto, percepções quanto às limitações de função da saúde física, bem como de funções emocionais e a dor corporal modificaram ao longo do tempo. Pode-se pensar o quanto o procedimento terapêutico realizado pelo paciente em relação ao CP influenciou nas respostas ao sentir a transformação em sua qualidade de vida. Os aspectos físicos evidenciados pelos pacientes, após o 18º mês do diagnóstico, parecem afetar a percepção de bem estar geral do paciente e, conseqüentemente, vir a refletir nas relações que estabelece com o mundo, seja com a família próxima (esposa e filhos) ou no ambiente profissional e relações de amizade. A partir das alterações sentidas frente à vitalidade, à saúde mental e à função social pode-se pensar na dificuldade deste paciente em reorganizar sua vida emocional e estar mais disposto ao convívio social após o tratamento do CP. Os efeitos colaterais pós tratamento também podem vir a ser um incômodo e desejo de maior retraimento por parte do paciente devido a sintomas como a incontinência urinária, por exemplo.

Cabe apontar que os domínios urinário, intestinal e sexual, mesmo com a queda de alguns aspectos ao longo do tempo, não foram dados significativos em nossa pesquisa. A função e o incômodo sexual mostraram índices que nos permitem refletir sobre o abalo sentido e expresso de maneira contida pelo paciente. Este dado pode ser observado ao constatar que o índice de qualidade de vida em relação a esta função sofreu uma queda do momento do diagnóstico (M1, $p=0,176$) para o período pós indicação terapêutica (M2, $p=0,133$). Mesmo não sendo uma variável estatisticamente significativa, reforçamos o olhar mais atento a estes pacientes. Como já dito anteriormente, a aparente dificuldade em lidar

com as alterações sexuais após o tratamento realizado pode ser expressa pelo paciente no corpo do e-mail ou nos espaços dos questionários. O canal encontrado pelos pacientes da pesquisa para manifestar seu incômodo sexual parece reforçar as conclusões de Hilger et al. (2019) para um olhar mais atencioso a sexualidade do paciente diagnosticado com CP.

Ao analisar os pacientes que responderam aos dois momentos da pesquisa notamos que um único paciente não apresentou risco para o suicídio ao diagnóstico, mas meses depois relatou alto risco para se matar. No corpo do e-mail com as respostas dos questionários, o entrevistado explicou que tem 16 pinos na coluna e na bacia fêmur e que por isso, sente muitas dores no corpo. Deixou claro: “muitas respostas talvez estejam relacionadas a este aspecto e não ao câncer em si”. Dentre a mudança de hábito e percepções alteradas do M1 para o M2, observamos que o paciente não consumia bebida alcoólica ao diagnóstico e meses depois (M2) referiu que sim, consumia álcool. Chamou-nos a atenção, quando constatamos a variação da HADs do momento do diagnóstico, quando o paciente apresentou índices de 6 para ansiedade e 5 para depressão, para os 18 meses após o diagnóstico e os índices subiram para taxas de ansiedade de 11 e depressão 10. A alteração na HADs, somada a resposta afirmativa do MINI de que já pensou uma maneira de se matar, sendo que a pesquisadora o encaminhou encaminhado para o Departamento de Saúde Mental da instituição. O paciente respondeu que já era acompanhado por uma profissional de psicologia de fora do hospital.

Ao detalhar cada questionamento do MINI ficamos surpresos ao notar que dos pacientes com risco para suicídio 65% deles no momento do diagnóstico e 50% deles após o 18º mês da descoberta da doença, desejaram estar mortos no último mês. Apesar desta manifestação a partir da primeira pergunta do questionário, as respostas seguintes retrataram que a maioria dos entrevistados com risco para o suicídio não queriam fazer a mal a si mesmos. O fato de 30% dos pacientes ao diagnóstico ter pensado em suicídio no último mês, nos traz um alerta e atenção a estes pacientes. Será que o paciente relatou este pensamento ao médico urologista quando em consulta ou esta informação foi obtida somente a partir da aplicação do MINI?

A quarta pergunta do questionário indaga se o paciente pensou uma maneira de se suicidar, também no último mês. Ressaltamos que muita atenção é oferecida ao paciente na descoberta do diagnóstico, porém é preciso um olhar mais atento nos meses seguintes, visto que dos entrevistados da amostra com risco para o suicídio após o 18º mês do diagnóstico, 50% deles pensou em uma maneira de se matar no último mês. Pode-se refletir o quanto os

pacientes poderiam estar psicologicamente desorganizados nesta fase pós tratamento para apresentar esta ideia suicida.

A penúltima pergunta do MINI nos tranquiliza quando constatamos que nenhum paciente relatou ter tentado o suicídio no último mês. Na última pergunta do MINI que aborda se o paciente tentou o suicídio ao longo da vida, observou-se que os pacientes que já tentaram o suicídio, o risco foi mais acentuado no M1 em relação ao número de pacientes com risco no M2. Dado que nos traz cautela, pois é sabido que tentativas prévias de suicídio aumentam o risco de novas tentativas (Botega 2015). E reforça os estudos de que o risco para o suicídio e suicídio consumado são maiores nos primeiros meses após o diagnóstico de CP, conforme apresentado por Carlsson et al. (2013) e Crump et al. (2023).

Como já mencionado, a diferença do risco para o suicídio em nossa população pode ser observada nos dois momentos, sendo maior ao diagnóstico e mais baixa no M2. Esta variação mostrou-se inquietante ao examinar os escores de risco para o suicídio em cada momento, conforme categoria: baixo, moderado e alto risco para o suicídio a partir do MINI.

Ao minuciar este dado, viu-se que dos 20 pacientes que apresentaram risco para o suicídio próximo ao diagnóstico (M1), 12 tinham baixo risco e 5 relataram alto risco para o suicídio. Percebeu-se uma queda nos índices dos pacientes com baixo risco para o suicídio, de 60% no M1 para 25% no M2. Porém, observou-se o aumento dos casos de alto risco para o suicídio, de 25% no período da descoberta do câncer para 75% dos pacientes da amostra no M2. Consideramos que demais aspectos devem ser aprofundados para proporcionar um cuidado individualizado a estes pacientes que apresentaram alterações nas taxas de risco para o suicídio.

A maior limitação de nosso estudo relaciona-se ao tamanho de nossa amostra. Uma investigação, realizada pela Sociedade Brasileira de Urologia de São Paulo a partir de dados comparativos de 2019 e 2020, apontou que uma das reduções mais expressivas de novos diagnósticos de CP ocorreu no A.C. Camargo Cancer Center, com queda de 48,8% (BIU 2021). O estudo da Sociedade Brasileira de Urologia correspondeu ao momento em que os pacientes foram convidados a participar de nossa pesquisa. O cenário demonstrado provavelmente repercutiu em nossa pesquisa e devido a isto os resultados alcançados dificultam as generalizações. As hipóteses levantadas devem ser consideradas como meramente especulativas.

Durante o período da pesquisa observamos uma queda acentuada de pacientes advindos do sistema de saúde pública. Este aspecto pode ser explicado devido ao fato da campanha contra o câncer de próstata ter sido encerrada em 2017 na Instituição. Desde então novos casos ou busca do serviço para prevenção ou controle da doença diminuíram, mesmo no sistema privado. Isso talvez possa explicar a diferença da quantidade de pacientes entrevistados pelo SUS na primeira fase da pesquisa (2015-2017), com 64 pacientes, e recentemente (2019-2021), com 7 pacientes. Deve-se considerar que alguns pacientes do Grupo 2 perderam o convênio entre a primeira e a segunda entrevista.

Outra redução percebida foi no contato com os pacientes da primeira fase da pesquisa. Devido à mudança do sistema de dados do Hospital, alguns telefones foram perdidos. Deve-se alertar ao fato de muitas pessoas atualmente não terem mais telefones fixos em casa e no cadastro não ter o registro do telefone celular. Mais recentemente os golpes ou contatos indesejados por telefone também foram sentidos como empecilho para o paciente não atender às ligações da pesquisadora. Isso foi constatado quando a ligação era feita para um segundo número no cadastro que coincidia com o contato da esposa ou outro familiar do paciente e este atendia a chamada.

Durante a pandemia, a pesquisa passou a ser realizada inteiramente via convite telefônico e envio dos questionários por e-mail ou pelo Correio. Como o CP se caracteriza por uma população com mais idade, alguns entrevistados alegaram não saber mexer na internet e depender de auxílio da esposa ou filhos. Nestes últimos, o isolamento frente à pandemia talvez tenha interferido no reenvio dos questionários. Poucos pacientes optaram pelo envio pelo Correio (0,3% no M1 e 8,33% no M2). Nesta opção o paciente necessitava ir a uma agência de correios mais próxima para repostar os documentos. O número baixo deste recurso talvez seja explicado devido à necessidade de locomoção e possível exposição ao vírus da Covid-19. O Hospital também aderiu a Telemedicina a partir de junho de 2020 e com isso menos pacientes passaram a ir à consulta presencialmente.

A pesquisa longitudinal permitiu uma análise ampla de diferentes fatores que possam influenciar o risco para o suicídio, levantados a partir dos questionários realizados em dois momentos distintos. Porém, sabemos que alguns aspectos são de ordem externa e fazem parte da vida do sujeito e que não podem ser mensurados. As duas fases da pesquisa foram provavelmente influenciadas por fatores como a crise econômica. Em 2015 muitos pacientes perderam seus empregos e convênios e, no segundo momento da pesquisa, a pandemia da

Covid-19 afetou a rotina do hospital e dos pacientes e pareceu trazer preocupações além do diagnóstico, bem como a apreensão em relação ao emprego e questões financeiras.

Uma amostra maior de pacientes pode ser necessária para investigar a qualidade de vida dos pacientes com CP e associar com o risco para o suicídio ao longo do seu tratamento. Nosso estudo é um dos poucos desenvolvidos longitudinalmente no país para avaliar o risco de suicídio em pacientes com CP em relação à qualidade de vida, ansiedade e depressão. A partir dos resultados de nossa pesquisa, verificamos que o risco de suicídio e o grau de ansiedade podem persistir por meses após o diagnóstico e o quanto a qualidade de vida do paciente com CP pode vir a se alterar nos primeiros meses depois da descoberta da doença. Reforçamos a importância que tais aspectos sejam averiguados e a prestação de suporte emocional a estes pacientes seja oferecida ao longo do tratamento.

A detecção da necessidade de criação de um fluxo de atendimento de forma a avaliar e proporcionar maior atenção aos pacientes após descoberta do diagnóstico do CP, ou mesmo no período de retorno ao médico após procedimento cirúrgico (fase esta em que o paciente costuma apresentar os efeitos físicos e emocionais do tratamento em sua qualidade de vida), é uma das contribuições de nosso trabalho. Concordamos com Granek et al. (2018) na descoberta de que os profissionais de saúde não se sentiam adequadamente preparados para perguntar sobre suicídio ou fornecer apoio e recursos aos pacientes. Dessa forma, acreditamos no suporte multiprofissional, em que equipes de outros setores da Instituição possam juntos desenvolver e oferecer este acolhimento aos pacientes com CP. Sabemos a importância dos dados obtidos e estimamos que novos estudos para a prevenção do suicídio sejam realizados em pacientes com tumores avançados e mesmo com outros tipos de câncer.

6 CONCLUSÃO

A prevalência de risco de suicídio entre os pacientes diagnosticados com câncer de próstata de risco baixo e intermediário pela Classificação D'Amico foi maior ao diagnóstico do que após o 18º mês do primeiro contato. No momento do diagnóstico, o risco de suicídio foi associado à ansiedade, não ter depressão, ser casado, não morar sozinho, ter sido diagnosticado com risco intermediário pela classificação de D'Amico, ter indicação para cirurgia, não ter feito tratamento psiquiátrico prévio e não ter história familiar de comportamento suicida. Após o tratamento, somente o questionário HADs positivo para ansiedade foi associado ao risco de suicídio.

Na análise comparativa entre os dois momentos do segundo grupo, o risco de suicídio diminuiu após a indicação do tratamento. Observou-se associação significativa da qualidade de vida com o risco de suicídio nos pacientes recém diagnosticados em relação às funções físicas, vitalidade, saúde mental, função social, saúde geral e transição para a saúde. Meses após o diagnóstico, a associação significativa da qualidade de vida com o risco de suicídio foi verificada em relação à função física, limitações da saúde física e emocional, vitalidade, saúde mental, função social, dor corporal, saúde geral e transição para a saúde.

Nosso estudo destaca a necessidade de se identificar os pacientes com câncer de próstata localizado e o risco para o suicídio. Fatores como a qualidade de vida, ansiedade e depressão devem ser monitorados ao diagnóstico e durante o tratamento. A oferta de orientação e assistência emocional ao longo do tratamento deve ser oferecida aos pacientes.

7 REFERÊNCIAS

A.C.Camargo Cancer Center. Tudo sobre câncer: próstata. Disponível em: <https://www.accamargo.org.br/sobre-o-cancer/tipos-de-cancer/prostata> [2022 jun 11].

Ahn MH, Park S, Lee HB, Ramsey CM, Na R, Kim SO, et al. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psychooncology*. 2015 May;24(5):601-7. doi: 10.1002/pon.3705.

Almeida J. Morte, luto e imortalidade: olhares e perspectivas. Campos dos Goytacazes - Rio de Janeiro: Editora Letra Espírita; 1ª ed.2021. Suicídio: reflexões humanizadas. p.135-154.

Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000; 22(3):106-15. doi: 10.1590/S1516-44462000000300003.

Anderson D, Razzak AN, McDonald M, Cao D, Hasoon J, Viswanath O, Kaye AD, Urits I. Mental Health in Urologic Oncology. *Health Psychol Res*. 2022 Aug 20;10(3):37518. doi: 10.52965/001c.37518.

Anguiano L, Mayer DK, Piven ML, Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nurs*. 2012 Jul-Aug;35(4):E14-26. doi: 10.1097/NCC.0b013e31822fc76c.

Aoun F, Albisinni S, Chemaly AK, Zanaty M, Roumeguère T. 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):1-13. doi: 10.7314/apjcp.2016.17.1.1.

[ABEP] Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Dados com base no levantamento sócio econômico 2016 - IBOPE – 2015. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>. [2023 abr 10].

Bandeira RCF. Adaptação transcultural e validação do UCLA Prostate Cancer Index (UCLA-PCI) em pacientes com câncer de próstata. [Dissertação] São Paulo; Fundação Antônio Prudente; 2010.

Barros R, Favorito LA, Nahar B, Almeida Jr R, Ramasamy R. Changes in male sexuality after urologic cancer: a narrative review. *Int Braz J Urol.* 2023 Mar-Apr;49(2):175-183. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2023.9901.

Bertolote JM. O suicídio e sua prevenção. São Paulo: Editora Unesp; 2012a. O que é suicídio; p.21-25.

Bertolote JM. O suicídio e sua prevenção. São Paulo: Editora Unesp; 2012b. Causas do suicídio; p.67-77.

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

[BIU] Boletim de Informações Urológicas. O impacto da pandemia no diagnóstico de novos casos de tumores urológicos. Disponível em: <https://sbu-sp.org.br/publico/pandemia-provoca-reducao-de-26-em-diagnosticos-de-tumores-de-prostata-rim-e-bexiga/>. [2023 abr 10].

Bolton JM, Walld R, Chateau D, Finlayson G, Sareen J. Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: a population-based, balancing score-matched analysis. *Psychol Med.* 2015 Feb;45(3):495-504. doi: 10.1017/S0033291714001639.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WA. Mood disorders among patients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. *Rev Saude Publica.* 1995 Oct;29(5):355-63. Portuguese. doi: 10.1590/s0034-89101995000500004.

Botega NJ, Werlang B, Cais C, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. *Psico Porto Alegre* 2006; 37(3):213-20.

Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015. Riscos; p.86-101.

Brunckhorst O, Hashemi S, Martin A, George G, Van Hemelrijck M, Dasgupta P, et al. Depression, anxiety, and suicidality in patients with prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2021 Jun;24(2):281-289. doi: 10.1038/s41391-020-00286-0.

Carlsson S, Sandin F, Fall K, Lambe M, Adolfsson J, Stattin P, et al. Risk of suicide in men with low-risk prostate cancer. *Eur J Cancer.* 2013 May;49(7):1588-99. doi: 10.1016/j.ejca.2012.12.018.

Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação do português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med.* 2002; 59(1-2):73-80.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999; 39(3):143-50.

Crump C, Stattin P, Brooks JD, Sundquist J, Bill-Axelsson A, Edwards AC, Sundquist K, Sieh W. Long-term Risks of Depression and Suicide Among Men with Prostate Cancer: A National Cohort Study. *Eur Urol.* 2023 May 9:S0302-2838(23)02787-2. doi: 10.1016/j.eururo.2023.04.026.

D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB, Schultz D, Blank K, Broderick GA, et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *JAMA.* 1998 Sep 16;280(11):969-74. doi: 10.1001/jama.280.11.969.

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

Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984 Oct 12;252(14):1905-7. doi: 10.1001/jama.252.14.1905.

Ernst M, Beutel EM, Brähler E. Cancer as a risk factor for distress and its interections with socialdemographic variables in the context of the first wave of the Covid-19 pandemic in Germany. *Sci Rep*. 2022 Feb 7;12(1):2021. doi: 10.1038/s41598-022-06016-x.

Faller H, Weis J, Koch U, Brähler E, Härter M, Keller M et al. Utilization of professional psychological care in a large German sample of cancer patients. *Psychooncology*. 2017 Apr;26(4):537-543. doi: 10.1002/pon.4197.

Fanger PC, Azevedo RC, Mauro ML, Lima DD, Gaspar KC, Silva VF, et al. Depression and suicidal behavior of cancer inpatients: prevalence and associated factors. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2010 Mar-Apr;56(2):173-8. Portuguese. doi: 10.1590/s0104-42302010000200015.

Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, et al. Cancer statistic for the year 2020: an overview. *Int J Cancer*. 2021 Apr 5; 149(4):778-89. doi: 10.1002/ijc.33588.

Ferrans CE. Quality of life: conceptual issues. *Semin Oncol Nurs*. 1990 Nov;6(4):248-54. doi: 10.1016/0749-2081(90)90026-2.

Fleury, HJ, Pantaroto HSC, Abdo CHN. Sexualidade em oncologia. *Diagn Tratamento*. 2011; 16(2):86-90.

Gianotten WL. Prostate cancer: impact of the diagnosis on sexuality and the role of the HCP. *Int J Impot Res*. 2021 May;33(4):393-396. doi: 10.1038/s41443-020-00403-6.

Granek L, Nakash O, Ben-David M, Shapira S, Ariad S. Oncologists,' nurses,' and socialworkers' strategies and barriers to identifying suicide risk in cancer patients. *Psychooncology*. 2018 Jan; 27(1):148-154. doi: 10.1002/pon.4481.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerström Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict.* 1991 Sep;86(9):1119-27. doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x.

Herr HW, O'Sullivan M. Quality of life of asymptomatic men with nonmetastatic prostate cancer on androgen deprivation therapy. *J Urol.* 2000 Jun;163(6):1743-6. doi: 10.1016/S0022-5347(05)67533-7.

Hilger C, Schostak M, Neubauer S, Magheli A, Fydrich T, Burkert S, Kendel F. The importance of sexuality, changes in erectile functioning and its association with self-esteem in men with localized prostate cancer: data from an observational study. *BMC Urol.* 2019 Jan 21;19(1):9. doi: 10.1186/s12894-019-0436-x.

Howlander N, Noone AM, Krapcho M, Miller D, Bishop K, Kosary CL, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014. Updated April 2, 2018. National Cancer Institute. Prostate. Disponível em: https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2014/results_merged/sect._23_prostate.pdf. [2023 abr 12].

IASC – Inter-Agency Standing Committee. Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19. Versão 1.5, março 2020. Disponível em: <http://saudementalcovid19.org.br/publicacao/opas-oms-como-lidar-com-aspectos-psicossociais-e-de-saude-mental-referente-ao-surto-de-covid-19/> [2023 jun 07].

Izidoro LCR, Soares GB, Vieira TC, Orlandi FS, Polido Júnior A, Oliveira LMAC, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde e fatores psicossociais após prostatectomia radical. *Acta Paul Enferm.* 2019; 32(1):169-77. doi: 10.1590/1982-0194201900024.

Johansson E, Steineck G, Holmberg L, Johansson JE, Nyberg T, Ruutu M, 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 Sep;12(9):891-9. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70162-0.

Johnson TV, Garlow SJ, Brawley OW, Master VA. Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology. *Psychooncology*. 2012 Apr;21(4):351-6. doi: 10.1002/pon.1905.

Kiffel J, Sher L. Prevention and management of depression and suicidal behavior in men with prostate cancer. *Front Public Health*. 2015 Feb 19;3:28. doi: 10.3389/fpubh.2015.00028.

Kirby M, Chapple C, Jackson G, Eardley I, Edwards D, Hackett G, et al. Erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms: a consensus on the importance of co-diagnosis. *Int J Clin Pract*. 2013 Jul;67(7):606-18. doi: 10.1111/ijcp.12176.

Klaassen Z, Jen RP, DiBianco JM, Reinstatler L, Li Q, Madi R, et al. Factors associated with suicide in patients with genitourinary malignancies. *Cancer*. 2015 Jun 1;121(11):1864-72. doi: 10.1002/cncr.29274.

Kovács, MJ. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v. 15, n.3, p.69-82, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300005&lng=pt&nrm=iso>. [2023jun 23].

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 Jun;22(6):1673-8. doi: 10.1007/s00520-014-2150-2.

Ma Z, Mao Y, Wang Y, Duan Z, Qu D, Li C, et al. Suicidal ideation and attempted suicide among cancer patients during the COVID-19 pandemic. *J Med Virol*. 2022 Dec;94(12):5827-5835. doi: 10.1002/jmv.28076.

Marcolino JAM, Mathias LAST, Piccinini Filho L, Guaratini ÁA, Suzuki, Mikio F, Alli LAC. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com

pacientes no pré-operatório. Rev Bra Anesthesiol. 2007; 57(1):52-62. doi: 10.1590/S0034-70942007000100006.

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

Ministério da Saúde. Atlas on-line de mortalidade. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. [2022a jul 07].

Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2022b; 52.

Ministério da Saúde. Setembro Amarelo: Ministério da Saúde lança agenda estratégica de prevenção do suicídio. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/09/Boletim_suicidio_MS_set17.pdf. [2022c ago 11].

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023 incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2023.

Mottet N, Cornford P, van den Bergh RCN, Briers E, European Association and Urology, Eberli D, et al. ESUR-ISUP-SIOG Guidelines on prostate cancer. Disponível em: https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG-Guidelines-on-Prostate-Cancer-2023_2023-03-27-131655_pdv.pdf. [2018 jun 07].

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 Jul-Aug; 38(6):385-90. doi: 10.1016/j.acuro.2013.10.012.

Oliveira RAS, Guimarães GC, Mourão TC, Favaretto RL, Santana TBM, Lopes A, et al. Prostate cancer screening in Brazil: a single center experience in the public health system. Int Braz J Urol. 2021 May-Jun;47(3):558-565. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.0392.

Panczak R, Spoerri A, Zwahlen M, Bopp M, Gutzwiller F, Egger M; Swiss National Cohort Study. Religion and suicide in patients with mental illness or cancer. *Suicide Life Threat Behav.* 2013 Apr;43(2):213-22. doi: 10.1111/sltb.12009.

Parsons JK. Benign prostatic hyperplasia and male lower urinary tract symptoms: epidemiology and risk factors. *Curr Bladder Dysfunct Rep* 2010 Dec; 5(4):212-218. doi: 10.1007/s11884-010-0067-2.

Patasius A, Kincius M, Kazlauskas E, Smailyte G. The role of androgen-deprivation therapy on suicide among patients with advanced prostate cancer: A nationwide population-based cohort study. *Psychooncology.* 2019 Oct;28(10):2098-2100. doi: 10.1002/pon.5186.

Paz Filho G, Sato M, Tulesky S, Takata SY, Ranzi CCC, Saruhashi SY, et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso do álcool em pronto-socorro. *Rev Assoc Med Bras.* 2001; 47(1):69-5. doi: 10.1590/S0104-42302001000100032.

Pirkis J, John A, Shin S, DelPozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry.* 2021 Jul;8(7):579-588. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00091-2.

Ravi P, Karakiewicz PI, Roghmann F, Gandaglia G, Choueiri TK, Menon M, et al. Mental health outcomes in elderly men with prostate cancer. *Urol Oncol.* 2014 Nov;32(8):1333-40. doi: 10.1016/j.urolonc.2014.05.005.

Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm? *Jama Psychiatry.* 2020;77(11):1093–1094. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1060

Rice SM, Oliffe JL, Kelly MT, Cormie P, Chambers S, Ogradniczuk JS, et al. Depression and Prostate cancer: examining comorbidity and male-specific symptoms. *Am J Mens Health.* 2018 Nov;12(6):1864-1872. doi: 10.1177/1557988318784395.

Rice SM, Kealy D, Ogrodniczuk JS, Seidler ZE, Denehy L, Oliff JL. The Cost of Bottling It Up: Emotion Suppression as a Mediator in the Relationship Between Anger and Depression Among Men with Prostate Cancer. *Cancer Manag Res.* 2020; 12:1039-1046.

Rice SM, Kealy D, Ogrodniczuk JS, Seidler ZE, Montaner G, Chambers S, Oliffe JL. The Anxiety Depression Pathway Among Men Following a Prostate Cancer Diagnosis: Cross-Sectional Interactions Between Anger Responses and Loneliness. *Am J Mens Health.* 2021 May-Jun;15(3):15579883211023699. doi: 10.1177/15579883211023699.

Salvetti MG, Machado CSP, Donato SCT, Silva AMD. Prevalence of symptoms and quality of life cancer patients. *Rev Bras Enferm.* 2020 Feb 27;73(2):e20180287. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0287.

Silverio-Murillo A, Balmori de la Miyar JR, Martínez-Alfaro A. Non-COVID-19 deaths in times of pandemic. *J Public Health (Oxf).* 2022 Nov 14:fdac115. doi: 10.1093/pubmed/fdac115.

Simão DAS, Aguiar ANA, Souza ES, Captein KM, Manzo BF, Teixeira AL. Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. *Enferm Foco (Brasília)*, 2017; 8(2):82-6. doi: 10.21675/2357-707X.2017.v8.n2.874.

Simonetti A, Bernardi E, Janiri D, Mazza M, Montanari S, Catinari A, et al. Suicide risk in Post-Covid-19 syndrome. *J Pers Med.* 2022 Dec 7; 12(12):2019. doi: 10.3390/jpm12122019.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.

Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997. A rede social: proposições gerais; p.37-65.

Smith DS, Carvalhal GF, Schneider K, Krygiel J, Yan Y, Catalona WJ. Quality-of-life outcomes for men with prostate carcinoma detected by screening. *Cancer*. 2000 Mar 15;88(6):1454-63. doi: 10.1002/(SICI)1097-0142(20000315)88:63.3.CO;2-J.

Smith DP, Calopedos R, Bang A, Yu XQ, Egger S, Chambers S, et al. Increased risk of suicide in New South wales men with Prostate cancer: analysis of linked population-wide data. *PLoS One*. 2018 Jun 13;13(6):e0198679. doi: 10.1371/journal.pone.0198679.

Soloway MS, Soloway CT, Eldefrawy A, Acosta K, Kava B, Manoharan M. Carefull selection and close monitoring of low-risk prostate cancer on active surveillance minimize the need for treatment. *Eur Urol*. 2010 Dec;58(6):831-5. doi: 10.1016/j.eururo.2010.08.027.

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument. In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p.41-60.

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995 Nov;41(10):1403-9. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-k.

Tierney DK. Sexuality: a quality-of-life issue for cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*. 2008 May;24(2):71-9. doi: 10.1016/j.soncn.2008.02.001.

Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 6;17(5):1729. doi: 10.3390/ijerph17051729.

WHO. World Health Organization. Covid-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/02-03->

2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide. [2022 mar 03]

Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *J Clin Epidemiol*. 1999 Apr;52(4):355-63. doi: 10.1016/s0895-4356(98)00179-6.

Zhan L. Quality of life: conceptual and measurement issues. *J Adv Nurs*. 1992 Jul;17(7):795-800. doi: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb02000.x.

Zendron M, Zequi SC, Guimarães GC, Lourenço MTC. Assessment of suicidal behavior and factors associated with a diagnosis of prostate cancer. **Clinics** (Sao Paulo). 2018 Nov 14;73:e441. doi: 10.6061/clinics/2018/e441.

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 Jun;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

Zhou ES, Bober SL, Nekhlyudov L, Hu JC, Kantoff PW, Recklitis CJ. Physical and emotional health information needs and preferences of long-term prostate cancer survivors. *Patient Educ Couns*. 2016 Dec;99(12):2049-2054. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.017.

Zumsteg ZS, Spratt DE, Pei I, Zhang Z, Yamada Y, Kollmeier M, et al. A new risk classification system for therapeutic decision making with intermediate-risk prostate cancer patients undergoing dose-escalated external-beam radiation therapy. *Eur Urol*. 2013 Dec;64(6):895-902. doi: 10.1016/j.eururo.2013.03.033.

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



**COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA - CEP**

APROVAÇÃO

Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Antônio Prudente – A.C. Camargo Cancer Center, em sua última reunião de **12/02/2019**, **aprovaram** a realização do projeto nº. **2656/18** intitulado: **“Câncer de próstata e suicídio: qualidade de vida, ansiedade, depressão e o risco para o suicídio em um centro oncológico terciário.”**

Pesquisadora Responsável: Maria Teresa da Cruz Lourenço

Aluna: Marília Zendron (Doutorado)

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

São Paulo, 15 de fevereiro de 2019.

Atenciosamente,


Dra. Sandra Caires Serrano
1ª. Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo 2 – Parecer Consubstanciado do CEP

18/04/2023 15:29

ScholarOne Manuscripts



International Braz J Urol

🏠 Home

✍ Author

Submission Confirmation

🖨 Print

Thank you for your submission

Submitted to

International Braz J Urol

Manuscript ID

IBJU-2023-0168

Title

Localized prostate cancer and suicide: quality of life, anxiety, depression and the risk for suicide in a tertiary cancer center.

Authors

Zendron, Marilia

Zequi, Stênio

Lourenço, Maria Teresa

Date Submitted

18-Apr-2023

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o Grupo 1



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/12 CNS/MS

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

NOME DO PARTICIPANTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº:

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO:.....Nº.....APTO:

BAIRRO:.....CIDADE:.....

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

Câncer de próstata e suicídio: qualidade de vida, ansiedade, depressão e o risco para o suicídio em um centro oncológico terciário.

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Marília Zendron

3. PESQUISADORES ENVOLVIDOS:

Maria Teresa D.P. da Cruz Lourenço – Núcleo de Psico oncologia do A.C.Camargo Cancer Center

Stênio de Cássio Zequi – Diretor do Departamento de Urologia do A.C.Camargo Cancer Center

4. DURAÇÃO DA PESQUISA:

48 meses

III - INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

O senhor foi entrevistado em um primeiro momento com a pesquisa “Câncer de próstata 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” e hoje, ao estar em um estágio do tratamento após o 18º mês de ter recebido o diagnóstico, está sendo convidado a participar da segunda fase do estudo, intitulada: “Câncer de próstata e suicídio: qualidade de vida, ansiedade, depressão e o risco para o suicídio em um centro oncológico terciário”.

IV - OBJETIVOS DA PESQUISA

Avaliação longitudinal da incidência de risco de suicídio e qualidade de vida em pacientes com câncer de próstata.

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. Tais quadros podem ocorrer não somente no momento do diagnóstico como também em períodos futuros, durante ou após o tratamento. A detecção precoce destes sintomas pode evitar o agravamento desses quadros, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente e prevenindo um comportamento suicida.

VI - DESENHO DA PESQUISA

Serão incluídos na pesquisa uma amostra de pacientes que tenham recebido o diagnóstico de câncer de próstata e que serão reavaliados a partir do 18º mês.

VII - DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

A pesquisadora entrará em contato com o senhor por telefone para convidá-lo para a segunda fase da pesquisa e será esclarecido sobre os objetivos do presente estudo. Nesta etapa o senhor optará pelo meio mais confortável para responder aos questionários: poderá agendar

com a pesquisadora no próprio hospital no dia de seu retorno ao médico ou, caso o contato pessoal neste segundo momento não seja possível, terá três opções para responder aos questionários: por e-mail, correio ou telefone. Na opção por e-mail, o senhor receberá o TCLE e este deverá ser impresso, assinado e digitalizado para pesquisadora. Após confirmação de recebimento os questionários serão encaminhados. Caso o senhor tenha preferência em responder os questionários em casa, os mesmos serão enviados pelo Correio juntamente com o TCLE. Na escolha por telefone, primeiramente enviaremos o TCLE com envelope selado para devolução. Após o recebimento do TCLE assinado, a entrevista será agendada e realizada por telefone pela pesquisadora. Somente o questionário de risco de suicídio (MINI), que consta de apenas seis questões, com resposta sim ou não, terá que ser feito por telefone, uma vez que o mesmo não é auto aplicativo.

O senhor, após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), responderá a um questionário com informações pessoais e outro com a Classificação de Critérios Econômica Brasil. Em seguida, serão feitas três perguntas sobre sua percepção da primeira fase da pesquisa e aplicadas a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), o questionário CAGE sobre abuso ou dependência de álcool, o Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND) caso seja tabagista, a seção de risco de suicídio do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) e, por fim, o instrumento de qualidade de vida para pacientes com câncer de próstata (UCLA-PCI). Serão necessários cerca de 25 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 oferecida avaliação no Núcleo de Psico oncologia.

IX - BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS

Com os resultados desta pesquisa poderemos entender melhor os fatores de risco para suicídio dos pacientes portadores de câncer de próstata, podendo assim, realizar a detecção precoce e prevenção do suicídio.

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 às suas implicações.

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 pôr 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: Marilia Zendron CRP 06/77324.

Doutoranda 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 – A.C.Camargo Cancer Center pelo telefone (11) 2189-5000, ramal 5020 e 2069. 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 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 senhor 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 Marilia Zendron

Data ___/___/___

Apêndice 1.1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o Grupo 2



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/12 CNS/MS

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU
RESPONSÁVEL LEGAL**

NOME DO PARTICIPANTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº:

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO:.....Nº.....APTO:

BAIRRO:.....CIDADE:.....

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

Câncer de próstata e suicídio: qualidade de vida, ansiedade, depressão e o risco para o suicídio em um centro oncológico terciário.

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Marilia Zendron

3. PESQUISADORES ENVOLVIDOS:

Maria Teresa D.P. da Cruz Lourenço – Núcleo de Psico oncologia do A.C.Camargo Cancer Center

Stênio de Cássio Zequi – Diretor do Departamento de Urologia do A.C.Camargo Cancer Center

4. DURAÇÃO DA PESQUISA:
48 meses

III - INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

O senhor está sendo convidado a participar da pesquisa “Câncer de próstata e suicídio: qualidade de vida, ansiedade, depressão e o risco para o suicídio em um centro oncológico terciário” 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 o diagnóstico.

IV - OBJETIVOS DA PESQUISA

Avaliação longitudinal da incidência de risco de suicídio e qualidade de vida em pacientes com câncer de próstata.

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. Tais quadros podem ocorrer não somente no momento do diagnóstico como também em períodos futuros, durante ou após o tratamento. A detecção precoce destes sintomas pode evitar o agravamento desses quadros, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente e prevenindo um comportamento suicida.

VI - DESENHO DA PESQUISA

Serão incluídos na pesquisa uma amostra de pacientes que tenham recebido o diagnóstico de câncer de próstata e que serão entrevistados em dois momentos, no período de 0 a 6 meses após o diagnóstico e ao estar em um estágio do tratamento a partir do 18º.

VII - DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

O senhor será esclarecido sobre os objetivos do presente estudo e, após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), responderá a um questionário com informações pessoais e outro com a Classificação de Critérios Econômicos Brasil. Em seguida, serão aplicadas a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADs), o questionário CAGE sobre abuso ou dependência de álcool, o Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND) caso seja tabagista, a seção de risco de suicídio do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) e, por fim, o instrumento de qualidade de vida para pacientes com câncer de próstata (UCLA-PCI). Serão necessários cerca de 25 minutos para que você responda aos questionários.

A partir do 18º mês do tratamento, a pesquisadora entrará em contato com o senhor por telefone para convidá-lo para a segunda fase da pesquisa e será esclarecido sobre os objetivos do presente estudo. Nesta etapa o senhor optará pelo meio mais confortável para responder aos questionários: poderá agendar com a pesquisadora no próprio hospital no dia de seu retorno ao médico ou, caso o contato pessoal neste segundo momento não seja possível, terá três opções para responder aos questionários: por e-mail, correio ou telefone. Na opção por e-mail, o senhor receberá o TCLE e este deverá ser impresso, assinado e digitalizado para a pesquisadora. Após confirmação de recebimento os questionários serão encaminhados. Caso tenha preferência em responder os questionários em casa, os mesmos serão enviados pelo Correio juntamente com o TCLE. Na escolha por telefone, primeiramente enviaremos o TCLE com envelope selado para devolução. Após o recebimento do TCLE assinado, a entrevista será agendada e realizada por telefone pela pesquisadora. Somente o questionário de risco de suicídio (MINI), que consta de apenas seis questões, com resposta sim ou não, terá que ser feito por telefone, uma vez que o mesmo não é auto aplicativo.

VIII - DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS DECORRENTES DO PROCEDIMENTO

Aos pacientes em que seja detectado risco de suicídio será oferecida avaliação no Núcleo de Psico oncologia.

IX - BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS

Com os resultados desta pesquisa poderemos entender melhor os fatores de risco para suicídio dos pacientes portadores de câncer de próstata, podendo assim, realizar a detecção precoce e prevenção do suicídio.

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 às suas implicações.

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.

Doutoranda 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 – A.C.Camargo Cancer Center pelo telefone (11) 2189-5000, ramal 5020 e 2069. 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 senhor 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 Marilia Zendron

Data ___/___/___

Apêndice 2 - Questionário Sociodemográfico e outros dados

Paciente:

RGH:

Médico:

CPF:.....Data de nascimento:

Raça:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CEP:

Estado:

Tel resid:

Tel celular:

Naturalidade:

Procedência:

Estado civil: () Solteiro () Casado () Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a)

() Viúvo(a) Outro _____

Grau de Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino superior () Pós-graduação () Ensino Técnico () completo () incompleto **Profissão:** _____

Se reside sozinho, sente-se só? () a maior parte do tempo () boa parte do tempo

() de vez em quando () nunca

Qual sua rede de apoio atual: () Família () Amigos () Companheiros de trabalho ou estudo () Relações comunitárias ou de serviço de saúde (Igreja, equipe médica, terapeuta)

Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Umbanda/Candomblé () Ateu () Sem religião () Outra, qual? _____ **Praticante:** () Sim () Não

Veio a consulta acompanhado? () Sim () Não

Sistema de saúde utilizado: () SUS () Convênio ou particular

Possui alguma outra doença? Diabetes () hipertensão () doença pulmonar obstrutiva crônica () asma () esclerose múltipla () Outra: _____

Antecedente pessoal de câncer: Sim () Não ()

Estadiamento do tumor:

Data do diagnóstico:

Tratamento indicado: () Radioterapia () Quimioterapia () Cirurgia Outro: _____

Antecedente familiar de câncer: Sim () Não () Grau de parentesco:

Tabagista: Sim () Maços/ano _____ Nunca fumou () Já fumou () Abstinente há _____

Faz uso de drogas ilícitas? Não () Sim () Qual? _____ Nunca usei () Já usei () Abstinente há _____

Consumo de álcool: Sim () Nunca bebeu () Já bebeu () Abstinente há _____

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

Tem algum caso de comportamento suicida na família? Sim () Não ()

Em caso afirmativo: tentativa Sim () Não ()

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

Apêndice 3 - Critério de Classificação Econômica Brasil

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

1. Itens de conforto:

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

2. A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

Rede geral de distribuição () Poço ou nascente ()

3. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

Asfaltada/Pavimentada Terra/ cascalho ()

4. Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Analfabeto/ Fundamental I incompleto ()

Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto ()

Fundamental completo/ Médio incompleto ()

Médio completo/ Superior incompleto ()

Superior completo ()

Apêndice 4 - Impressões após a primeira fase da pesquisa

1. O preenchimento dos questionários foi:

Muito fácil Fácil Nem fácil nem difícil Difícil Muito difícil

2. A primeira entrevista causou algum desconforto?

Sim Não

2.1 Em caso positivo (sim), como classificaria este desconforto?

- Favorável, me trouxe questionamentos positivos
- Desfavorável, me trouxe questionamentos negativos
- Causou-me preocupação
- Não sei responder
- Nunca tinha pensando nisso
- Causou-me alívio poder falar sobre suicídio.

Apêndice 5 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADs)

NOME:			
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE			
Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.			
1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
<input type="checkbox"/> sim, do mesmo jeito que antes [0]	<input type="checkbox"/> não tanto quanto antes [1]	<input type="checkbox"/> só um pouco [2]	<input type="checkbox"/> já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer			
<input type="checkbox"/> sim, de jeito muito forte [3]	<input type="checkbox"/> sim, mas não tão forte [2]	<input type="checkbox"/> um pouco, mas isso não me preocupa [1]	<input type="checkbox"/> não sinto nada disso[1]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> atualmente um pouco menos[1]	<input type="checkbox"/> atualmente bem menos[2]	<input type="checkbox"/> não consigo mais[3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> raramente[0]
6. Eu me sinto alegre			
<input type="checkbox"/> nunca[3]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
<input type="checkbox"/> sim, quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> nunca[3]
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:			
<input type="checkbox"/> quase sempre[3]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[1]	<input type="checkbox"/> nunca[0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
<input type="checkbox"/> nunca[0]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase sempre[3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
<input type="checkbox"/> completamente[3]	<input type="checkbox"/> não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	<input type="checkbox"/> talvez não tanto quanto antes[1]	<input type="checkbox"/> me cuido do mesmo jeito que antes[0]
11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:			
<input type="checkbox"/> sim, demais[3]	<input type="checkbox"/> bastante[2]	<input type="checkbox"/> um pouco[1]	<input type="checkbox"/> não me sinto assim[0]
12. Fico animada (o) esperando as coisas boas que estão por vir			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> um pouco menos que antes[1]	<input type="checkbox"/> bem menos do que antes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
<input type="checkbox"/> a quase todo momento[3]	<input type="checkbox"/> várias vezes[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> não senti isso[0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
<input type="checkbox"/> quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> várias vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
NOME RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE			
DATA			

Apêndice 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 alcoólica?

Sim () Não ()

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

Sim () Não ()

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

Sim () Não ()

Apêndice 7 – Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND)

1.Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

- () Dentro de 5 minutos
- () Entre 6-30 minutos
- () Entre 31-60 minutos
- () Após 60 minutos

2.Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc?

- () Sim
- () Não

3.Qual cigarro do dia traz mais satisfação?

- () O primeiro da manhã
- () Outros

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- () Menos de 10
- () De 11 a 20
- () De 21 a 30
- () Mais de 31

5.Você fuma mais frequentemente pela manhã?

- () Sim
- () Não

6.Você fuma mesmo doente?

- () Sim
- () Não

Apêndice 8 – Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

RISCO DE SUICÍDIO

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
-----	-----	---

Apêndice 9 – UCLA Prostate Cancer Index (UCLA PCI)

UCLA PROSTATE CANCER INDEX (UCLA-PCI)

A proposta deste questionário é conhecer sua saúde em geral e como o câncer de próstata, bem como qualquer tratamento que você tenha recebido (para o câncer de próstata), afeta sua qualidade de vida.

Por favor, leia cada questão atentamente antes de responder. Se você estiver inseguro em como responder a questão, por favor forneça a melhor resposta que puder. Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas.

Estas primeiras questões são sobre sua saúde em geral, elas podem estar ou não estar relacionadas com o câncer de próstata. Nós consideramos que outras doenças que você possa ter podem influenciar nas suas respostas.

1. No geral, você diria que a sua saúde é:

Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim ()

2. Em comparação ao seu estado há 1 ano atrás, como você consideraria a sua saúde geral agora?

Muito melhor agora do que 1 ano atrás ()

Um pouco melhor agora do que 1 ano atrás ()

Igual a 1 ano atrás ()

Um pouco pior agora do que 1 ano atrás ()

Muito pior do que 1 ano atrás ()

3. As questões seguintes são sobre atividades que você realiza na sua rotina diária. A sua condição de saúde proporciona alguma limitação nestas atividades? Se sim, de quanto é essa limitação?

(Circule 1,2 ou 3 para cada linha)	Sim, limita muito.	Sim, limita um pouco.	Não, não limita nada.
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes áduos	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as 4 últimas semanas, quantas vezes você apresentou qualquer um dos problemas no seu trabalho ou em sua atividade diária por causa da sua saúde?

Circule 1 número em cada linha	O tempo todo	Na maior parte do tempo	Em alguma parte do tempo	Um pouco do tempo	Em nenhum momento
a. Reduziu o tempo que você gastava no trabalho e nas outras atividades	1	2	3	4	5
b. Realizou menos do que você gostaria	1	2	3	4	5
c. Esteve limitado ao tipo de trabalho ou outras atividades	1	2	3	4	5
d. Apresentou dificuldades para realizar o trabalho ou outras atividades (por exemplo, exigiu um esforço extra)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes você teve os seguintes problemas no seu trabalho ou nas suas atividades diárias regulares como resultado de qualquer problema emocional (como por exemplo, sentir depressão ou ansiedade)?

(Circule 1 número em cada linha)	O tempo todo	Na maior parte do tempo	Em alguns momentos	Em poucos momentos	Nunca
a. Reduziu o tempo que você gastava no trabalho ou em outras atividades	1	2	3	4	5
b. Realizou menos do que você gostaria	1	2	3	4	5
c. Realizou o trabalho ou outras atividades com menos cuidado do que o usual	1	2	3	4	5

6. Durante as últimas 4 semanas, em qual extensão a sua saúde física ou os problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais normais com a sua família, os amigos, os vizinhos ou grupos?

Nada () Um pouco () Moderadamente () Boa parte () Extremamente ()

7. Quanto de dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nada () Muito leve () Leve () Moderada () Severa () Muito severa ()

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo trabalhos fora e dentro de casa)?

Nada () Um pouco () Moderadamente () Boa parte () Extremamente ()

9. Estas questões são sobre como você se sente e como estão as coisas com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproximar ao que você tem sentido. Quanto do tempo nas últimas 4 semanas...

Circule um número em cada linha	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Um pouco do tempo	Nada do tempo
a. Você se sentiu cheio de vida?	1	2	3	4	5
b. Você tem se sentido muito nervoso?	1	2	3	4	5
c. Você tem se sentido para baixo, abandonado, que nada podia te alegrar?	1	2	3	4	5
d. Você tem se sentido calmo e sereno?	1	2	3	4	5
e. Você esteve cheio de energia?	1	2	3	4	5
f. Você tem se sentido desanimado e deprimido?	1	2	3	4	5
g. Você se sentiu esgotado?	1	2	3	4	5
h. Você tem se sentido feliz?	1	2	3	4	5
i. Você se sentiu cansado?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do tempo os seus problemas de saúde e emocional interferiu com as suas atividades sociais (como visitar os amigos, parentes, etc)?

O tempo todo () A maior parte do tempo () Parte do tempo ()

Um pouco () Nada ()

11. Para você, o quanto é verdadeira ou falsa cada uma das afirmações?

(Circule um número em cada linha)	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu pareço ficar doente um pouco mais fácil que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu estou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde está excelente.	1	2	3	4	5

Função urinária

Esta seção é sobre o seu hábito urinário. Por favor, considere somente as últimas 4 semanas.

12. Ao longo das últimas 4 semanas, com qual frequência você tem perdido/vazado a urina?

Todos os dias () Cerca de 1 vez por semana ()

Menos do que 1 vez por semana () Nunca ()

13. Durante as últimas 4 semanas, qual das alternativas melhor descreve seu controle urinário?

Absolutamente nenhum controle () Gotejamento frequente ()

Gotejamento ocasional () Controle total ()

14. Quantos absorventes ou fraldas de adulto você geralmente usou para controlar o vazamento de urina durante as últimas 4 semanas?

3 ou mais absorventes por dia () 1-2 absorventes por dia () Nenhum ()

15. Se houve algum problema, qual foi o tamanho desse problema para você?

(Circule um número em cada linha)	Nenhum problema	Um problema muito pequeno	Um problema pequeno	Um problema moderado	Um problema muito grande
a. Vazar urina ou molhar suas calças?	0	1	2	3	4
b. O vazamento de urina interfere com a sua atividade sexual?	0	1	2	3	4

16. No geral, o quanto a sua função urinária tem sido um problema nas últimas 4 semanas?

Nenhum problema ()

Um problema muito pequeno ()

Um problema pequeno ()

Um problema moderado ()

Um grande problema ()

Por favor, continue na próxima página.

Hábitos intestinais

Esta seção é sobre os seus hábitos intestinais e sobre dores abdominais. Por favor, considere somente as últimas 4 semanas.

17. Qual a frequência que você tem tido urgência retal (sentir como se você tivesse que evacuar, mas na verdade não) durante as últimas 4 semanas?

Mais do que 1x/dia () Cerca de 1x/dia () Mais do que 1x/semana ()

Cerca de 1x/semana () Raramente ou nunca ()

18. Qual a frequência que você tem tido fezes que são perdidas ou fezes líquidas (sem forma, fluida, pastosa) durante as últimas 4 semanas?

Nunca () Raramente () Cerca de metade das vezes ()

Frequentemente () Sempre ()

19. Quanto desconforto os movimentos intestinais têm causado durante as últimas 4 semanas?

Desconforto severo () Desconforto moderado () Pouco desconforto () Nenhum ()

20. Qual a frequência que você tem tido cólica abdominal ou pélvica durante as últimas 4 semanas?

Várias vezes ao dia () Cerca de 1x/dia () Várias vezes por semana () Cerca de 1x/semana () Cerca de 1x neste mês () Raramente ou nunca ()

21. No geral, se houve algum problema relacionado ao seu hábito intestinal, qual foi o tamanho desse problema para você? Um problema grande () Um problema moderado () Um problema pequeno () Um problema muito pequeno () Nenhum problema ()

Função Sexual

A próxima seção é sobre a sua função sexual e sua satisfação sexual. Muitas das questões são bastante pessoais, mas elas nos ajudarão a entender importantes situações que você enfrenta todo dia. Lembre-se que suas respostas serão confidenciais e serão utilizadas apenas para pesquisas. Por favor, responda honestamente apenas sobre suas últimas 4 semanas.

22. Como você consideraria cada uma das seguintes situações nas últimas 4 semanas?

(Circule um número em cada linha)	Muito pobre	Pobre	Regular	Bom	Muito bom
a. Seu nível de desejo sexual?	1	2	3	4	5

b. Sua habilidade para ter ereção?	1	2	3	4	5
c. Sua habilidade para ter orgasmo (clímax)?	1	2	3	4	5

23. Como você descreveria sua qualidade usual de ereções?

Nenhuma ()

Não o suficiente para qualquer atividade sexual ()

O suficiente para masturbação e preliminares sexuais ()

O suficiente para relações sexuais ()

24. Como você descreveria a frequência de suas ereções?

Eu nunca tive uma ereção quando quis ter uma ()

Eu tive uma ereção em menos da metade do tempo quando quis ter uma ()

Eu tive uma ereção cerca da metade do tempo quando quis ter uma ()

Eu tive uma ereção de mais da metade do tempo quando quis ter uma ()

Eu tive ereção sempre que quis ter uma ()

25. Qual a frequência que você acordou de manhã ou à noite com uma ereção?

Nunca ()

Raramente (menos do que 25% das vezes) ()

Não muito frequentemente (menos da metade das vezes) ()

Frequentemente (mais do que a metade das vezes) ()

Muito frequentemente (mais do que 75% das vezes) ()

26. Durante as últimas 4 semanas você teve relações sexuais vaginais ou anais?

Não () Sim, uma vez () Sim, mais de uma vez ()

27. No geral, como você consideraria sua função sexual durante as últimas 4 semanas?

Muito pobre () Pobre () Regular () Boa () Muito boa ()

28. No geral, se houve problema relacionado a sua função sexual, qual foi o tamanho desse problema para você?

Nenhum problema ()

Um problema muito pequeno ()

Um problema pequeno ()

Um problema moderado ()

Um problema grande ()

Questões demográficas e médicas resumidas

29. Qual a sua idade? _____

30. Como você se descreve?

Branco () Negro () Pardo () Amarelo () Indígena ()

31. Qual das seguintes alternativas melhor descreve seu relacionamento atual?

Vive com sua esposa ou companheira ()

Tem um relacionamento sério, mas não mora junto ()

Não é um relacionamento sério ()

32. Qual o seu grau completo de escolaridade?

Ensino fundamental ()

Parte do ensino médio/colegial/escola técnica ()

Ensino médio/colegial/escola técnica ()

Parte da faculdade ()

Faculdade completa ()

Pós-graduação ()

33. Você já teve alguma das seguintes doenças ou problemas de saúde?

Por favor circule sim ou não para cada item	Sim	Não
a. diabetes	1	0
b. ataque cardíaco, dor no peito	1	0
c. derrame	1	0
d. amputação	1	0
e. problema de circulação nas pernas ou nos pés	1	0
f. asma, enfisema ou problemas respiratórios	1	0
g. úlcera gástrica, colon irritável	1	0
h. doenças renais	1	0
i. depressão	1	0
j. convulsão	1	0
k. alcoolismo ou problemas com o álcool	1	0
l. problemas com drogas	1	0
m. tabagista ou ex-tabagista	1	0

34. Você tem um trabalho remunerado?

Sim, trabalho de tempo integral ()

Sim, trabalho de meio período ()

Não, mas estou procurando emprego ()

Não, estou aposentado ()

Não, estou incapacitado para trabalhar ()

O preenchimento do questionário foi:

Muito fácil ()

Fácil ()

Nem fácil nem difícil ()

Difícil ()

Muito difícil ()

Tempo utilizado para responder o questionário em minutos ou horas:

Sugestão em relação às questões:

Obrigado pelo tempo despendido para responder o questionário!

Apêndice 10 – Questões sobre a Covid-19

Questões sobre a COVID-19	Muito pouco			Indiferente	Muitíssimo		
	1	2	3		4	5	6
1. Você acha que pode ser contaminado(a) pelo COVID-19?	1	2	3	4	5	6	7
2. Quanto isso te preocupa?	1	2	3	4	5	6	7
3. Quanto você tem se isolado devido ao vírus?	1	2	3	4	5	6	7
4. Quanto isto está sendo difícil para você?	1	2	3	4	5	6	7

Apêndice 12 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para período da pandemia



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/12 CNS/MS

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU

RESPONSÁVEL LEGAL

NOME DO PARTICIPANTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº:

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO:.....Nº.....APTO:

BAIRRO:.....CIDADE:.....

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

Câncer de próstata e suicídio: qualidade de vida, ansiedade, depressão e o risco para o suicídio em um centro oncológico terciário.

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Marília Zendron

3. PESQUISADORES ENVOLVIDOS:

Maria Teresa D.P. da Cruz Lourenço – Núcleo de Psico oncologia do A.C.Camargo Cancer Center

Stênio de Cássio Zequi – Diretor do Departamento de Urologia do A.C.Camargo Cancer Center

4. DURAÇÃO DA PESQUISA:

48 meses

Versão 3 – 15.04.2020

III - INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

O senhor está sendo convidado a participar da pesquisa “Câncer de próstata e suicídio: qualidade de vida, ansiedade, depressão e o risco para o suicídio em um centro oncológico terciário” 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 o diagnóstico.

IV - OBJETIVOS DA PESQUISA

Avaliação longitudinal da incidência de risco de suicídio e qualidade de vida em pacientes com câncer de próstata.

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. Tais quadros podem ocorrer não somente no momento do diagnóstico como também em períodos futuros, durante ou após o tratamento. A detecção precoce destes sintomas pode evitar o agravamento desses quadros, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente e prevenindo um comportamento suicida.

VI - DESENHO DA PESQUISA

Serão incluídos na pesquisa uma amostra de pacientes que tenham recebido o diagnóstico de câncer de próstata e que serão entrevistados em dois momentos, no período de 0 a 6 meses após o diagnóstico e ao estar em um estágio do tratamento a partir do 18º mês.

VII - DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

O senhor será esclarecido sobre os objetivos do presente estudo e, após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), responderá a um questionário

com informações pessoais, outro com a Classificação de Critérios Econômicos Brasil e quatro perguntas sobre sua impressão sobre a pandemia. Em seguida, serão aplicadas a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADs), o questionário CAGE sobre abuso ou dependência de álcool, o Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND) caso seja tabagista, a seção de risco de suicídio do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) e, por fim, o instrumento de qualidade de vida para pacientes com câncer de próstata (UCLA-PCI). Serão necessários cerca de 25 minutos para que você responda aos questionários.

A partir do 18º mês do tratamento, a pesquisadora entrará em contato com o senhor por telefone para convidá-lo para a segunda fase da pesquisa e será esclarecido sobre os objetivos do presente estudo. Nesta etapa o senhor optará pelo meio mais confortável para responder aos questionários: poderá agendar com a pesquisadora no próprio hospital no dia de seu retorno ao médico ou, caso o contato pessoal neste segundo momento não seja possível, terá três opções para responder aos questionários: por e-mail, correio ou telefone. Na opção por e-mail, o senhor receberá o TCLE e este deverá ser impresso, assinado e digitalizado para a pesquisadora. Após confirmação de recebimento os questionários serão encaminhados. Caso tenha preferência em responder os questionários em casa, os mesmos serão enviados pelo Correio juntamente com o TCLE. Na escolha por telefone, primeiramente enviaremos o TCLE com envelope selado para devolução. Após o recebimento do TCLE assinado, a entrevista será agendada e realizada por telefone pela pesquisadora. Somente o questionário de risco de suicídio (MINI), que consta de apenas seis questões, com resposta sim ou não, terá que ser feito por telefone, uma vez que o mesmo não é auto aplicativo.

VIII - DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS DECORRENTES DO PROCEDIMENTO

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

IX - BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS

Com os resultados desta pesquisa poderemos entender melhor os fatores de risco para suicídio dos pacientes portadores de câncer de próstata, podendo assim, realizar a detecção precoce e prevenção do suicídio.

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 às suas implicações.

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 pôr 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: Marilia Zendron CRP 06/77324.

Doutoranda 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 – A.C.Camargo Cancer Center pelo telefone (11) 2189-5000, ramal 5020 e 2069. 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 senhor 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 Marilia Zendron