

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE PRÓSTATA COM METÁSTASE ÓSSEA

MARIA IRANEIDE DE CASTRO SANTOS

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interinstitucional (Minter) em Oncologia da Fundação Antônio Prudente em Parceria com Escola Cearense de Oncologia, para obtenção do título de Mestre em Ciências
Área de concentração: Oncologia**

Orientador(a): Dra. Célia Lúcia da Costa

Co-orientador: Dr. Lúcio Flávio Gonzaga e Silva

Fortaleza

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Santos, Maria Iraneide de Castro

Qualidade de vida em pacientes portadores de câncer de próstata com metástase óssea / Maria Iraneide de Castro Santos – Fortaleza, 2010.

70

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente e Escola Cearense de Oncologia – ECO. Programa de Pós – Graduação Interinstitucional (MINTER) em oncologia.

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

Orientador: Célia Lídia da Costa

Descritores: 1. QUALIDADE DE VIDA. 2. CÂNCER DE PRÓSTATA. 3. METÁSTASE NEOPLÁSICA/diagnóstico. 4. OSSO.

Nós não conhecemos.
Nós só podemos dar palpites.

Karl Popper

DEDICATÓRIA

A todos que colaboraram para a elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus... Ao meu anjo da guarda...

Aos meus pais, Olavo e Graça, ao meu irmão Ramon e às minhas irmãs Nataly e Socorro, com quem pude partilhar pouco tempo de convivência, mas sempre sabendo que estavam perto para quando eu precisasse.

À minha orientadora, Dra. Célia Lúdia da Costa, que com sabedoria soube me conduzir, mesmo distante.

Ao meu co-orientador, Dr. Lúcio Flávio Gonzaga e Silva, por aceitar este novo desafio.

A todos os professores da pós-graduação, especialmente ao Dr. Marcos Venício, ao Dr. Ronaldo Ribeiro e ao prof. Dr. Manfredo Lins, pontes para o meu crescimento intelectual e acadêmico.

À Wallita e Luciana, sempre dispostas a colaborar para o andamento do processo durante todo o curso.

A todos os funcionários do Hospital do Câncer do Ceará que, de alguma forma, contribuíram para a elaboração do estudo, em especial ao setor de enfermagem, à secretaria da prevenção (Ambulatório Corina Parente), do 5º andar (setor de quimioterapia), setor de hormonioterapia, aos funcionários da biblioteca e do SAME.

Aos meus colegas do mestrado, especialmente Débora e Susana, pela amizade; à Dra. Miren, pelos ensinamentos; ao Dr. Fernando Melo, por ser simplesmente quem ele é; ao Dr. Rogério e Dra. Ana Paula, pelas conversas divertidas durante o intervalo; à Philó; ao Dr. Vladimir, por seu jeito singular

de ser; Ao Dr. Markus Giffoni, pela colaboração durante as aulas de biologia e patologia.

Aos médicos e residentes da equipe de uro-oncologia do Hospital do Câncer do Ceará, sempre disponíveis a colaborar com informações e encaminhamento dos pacientes. Obrigada, Dr. Marconi, Dr. Lúcio Flávio, Dr. Marcos Venício, Dr. Vladmir, Dr. Eliezer, Dr. Aarão e Dr. Alexandre.

A todos que constituem a Fundação Antônio Prudente, especialmente ao coordenador da pós-graduação, Dr. Fernando Augusto Soares, à Ana Kuninari, secretária acadêmica, à Suely e a toda sua equipe da biblioteca.

À Dra. Creusa Dal Bó, por seu excelente trabalho estatístico.

Ao Edson, por sua preciosa colaboração.

À minha prezada amiga e irmã Cláudia Lopes, por seu incentivo.

Ao Paolo, por sua paciente espera.

Aos pacientes que se dispuseram a participar, colaborando para a elaboração do estudo e compartilhando momentos tão significativos de suas vidas.

À Fundação Cearense de Apoio à pesquisa - FUNCAP, por ter me concedido uma bolsa de estudos, ação essencial para a conclusão do trabalho.

RESUMO

Santos MIC. **Qualidade de vida em pacientes portadores de câncer de próstata com metástase óssea.** Fortaleza; 2010. [Dissertação de Mestrado-Instituto do Câncer do Ceará/Fundação Antônio Prudente].

Introdução: Por trazer consigo o estigma da morte, o câncer é uma das doenças que mais afeta a Qualidade de Vida. O medo do sofrimento, da humilhação e o comprometimento físico e a dor estão associados, geralmente, ao diagnóstico, vindo a comprometer o paciente de forma global. Dados os avanços na área da saúde nos últimos anos, com acentuado desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas, permitindo o consequente aumento da sobrevida dos pacientes, aferir Qualidade de Vida tem sido uma crescente nos estudos biomédicos, sobretudo nos que se referem ao paciente oncológico. O paciente com câncer de próstata com metástase óssea, por se tratar de um grupo pouco estudado, face à dificuldade em avaliar pacientes em estágio avançado, foi o grupo selecionado para a pesquisa desenvolvida. **Objetivo.** Avaliar qualidade de vida em pacientes com câncer de próstata com metástase óssea. **Método.** O presente estudo, do tipo transversal, foi realizado no período de setembro a dezembro de 2009. Para a avaliação destes pacientes, utilizou-se como ferramentas de pesquisa uma ficha com dados gerais, a aplicação do Inventário de Depressão de Beck, a Escala Analógica Visual para dor e o questionário de qualidade de vida denominado SF-36. A população do estudo foi composta por pacientes do Sistema Único de Saúde, com diagnóstico de câncer de próstata com metástase óssea, tratados pelo Instituto do Câncer do Ceará. As perguntas foram feitas oralmente pela pesquisadora. O preenchimento do protocolo com dados gerais e clínicos do paciente foi realizado com base em dados obtidos de prontuários. **Resultados.** Relacionado aos achados neste grupo específico de pacientes, constatou-se a semelhança com alguns resultados já divulgados, enquanto

em outros, pôde-se verificar dados contrários à literatura vigente. A compreensão das experiências dos homens com câncer de próstata metastático poderá ajudar à tomada de decisões. Estudos regionais são importantes, pois poderão apresentar peculiaridades existentes entre pacientes de diversas culturas, principalmente no que se refere a aspectos psicossociais, em que as intervenções multidisciplinares, o apoio emocional e o envolvimento com a rede social podem contribuir para o bem-estar deste grupo. **Conclusões.** Os pacientes com câncer de próstata com metástase óssea deste estudo apresentaram semelhanças e diferenças frente a alguns resultados já divulgados, o que vem a corroborar a necessidade de estudos em populações específicas, visando melhor entendimento de cada grupo. No presente estudo, a qualidade de vida dos pacientes com câncer de próstata metastático apresentou-se alterada; tais alterações estiveram relacionadas às variáveis referentes à sua afecção. Os resultados encontrados poderão estar associados a fatores regionais e culturais, fato que poderá ser mais bem delineado partindo da continuação de estudos com esta população.

SUMMARY

Santos MIC. **[Quality of life in patients with prostate cancer with bone metastasis]**. Fortaleza; 2010. [Dissertação de Mestrado-Instituto do Câncer do Ceará/Fundação Antônio Prudente].

Introduction. Usually the word cancer brings the stigma of death. Cancer is a disease that greatly affects the quality of life. Fear of suffering, humiliation and physical impairment and pain are associated with it. In many instances the diagnosis itself compromises the patient not only physically but also emotionally. Given the advances in health care in recent years, along with significant developments in therapeutic approaches, the use of quality-of-life measures has been growing in biomedical studies, particularly those relating to cancer patients. For this study we chose patients having prostate cancer with bone metastasis, because this group has been poorly studied.

Objective. Assessing quality of life in patients with prostate cancer with bone metastasis. **Method.** This study employed a cross-sectional design and was conducted from September through December 2009. Research tools used in the evaluation of these patients included the Beck Depression Inventory, the Visual Analog Scale for pain, and the SF-36 quality-of-life questionnaire. The study population consisted of patients in the Brazilian National Health System with a diagnosis of prostate cancer with bone metastasis who were treated at the Instituto do Cancer no Ceará - ICC. Questions were asked orally by the researcher. Remaining data required for completion of the protocol were obtained from medical records. **Results.** Findings related to this particular group of patients were consistent with various published results, verifying that understanding the experiences of men with metastatic prostate cancer can aid in clinical decision-making. Moreover, the results reflect the fact that regional studies are important, because they present the experience of patients from different cultures, especially with regard to psychosocial aspects, where multidisciplinary interventions, emotional support and

ongoing involvement with a social network can contribute to the welfare of members of each group. **Conclusion.** Patients with prostate cancer with bone metastasis in this study showed both similarities and differences when compared to various results already published, verifying the need for further studies in specific populations contributing to enhanced understanding of each group. In this study, the quality of life of patients with metastatic prostate cancer was altered, and these alterations were related to variables relating to each patient's condition. The results may be linked to regional and cultural factors, and the relative contributions of such factors may be better understood based on continuing studies in this population.

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1	Tipos e indicações de hormonioterapia.....	8
Tabela 1	Caracterização dos pacientes segundo dados sociodemográficos.....	24
Tabela 2	Caracterização dos pacientes segundo dados clínicos e terapêuticos.....	25
Tabela 3	Caracterização dos pacientes segundo suas queixas.....	26
Tabela 4	Valores do coeficiente de correlação de Spearman dos domínios de SF 36 e a idade e idade ao diagnóstico.....	29
Tabela 5	Valores do coeficiente de correlação de Spearman dos domínios de SF 36 com Escala de dor e Escore de Beck.....	30
Tabela 6	Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo o grupo de escolaridade.....	31
Tabela 7	Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo o grupo e classe social.....	32
Tabela 8	Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo o grupo de estado civil.....	33

Tabela 9	Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo o número de filhos	34
Tabela 10	Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo hormonioterapia.....	36
Tabela 11	Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo o grupo tratado ou não anteriormente.....	37
Tabela 12	Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo o grupo orquiectomizado ou não.....	38
Tabela 13	Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo o grupo com a queixa dor.....	39
Tabela 14	Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo a presença ou não de comorbidade.....	40
Tabela 15	Análise multivariada das variáveis relacionadas com os domínios do SF-36.....	41

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVO	11
3	CASUÍSTICA E MÉTODO	12
3.1	Seleção dos pacientes.....	12
3.1.1	Crítérios de inclusão	12
3.1.2	Crítérios de exclusão	12
3.2	Método.....	13
3.2.1	Variáveis estudadas e definições	15
3.3	Casuística analisada	20
3.3.1	Determinação do tamanho da amostra.....	21
3.4	Análise estatística.....	22
4	RESULTADOS	23
4.1	Correlação das variáveis estudadas com o SF-36	28
4.1.1	Estudo da correlação com idade e idade ao diagnóstico	28
4.1.2	Estudo da correlação com Escala de dor e Escore de Beck	29
4.1.3	Associação com a escolaridade	30
4.1.4	Associação com a classe social	32
4.1.5	Associação com Estado Civil.....	33
4.1.6	Associação com número de filhos	34
4.1.7	Associação com hormonioterapia.....	35
4.1.8	Associação com realização ou não de tratamento anterior	46
4.1.9	Associação com realização ou não de orquiectomia	37
4.1.10	Associação com a queixa dor.....	38
4.1.11	Associação com comorbidades	39
4.2	Análise multivariada das variáveis relacionadas com os domínios do SF-36.....	40

4.3	Respostas dadas ao questionamento fé/religiosidade	42
5	DISCUSSÃO	44
6	CONCLUSÃO	58
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

ANEXOS

Anexo 1	Inventário de Depressão de Beck (BDI)
Anexo 2	SF-36
Anexo 3	Escala Visual Analógica
Anexo 4	Critério Brasil 2008

APÊNDICES

Apêndice 1	Ficha de dados gerais do paciente
Apêndice 2	Termo de consentimento livre e esclarecido

1 INTRODUÇÃO

O câncer ainda se trata de uma doença permeada por preconceitos (GIANINI 2007). Para muitos ainda é tratada como *A* doença e não como *UMA* doença (Kleinman 1988 citado por RAMOS et al. 2007, p.1388). Vários são os estudos realizados sobre a repercussão social do câncer que têm mostrado a afecção associada à morte (RAMOS et al. 2007).

Dados os avanços na área da saúde nos últimos anos, com acentuado desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas, permitindo o consequente aumento da sobrevida dos pacientes, aferir Qualidade de Vida (QV) tem sido uma crescente nos estudos biomédicos, sobretudo naqueles que se referem ao paciente oncológico (PIMENTEL 2006; VENTAFRIDA et al. 2006). A avaliação da Qualidade de Vida relacionada à saúde (QVRS) na prática clínica permite conhecer melhor o paciente, auxiliando o clínico e os demais cuidadores em suas decisões e condutas terapêuticas (MORRIS et al. 1997; TANAKA e GOTAY 1998), sendo tal prática o grande desafio para os profissionais que lidam com pacientes portadores deste tipo de câncer, geralmente idosos e/ou com comorbidades (DORNAS et al. 2008).

Dentre as especialidades médicas existentes, foi a oncologia que se defrontou com primazia à necessidade de verificar as condições de vida dos pacientes, que tinham sua sobrevida aumentada pelos tratamentos realizados, no intuito de acrescentar não somente anos à vida dos pacientes,

mas com o fim de proporcionar uma melhor vida durante estes anos acrescidos (FLECK et al. 1999).

Inicialmente, para se avaliar os resultados de intervenções terapêuticas, apenas o funcionamento físico era considerado como uma importante variável, como se pode constatar em KARNOFSKY et al. (1948), que desenvolveram um instrumento que avaliava apenas a dimensão física, e em KATZ et al. (1963), que elaboraram um índice de independência nas atividades de vida diária.

Atualmente, não se tem uma definição clara sobre o conceito de Qualidade de Vida. As definições apresentadas para Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) são diversas (BOTTOMLEY 2002; SEIDL e ZANNON 2004; VENTAFRIDA et al. 2006). Tal contexto ainda é um campo fértil de debate, embora se tenha um consenso sobre a importância em se avaliar Qualidade de Vida, sendo a definição dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a que melhor traduz a abrangência do construto Qualidade de Vida (FLECK 2008). Para a OMS, qualidade de vida é: “A percepção do indivíduo sobre a sua percepção na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO 2005).

Followfield em 1990, citado por FLECK 2008, p.27), ao definir Qualidade de Vida, afirma que esta era a medida que faltava na área da saúde. Logo, torna-se importante medir Qualidade de Vida, já que segundo BLAY e MERLIN (2006), medir de forma objetiva um determinado fenômeno contribui para a produção e transmissão de conhecimento científico quando

se trata de um procedimento de uma pesquisa formal, reflexiva e sistemática.

A partir da década de 1970, apareceram na literatura os primeiros instrumentos com o objetivo de avaliar QV (BELASCO e SESSO 2006). Entre as medidas de QVRS, pode-se distinguir os instrumentos genéricos e os específicos.

Como o nome sugere, os instrumentos genéricos são aqueles indicados para avaliar aspectos gerais da vida do indivíduo, são instrumentos que agregam várias dimensões que compõem a QV (BELASCO e SESSO 2006), podendo ser usados em pessoas saudáveis e em pessoas com variadas afecções. Como exemplos desses instrumentos, temos: *Sickness Impact Profile* (SIP); *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form* (SF-36); *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100). Apesar de os instrumentos genéricos apresentarem a vantagem de produzir pontuações que possam ser comparadas, posteriormente, com as de outras patologias ou mesmo com populações saudáveis, estes questionários apresentam falha na avaliação de problemas específicos de cada patologia e respectivas terapêuticas (PIMENTEL 2006).

Os instrumentos específicos buscam avaliar indivíduos com condições ou doenças específicas (BLAY e MERLIN 2006), ou seja, a vantagem se apresenta na possibilidade de avaliar a doença particular, as mudanças relacionadas com o tratamento e as variações do estado clínico ao longo do tempo (PIMENTEL 2006). Estes instrumentos podem ser específicos para uma determinada população, enfermidade, ou para determinada situação

(COONS et al. 2000). Exemplos de instrumentos específicos: *Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire* (PAQOL) e o *Funcional Assessment of Cancer Therapy-General* (FACT-G).

Um dos principais obstáculos está em se encontrar um instrumento válido de medida adequado à população alvo. No Brasil, não existe ainda instrumento específico validado de avaliação de QV para pacientes com câncer de próstata, embora exista um trabalho eminentemente qualitativo realizado sobre a interferência da QV de idosos com câncer de próstata submetidos à radioterapia, e um instrumento validado para o português aplicável a pacientes com Hiperplasia Benigna da Próstata (CUNHA 2004).

Embora medidas de QV tenham sido incorporadas à rotina de estudos de tratamento para câncer de mama desde a década de 1980, pode-se verificar que, nesta época, elas foram raramente incluídas em estudos de câncer de próstata (KISS e MERYN 2001). A partir desta informação, evidencia-se que estudos relacionados à QV foram inicialmente incorporados à população feminina; enquanto que na população masculina trata-se de uma investigação mais recente.

No intuito de possibilitar a utilização de uma medida de QV em ensaios clínicos, pesquisadores criaram instrumentos elaborados com essa finalidade. Domínios relacionados a parâmetros de saúde passaram a ser mensurados tanto na dimensão objetiva, relacionada a determinados parâmetros clínicos, quanto na dimensão subjetiva, do ponto de vista do paciente. Enquanto a primeira avalia o funcionamento ou estado de saúde, a

outra avalia a percepção e a expectativa da saúde pelo indivíduo (Lieberman 2001 citado por PERCHON 2006, p.20).

A maioria dos estudos aponta para o fato de que a obtenção de informações referentes à QV na rotina da prática clínica é insuficiente. Esta conclusão tem implicações terapêuticas importantes, porque se as queixas dos pacientes são subestimadas e não são levadas em consideração ou “ouvidas” de alguma forma, isso poderá trazer como consequência sua insatisfação com as abordagens terapêuticas utilizadas (GIANNAKOPOULOS et al. 2005).

Por sua alta incidência, dificuldade terapêutica e significativa taxa de mortalidade, o câncer de próstata tem despertado crescente interesse dos pesquisadores (BILLIS e POMPEO 2003).

O câncer de próstata é um tumor de crescimento lento com progressão não linear, sendo o osso o local mais comum de disseminação hematogênica (BILLIS 2000; DORNAS et al. 2008). A presença ou não de metástase óssea à época do diagnóstico é uma informação fundamental para o direcionamento do tratamento, já que metástases ósseas são reconhecidas como um fator de mau prognóstico e que levam a um quadro algico importante, sendo algo dominante nesse estágio da doença (RIGAUD et al. 2002; TALCOTT e CLARK 2005).

Para 2010, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, estimou a ocorrência de 52 mil novos casos de câncer de próstata. Comparado a outros cânceres, pode-se verificar sua alta incidência. Já no estado do Ceará, a estimativa para o ano de 2010 para 100.000 homens foi calculada

em 2.240 novos casos, sendo na cidade de Fortaleza 540 novos casos (Ministério da Saúde 2009).

O câncer de próstata é classificado histopatologicamente através do sistema de Gleason (GLEASON 1977), que é o mais utilizado e, conseqüentemente, o mais bem conhecido para graduação histológica deste tipo de câncer. De acordo com esse sistema, os cânceres da próstata são estratificados em cinco graus com base nos padrões glandulares e grau de diferenciação identificado em pequeno aumento (COTRAN et al. 2000). Enquanto que aos tumores bem-diferenciados atribui-se grau 1, para os tumores pouco diferenciados atribui-se grau 5 (POTH 2004).

Para se obter o grau ou o escore de Gleason combinado, somam-se os dois graus numéricos atribuídos aos padrões glandulares e de diferenciação histopatológica encontrados. De modo geral, a maioria dos tumores contém mais de um padrão de diferenciação. Assim, é de rotina atribuir um grau primário ao padrão dominante e um grau secundário ao padrão subdominante. Logo, um tumor com grau dominante 4 e um grau secundário 3 atinge um escore de Gleason de 7. O tumor identificado com apenas um padrão é tratado como se o grau primário e o secundário fossem os mesmos; então, o número é dobrado (ex.: Gleason 4 = 2+2) (COTRAN et al. 2000).

Além da graduação histológica, o estadiamento é de importante valor para a classificação do câncer. Em 1992, foi adotado o sistema TNM também para o estadiamento do câncer de próstata. Nesse sistema, o estágio A corresponde ao T1; o estágio B, ao T2; o estágio C, ao T3 ou T4; e

o estágio D fica na dependência da avaliação de metástases nos linfonodos (N) e em outros órgãos (M) (BILLIS 2000).

A Sociedade Brasileira de Urologia-SBU afirma que o principal problema clínico associado ao estágio D é a dor óssea, secundária a metástases, e as várias abordagens propostas são de natureza paliativa. No entanto, a dor e a incapacidade associadas às metástases, o que origina complicações, raramente causam morte. Na maioria dos casos, os pacientes morrem devido ao câncer primário e por complicações relacionadas a ele (UNIFESP 2006).

Pacientes com câncer de próstata em estágio avançado representam uma porção da população com elementos únicos que impactam QV (ALBAUGH e HACKER 2008).

TOFANI e VAZ (2007) verificaram que o homem com câncer de próstata tem seu bem-estar físico e emocional, assim como a QV, em geral, afetados pela afecção. HERR, em 1997, afirmou que duas pessoas com mesmo diagnóstico podem apresentar diferente QV. O mesmo autor enfatiza que, não sendo possível a cura do câncer prostático localmente avançado ou do câncer de próstata metastático, a manutenção da QV assume importância primordial neste grupo e que QV em pacientes hormônio-dependentes e em pacientes hormônio-refratários tem diferido entre os grupos.

Em estudo mais recente, afirmou-se que homens que apresentam câncer de próstata localizado e um excelente prognóstico podem ter diferente QV comparados a homens com câncer de próstata metastático que

estão lidando com questões do fim da vida e dor óssea (ALBAUGH e HACKER 2008).

Pacientes com câncer avançado de próstata representam candidatos tradicionais à hormonioterapia. Atualmente, mais de 50 anos após a descoberta de Huggins e Hodges, a manipulação endócrina¹ permanece uma das principais escolhas para o tratamento do câncer de próstata em estágio avançado, sendo mandatório o tratamento imediato em homens com sintomas ou complicações (SCRIARRA et al. 2004).

Logo, pode-se afirmar que a estratégia primeira da hormonioterapia é a privação da produção da testosterona pelos testículos ou o bloqueio das ações da testosterona e outros hormônios masculinos (COTRAN et al. 2000).

Uma das maneiras de classificar a hormonioterapia é de acordo com a sua finalidade, modo de aplicação, mecanismo de ação e método de execução, como pode-se verificar no quadro abaixo.

Quadro 1 – Tipos e indicações de hormonioterapia.

Parâmetro	Tipos
Finalidade	Curativa – paliativa
Aplicação	Isolada – combinada
Ação	Aditiva – supressiva
Execução	Medicamentosa - cirúrgica – actínica

Fonte: Ministério da Saúde (2010)

¹ Câncer de próstata é hormônio dependente, e o bloqueio androgênico é o mais ativo tratamento, pois o tumor de próstata apresenta dependência hormonal de testosterona.

Importante ressaltar que nesse estágio, de doença avançada, a finalidade da terapia hormonal é paliativa, ou seja, visa à melhora da QV do paciente (PERSON et al. 2003; ALBAUGH e HACKER 2008; DORNAS et al. 2008), estando associada à disfunção sexual, às ondas de calor, ao ganho de peso, à fadiga, aos distúrbios do sono e à osteoporose (HERR 1997; ALBAUGH e HACKER 2008; CURIGLIANO et al. 2009).

Ao se verificar o desenvolvimento de clones de células hormônio-independentes², quimioterápicos são incorporados à terapia (KALIKS e DEL GIGLIO 2008). Hormonioterapia e quimioterapia são usadas, normalmente, quando a malignidade espalhou-se da próstata para outras áreas do corpo. Quimioterapia é uma opção para poucos homens que têm câncer de próstata. Ela é frequentemente deixada para aqueles em que a hormônio falhou. Como na hormonioterapia, o objetivo da quimioterapia é cessar a invasão da doença e reduzir complicações físicas, tais como a dor óssea (ETON e LEPORE 2002).

Vale considerar que, há alguns anos, não existia a comprovação de esquemas quimioterápicos eficazes para o tratamento do carcinoma prostático (BILLIS 2000). Estudos vêm demonstrando que a quimioterapia apresenta eficácia limitada no tratamento do câncer da próstata (POTH 2004). No entanto, novas drogas têm se mostrado eficazes para o alívio dos sintomas presentes em estágio avançado, é o que relata o texto informativo do Hospital A.C. Camargo (Fundação Antônio Prudente-FAP 2009). Dentre

² Em um prazo médio de dois anos, estes pacientes, apesar do sucesso da terapia inicial, apresentarão progressão do câncer (POTH 2004). Estes pacientes são denominados pacientes com câncer de próstata hormônio refratário, ou seja, pacientes que apresentam “escape clínico”, aqueles em que o câncer se tornou “resistente” ao hormônio (KEANE et al. 2003).

estes sintomas, a redução da dor tem sido nomeadamente o aspecto principal apontado pelos estudos (TRASK 2004). Portanto, entender as opções de tratamento para câncer de próstata e seu impacto na QV é importante, tendo em vista que opções de tratamento distintas podem produzir diferentes efeitos (ALBAUGH e HACKER 2008).

2 OBJETIVOS

1. Avaliar qualidade de vida de pacientes com câncer de próstata com metástase óssea;
2. Avaliar a associação entre a qualidade de vida e variáveis clínicas, terapêuticas e sintomas;
3. Discutir questões culturais e regionais que possam se relacionar aos resultados.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 SELEÇÃO DE PACIENTES

A população do estudo foi composta por pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), com diagnóstico de câncer de próstata com metástase óssea, tratados pelo Instituto do Câncer do Ceará. Esses pacientes foram identificados através de seus prontuários, no dia de seu atendimento no hospital, e convidados a participar do estudo no local em que estavam sendo atendidos (ambulatórios da prevenção, setor de quimioterapia e/ou setor de hormonioterapia). Portanto, a coleta se deu no dia de seu atendimento ou em data agendada pela pesquisadora, tendo em vista os critérios de inclusão estipulados e a disponibilidade do paciente.

3.1.1 Critérios de inclusão

- Pacientes do Instituto do Câncer do Ceará, com câncer de próstata com metástase óssea, atendidos pelo SUS.

3.1.2 Critérios de exclusão

- Pacientes que por algum motivo (falta de condição clínica, incapazes de compreender as perguntas existentes nos questionários, apresentem distúrbios psiquiátricos diagnosticados e descompensados, por exemplo) não apresentassem condições de responderem às questões;

- Pacientes que já tenham tido algum outro tipo de neoplasia primária.

3.2 MÉTODO

O presente estudo, do tipo transversal, foi realizado no período de setembro a dezembro de 2009.

Os pacientes devidamente informados, pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), e que manifestaram acordo em participar mediante a assinatura, foram convidados a responder o protocolo da pesquisa (Apêndice 1), o Inventário de depressão de Beck (BDI) (Anexo 1), o questionário de qualidade de vida SF-36 (Anexo 2), a Escala Visual Analógica (EVA), para dor (Anexo 3) e o questionário para classificação socioeconômica denominado Critério Brasil 2008 (Anexo 4).

Em 1999, foi validado para a língua portuguesa um questionário genérico para avaliar QV (CICONELLI et al. 1999). O SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form), que foi traduzido, adaptado culturalmente e aplicado, no Brasil, inicialmente, em pacientes com artrite reumatóide, vem ao longo dos anos sendo utilizado para pacientes com doenças crônicas, inclusive pacientes oncológicos, em diversos estudos no mundo (AMARO et al. 2006).

O SF-36 é composto por oito domínios, os quais indagam o indivíduo sobre: *sua capacidade funcional, aspectos físicos, o estado geral de saúde, a dor, aspectos sociais, saúde mental, vitalidade e aspectos emocionais,*

avaliando a presença e a extensão de limitações relacionadas (CICONELLI et al. 1999).

Trata-se de um questionário de qualidade de vida genérico, multidimensional e de fácil aplicação, considerado por muitos pesquisadores como o “padrão-ouro” para aferir o estado geral de saúde relacionado à qualidade de vida (PERSON et al. 2003). Os resultados são gerados em escores de 0 a 100, obtidos a partir de uma relação de quesitos sobre aspectos relacionados à QV. Quanto maior for o escore, melhor é a qualidade de vida. O SF-36 pode ser autoaplicado ou aplicado por pessoa qualificada, dentre outras formas de aplicação. O tempo estimado para sua aplicação é de cinco a dez minutos (WARE 2000).

O BDI, um instrumento que atende ao propósito de avaliar sintomas depressivos, tem sido amplamente utilizado. A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 (zero) a 3 (três). O instrumento foi considerado como variável, independente do estudo. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido (CUNHA 2001).

A Escala Visual Analógica (EVA) tem sido descrita pela literatura desde 1920. No entanto, sua utilização passou a ficar mais evidente a partir da década de 1960. A EVA tem sido utilizada para descrever uma variedade

de sintomas, dentre eles a dor, que teve seu uso inicial em 1966 (WEWERS e LOWE 1990). Desde então, pesquisadores vêm investigando o fenômeno doloroso a partir deste instrumento, que consiste em uma escala para avaliar a intensidade da dor. Esta escala indaga o paciente acerca de sua dor, a qual zero significa ausência total de dor e 10 significa dor máxima suportável pelo paciente. A presença de faces na escala também vem sendo utilizada como artifício para uma identificação mais precisa sobre a intensidade da dor sentida no momento pelo paciente. Dentre todos os dados de mensuração da dor referidos pela literatura, este parece ser o mais prático, simples e reproduzível (STEFANUTO e DELGADO 1988).

As perguntas foram feitas oralmente pela pesquisadora. O preenchimento do protocolo com dados gerais e clínicos do paciente foi realizado com base em dados obtidos de prontuários.

A coleta dos dados se deu em local reservado, com o intuito de proporcionar ao respondente um local agradável e discreto.

O estudo foi conduzido tendo em vista a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto do Câncer do Ceará em outubro de 2008.

3.2.1 Variáveis estudadas e definições

As variáveis estudadas foram coletadas a partir de dados contidos nos prontuários, através da revisão de prontuários do Serviço de Arquivo Médico (SAME), do Hospital do Câncer do Ceará, e de informações do próprio paciente.

A Variáveis sociodemográficas

a) Escolaridade: foi classificado em analfabeto, alfabetizado, até ensino fundamental completo, até ensino médio completo e até ensino superior completo.

b) Naturalidade: diz respeito ao local de nascimento do paciente. Classificado como natural de Fortaleza, nascido em outras cidades do estado e nascido em outros estados.

c) Procedência: local onde o paciente reside atualmente. Classificado como procedente de Fortaleza, procedente de outras cidades do estado e procedente de outros estados.

d) Profissão: classificada de acordo com a última profissão exercida pelo paciente ou, no caso de paciente ainda trabalhando (ativo), dada por sua atual profissão.

e) Estado civil: foi inicialmente classificado como solteiro, casado/amasiado, viúvo e separado. Para a análise dos dados, classificou-se como: com companheira ou sem companheira.

f) Classificação socioeconômica: baseado no Critério de Classificação Econômica Brasil 2008 (Anexo 4). Tal critério estabelece pontos de corte para classificação em classes.

g) Número de filhos: foi inicialmente classificado em nenhum filho, um filho, dois filhos, três filhos, quatro filhos e cinco ou mais filhos. Para análise dos dados, dada a estratificação em que se encontravam os mesmos, decidiu-se em classificar em: de um a quatro filhos e cinco ou mais filhos.

h) Cuidador: inicialmente, buscou-se identificar se havia apenas um cuidador ou mais, subdividindo o item e possibilitando múltiplas respostas: cuidador esposa (sim ou não); cuidador filho(a) (sim ou não); cuidador outro parente (sim ou não); cuidador amigo (sim ou não); cuidador outro (sim ou não). Para fins de análise, dada a maneira como os dados se distribuíram, classificou-se em cuidador somente esposa; cuidador esposa e outros; e cuidador outros.

i) Arrimo de família: foi classificado inicialmente em paciente; paciente e cônjuge; paciente, cônjuge e filho; cônjuge; filho(s); e outro(s). De acordo com os dados encontrados, optou-se em classificar se era o paciente, apenas, ou não, independente de quem colaborasse.

B Variáveis relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento

a) Paciente apresenta conhecimento do diagnóstico: foi classificado como conhecimento do diagnóstico quando o paciente, durante a entrevista, afirmou estar no hospital para tratar da próstata.

b) Tempo até procurar ajuda: dado em meses. Quando o paciente respondia que não procurou ajuda logo ao iniciar os sintomas, ele era questionado acerca do motivo, como pode ser constatado no item seguinte.

c) Qual o motivo para a demora em procurar ajuda: classificada em cinco itens. Medo em realizar os exames necessários para o diagnóstico; medo do diagnóstico; falta de acesso ao sistema de saúde; falta de tempo em procurar assistência médica; e outro(s) motivo(s).

d) Tempo que levou para começar a tratar: classificada em seis itens. São eles: imediatamente, logo que procurou ajuda; depois de um mês; de um a três meses; de três a seis meses; e mais de seis meses.

e) Metástase: se desenvolvida durante o tratamento ou se já chegou com metástase.

f) Tempo em tratamento: dado em anos.

g) Hormônio: se paciente hormônio dependente; hormônio refratário³ ou hormônio refratário em tratamento quimioterápico.

h) Se já realizou algum tipo de tratamento: sim ou não – referente a algum tipo de tratamento distinto ao que estava utilizando no período da entrevista.

i) Orquiectomizado: se já realizou a cirurgia ou não.

j) Tratamento atual: em andamento (relacionado à hormonioterapia ou hormonioterapia associada à quimioterapia); em observação (no caso de ter realizado orquiectomia, por exemplo, e permanecer em espera para que se verifique qual conduta a ser mantida); tratamento de suporte (parada de tratamento hormonal – não considerada orquiectomia – com o objetivo de conter dor óssea, por exemplo, e outros sintomas).

k) Queixas: relativas aos principais sintomas descritos pela literatura (FERREIRA et al. 2010) para este grupo de pacientes, aqueles mais frequentes. São elas: dor, insônia, ondas de calor, tristeza, distúrbios

³ Duas elevações consecutivas do PSA em relação a um valor de referência com, pelo menos, uma semana de intervalo (FREITAS et al. 2005).

urinários, disfunção sexual, ganho de peso, fadiga, todos os sintomas, e outros sintomas relatados.

l) Comorbidades: se sim ou não, independente da comorbidade apresentada.

m) Tratamento com psicofármacos: se sim ou não.

n) Acompanhamento psicológico: se sim ou não.

o) Escores da escala de dor: dado de zero a dez e de acordo com a intensidade da dor sentida no momento da entrevista.

p) Escores do Beck: obtidos a partir da aplicação do questionário – BDI.

C Variáveis diversas

a) Tempo de coleta de dados: identificação do tempo levado para aplicação dos questionários.

b) Idade: dada em anos.

c) Idade ao diagnóstico: dada em anos.

g) Quanto à religião do paciente: caracterização de opção religiosa do paciente. Dada a natureza quantitativa do estudo, fez-se necessário a adoção de um questionamento de natureza qualitativa, na tentativa de melhor compreender a população analisada e avaliar características regionais e culturais que pudessem estar associadas à esta variável.

A partir de algumas deficiências identificadas nos instrumentos de qualidade de vida, algumas recomendações foram feitas. Dentre estas

recomendações, destaca-se que, no caso de medidas padronizadas, a inclusão de itens abertos, adicionados ao final do instrumento, são indicados para agregar outros aspectos eventualmente não considerados (GILL et al. 1994; GLADIS et al. 1999).

Assim, na variável acerca de qual religião faziam parte, foi acrescentado o seguinte questionamento: A fé (religião-espiritualidade) é importante para o senhor neste momento? Por quê? Esta questão baseou-se em um texto sugerido pelo *American College of Physicians*, nos EUA, ao afirmar que o médico deve fazer tal questionamento em relação ao paciente grave (QUILL e BYOCK 2000).

D Elementos diversos

- a) Identificação: dada a partir do número do prontuário do paciente.
- b) Data: referente ao dia de aplicação do questionário.
- c) Telefone: identificação do paciente para possível continuidade do estudo.

3.3 CASUÍSTICA ANALISADA

Foi necessária a exclusão de quatro pacientes do estudo. Os motivos da exclusão foram: durante a entrevista, a família de dois pacientes interrompeu a conversa, vindo a permanecer na sala durante a realização da mesma, o que poderia deixar os dados tendenciosos, já que o paciente,

ocasionalmente, poderia não responder de forma verdadeira o que lhe fora questionado tendo em vista estar inibido diante de um familiar; outro paciente interrompeu a entrevista por precisar ir embora, pois ele não residia em Fortaleza e o seu transporte já estava na hora de partir para sua cidade; outro paciente aceitou participar da entrevista, no entanto, durante a mesma, a entrevistadora e o médico residente acharam conveniente interromper tendo em vista que o paciente não apresentava condições clínicas para concluir o processo.

3.3.1 Determinação do tamanho da amostra

Para determinação do tamanho da amostra, levou-se em consideração os seguintes aspectos:

1. Inexistência de dados sobre o tamanho da população;
2. Inexistência de trabalhos com informações da população brasileira.

Dessa forma, utilizou-se a fórmula de tamanho de amostra proposta por BONINI e BONINI $n = \frac{z^2 \times s^2}{e^2}$ (1972), sendo utilizados os seguintes valores:

a) σ^2 – variância da qualidade de vida, variável principal do estudo. Utilizou-se o valor do desvio padrão igual a 22, que consta no estudo de ALBERTSEN et al. (1997).

b) e - Erro de estimativa. O erro de estimativa foi igual a 5 unidades, referente a 5% da amplitude do instrumento SF-36.

c) z - intervalo de confiança de 95% para a proporção populacional equivalente ao valor de $z = 1,96$.

Colocando esses valores na fórmula supracitada, obteve-se um tamanho de amostra igual a 74.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas, a análise foi feita através da observação dos valores mínimos e máximos, e do cálculo de médias, desvios-padrão e mediana. Para as variáveis qualitativas, calculou-se frequências absolutas e relativas.

Para a comparação de dois grupos em relação aos domínios do SF-36, foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, pois a suposição de normalidade dos dados foi rejeitada. Para a comparação de três ou mais grupos, foi utilizado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, com comparações múltiplas realizadas através do teste de Dunn (ROSNER 1986).

Para o estudo da correlação entre as variáveis e os domínios do SF-36, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (ROSNER 1986). O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

Para a análise multivariada, foi ajustado um modelo de regressão linear. As variáveis que apresentaram significância na análise univariada foram selecionadas, ajustadas a um modelo de regressão linear e aplicado um processo de seleção de variáveis, no intuito de verificar quais eram mais importantes nesta correlação. O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

4 RESULTADOS

Foram entrevistados 74 pacientes, entrevistados entre setembro e dezembro de 2009. O tempo de coleta de dados variou de 17 a 48 minutos (média de 27,88 minutos com desvio-padrão de 7,25 minutos e mediana de 27 minutos). A idade variou de 47 a 90 anos (média de 71,69 anos, com desvio-padrão de 10,04 anos e mediana de 73 anos). A idade ao diagnóstico variou de 45 a 85 anos (média de 68,40 anos com desvio-padrão de 9,74 anos e mediana de 69,50 anos).

Dentre os 74 pacientes, 62 encontram-se aposentados, perfazendo um percentual de 83,8%. Seis (8,1%) pacientes relataram receber auxílio doença, enquanto três pacientes (4,1%) afirmaram estar desempregados, sendo este valor igual para os pacientes que relataram ainda estar em atividade (ativos).

Do total de pacientes, 30 (40,5%) eram agricultores, enquanto o restante, 44 (59,5%) pacientes, eram profissionais de outras áreas dentre elas: comerciante, eletricista, motorista, marceneiro, músico, pintor, servente, vigilante, operador de máquinas, taxista. Oportuno se faz destacar o percentual de pacientes analfabetos, 31(41,9%), e a presença de seis (8,1%) com ensino superior completo.

Na Tabela 1, pode-se verificar a frequência absoluta e relativa dos dados, de acordo com a caracterização sociodemográfica referente à população estudada.

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes segundo dados sociodemográficos (Hospital do Câncer do Ceará – Instituto do Câncer do Ceará, setembro a dezembro de 2009).

Variável	N	%
Escolaridade		
Analfabeto	31	41,9
Alfabetizado	23	31,1
Até ensino fundamental completo	10	13,5
Até ensino médio completo	4	5,4
Até ensino superior completo	6	8,1
Naturalidade		
Fortaleza	9	12,2
Outras cidades do estado	61	82,4
Outros estados	4	5,4
Procedência		
Fortaleza	36	48,6
Outras cidades do estado	36	48,6
Outros estados	2	2,7
Estado civil		
Com companheira	62	83,8
Sem companheira	12	16,2
Classificação socioeconômica		
Classe A	1	1,4
Classe B	7	9,5
Classe C	37	50,0
Classe D	22	29,7
Classe E	7	9,5
Arrimo de família		
Sim	42	56,8
Não	32	43,2
Número de filhos		
De 1 a 4 filhos	29	39,2
Cinco ou mais filhos	45	60,8
Cuidador		
Esposa	50	67,6
Outros	24	32,4
Total	74	100,0

De acordo com a Tabela 2 (vide tabela a seguir), que caracteriza o grupo de pacientes de acordo com os dados clínicos e terapêuticos, verifica-se a prevalência de pacientes com comorbidades, 45(60,8%) pacientes, e o maior percentual de pacientes que já teve como diagnóstico inicial o câncer de próstata metastático, 56(75,7%) pacientes.

Tabela 2 - Caracterização dos pacientes segundo dados clínicos e terapêuticos (Hospital do Câncer do Ceará – Instituto do Câncer do Ceará, setembro a dezembro de 2009).

Variável	N	%
Comorbidades		
Sim	45	60,8
Não	29	39,2
Tempo até procurar ajuda		
Logo que iniciou os sintomas	41	55,4
Até um mês dos sintomas	1	1,4
De um a seis meses	6	8,2
Mais de seis meses	26	35,1
Tempo que levou para começar a tratar		
Imediatamente	62	83,8
De dois a seis meses	4	5,5
Mais de seis meses	8	10,8
Metástase		
Desenvolveu durante o tratamento	18	24,3
Já chegou com metástase	56	75,7
Tempo em tratamento		
Menos de um ano	9	12,2
Um a dois anos	11	14,9
Mais de dois anos e menos de quatro anos	20	27,0
Mais de quatro anos	34	45,9
Hormônio		
Dependente	28	37,8
Refratário	35	47,3
Refratário em tratamento quimioterápico	11	14,9
Já realizou algum tipo de tratamento anteriormente		
Sim	59	79,7
Não	15	20,3
Paciente orquiectomizado		
Sim	35	47,3
Não	39	52,7
Tratamento atual		
Em andamento	63	85,1
Em observação	5	6,8
De suporte	6	8,1
Total	74	100,0

De acordo com a Tabela 3 (vide tabela a seguir), pode-se observar que 47(63,5%) dos entrevistados referiram a queixa dor, enquanto 70(94,6%) relataram disfunção sexual e apenas um paciente (1,4%) relatou a presença de todas as queixas especificadas (dor, insônia, ondas de calor, tristeza, distúrbios urinários, disfunção sexual, ganho de peso e fadiga).

Tabela 3 - Caracterização dos pacientes segundo suas queixas (Hospital do Câncer do Ceará – Instituto do Câncer do Ceará, setembro a dezembro de 2009).

Variável	N	%
Dor		
Sim	47	63,5
Não	27	36,5
Insônia		
Sim	35	47,3
Não	39	52,7
Ondas de calor		
Sim	39	52,7
Não	35	47,3
Tristeza		
Sim	10	13,5
Não	64	86,5
Distúrbios urinários		
Sim	36	48,6
Não	38	51,4
Disfunção sexual		
Sim	70	94,6
Não	4	5,4
Ganho de peso		
Sim	31	41,9
Não	43	58,1
Fadiga		
Sim	27	36,5
Não	47	63,5
Todos acima		
Sim	1	2,7
Não	73	97,3
Outras queixas*		
Sim	1	1,4
Não	51	98,6
Total	74	100,0

(*) Outras queixas = 52

O escore da escala de dor (EVA) variou de 0 a 8 (média de 1,62 com desvio padrão de 2,51 e mediana de 0).

O escore de Beck variou de 1 a 19 (média de 8,34 com desvio padrão de 4,37 e mediana de 8).

Apenas um paciente (1,4%) relatou fazer uso de psicofármaco, assim como de acompanhamento psicológico.

Todos os pacientes relataram acreditar em algo superior, independente da religião da qual fazem parte. Apenas dois pacientes relataram ter fé e não ser adepto de alguma religião. Dentre os entrevistados, 59(79,7%) afirmaram ser católicos; 11(14,9%), protestantes; e dois (2,7%) relataram ser de outra religião, distinta às citadas.

Durante a entrevista, todos os pacientes demonstraram saber que estavam sendo tratados de alguma afecção da próstata. Ou seja, apesar de algumas vezes o familiar solicitar à entrevistadora que não dissesse ao paciente que ele era portador de câncer de próstata, o paciente, logo ao entrar na sala, olhava para a entrevistadora e dizia: “Eles pensam que eu não sei a doença que tenho”. Ao serem questionados, durante a entrevista, eles afirmavam: “é... eu só tenho esse problema da próstata mesmo...”; “se não fosse esse problema da próstata eu estaria tranquilo”; “eu já estou numa fase difícil, mas eu acredito que irei ficar bom”.

4.1 CORRELAÇÃO DAS VARIÁVEIS ESTUDADAS COM O SF-36

4.1.1 Estudo da correlação com idade e idade ao diagnóstico

Constatou-se pela Tabela 4 (vide tabela a seguir) que há correlação negativa e significativa entre a capacidade funcional e a idade, e entre a capacidade funcional e a idade ao diagnóstico. Assim, quanto maior a idade (ou a idade ao diagnóstico), menor o valor da capacidade funcional, e vice-versa.

Observou-se também correlação negativa e significativa entre idade e vitalidade, e entre a vitalidade e a idade ao diagnóstico. Logo, quanto maior a idade (ou a idade ao diagnóstico), menor o valor da vitalidade e vice-versa.

Nos demais domínios, não houve correlação significativamente com a idade e com a idade ao diagnóstico.

Tabela 4 - Valores do coeficiente de correlação de Spearman dos domínios de SF 36 e a idade e idade ao diagnóstico (Hospital do Câncer do Ceará – Instituto do Câncer do Ceará, setembro a dezembro de 2009).

Domínio		Idade	Idade ao diagnóstico
CAPACIDADE FUNCIONAL	r	-0,356	-0,355
	p	0,002	0,002
ASPECTO EMOCIONAL	r	0,097	0,087
	p	0,413	0,462
ASPECTOS SOCIAIS	r	-0,112	-0,112
	p	0,343	0,343
DOR	r	0,133	0,107
	p	0,259	0,364
ASPECTOS FÍSICOS	r	-0,108	-0,125
	p	0,358	0,290
SAÚDE MENTAL	r	-0,047	-0,014
	p	0,690	0,906
VITALIDADE:	r	-0,337	-0,334
	p	0,003	0,004
PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE	r	-0,083	-0,047
	p	0,480	0,691

4.1.2 Estudo da correlação Escala de dor e Escore de Beck

De acordo com a Tabela 5 (vide tabela a seguir), pode-se verificar que há correlação negativa e significativa entre o Escore Beck e todos os domínios do SF-36. Portanto, quanto maior o Escore de Beck, menor o valor dos domínios do SF-36, e vice-versa. Constatou-se também pela tabela a correlação negativa e significativa entre Dor e todos os domínios do SF-36, menos do Aspecto Emocional e Saúde Mental.

Tabela 5 - Valores do coeficiente de correlação de Spearman dos domínios de SF 36 com Escala de dor e Escore de Beck (Hospital do Câncer do Ceará – Instituto do Câncer do Ceará, setembro a dezembro de 2009).

Domínio		Dor	Beck
CAPACIDADE FUNCIONAL	r	-0,472	-0,697
	p	< 0,001	< 0,001
ASPECTO EMOCIONAL	r	-0,209	-0,374
	p	0,074	0,001
ASPECTOS SOCIAIS	r	-0,294	-0,599
	p	0,011	< 0,001
DOR	r	-0,569	-0,475
	p	< 0,001	< 0,001
ASPECTOS FÍSICOS	r	-0,383	-0,576
	p	0,001	< 0,001
SAÚDE MENTAL	r	-0,182	-0,551
	p	0,121	< 0,001
VITALIDADE	r	-0,335	-0,597
	p	0,004	< 0,001
PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE	r	-0,231	-0,525
	p	0,048	< 0,001

4.1.3 Associação com a escolaridade

De acordo com os dados da Tabela 6 (vide tabela a seguir), pode-se verificar que os grupos de escolaridade não apresentam diferença significativa em relação aos domínios do SF-36.

Tabela 6 - Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo o grupo de escolaridade (Hospital do Câncer do Ceará – Instituto do Câncer do Ceará, setembro a dezembro de 2009).

Domínio	Escolaridade	n	Média	Dp	Mediana	Mínimo	Máximo	p
CAPACIDADE FUNCIONAL	Analfabeto	31	43,23	26,35	50,00	0,00	80,00	0,287
	Alfabetizado	23	49,74	30,60	65,00	0,00	85,00	
	EF completo	10	37,00	22,01	42,50	5,00	70,00	
	EM completo	4	36,25	24,96	30,00	15,00	70,00	
	S completo	6	60,83	19,08	70,00	30,00	75,00	
ASPECTO EMOCIONAL	Analfabeto	31	79,57	38,18	100,00	0,00	100,00	0,168
	Alfabetizado	23	94,20	21,68	100,00	0,00	100,00	
	EF completo	10	60,00	51,64	100,00	0,00	100,00	
	EM completo	4	58,33	50,00	66,67	0,00	100,00	
	S completo	6	77,80	40,36	100,00	0,00	100,00	
ASPECTOS SOCIAIS	Analfabeto	31	69,35	34,59	75,00	12,50	100,00	0,527
	Alfabetizado	23	72,28	35,94	100,00	0,00	100,00	
	EF completo	10	77,50	28,75	93,75	37,50	100,00	
	EM completo	4	65,63	40,02	68,75	25,00	100,00	
	S completo	6	93,75	15,31	100,00	62,50	100,00	
DOR	Analfabeto	31	58,81	26,19	61,00	10,00	100,00	0,187
	Alfabetizado	23	64,13	26,97	61,00	20,00	100,00	
	EF completo	10	47,70	30,72	36,50	20,00	100,00	
	EM completo	4	43,00	39,27	31,00	10,00	100,00	
	S completo	6	74,17	19,02	78,00	51,00	100,00	
ASPECTOS FÍSICOS	Analfabeto	31	25,00	38,73	0,00	0,00	100,00	0,468
	Alfabetizado	23	33,70	35,84	25,00	0,00	100,00	
	EF completo	10	40,00	51,64	0,00	0,00	100,00	
	EM completo	4	18,75	37,50	0,00	0,00	75,00	
	S completo	6	54,17	45,87	62,50	0,00	100,00	
SAÚDE MENTAL	Analfabeto	31	77,42	17,11	84,00	40,00	100,00	0,564
	Alfabetizado	23	83,30	14,65	88,00	48,00	100,00	
	EF completo	10	78,80	10,84	78,00	64,00	96,00	
	EM completo	4	76,00	14,97	78,00	56,00	92,00	
	S completo	6	83,33	12,24	88,00	68,00	96,00	
VITALIDADE	Analfabeto	31	55,16	14,17	55,00	25,00	85,00	0,068
	Alfabetizado	23	62,78	15,43	64,00	35,00	95,00	
	EF completo	10	67,00	22,26	70,00	30,00	95,00	
	EM completo	4	68,75	17,50	67,50	50,00	90,00	
	S completo	6	71,67	11,69	75,00	55,00	85,00	
PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE	Analfabeto	31	51,87	16,59	52,00	15,00	82,00	0,636
	Alfabetizado	23	56,13	20,50	62,00	0,00	75,00	
	EF completo	10	49,60	14,76	54,50	25,00	72,00	
	EM completo	4	52,75	25,67	54,50	25,00	77,00	
	S completo	6	50,83	16,07	48,50	32,00	72,00	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

4.1.4 Associação com a classe social

De acordo com a Tabela 7 (vide tabela a seguir), pode-se observar que os grupos de classe social não apresentam diferença significativa em relação aos domínios do SF-36.

Tabela 7 - Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo o grupo de classe social (Hospital do Câncer do Ceará – Instituto do Câncer do Ceará, setembro a dezembro de 2009).

Domínio	Classe Social	n	Média	dp	Mediana	Mínimo	Máximo	p
CAPACIDADE FUNCIONAL	A/B	8	50,00	25,77	55,00	15,00	75,00	0,482
	C	37	46,19	28,00	50,00	0,00	85,00	
	D	22	39,55	24,92	37,50	5,00	75,00	
	E	7	55,00	28,87	70,00	0,00	75,00	
ASPECTO EMOCIONAL	A/B	8	62,51	45,21	83,39	0,00	100,00	0,428
	C	37	82,88	35,68	100,00	0,00	100,00	
	D	22	81,82	39,48	100,00	0,00	100,00	
	E	7	80,95	37,80	100,00	0,00	100,00	
ASPECTOS SOCIAIS	A/B	8	87,50	24,09	100,00	37,50	100,00	0,444
	C	37	71,96	34,54	100,00	12,50	100,00	
	D	22	74,43	31,92	87,50	0,00	100,00	
	E	7	58,93	40,00	50,00	12,50	100,00	
DOR	A/B	8	63,38	25,65	63,00	31,00	100,00	0,550
	C	37	54,81	28,27	51,00	10,00	100,00	
	D	22	64,32	27,87	61,50	20,00	100,00	
	E	7	63,14	27,64	72,00	10,00	100,00	
ASPECTOS FÍSICOS	A/B	8	40,63	46,17	25,00	0,00	100,00	0,825
	C	37	33,11	41,27	0,00	0,00	100,00	
	D	22	29,55	38,29	0,00	0,00	100,00	
	E	7	21,43	39,34	0,00	0,00	100,00	
SAÚDE MENTAL	A/B	8	82,00	10,69	84,00	68,00	96,00	0,899
	C	37	80,97	14,31	84,00	48,00	100,00	
	D	22	77,45	16,81	78,00	40,00	100,00	
	E	7	78,86	19,42	84,00	44,00	100,00	
VITALIDADE:	A/B	8	70,63	10,84	75,00	55,00	85,00	0,189
	C	37	60,38	19,55	60,00	25,00	95,00	
	D	22	57,95	12,02	55,00	40,00	80,00	
	E	7	65,00	13,23	65,00	50,00	85,00	
PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE	A/B	8	51,75	16,58	48,50	32,00	72,00	0,582
	C	37	53,97	18,57	57,00	15,00	82,00	
	D	22	49,41	17,46	52,00	0,00	77,00	
	E	7	59,00	17,39	67,00	25,00	77,00	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

4.1.5 Associação com Estado Civil

Observa-se pela Tabela 8 que há diferença significativa em relação à dor, não diferindo em relação aos demais domínios. No domínio dor, o grupo sem companheira apresenta valor de escore significativo maior que o grupo com companheira.

Tabela 8 - Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo o grupo de estado civil (Hospital do Câncer do Ceará – Instituto do Câncer do Ceará, setembro a dezembro de 2009).

Domínio	Companheiro(a)	n	Média	Dp	Mediana	Mínimo	Máximo	p
CAPACIDADE FUNCIONAL	Sim	62	47,08	26,59	52,50	5,00	85,00	0,236
	Não	12	37,08	27,59	37,50	0,00	75,00	
ASPECTO EMOCIONAL	Sim	62	83,33	35,06	100,00	0,00	100,00	0,105
	Não	12	63,89	48,11	100,00	0,00	100,00	
ASPECTOS SOCIAIS	Sim	62	73,39	33,38	100,00	0,00	100,00	0,842
	Não	12	71,88	34,59	87,50	12,50	100,00	
DOR	Sim	62	55,85	27,13	51,00	10,00	100,00	0,010
	Não	12	77,42	23,78	79,00	31,00	100,00	
ASPECTOS FÍSICOS	Sim	62	33,87	40,51	0,00	0,00	100,00	0,348
	Não	12	20,83	38,19	0,00	0,00	100,00	
SAÚDE MENTAL	Sim	62	81,29	14,26	84,00	44,00	100,00	0,088
	Não	12	72,33	17,52	76,00	40,00	96,00	
VITALIDADE:	Sim	62	62,24	16,93	60,00	25,00	95,00	0,170
	Não	12	55,83	12,94	50,00	35,00	80,00	
PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE	Sim	62	53,68	17,66	54,50	0,00	82,00	0,364
	Não	12	48,58	18,73	49,50	20,00	77,00	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney

4.1.6 Associação com número de filhos

Constata-se pela Tabela 9 (vide tabela a seguir) que os grupos de número de filhos não apresentam diferença significativa em relação aos domínios do SF-36.

Tabela 9 - Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo o número de filhos (Hospital do Câncer do Ceará – Instituto do Câncer do Ceará, setembro a dezembro de 2009).

Domínio	Número de filhos	n	Média	dp	Mediana	Mínimo	Máximo	p
CAPACIDADE FUNCIONAL	1	4	53,75	29,83	65,00	10,00	75,00	0,781
	2	5	45,00	30,62	55,00	10,00	75,00	
	3	12	47,92	27,17	52,50	10,00	85,00	
	4	8	54,38	20,95	60,00	20,00	80,00	
	5 ou mais	45	42,53	27,61	50,00	0,00	85,00	
ASPECTO EMOCIONAL	1	4	100,00	0,00	100,00	100,00	100,00	0,082
	2	5	73,35	43,46	100,00	0,00	100,00	
	3	12	86,11	33,21	100,00	0,00	100,00	
	4	8	50,00	47,14	50,00	0,00	100,00	
	5 ou mais	45	82,96	36,67	100,00	0,00	100,00	
ASPECTOS SOCIAIS	1	4	56,25	51,54	62,50	0,00	100,00	0,815
	2	5	80,00	32,60	100,00	25,00	100,00	
	3	12	70,83	33,85	87,50	25,00	100,00	
	4	8	85,94	26,25	100,00	25,00	100,00	
	5 ou mais	45	72,22	33,27	100,00	12,50	100,00	
DOR	1	4	44,00	9,76	46,50	31,00	52,00	0,803
	2	5	55,80	21,88	51,00	31,00	84,00	
	3	12	57,58	31,70	57,50	10,00	100,00	
	4	8	54,75	25,12	61,50	10,00	84,00	
	5 ou mais	45	62,40	28,80	61,00	20,00	100,00	
ASPECTOS FÍSICOS	1	4	31,25	47,32	12,50	0,00	100,00	0,335
	2	5	20,00	27,39	0,00	0,00	50,00	
	3	12	41,67	45,64	25,00	0,00	100,00	
	4	8	6,25	17,68	0,00	0,00	50,00	
	5 ou mais	45	35,00	41,42	0,00	0,00	100,00	
SAÚDE MENTAL	1	4	85,00	22,24	94,00	52,00	100,00	0,407
	2	5	78,40	19,10	88,00	48,00	96,00	
	3	12	76,67	17,46	78,00	48,00	100,00	
	4	8	71,00	18,73	76,00	40,00	92,00	
	5 ou mais	45	81,96	12,41	84,00	56,00	100,00	

Cont/ Tabela 9

Domínio	Número de filhos	n	Média	dp	Mediana	Mínimo	Máximo	p
VITALIDADE	1	4	59,75	8,96	59,50	50,00	70,00	0,971
	2	5	60,00	19,04	55,00	40,00	90,00	
	3	12	61,67	20,26	55,00	25,00	95,00	
	4	8	63,75	10,94	65,00	45,00	80,00	
	5 ou mais	45	60,89	16,93	60,00	30,00	95,00	
PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE	1	4	59,50	9,57	57,00	52,00	72,00	0,828
	2	5	45,20	28,84	52,00	0,00	75,00	
	3	12	48,00	20,57	49,50	15,00	72,00	
	4	8	55,50	16,72	53,50	37,00	82,00	
	5 ou mais	45	53,93	16,56	52,00	17,00	77,00	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

4.1.7 Associação com hormonioterapia

Pode-se verificar pela Tabela 10 que os grupos não apresentam diferença significativa em relação aos domínios do SF-36 quando associados à hormonioterapia.

Tabela 10 - Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo hormonioterapia (Hospital do Câncer do Ceará – Instituto do Câncer do Ceará, setembro a dezembro de 2009).

Domínio	Hormônio	n	Média	Dp	Mediana	Mínimo	Máximo	p
CAPACIDADE FUNCIONAL	Dependente	28	47,86	25,66	55,00	0,00	80,00	0,430
	Refratário	35	41,54	27,70	50,00	0,00	85,00	
	Quimioterapia	11	51,82	27,41	65,00	10,00	85,00	
ASPECTO EMOCIONAL	Dependente	28	86,91	31,87	100,00	0,00	100,00	0,147
	Refratário	35	71,43	42,89	100,00	0,00	100,00	
	Quimioterapia	11	90,91	30,15	100,00	0,00	100,00	
ASPECTOS SOCIAIS	Dependente	28	78,57	31,15	100,00	12,50	100,00	0,418
	Refratário	35	68,93	33,40	75,00	12,50	100,00	
	Quimioterapia	11	72,73	39,46	100,00	0,00	100,00	
DOR	Dependente	28	61,25	31,03	62,00	10,00	100,00	0,891
	Refratário	35	58,34	27,68	52,00	20,00	100,00	
	Quimioterapia	11	57,73	18,94	52,00	31,00	100,00	
ASPECTOS FÍSICOS	Dependente	28	37,50	39,38	37,50	0,00	100,00	0,547
	Refratário	35	30,00	42,36	0,00	0,00	100,00	
	Quimioterapia	11	22,73	36,15	0,00	0,00	100,00	
SAÚDE MENTAL	Dependente	28	79,29	14,97	84,00	44,00	96,00	0,269
	Refratário	35	78,74	14,38	80,00	40,00	100,00	
	Quimioterapia	11	84,73	17,87	92,00	48,00	100,00	
VITALIDADE:	Dependente	28	61,96	12,93	60,00	40,00	90,00	0,184
	Refratário	35	58,43	19,05	55,00	25,00	95,00	
	Quimioterapia	11	68,09	14,39	65,00	45,00	90,00	
PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE	Dependente	28	49,57	18,60	52,00	0,00	77,00	0,176
	Refratário	35	52,57	17,82	52,00	15,00	82,00	
	Quimioterapia	11	62,09	13,24	67,00	37,00	77,00	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

4.1.8 Associação com realização ou não de tratamento anterior

Observa-se pela Tabela 11 que os grupos que realizaram algum tipo de tratamento anterior ao que estavam realizando durante a entrevista não apresentam diferença significativa em relação aos domínios do SF-36.

Tabela 11 - Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo o grupo tratado ou não anteriormente (Hospital do Câncer do Ceará – Instituto do Câncer do Ceará, setembro a dezembro de 2009).

Domínio	Tratamento Anterior	n	Média	dp	Mediana	Mínimo	Máximo	p
CAPACIDADE FUNCIONAL	Sim	59	43,63	27,16	50,00	0,00	85,00	0,133
	Não	15	52,67	24,99	70,00	15,00	80,00	
ASPECTO EMOCIONAL	Sim	59	79,10	38,61	100,00	0,00	100,00	0,635
	Não	15	84,45	35,33	100,00	0,00	100,00	
ASPECTOS SOCIAIS	Sim	59	71,82	34,00	100,00	0,00	100,00	0,488
	Não	15	78,33	31,15	100,00	25,00	100,00	
DOR	Sim	59	58,90	26,40	52,00	20,00	100,00	0,776
	Não	15	61,13	33,07	72,00	10,00	100,00	
ASPECTOS FÍSICOS	Sim	59	30,51	40,22	0,00	0,00	100,00	0,533
	Não	15	36,67	41,04	25,00	0,00	100,00	
SAÚDE MENTAL	Sim	59	79,93	15,05	84,00	40,00	100,00	0,898
	Não	15	79,47	15,70	84,00	44,00	100,00	
VITALIDADE:	Sim	59	61,25	17,41	60,00	25,00	95,00	0,957
	Não	15	61,00	12,42	55,00	40,00	80,00	
PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE	Sim	59	53,15	17,19	52,00	15,00	82,00	0,951
	Não	15	51,67	20,64	52,00	0,00	77,00	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney

4.1.9 Associação com realização ou não de orquiectomia

Constata-se a partir da Tabela 12 (vide tabela a seguir) que o grupo de pacientes orquiectomizados apresentou diferença significativa em relação aos aspectos físicos. O grupo não orquiectomizado apresentou valor significativamente maior do que o grupo orquiectomizado.

Não foi encontrada diferença em relação aos demais domínios do SF-36.

Tabela 12 - Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo o grupo orquiectomizado ou não (Hospital do Câncer do Ceará – Instituto do Câncer do Ceará, setembro a dezembro de 2009).

Domínio	Orquiectomizado	n	Média	dp	Mediana	Mínimo	Máximo	p
CAPACIDADE FUNCIONAL	Sim	35	40,69	27,15	45,00	0,00	85,00	0,099
	Não	39	49,74	26,13	60,00	0,00	85,00	
ASPECTO EMOCIONAL	Sim	35	76,19	40,88	100,00	0,00	100,00	0,419
	Não	39	83,76	34,94	100,00	0,00	100,00	
ASPECTOS SOCIAIS	Sim	35	66,79	34,56	75,00	0,00	100,00	0,110
	Não	39	78,85	31,56	100,00	12,50	100,00	
DOR	Sim	35	58,11	27,02	61,00	20,00	100,00	0,736
	Não	39	60,46	28,50	54,00	10,00	100,00	
ASPECTOS FÍSICOS	Sim	35	20,00	33,10	0,00	0,00	100,00	0,030
	Não	39	42,31	43,36	50,00	0,00	100,00	
SAÚDE MENTAL	Sim	35	81,03	14,37	84,00	40,00	100,00	0,557
	Não	39	78,77	15,79	80,00	44,00	100,00	
VITALIDADE:	Sim	35	59,69	16,62	60,00	30,00	90,00	0,510
	Não	39	62,56	16,38	60,00	25,00	95,00	
PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE	Sim	35	56,66	16,22	57,00	20,00	82,00	0,121
	Não	39	49,44	18,66	52,00	0,00	77,00	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney

4.1.10 Associação com a queixa dor

Pode-se observar pela Tabela 13 (vide tabela a seguir) que os grupos de dor diferem em relação à capacidade funcional, aspecto social, dor, aspectos físicos, saúde mental e vitalidade. O grupo com dor apresenta escore significativamente menor do que o grupo sem dor nestes domínios.

Tabela 13 - Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo o grupo com a queixa dor (Hospital do Câncer do Ceará – Instituto do Câncer do Ceará, setembro a dezembro de 2009).

Domínio	Dor	n	Média	Dp	Mediana	Mínimo	Máximo	p
CAPACIDADE FUNCIONAL	Sim	47	35,51	25,13	30,00	0,00	85,00	< 0,001
	Não	27	62,78	20,30	70,00	0,00	85,00	
ASPECTO EMOCIONAL	Sim	47	74,47	41,83	100,00	0,00	100,00	0,116
	Não	27	90,13	27,44	100,00	0,00	100,00	
ASPECTOS SOCIAIS	Sim	47	63,56	34,66	75,00	0,00	100,00	< 0,001
	Não	27	89,81	23,27	100,00	25,00	100,00	
DOR	Sim	47	43,19	18,12	41,00	10,00	84,00	< 0,001
	Não	27	87,48	16,47	100,00	41,00	100,00	
ASPECTOS FÍSICOS	Sim	47	15,43	30,64	0,00	0,00	100,00	< 0,001
	Não	27	60,19	39,38	75,00	0,00	100,00	
SAÚDE MENTAL	Sim	47	76,85	15,91	80,00	40,00	100,00	0,029
	Não	27	85,04	12,08	92,00	56,00	100,00	
VITALIDADE:	Sim	47	57,85	17,18	55,00	25,00	95,00	0,010
	Não	27	67,04	13,46	65,00	35,00	90,00	
PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE	Sim	47	49,85	17,80	52,00	0,00	77,00	0,051
	Não	27	58,07	16,87	62,00	17,00	82,00	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney

4.1.11 Associação com comorbidades

De acordo com a Tabela 14 (vide tabela a seguir), pode-se verificar que os grupos que afirmam ter ou não comorbidades não apresentam diferença significativa em relação aos domínios do SF-36.

Tabela 14 - Valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos domínios do SF-36 segundo a presença ou não de comorbidade (Hospital do Câncer do Ceará – Instituto do Câncer do Ceará, setembro a dezembro de 2009).

Domínio	Comorbidades	n	Média	dp	Mediana	Mínimo	Máximo	p
CAPACIDADE FUNCIONAL	Não	29	45,00	26,05	50,00	5,00	80,00	1,000
	Sim	45	45,76	27,60	50,00	0,00	85,00	
ASPECTO EMOCIONAL	Não	29	77,01	41,88	100,00	0,00	100,00	0,859
	Sim	45	82,22	35,25	100,00	0,00	100,00	
ASPECTOS SOCIAIS	Não	29	68,53	34,82	75,00	0,00	100,00	0,296
	Sim	45	76,11	32,40	100,00	12,50	100,00	
DOR	Não	29	66,69	29,29	72,00	10,00	100,00	0,072
	Sim	45	54,62	25,76	51,00	10,00	100,00	
ASPECTOS FÍSICOS	Não	29	31,90	42,73	0,00	0,00	100,00	0,903
	Sim	45	31,67	38,95	0,00	0,00	100,00	
SAÚDE MENTAL	Não	29	79,72	16,21	84,00	40,00	100,00	0,850
	Sim	45	79,91	14,48	84,00	48,00	100,00	
VITALIDADE:	Não	29	61,21	15,96	60,00	25,00	85,00	0,894
	Sim	45	61,20	16,92	60,00	30,00	95,00	
PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE	Não	29	56,55	14,22	57,00	15,00	77,00	0,198
	Sim	45	50,47	19,55	52,00	0,00	82,00	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney

4.2 ANÁLISE MULTIVARIADA DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS COM OS DOMÍNIOS DO SF-36

Para esta análise, buscou-se identificar as variáveis que apresentaram significância na análise univariada. De acordo com o quadro a seguir, pode-se verificar que dentre as variáveis independentes significativas na análise multivariada Beck está associada à maioria, o que representa estar fortemente associada a uma qualidade de vida melhor ou pior.

Dado o coeficiente de regressão, tem-se, por exemplo, que para a variável dependente *capacidade funcional* há três variáveis independentes significativas na análise multivariada. São elas: idade ao diagnóstico, escore de dor e Beck. Para a idade ao diagnóstico, constatou-se que a cada aumento em uma unidade da idade é reduzido 0,58 da capacidade funcional (vide Tabela 15 a seguir).

Tabela 15 – Análise multivariada das variáveis relacionadas com os domínios do SF-36 (Hospital do Câncer do Ceará – Instituto do Câncer do Ceará, setembro a dezembro de 2009).

Variáveis dependentes	Variáveis independentes significativas na análise multivariada	Coeficiente de regressão	p
Capacidade Funcional	Idade ao diagnóstico	- 0,58	0,01
	Escore de dor	- 3,04	0,001
	Beck	- 3,48	0,001
Aspecto Emocional	Beck	Única variável que se correlaciona com AE é o Beck. Portanto, não faz-se necessário fazer ajuste para o modelo multivariado	
Aspectos Sociais	Beck	- 4,4	0,001
Dor	Escore da dor	- 1,93	0,02
	Queixa de dor	- 38,68	0,001
	Estado Civil	- 18,5	0,001
Aspectos físicos	Beck	- 2,97	0,001
	Queixa de dor	- 31,74	0,001
	Orquiectomizado	- 14,82	0,04
Saúde Mental	Beck	- 1,84	0,001
Vitalidade	Beck	- 2,05	0,001
Percepção geral da saúde	Beck	- 1,94	0,001

4.3 RESPOSTAS DADAS AO QUESTIONAMENTO FÉ/RELIGIOSIDADE

Dentre as respostas encontradas, apenas três entrevistados afirmaram que a fé não ajuda, não interfere em nada. Já de acordo com a maioria dos entrevistados, ela é de suma importância, como se pode verificar a partir de algumas respostas dadas: “É importante. Só aquela palavra que Deus disse – A fé te curou...aí eu me apego a Deus e a Nossa Senhora e passa tudo”. “Ajuda a viver melhor”; “É muito importante para o momento”; “A fé ajuda. Já tive muitas graças, muitas alegrias. Na religião a gente tem aqueles santos e o meu santo é são Francisco de Assis”; “Pra mim é importante ter fé. Porque eu tenho muita fé em Deus. Eu me valho muito dEle, e tudo o que eu peço eu alcanço”; “É um alimento espiritual. No passado, quando a gente é novo, a gente só se preocupa com o lado material. Hoje eu estou enxergando”; “Ajuda. Eu tenho fé que ainda vou ficar bom, porque isso é só uma doença. A fé ajuda”; “Eu recorro muito a Deus para que Ele me conforte. Eu sei que a culpa é minha por ter demorado a buscar ajuda, mas eu sei que Deus está cuidando de mim”; “Com fé é mais fácil”; “Com certeza. Pelo menos alivia. Se não a vida fica sem sentido. Você tem que crer e acreditar em alguma coisa”; “É muito importante para o momento”; “É importante. Eu não tenho decepção com nada”; “Eu acredito que sim porque quando eu tava na pior falei: meu Deus este é o fim da minha vida. Aí veio a resposta: não, você ainda tem tempo”; “É importante demais. Para mim que estou dentro da igreja é bom demais. Se Jesus me

levar em qualquer hora tá bom demais”; “Eu tendo fé eu passo por cima da dor”; “É importante a espiritualidade porque fica mais fácil de seguir”; “É muito importante para o momento”; “A fé ajuda. Eu acho que quem cura não é vocês é Deus. Vocês têm uma grande ajuda, mas o que mais cura é a fé”; “Eu acho que a minha vitória é pela fé”; “Muito importante porque é Deus que domina tudo. E depois que eu iniciei fiz votos a Deus e Ele me atendeu. Deus é o médico dos médicos”; “Eu vou lhe ser sincero, a pessoa que tem fé em Deus nunca é desprezado. Tudo eu entrego a São Francisco das Chagas e sempre eu sou abençoado”; “Tudo vem da fé. Quem cura é a reza. A fé ajuda muito”.

5 DISCUSSÃO

Câncer de próstata metastático é uma doença não correntemente possível de cura. Pacientes com câncer de próstata avançado representam os candidatos tradicionais para o tratamento hormonal (SCRIARRA et al. 2004; TALCOTT e CLARK 2005). Este tratamento acaba, muitas vezes, por gerar uma série de efeitos colaterais, como fadiga, alterações comportamentais, desinteresse sexual, insônia, dentre outros (FERREIRA et al. 2010).

No entanto, o paciente não sofre apenas com sintomas físicos, tanto que a depressão é comumente constatada neste grupo específico; este também passa muitas vezes por uma crise existencial devido à aproximação da morte, especialmente naqueles com doença avançada e grandes limitações funcionais (FRANCESCHINI et al. 2008).

Para homens no fim da vida, satisfação com status de saúde, bem-estar e a habilidade de encontrar significado na vida pode ter importante influência. Determinar quais dimensões são mais importantes para homens com câncer de próstata, e se eles a consideram igualmente cada uma delas, pode ser benéfico para se entender questões relacionadas à QV deste paciente, tendo em vista que pacientes com câncer de próstata avançado representam uma porção da população com elementos únicos que impactam sua QV (ALBAUGH e HACKER 2008).

Considerando a importância em coletar dados acerca da QV desta população, com doença avançada e progressiva, evidencia-se que a coleta de informações poderá ser mais difícil devido às limitações geradas pela doença, fato constatado por estudos que verificaram a dificuldade em avaliar QV em pacientes com câncer avançado, dada a dificuldade de acompanhar, através da aplicação de questionários, as informações sobre QV (BOTTOMLEY 2002).

Somado a isso, demonstrar como diferenciar que a QV está sendo afetada pela afecção em si, e não por questões relacionadas à qualidade/condições de vida, em uma população com péssima distribuição de renda, forte presença do analfabetismo, e baixo grau de escolaridade não se trata de tarefa fácil (BUSS 2000). Por isso, e também para isso, as medidas de QV podem implicar na triagem e monitoramento de problemas psicossociais no cuidado individual (CAMPOLIN e CICONELLI 2006).

Portanto, considerando algumas dificuldades apontadas pela literatura e ainda a realidade dos pacientes envolvidos pelo estudo, optou-se por uma coleta de dados cujo paciente foi abordado no dia de sua presença para alguma consulta ou tratamento de rotina. Isso possibilitou melhor entendimento acerca do se que tratava, tendo em vista que no prontuário de muitos pacientes não constava número de telefone para contato, ou seu endereço era de difícil acesso.

A partir desse modelo adotado, constatou-se a não relutância desses homens em colaborar com o estudo, ideia essa contrária a de CASSILETH et al. (1992), que afirmaram ser os homens mais relutantes para

expressarem suas necessidades emocionais, fazendo com que os aspectos psicossociais dessa afecção recebam menos atenção e, conseqüentemente, se saiba menos acerca dos efeitos do câncer de próstata na QV.

Os desafios relacionados à afecção são vários. Somados às mudanças físicas, mentais e sociais que acompanham o envelhecimento, há de se esperar por uma série de modificações relacionadas aos vários domínios da QV (Schaie e Geiwitz (1982) citado por SPIRDUSO e MACKIE 2005, p.316). No entanto, aspecto relevante pode ser constatado a partir da Tabela 4, em que se verificou correlação negativa e significativa entre a capacidade funcional e a idade, e a capacidade funcional e a idade ao diagnóstico, assim como, correlação negativa e significativa entre a vitalidade e a idade, e entre a vitalidade e a idade ao diagnóstico. Ou seja, à medida que as pessoas envelhecem, tendo que se adaptar continuamente à diminuição da capacidade física e saúde, à morte do cônjuge e amigos, à aposentadoria e, por vezes, à redução dos rendimentos e aos novos papéis sociais, seria aceitável a constatação de interferência da idade em vários domínios, o que não se confirmou.

Metástase óssea ocorre em aproximadamente 80% dos homens com doença avançada (SMALL et al. 2003; THOMPSON et al. 2007). A dor óssea é o sintoma mais comum do câncer de próstata metastático, e geralmente acomete coluna e pélvis (ISCOE et al. 1999; NARAZAKI et al. 2006; GREEN et al. 2009). Homens com doença progressiva mostraram, significativamente, mais dor óssea corpórea, menos vitalidade e pobre bem-estar social e emocional que homens em remissão da doença (ETON e

LEPORE 2002). Neste estudo, de acordo com a Tabela 5, relacionado à intensidade da dor, avaliada pela EVA, pode-se observar que os grupos de dor diferem em relação a todos os domínios do SF-36, exceto do Aspecto Emocional e Saúde Mental.

Tendo em vista que o câncer se trata de uma doença carregada de preconceitos, e o indivíduo acaba por se sentir inadequado ao seu grupo de convívio (GIANINI 2007), este dado (Tabela 5), que mostra a interferência no Aspecto Social, está de acordo com a maioria dos achados encontrados na literatura, que demonstrou associação entre intensidade da dor e interferência no Aspecto Social (TONE et al. 2003).

Um fato importante a ser considerado é a limitação de estudos prévios que avaliaram QV em pacientes de baixa condição socioeconômica, e que são portadores de doença metastática, já que se pode associar baixa renda a limitações educacionais e, sendo a avaliação de QV geralmente realizada utilizando-se técnicas de autoadministração, tal fator vem a dificultar o processo de coleta de dados, tendo em vista que muitos pacientes têm capacidade limitada de leitura (KNIGHT et al. 1998). Para este estudo, constatou-se que a maioria é de aposentados (83,8%) e analfabetos (41,9%). Ou seja, além das limitações próprias da idade, ainda há limitações específicas do pouco desenvolvimento intelectual dos entrevistados.

De acordo com a Tabela 6, pode-se verificar que os grupos de escolaridade não apresentam diferença significativa em relação aos demais domínios do SF-36. Ou seja, é possível afirmar que, apesar da diferença de escolaridade encontrada entre os grupos, o fato de ser mais ou menos

esclarecido não interferiu diferentemente na avaliação da qualidade de vida dos entrevistados. Este achado é contrário ao de MELMED et al. (2002), em que os pacientes mais instruídos apresentaram uma lenta deterioração mental em relação aos pacientes com menor escolaridade. LIAO et al. (1999) também constataram que o nível de escolaridade foi inversamente associado à morbidade e incapacidade.

Várias são as diferenças encontradas entre as pessoas: o contexto social, o fato de ser ou não casado, a própria personalidade. A doença não existe no vácuo, então, torna-se impossível separá-la do contexto social e pessoal do indivíduo (HIGGINSON e CARR 2001). Estudos realizados indicam que diferentes aspectos entre as pessoas relacionam-se com o sucesso na adaptação ao câncer. Geralmente, quando as pessoas pensam em uma afecção, a primeira reflexão que vem à mente é acerca dos recursos financeiros e do acesso médico qualificado (SPENCER et al. 1998). No entanto, de acordo com o achado na Tabela 7, a associação entre classe social e os domínios do SF-36 realizada constatou a não diferença entre os grupos, podendo inferir que apesar do enfrentamento diferente de cada grupo social ser construído por diferentes valores, sua qualidade de vida não foi afetada de modo distinto.

O fato de ter ou não companheira diferiu significativamente em relação ao domínio dor, não diferindo em relação aos demais domínios. No domínio dor, o grupo sem companheira apresentou valor de escore significativo maior que o grupo com companheira. Em 2002, na Universidade da Califórnia, em Los Angeles, um grupo de pesquisadores elaborou um

estudo com o intuito de identificar a taxa de deterioração da qualidade de vida durante o último ano de vida dos pacientes com câncer de próstata. De acordo com os achados, o estado civil parece estar associado com taxas de declínio nos domínios físico e emocional. Os doentes que eram casados ou tinham alguma companheira apresentaram declínios significativos no bem-estar emocional, enquanto os homens solteiros apresentaram declínio mais rápido da função física.

Sendo a dor de caráter multidimensional, não apenas de natureza fisiológica, mas também psicológico e emocional (CARVALHO 2003), este homem de idade mais avançada, e que viveu longos anos ao lado de sua companheira, em sua maioria, refere queixa devido a uma dor óssea, uma dor física, ou sua queixa de dor soma-se por não ter uma companheira?

Diferença significativa não foi encontrada entre os grupos de hormonioterapia – *Dependentes, Refratários e Refratários em tratamento quimioterápico*. Acerca disso, os estudos têm evidenciado que menos tratamento pode resultar em melhor QV em geral. É claro que um tratamento menos agressivo pode não ser a opção de direito para todos os homens, especialmente àqueles que apresentam doença progressiva rapidamente (ETON e LEPORE 2002).

CURRAN et al. (1997) afirmaram em seu estudo que pacientes com câncer de próstata hormônio-resistente parecem ter resultados significativamente piores do que os homens hormônio-dependentes. FOSSA et al. (1996) estudaram 67 homens que receberam quimioterapia e observaram que, independente da droga recebida, os pacientes

apresentaram todos os aspectos da QV deteriorada durante a terapia. De acordo com as referências abordadas, pode-se constatar, neste estudo, a não diferença em qualquer um dos domínios do SF-36 de acordo com a classificação do paciente em hormônio-dependente, hormônio-refratário e hormônio-refratário em uso de quimioterapia.

A associação entre a realização de tratamento anterior e os domínios do SF-36 realizada constatou a não diferença entre os grupos, levando a inferir que a quantidade de terapias ou sua mudança não interferem na qualidade de vida deste grupo. Isto leva a associar que o paciente não entende que a mudança de tratamento se dá devido à não resolução do quadro clínico, através de determinada terapia, mas venha a entender que a mudança de tratamento se dá pela oportunidade que ele ainda tem de ficar curado de sua afecção.

Em alguns casos, no entanto, quando o paciente experimenta uma recorrência ou a não resolução do seu quadro inicial, ele encontra-se mais suscetível a um efeito perturbador do que no início do tratamento, pois poderá apresentar implicações nefastas para sua sobrevivência a longo prazo. Neste momento, o paciente necessita se adaptar a um novo tratamento, com uma perspectiva muito mais limitada (SPENCER et al. 1998).

Constatou-se também que o grupo de pacientes que realizou orquiectomia em relação àquele grupo que não realizou apresentou diferença significativa em relação ao domínio Aspecto Físico do SF-36. Este dado é importante, já que a orquiectomia é um procedimento cirúrgico de

baixo custo, que elimina a necessidade de medicação diária, e é considerado pela literatura como um tipo de tratamento que pode acarretar em impacto psicológico, promovendo, algumas vezes, feminilização, ginecomastia, redistribuição de gordura, perda de cabelo facial, esterelidade, e/ou redução de libido (KUNKEL et al 2000).

Logo, apesar de todos esses possíveis efeitos, a partir da orquiectomia, pode-se caracterizar esta população como adequada à sua utilização, apesar do domínio físico afetado, fato que pode também se dar devido à associação entre a idade. Ou seja, este estudo aponta uma diferença mínima encontrada na qualidade de vida destes pacientes de acordo com a realização de orquiectomia.

Ao comparar com outros estudos, verifica-se em LITWIN et al. (1998) que nenhuma diferença significativa na QV foi encontrada. CASSILETH et al. (1992), em um estudo não randomizado, encontraram que bem-estar psicológico foi superior em pacientes com câncer de próstata metastático tratados com o análogo comparados com aqueles submetidos à castração cirúrgica, enquanto outros estudos indicam que não são mínimas as diferenças encontradas com relação à qualidade de vida frente à realização de orquiectomia (NYGARD et al. 2001). Portanto, com relação a esse aspecto, há uma variedade de resultados de acordo com a população em estudo e, embora ambas as alternativas – castração cirúrgica ou medicamentosa – tenham documentados seus efeitos colaterais, os seus impactos psicossociais não são bem compreendidos (CLARK et al. 1997).

A presença da queixa dor diferiu em relação à capacidade funcional, aspecto social, dor, aspectos físicos, saúde mental e vitalidade. Neste item, o entrevistado era questionado se apresentava ou não a queixa dor, independente de estar sentindo no momento da entrevista e sua intensidade. O grupo que apresentou a queixa dor obteve escore significativamente menor do que o grupo sem dor nestes domínios, apesar de se encontrar afirmações de que o indivíduo de mais idade é menos sensível à dor do que o jovem e que a tolera melhor (WANDERBROOKE et al. 2002).

Outro dado interessante diz respeito ao achado na Tabela 14, em que se pode verificar que os grupos não apresentam diferença significativa em relação aos domínios do SF-36 com relação à presença ou não de comorbidades. De acordo com a literatura vigente, a presença, o número e a intensidade de comorbidades poderão ser uma variável a exercer um papel fundamental frente à avaliação de QV (FRANCESCHINI 2008; KALIKS e DEL GIGLIO 2008). Ou seja, a presença de comorbidades promoveria pior sobrevida geral em homens com câncer de próstata (POLL-FRANSE et al. 2008).

Não foi realizada associação do SF-36 à disfunção sexual, apesar de seu alto índice encontrado (94,6%), devido à não disponibilidade de estudos comparando a função sexual de homens com câncer avançado de próstata com homens sem câncer, de similaridade, sendo de difícil identificação os efeitos da doença avançada na função sexual. Mesmo se considerarmos que todos os homens com câncer avançado, tratados ou não tratados, experienciam disfunção sexual, o que parece incomodar mais nestes

homens são os numerosos déficits nos domínios em geral da QV (ETON e LEPORE 2002).

Dentre os pacientes investigados, apenas um paciente relatou fazer uso de psicofármaco, assim como ter acompanhamento psicológico. De acordo com a literatura, homens norte-americanos geralmente não procuram ajuda psiquiátrica e tendem a usar menos os serviços do que as mulheres, e os médicos tendem a subestimar as comorbidades psicológicas de pacientes com câncer de próstata (KUNKEL et al. 2000).

O apoio emocional e o envolvimento com a rede social podem contribuir para o bem-estar deste grupo de pacientes, e intervenções multidisciplinares podem auxiliá-los ao ajuste frente à nova realidade decorrente da terapêutica. Tais intervenções podem ser realizadas através da formação de grupos de suporte, da educação do paciente sobre sua doença e o desenvolvimento de novas habilidades que sejam necessárias, sempre considerando a singularidade de cada um (OLIVEIRA 2003).

Ao serem questionados quanto à sua fé e religiosidade, todos os pacientes relataram acreditar em algo superior, independente da religião da qual fazem parte. Notório é a maioria dos entrevistados afirmar ser de religião católica, corroborando o relato de Gilberto Freyre, em sua obra *Casa grande e Senzala*, ao afirmar que durante a formação do povo brasileiro os colonizadores se preocupavam apenas em aceitar estrangeiros católicos, não importando outro critério para sua entrada na colônia. Daí a dificuldade em separar o brasileiro do católico (SANTIAGO 2002).

Desta maneira, pode-se sugerir que religiosidade e espiritualidade são termos compatíveis, não sendo conveniente a separação da temática para a pesquisa científica. Ou seja, crenças espirituais/religiosas, ou melhor, a fé, mesmo não estando associada a uma entidade divina ou a uma religião específica, vêm a fornecer mecanismos de adaptação a eventos estressantes (HILL et al. 2000).

Neste momento, enfatizam-se mais uma vez as características sociodemográficas destes pacientes, em sua maioria, analfabetos e de classe socioeconômica baixa. A partir das respostas indicadas nos resultados, seria a questão da fé, da religiosidade, o diferencial para alguns achados em oposição aos encontrados pela literatura vigente? Quais características culturais e/ou regionais estariam influenciando os resultados apresentados?

Ao longo dos anos, a religião tem sido descrita como uma valorizada estratégia para lidar com a doença e suas terapêuticas (Helman 2001, citado por AQUINO e ZAGO 2007, p.7; JONHSON et al. 2007). Para a população de classe social mais baixa, esta pode vir a possibilitar a satisfação das necessidades que escapam do controle humano, funcionando como estratégia de negociação (Killoran et al. 2002 citado por AQUINO e ZAGO 2007, p.4).

Aqui, a questão religiosidade/espiritualidade relaciona-se aos aspectos culturais e regionais, considerando a relação homem nordestino e crença religiosa como meio para a sobrevivência ao câncer. Sempre considerada importante aliada daqueles que sofrem, a

religiosidade/espiritualidade pode vir a explicar o porquê de as pessoas de mais idade serem capazes de manter a esperança, enfrentando eficazmente doenças graves. Sendo o comportamento religioso frequente na idade avançada, os profissionais que atuam junto a estas pessoas devem estar atentos acerca da importância e função da religião/espiritualidade para esta população (TEIXEIRA e LEFEVRE 2008), ao considerar que em cuidados paliativos o tema religiosidade/espiritualidade ganha bastante importância (PERES et al. 2007).

Associada a um melhor controle da dor no câncer, mesmo não verificada nenhuma diferença na sobrevida, grande proporção dos trabalhos sugere que a pesquisa sobre religiosidade nos pacientes pode ser benéfica para a prevenção de problemas de saúde mental e física (GONÇALVES et al. 2005). Alguns autores destacam que em pacientes idosos com câncer, o bem-estar espiritual representou um fator de proteção, estando relacionado a atitudes positivas de combate à enfermidade, diminuição da ansiedade e das demandas impostas pela doença (VOLCAN et al. 2003), podendo-se verificar que fé e crença desempenham um enorme papel na terapia (Basmajian 1999, citado por SAAD et al. 2001, p.110).

A religiosidade pode proporcionar à pessoa maior aceitação, firmeza e adaptação a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança e perdão, e uma imagem positiva de si mesmo. A percepção de uma relação com Deus pode oferecer uma visão de mundo que proporciona ajuda e sentido ao sofrimento e à doença, e reduzir a sensação de desamparo e

perda do controle que acompanham doenças físicas (STROPPIA e MOREIRA-ALMEIDA 2008).

Vários estudos têm apontado a importância da religiosidade/espiritualidade para a QV, havendo indícios consistentes entre QV e espiritualidade/religiosidade utilizando diversas variáveis para avaliar espiritualidade (KRUPSKI et al. 2006; PANZINI et al. 2007).

Apesar das medidas de QV nunca conseguirem capturar todos os aspectos da vida que são importantes para um indivíduo, estas investigações poderão ajudar a identificar características específicas de determinado grupo de pacientes priorizando, facilitando a comunicação, identificando preferências e monitorando respostas a determinado tipo de tratamento (HIGGINSON e CARR 2001).

Diante de um grupo essencialmente masculino, constatou-se a não relutância deste em participar do estudo e em relatar histórias tão particulares de suas vidas. Verificou-se também a forte presença da fé na colaboração de todo o percurso do tratamento, fatos que caracterizam culturalmente e regionalmente este grupo. Mesmo diante de comportamentos sociais peculiares, como a mentalidade que se formou ao longo do tempo ao se afirmar que o homem deve ser forte e vencedor, principalmente no Nordeste brasileiro, estes pacientes, dotados de grande potencial de comunicação e dispostos a cooperar, caracterizam bem o povo nordestino, não por ser este um povo rude e sem trato, mas por ser essencialmente acolhedor e propenso ao auxílio, de acordo com o que lhe é pedido, independente da situação clínica encontrada e das variáveis

corroborarem a literatura vigente ou não. Ou seja, os resultados encontrados poderão estar associados a fatores regionais e culturais, fato que poderá ser mais bem delineado, partindo da continuação de estudos com esta população.

A compreensão das experiências dos homens com câncer de próstata metastático poderá ajudar à tomada de decisões. Estudos regionais são importantes, pois poderão apresentar peculiaridades existentes entre pacientes de diversas culturas, principalmente no que se refere a aspectos psicossociais (WANDERBROOKE et al. 2002); já que desde o início dos tempos espera-se que o homem seja sempre forte, protetor, competitivo e vencedor (GIKOVATE 2000), torna-se imprescindível verificar quais recursos pessoais e sociais têm um impacto importante sobre a QV deste grupo específico.

6 CONCLUSÃO

1. Com relação aos achados neste grupo específico de pacientes, houve correlação negativa e significativa entre: a capacidade funcional e a vitalidade com a idade e idade ao diagnóstico; todos os domínios do SF-36 e o Inventário de Depressão de Beck; todos os domínios do SF-36 e a Escala Visual Analógica, exceto no Aspecto Emocional e Saúde Mental. No domínio dor, o grupo sem companheira apresentou valor de escore significativamente maior que o grupo com companheira; o grupo de pacientes orquiectomizados apresentou diferença significativa em relação aos aspectos físicos, tendo o grupo de pacientes não orquiectomizados apresentado valor significativamente maior do que o grupo orquiectomizado; o grupo de pacientes com a presença da queixa dor apresentou escore significativamente menor do que o grupo sem dor nos domínios capacidade funcional, aspecto social, dor, aspectos físicos, saúde mental e vitalidade.
2. A qualidade de vida dos pacientes com câncer de próstata metastático, em nosso estudo, apresentou-se alterada; tais alterações estiveram relacionadas às variáveis referentes à sua afecção.
3. Os resultados encontrados poderão estar associados a fatores regionais e culturais, fato que poderá ser mais bem delineado partindo da continuação de estudos com esta população.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albaugh J, Hacker ED. Measurement of Quality of Life in men with prostate cancer. **Clin J Oncol Nurs** 2008; 12:81-6.

Albertsen PC, Aaronson NK, Muller MJ, Keller SD, Ware JE, Koch MO. Health-related quality of life among patients with metastatic prostate cancer. **Urology** 1997; 49:207-17.

Amaro TAC, Yagizil L, Erwenne C. Aspectos psicológicos e qualidade de vida em pacientes com melanoma uveal durante o processo de tratamento por remoção do bulbo ocular. **Arq Bras Oftalmol** 2006; 69:889-94.

Aquino VV, Zago MMF. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Rev Latino-Am Enfermagem** [periódico online]. 2007; 15(1). Disponível em <www.eerp.usp.br/rlae> [2009 Dez 12]

Belasco AGS, Sesso RCC. Qualidade de vida: princípios focos de estudo e intervenções. In: Diniz DP, Schor N, editores. **Guia de qualidade de vida**. São Paulo: Manole; 2006. p.1-10.

Billis A. Sistema genital masculino. In: Brasileiro Filho G, editor. **Bogliolo patologia**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000; p.524-37.

Billis A, Pompeo AC. Adenocarcinoma da próstata. **Int Braz J Urol** 2003; 29:27-34.

Blay SL, Merlin MS. Desenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida. In: Diniz DP, Schor N, editor. **Qualidade de vida**. Barueri: Manole; 2006. p.19-30.

Bottomley A. The cancer patient and quality of life. **Oncologist** 2002; 7:120-5.

Bonini EE, Bonini SE. **Teoria e exercícios de estatística**. São Paulo: Livraria Nobel; 1972.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência Saúde Coletiva** 2000; 5:163-77.

Campolin AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. **Rev Panam Salud Publica** 2006; 19:128-36.

Carvalho MMMJ, editor. **Introdução à psiconcologia**. São Paulo: Livro Pleno; 2003. O sofrimento da dor em câncer; p.103-18.

Cassileth BR, Soloway MS, Vogelzang NJ, Chou JM. Quality of life and psychosocial status in stage D prostate cancer. **Quality Life Res** 1992; 1:323-30.

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; 39:143-50.

Clark JA, Wray N, Brody B, et al. Dimensions of quality of life expressed by men treated for metastatic prostate cancer. **Soc Sci Med** 1997; 45:1299-309.

Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality of life instruments. **Pharmacoeconomics** 2000; 17:13-35.

Cotran RS, Kumar V, Collins T. **Patologia estrutural e funcional**. 6 ed. de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. O trato genital masculino; p.907-27.

Cunha GKF. **Tratamento do câncer prostático em hospital de oncologia no município de Fortaleza: aspectos de custos e qualidade de vida**. Fortaleza; 2004. [Dissertação de Mestrado-Universidade Estadual do Ceará - UECE].

Cunha JA. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Curigliano G, Spitaleri G, De Cobelli O, Scardino E, Sbanotto A, Braud F. Health-related quality of life in patients with hormone refractory prostate cancer receiving gefitinib. **Urol Int** 2009; 82:196-202.

Curran D, Fossa S, Aaronson N, et al. Baseline quality of life of patients with advanced prostate cancer. **Eur J Cancer** 1997; 33:1809-14.

Dornas MC, Resende Júnior JA, Figueiredo e Filho RT, Carrerette FB, Damião R. Câncer de próstata. **Rev Hospital Universitário Pedro Ernesto** 2008; 7:100-7.

Eton DT, Lepore SJ. Prostate cancer and health-related quality of life: a review of the literature. **Psycho-Oncology** 2002; 11:307-26.

Ferreira U, Leitão VASS, Borges GM, Stopiglia RM, Neto Jr NR. **Bloqueio intermitente reverso, uma alternativa para controle dos efeitos colaterais da depleção androgênica**. Disponível em: <URL:<http://www.saudebrasilnet.com.br/premios/oncologia/premio1/trabalhos/010c.pdf>> [2010 jan 12]

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatria** 1999; 21:19-28.

Fleck MPA. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2008. Problemas conceituais em qualidade de vida; p.19-28.

Fossa SD. Quality of life in advanced prostate cancer. **Semin Oncol** 1996; 23:32-4.

Franceschini J, Santos AA, El Mouallem I, et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão através da aplicação do questionário Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey. **J Bras Pneumol** 2008; 34:387-93.

Freitas FCM, Tavares JM, Tomás Filho ME. Câncer de próstata. In: Lima MVA, Silva LFG, editores. **Guia de conduta terapêutica em uro-oncologia**. Fortaleza: Expressão Gráfica; 2005. p.37-44.

[FAP] Fundação Antônio Prudente-Hospital A.C. Camargo. **Próstata**. Disponível em: <URL://www.hcanc.org.br/index.php?page=14&idTipoCancer=10>. [2009 dez 12]

Giannakopoulos X, Charalabopoulos K, Charalabopoulos A, Golias C, Peschos D, Sofikitis N. Quality of life survey in patients with advanced prostate cancer. **Exper Oncol** 2005; 27:13-7.

Gianini MMS. **Câncer e gênero: enfrentamento da doença**. São Paulo; 2007. [Dissertação de Mestrado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

Gill TM, Alvan MD, Feinstein MD. A critical appraisal of the quality of the quality of life measurements. **JAMA** 1994; 272:629-26.

Gikovate F, editor. **Homem: o sexo frágil?** 9 ed. São Paulo: Summus; 2000.

Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM, Crits-Cristoph P. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. **J Consult Clin Psychol** 1999; 67:320-31.

Gleason DF. Histologic grading in clinical staging of prostatic carcinoma. In: Tannenbaum M, editors. **Urologic pathology: the prostate**. Philadelphia: Lea Febiger; 1977. p.171-97.

Gonçalves M, Gíglío JS, Ferraz MPT. A religiosidade como fator de proteção contra depressão em pacientes com neoplasia mamária. **Arq Bras Psiquiatr, Neurol Med legal** 2005; 99:16-20.

Green CR, Montague L, Hart-Johnson TA. Consistent and breakthrough pain in diverse advanced cancer patients: a longitudinal examination. **J Pain Symptom Manage** 2009; 37:831-47.

Herr HW. Quality of life in prostate Cancer patients. **Cancer J Clin** 1997; 47:207-17.

Hill PC, Pargament KI, Wood RW. Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. **J Theor Social Behav** 2000; 30:51-77.

Higginson IJ, Carr AJ. Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. **Br Med J** 2001; 322:1297-300.

Iscoe NA, Bruera E, Choo RC. Prostate cancer: 10. palliative care. **CMAJ** 1999; 160:365-71.

Jonhson ME, Piderman KM, Sloan JA, et al. Measuring spiritual quality of life in patients with cancer. **J Supp Oncol** 2007; 5:437-42.

Kaliks RA, Del Giglio A. Management of advanced prostate cancer. **Rev Assoc Med Bras** 2008; 54:178-82.

Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF. The use of nitrogen mustards in palliative treatment of carcinoma. **Cancer** 1948; 1:634-56.

Katz S, Ford AB, Moscovitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL. A standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA** 1963; 185:914-9.

Keane PF, Kelly JD, McAleer JJA. Câncer geniturinário. In: Spence AJ, Jonston PG, editores. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.187-205,

Knight SJ, Chmiel JS, Kuzel T, et al. Quality of life in metastatic prostate cancer among men of lower socioeconomic status: feasibility and criterion related validity of 3 measure. **J Urol** 1998; 169:1765-69.

Kiss A, Meryn S. Effect of sex and gender on psychosocial aspects of prostate and breast cancer. **BMJ** 2001; 1:1055-58.

Krupski TL, Kwan L, Fink A, Sonn GA, Maliski S, Litwin MS. Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. **Psycho-Oncology** 2006; 15:121-31.

Kunkel EJS, Jennifer RB, Myers RE, Oyesanmi O, Gomella LG. Biopsychosocial aspects of prostate cancer. **Psychosomatics** 2000; 41:85-94.

Liao Y, McGee DL, Kaufman JS, et al. Socioeconomic status and morbidity in the last years of life. **Am J Public Health** 1999; 89: 569-72.

Litwin M S, Saigal C S, Lubeck DP, Li Y-P, Henning J M, Carroll PR. Health-related quality of life in men with metastatic prostate cancer: the misleading effect of lead-time bias. **BJU International** 2003; 91:9-13.

Melmed GY, Kwan L, Reid K, Litwin MS. Quality of life at the end of life: trends in men with metastatic prostate cancer. **Urology** 2002; 59:103-9.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa/2010 incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2009.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Hormonioterapia**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=103>. [2010 jan 16]

Morris J, Perez D, McNoe B. The use quality of life data in clinical practice. **Quality Life Res** 1997; 7:85-91.

Narazaki DK, Alverga Neto CC, Baptista AM, Caiero MT, Camargo OP. Prognostic factors in pathologic fractures secondary to metastatic tumors. **Clinics (São Paulo)** 2006; 61:313-20.

Nygard R, Norum J, Due J. Goserelin (Zoladex) or orchiectomy in metastatic prostate cancer? A quality of life and cost-effectiveness analysis. **Anticancer Res** 2001; 21:781-8.

Oliveira PP. **Qualidade de vida de idosos com câncer de próstata em radioterapia**. São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado-Pontifícia Universidade Católica].

Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev Psiq Clín** 2007; 34:105-15.

Perchon LFG. **Influência da terapia comportamental de grupo na qualidade de vida de pacientes submetidos à prostatectomia radical**. São Paulo; 2006. [Dissertação de Mestrado-Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas].

Person DF, Litwin MS, Aaronson NK. Health related quality of life in men with prostate cancer. **J Urol** 2003; 169:1653-61.

Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa OS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev Psiq Clín** 2007; 34:82-7.

Pimentel FL. **Qualidade de vida e oncologia**. Coimbra: Almedina; 2006.

Poll-Franse LVV, Kwan L, Reiter RE, Lee SP, Litwin MS. The influence of cardiovascular disease on health related quality of life in men with prostate cancer: a 4-year followup study. **J Urol** 2008; 179:1362-7.

Poth CM. **Fisiopatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. Alterações na estrutura e função do sistema geniturinário masculino; p.937-54.

Quill TE, Byock IR. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. ACP-ASIM end-of-life care consensus panel. American College of Physicians-American Society of internal medicine. **Ann Intern Med** 2000; 7:408-14.

Ramos C, Carvalho JEC, Mangiacavalli MASC. Impacto e (i)mobilização: um estudo sobre campanhas de prevenção ao câncer. **Ciência Saúde Coletiva** 2007; 12:1387-96.

Rigaud J, Tiguert L, Le Normand L, et al. Prognostic value of bone scan in patients with metastatic prostate cancer treated initially with androgen deprivation therapy. **J Urol** 2002; 4:1423–6.

Rosner B, editor. **Fundamentals of biostatistics**. 2 ed. Boston: PWS Publishers, 1986.

Saad M, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica** 2001; 8:107-12.

Santiago S, editor. **Intérpretes do Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 2002.

Sciarra A, Cardi A, Salvatori G, D'Eramo G, Marioti G, Di Silverio F. Wich patients prostate cancer are actually candidates for hormone therapy? **Int Braz J Urol** 2004; 30:455-65.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos metodológicos e conceituais. **Cad Saúde Pública** 2004; 20: 580-9.

Small EJ, Smith MR, Seaman JJ, Petrone S, Kowalski MO. Combined analysis of two multicenter, randomized, placebo-controlled studies of pamidronate disodium for the palliation of bone pain in men with metastatic prostate cancer. **J Clin Oncol** 2003; 21:4277-84.

Spencer SM, Carver CS, Price AA. Psychological and social factors in adaptation. In: Holland JC, editor. **Psycho-oncology**. New York: Oxford University Press; 1998. p.211-22.

Spirduso WW, Mackie KS. Saúde, exercício e função emocional. In: Spirduso WW, editor. **Dimensões físicas do envelhecimento**. São Paulo: Manole; 2005. p.315-40.

Stefanuto W, Delgado GL. Avaliação clínica da dor neoplásica. In: Delgado GL, organizador. **A dor em oncologia: um manual para o médico prático**. São Paulo: Atheneu; 1988. p.17-20.

Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e saúde. In: Salgado MI, Freire G, organizadores. **Saúde espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede; 2008. p.427-43.

Talcott JA, Clark JA. Quality of life in prostate cancer. **Eur J Cancer** 2005; 41:922-31.

Tanaka T, Gotay CC. Physicians and medical students perspectives on patients quality of life. **Acad Med** 1998; 73:1003-5.

Teixeira JJV, Lefèvre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência Saúde Coletiva** 2008; 13:1247-56.

Thompson JC, Wood J, Feuer D. Prostate cancer: palliative care and pain relief. **Br Med Bull** 2007; 83:341-54.

Tofani ACA, Vaz CE. Câncer de próstata, sentimentos de impotência e fracassos. **Rev Interamericana Psicol** 2007; 41:197-204.

Tone Rustoen RN, Fossa SD, Skarstein J, Moum T. The impact of demographic and disease-specific variables on pain in cancer patients. **J Pain Symptom Manag** 2003; 26:696-704.

Trask PC. Quality of life and emotional distress in advanced prostate cancer survivors undergoing chemotherapy. **Health Qual Life Outcomes** 2004; 2:37.

Ventafrida V, Scaffidi E, Sbanotto A, Goldhirsch A. Atendimento de apoio e avaliação de qualidade de vida. In: Pollock RE, Doroshow JH, Khayat D, Nakao A, O'Sullivan B, editores. **Manual de oncologia da UICC (União Internacional Contra o Câncer)**. 8 ed. São Paulo: Fundação Oncocentro; 2006. p.835-50.

Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Rev Saúde Pública** 2003; 37:440-5.

UNIFESP. Universidade Federal Paulista. **Lesões metastáticas do osso**. [homepage na internet]. Disponível em: <URL:<http://www.unifesp.br/dorto-onco/livro/tumo12p1.htm>>. [2009 ago 30]

Wanderbroocke AC; Mikoski KM; Klas, K. O idoso com câncer: aspectos psicossociais relacionados ao tratamento. **Psicol Argum** 2002; 20:49-54.

Ware JE Jr. SF-36 health survey update. **Spine** 2000; 25:3130-9.

Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. **Res Nurs Health** 1990; 13:227-36.

[WHO] World Health Organization. **WHOQOL: measuring quality of life**. Geneva: WHO; 1997. MAS/MNH/PSF/97.4; p.1-15.

Anexo 1 - Inventário de Depressão de Beck

Nome: _____

Data: _____

Neste questionário aparecem vários grupos de afirmações. Por favor, leia com atenção cada um deles. A seguir, assinale qual das afirmações de cada grupo descreve melhor seus sentimentos durante a ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Faça um círculo no número que está à esquerda da afirmação que você escolher. Se dentro de um mesmo grupo existir mais de uma afirmação que considere aplicável a seu caso, marque-a também. Assegure-se de haver lido todas as afirmações dentro de cada grupo antes de fazer a escolha.

1.

0 Não me sinto triste.

1 Sinto-me triste.

2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

0 Não estou particularmente desencorajado (a) em relação ao futuro.

1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.

2 Sinto que não tenho nada a esperar.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3.

0 Não me sinto fracassado(a).

1 Sinto que fracassei mais do que um indivíduo médio.

2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.

3 Sinto que sou um completo fracasso.

4.

0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.

1 Não tenho satisfação com as coisas, como costumava ter.

2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.

3 Estou insatisfeito(a) ou chateado(a) com tudo.

5.

0 Não me sinto particularmente culpado.

1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.

2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.

3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

6.

0 Não me sinto que esteja a ser punido.

1 Sinto que possa ser punido(a).

2 Sinto que mereço ser punido(a).

3 Sinto que estou a ser punido(a).

7.

0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).

1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).

2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).

3 Eu odeio-me.

8.

0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.

1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.

2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.

3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

9.

0 Não tenho qualquer idéia de me matar.

1 Tenho idéias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.

2 Gostaria de me matar.

3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

10.

0 Não costumo chorar mais do que o habitual.

1 Choro mais do que costumava fazer.

2 Atualmente, choro o tempo todo.

3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.

0 Não me irrita mais do que costumava.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).

3 Já não consigo ficar irritado(a) com coisas que antes me irritavam.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões, mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.

3 Considero-me feio(a).

15.

0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

0 Durmo tão bem como habitualmente.

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo 1 ou 2 horas antes do habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite.

19.

0 Não perdi peso ultimamente, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comento menos

Sim _____ Não _____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com o meu problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Anexo 2 – SF-36

Identificação: _____

1 - Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	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 últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

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

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

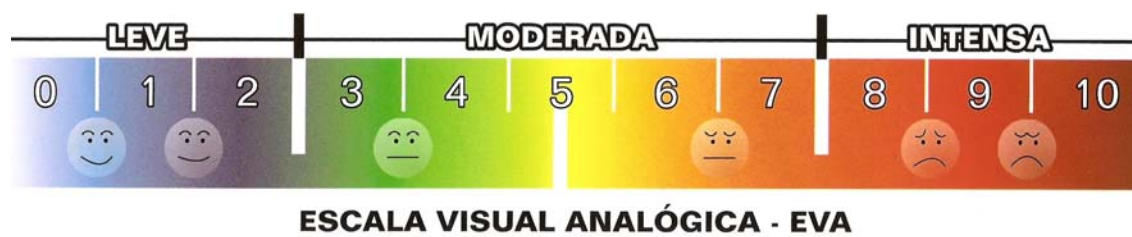
10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Anexo 3 - Escala Visual Analógica - EVA



Anexo 4 - Critério Brasil 2008



Critério Brasil 2008

1. O(A) Sr(a)./ você tem em casa? Quantos [as]?

		QUANTIDADE POSSUÍDA				Codificação
ITENS DE POSSE	NÃO TEM	1	2	3	4 ou +	
Televisor em cores	0	1	2	3	4	
Vídeo cassete / DVD	0	2	2	2	2	
Rádio	0	1	2	3	4	
Banheiro	0	4	5	6	7	
Automóvel	0	4	7	9	9	
Empregada mensalista	0	3	4	4	4	
Máquina de lavar	0	2	2	2	2	
Geladeira	0	4	4	4	4	
Freezer (*)	0	2	2	2	2	
Aspirador de pó						

(*) Independente ou 2ª porta da geladeira

ENTREVISTADOR:

- 1) NÃO INCLUIR TV Preta e Branca PARA CONTAGEM DE PONTOS PARA CLASSIFICAÇÃO SOCIAL.
- 2) Se a Geladeira possuir duas portas (Duplex) ela é contada tanto como geladeira, quanto como Freezer.
- 3) Coletar a posse de aspirador de pó, independente de não pontuar.

2. Grau de instrução

2. Grau de Instrução	PONTOS CHEFE DA FAMÍLIA	ENTREVI STADO	CHEFE DA FAMÍLIA
Analfabeto até 3ª série fundamental	0	1	1
4ª série fundamental (4ª a 7ª Série fundamental incompleto)	1	2	2
Fundamental completo até Médio incompleto	2	3	3
Médio Completo até Superior incompleto	4	4	4
Superior Completo	8	5	5

ENTREVISTADOR: Para contagem de pontos utilizar grau de instrução do CHEFE

3. CLASSE BRASIL:

CLASSE	PONTOS	
A1	42 a 46 Pontos	1
A2	35 a 41 Pontos	2
B1	29 a 34 Pontos	3
B2	23 a 28 Pontos	4
C1	18 a 22 Pontos	5
C2	14 a 17 Pontos	6
D	8 a 13 Pontos	7
E	0 a 7 Pontos	8

Total de pontos

Classe

Estudo com comparativo entre critério Brasil 2007 e 2008?

*Sim |__|

Não |__|

*Se sim, processamento deve gerar pontuação 2007.

Apêndice 1 - Ficha de dados gerais

V1. IDENTIFICAÇÃO: V2. DATA:

V3. TEMPO DE COLETA DE DADOS:

V4. TELEFONE:

V5. IDADE:

V6. IDADE AO DIAGNÓSTICO:

V7. ESCOLARIDADE:

- (0) ANALFABETO
- (1) ALFABETIZADO
- (2) ATÉ ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO
- (3) ATÉ ENSINO MEDIO COMPLETO
- (4) ATÉ ENSINO SUPERIOR COMPLETO

V8. NATURALIDADE:

- (0) FORTALEZA
- (1) OUTRAS CIDADES DO ESTADO
- (2) OUTROS ESTADOS

V9. PROCEDÊNCIA:

- (0) FORTALEZA
- (1) OUTRAS CIDADES DO ESTADO
- (2) OUTROS ESTADOS

V10. PROFISSÃO:

- (0) APOSENTADO
- (1) AUXÍLIO DOENÇA
- (2) DESEMPREGADO
- (3) ATIVO

V11. QUAL SUA PROFISSÃO ANTES DA DOENÇA? _____

V12. CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA

- (0) CLASSE A
- (1) CLASSE B
- (2) CLASSE C
- (3) CLASSE D
- (4) CLASSE E

V13. ESTADO CIVIL:

- (0) SOLTEIRO
- (1) CASADO/AMASIADO
- (2) VIÚVO
- (3) SEPARADO

V14. NÚMERO DE FILHOS:

- (0) NENHUM
- (1) UM
- (2) DOIS
- (3) TRÊS
- (4) QUATRO
- (5) CINCO OU MAIS

V15 CUIDADOR

V15.1CUIDADOR ESPOSA () SIM () NÃO

V15.2CUIDADOR FILHO () SIM () NÃO

V15.3CUIDADOR OUTRO PARENTE () SIM () NÃO

V15.4CUIDADOR AMIGO () SIM () NÃO

V15.5CUIDADOR OUTRO () SIM () NÃO

V16. ARRIMO DE FAMÍLIA

- (0) PACIENTE
- (1) PACIENTE E CONJUGE
- (2) PACIENTE + CÔNJUGE + FILHO(S)
- (3) CÔNJUGE
- (4) FILHO(S)
- (5) OUTRO(S)

V17. PACIENTE APRESENTA CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO () SIM () NÃO

V18. TEMPO ATÉ PROCURAR AJUDA

- (0) LOGO QUE INICIOU SINTOMAS
- (1) ATÉ UM MÊS DOS SINTOMAS
- (2) DE UM A TRÊS MESES
- (3) DE TRES MESES A SEIS MESES
- (4) MAIS DE SEIS MESES

V19. SE RESPONDEU DE 1 A 4, QUAL O PRINCIPAL MOTIVO?

- (0) MEDO DE REALIZAR OS EXAMES NECESSÁRIOS PARA O DIAGNÓSTICO
- (1) MEDO DO DIAGNÓSTICO
- (2) FALTA DE ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE
- (3) FALTA DE TEMPO EM PROCURAR ASSISTÊNCIA MÉDICA (TRABALHO, POR EXEMPLO)

(4) OUTRO MOTIVO _____

V20. TEMPO QUE LEVOU PARA COMEÇAR A TRATAR

- (0) AINDA NÃO FOI DEFINIDO TRATAMENTO
- (1) IMEDIATAMENTE, LOGO QUE PROCUROU AJUDA
- (2) DEPOIS DE UM MÊS
- (3) DE UM A TRÊS MESES
- (4) DE TRÊS A SEIS MESES
- (5) MAIS DE SEIS MESES

V21. METÁSTASE:

- (0) DESENVOLVIDA DURANTE O TRATAMENTO
- (1) JÁ CHEGOU COM METÁSTASE

V22. TEMPO EM TRATAMENTO

- (0) MENOS DE UM ANO
- (1) UM A DOIS ANOS
- (2) MAIS DE DOIS ANOS E MENOS DE QUATRO ANOS
- (3) MAIS DE QUATRO ANOS

V23. HORMÔNIO:

- (0) DEPENDENTE
- (1) REFRATÁRIO
- (2) REFRATÁRIO EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

V24. JÁ REALIZOU ALGUM TIPO DE TRATAMENTO ANTERIORMENTE:

- (0) SIM
- (1) NÃO

V25. PACIENTE ORQUIECTOMIZADO

- (0) SIM
- (1) NÃO

V26. TRATAMENTO ATUAL:

- (0) EM ANDAMENTO
- (1) EM OBSERVAÇÃO
- (2) DE SUPORTE

V27. QUEIXAS

V27.1 QUEIXAS DOR () SIM () NÃO

V27.2 QUEIXAS INSONIA () SIM () NÃO

V27.3 QUEIXAS ONDAS DE CALOR () SIM () NÃO

V27.4 QUEIXAS TRISTEZA () SIM () NÃO

V27.5 QUEIXAS DISTÚRBIOS URINÁRIOS () SIM () NÃO

V27.6 QUEIXAS DISFUNÇÃO SEXUAL () SIM () NÃO
V27.7 QUEIXAS GANHO DE PESO () SIM () NÃO
V27.8 QUEIXAS FADIGA () SIM () NÃO
V27.9 QUEIXAS TODOS ACIMA () SIM () NÃO
V27.10 QUEIXAS OUTRAS () SIM _____ () NÃO

V28. COMORBIDADES

V28.1 COMORBIDADES NEGA () SIM () NÃO
V28.2 COMORBIDADES HAS () SIM () NÃO
V28.1 COMORBIDADES DIABETES () SIM () NÃO
V28.1 COMORBIDADES OUTRAS () SIM () NÃO

V29. TRATAMENTO COM PSICOFÁRMACOS

- (0) NÃO
- (1) SIM

V30. ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO

- (0) NÃO
- (1) SIM

V31. ESCORES DA ESCALA DE DOR:

V32. ESCORES DO BECK:

V33. ESCORES DO SF-36:

V33.1 CAPACIDADE FUNCIONAL:

V33.2 ASPECTO EMOCIONAL:

V33.3 ASPECTOS SOCIAIS:

V33.4 DOR:

SAÚDE

V33.5 ASPECTOS FÍSICOS:

V33.6 SAÚDE MENTAL:

V33.7 VITALIDADE:

V33.8 PERCEPÇÃO GERAL DA

V34. QUAL SUA RELIGIÃO

- (0) NÃO TENHO RELIGIÃO E NÃO ACREDITO EM DEUS
- (1) NÃO TENHO RELIGIÃO, MAS ACREDITO EM DEUS
- (2) CATOLICISMO
- (3) PROTESTANTISMO
- (4) OUTRA

Apêndice 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa relacionada à Qualidade de vida. Gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário.

As perguntas serão sobre diferentes aspectos de sua vida. Gostaríamos de deixar claro que os dados coletados serão guardados em sigilo, sendo a divulgação das informações nele contida publicadas somente em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas, o que guardará seu anonimato.

Deixamos claro que este estudo independe do seu tratamento, e em nada influenciará caso o senhor não esteja de acordo em participar.

DADOS DO PESQUISADOR(A)

Nome: Maria Iraneide de Castro Santos

e-mail: iraneidecastro@gmail.com

DADOS DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome:

Data de nascimento:

Endereço:

Telefone:

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, após entendimento do que foi esclarecido, concordo em participar do presente protocolo de pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2009.

Sujeito da pesquisa

Pesquisador(a)