



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

MAYRA SHARLENNE MORAES ARAÚJO

**FATORES ASSOCIADOS A QUALIDADE DE VIDA DE HOMENS COM CÂNCER
DE PRÓSTATA**

**SÃO LUÍS
2017**

MAYRA SHARLENNE MORAES ARAÚJO

**FATORES ASSOCIADOS A QUALIDADE DE VIDA DE HOMENS COM CÂNCER
DE PRÓSTATA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha.

SÃO LUÍS

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Araújo, Mayra Sharlenne Moraes.

FATORES ASSOCIADOS A QUALIDADE DE VIDA DE HOMENS COM
CÂNCER DE PRÓSTATA / Mayra Sharlenne Moraes Araújo. -
2017.
89 p.

Orientador(a): Ana Hélia de Lima Sardinha.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São
Luís, 2017.

1. Câncer de próstata. 2. Homem. 3. Qualidade de
vida. I. Sardinha, Ana Hélia de Lima. II. Título.

MAYRA SHARLENNE MORAES ARAÚJO

**FATORES ASSOCIADOS A QUALIDADE DE VIDA DE HOMENS COM CÂNCER
DE PRÓSTATA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a.Dr^a. Ana Hélia de Lima Sardinha – Orientadora
Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto – 1º. Membro
PhD em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a Dr^a. Elza Lima da Silva – 2º. Membro
Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^aMaria Lúcia Holanda Lopes – 1º. Membro Suplente
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a. Nair Portela Silva Coutinho – 2º. Membro Suplente
Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

*Dedico esta Dissertação aos
homens com câncer de próstata
que mantêm esperança na busca
de uma qualidade de vida ao lado
de seus familiares e aos
profissionais que se empenham
em ajudá-los.*

AGRADECIMENTOS

Sempre e em primeiro lugar à Deus, pois sem Ele nada é possível. Obrigada por Sua presença diária em minha vida.

A Universidade Federal do Maranhão, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela oportunidade de crescimento, concedendo alicerce técnico para evolução do conhecimento em pesquisa científica.

A minha orientadora Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha, que me acolheu de maneira carinhosa, dispondo de atenção e cuidado, compartilhando sua vasta experiência para minha formação.

Ao meu marido, Carlos Damasceno, enorme incentivador na vivência acadêmica, pelo amor, compreensão, carinho e admiração, por sempre acreditar no meu sucesso até mesmo quando eu mesma duvido.

Ao meu filho Arthur Gabriel, meu tesouro, a maior bênção que Deus me deu, que mesmo em pouca idade, apresenta uma maturidade que me surpreende todos os dias. Ao teu sorriso, teu carinho, a suas palavras “te amo maior que o universo”, que derretem meu coração.

Aos meus pais, Adélia Cristina Moraes Araújo e Gercivaldo Corrêa Araújo, e irmão, Maycon Diogo Moraes Araújo, que acreditam em mim e no meu sucesso, e que sempre estão à disposição para qualquer momento de necessidade. Ao amor de sempre agradeço.

A minha querida tia Keila Cristiane Mendes Moraes, que desde criança cuidou de mim e incentivou-me a seguir o caminho do conhecimento e nunca desistir dos meus objetivos.

Ao Hospital do Câncer Aldenora Bello, onde aprendi a dar valor as pequenas coisas e a importância de um sorriso para um estranho, também por abrir as portas para minha profissão e para minha pesquisa.

Aos homens que se dispuseram a participar desta pesquisa.

Aos colegas de trabalho pelo apoio, em especial Larissa Di Leo e Elzanira Silva dos Santos que foram muito importantes na construção deste trabalho.

A todos que de alguma forma colaboraram para elaboração desta pesquisa, minha gratidão.

*“A mente que se abre
a uma nova ideia
jamais voltará ao seu
tamanho original”.*

(Albert Einstein)

ARAÚJO, M.S.M. **Fatores associados a qualidade de vida de homens com câncer de próstata.** 2017. 89p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

RESUMO

O câncer de próstata é o tipo mais prevalente entre os homens. O conhecimento dos fatores que alteram a qualidade de vida é fundamental para sua identificação e entendimento, e então desenvolvimento de estratégias de intervenção para prevenir o declínio da qualidade de vida. Apresentou-se como objetivo geral desta pesquisa avaliar fatores associados a qualidade de vida de homens com câncer de próstata. Trata-se de uma pesquisa analítica, transversal com abordagem quantitativa. A amostra foi composta de 226 homens com câncer de próstata em tratamento no Hospital do Câncer Aldenora Bello. Para coleta de dados utilizou-se um questionário com questões socioeconômicas, demográficas, estilo de vida e clínica, e um questionário específico para avaliação da qualidade de vida no câncer European Organization for Research of Cancer Quality of Life Questionnaire“Core” 30 (EORTC-C30). Como resultados foi visto que 44,2% tinham entre 71-80 anos, 82,3% autodeclararam a raça parda, 62,8% não eram aposentados, 90,3% tinham renda mensal de até dois salários mínimos, 63,7% tinham menos de oito anos de estudo, 80,5% eram casados, 61,9% eram do interior do estado, 76,1% não praticavam atividade física, 53,1% procuravam assistência em saúde apenas quando apresentavam algum problema, 51,3% realizaram a cirurgia de retirada de próstata. Em relação a qualidade de vida os sintomas que mais influenciaram negativamente na qualidade de vida foram: fadiga, dor e insônia, a dificuldade financeira. A função emocional foi a que apresentou menor escore na escala funcional. As variáveis que apresentaram associação com a qualidade de vida foram: profissão, renda, estado civil, cuidador, ajuda financeira, procedência, tabagismo, atividade física, tempo de tratamento e tempo de convívio com a doença. Os avanços na área da saúde permitem que o homem conviva com o câncer de próstata sem perda da qualidade de vida, apesar da crise vital que o câncer pode provocar. Conhecer os fatores que influenciam nessa qualidade de vida, permite aos homens refletir sobre ela e aos profissionais de saúde encontrar subsídios para tentar melhorá-la.

Descritores:Qualidade de vida. Câncer de próstata. Homem.

ARAÚJO, M. S. M. **Factors associated with the quality of life of men with prostate cancer.** 2017. 89p. Thesis (Master) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luís, 2017.

ABSTRACT

Prostate cancer is the most prevalent type among men. Knowledge of the factors that alter the quality of life is fundamental for its identification and understanding, and then development of intervention strategies to prevent the decline of quality of life. The objective of this study was to evaluate factors associated with the quality of life of men with prostate cancer. This is an analytical, transversal research with a quantitative approach. The sample consisted of 226 men with prostate cancer being treated at the Aldenora Bello Cancer Hospital. To collect data, a questionnaire was used with socioeconomic, demographic, lifestyle and clinical questions and a specific questionnaire to evaluate the quality of life in cancer. EORTC- C30). As a result, 44.2% were 71-80 years old, 82.3% were self-employed, 62.8% were not retired, 90.3% had a monthly income of up to two minimum wages, 63.7% had less than eight years of study, 80.5% were married, 61.9% were from the interior of the state, 76.1% did not practice physical activity, 53.1% sought health care only when they presented a problem, 51, 3% underwent prostate withdrawal surgery. In relation to quality of life, the symptoms that most negatively influenced the quality of life were: fatigue, pain and insomnia, financial difficulty. The emotional function was the one with the lowest score on the functional scale. The variables that showed an association with quality of life were: profession, income, marital status, caregiver, financial aid, origin, smoking, physical activity, time of treatment and time of living with the disease. Advances in the area of health allow men to live with prostate cancer without loss of quality of life despite the vital crisis that cancer can cause. Knowing the factors that influence this quality of life, allows men to reflect on it and health professionals find subsidies to try to improve it.

Keywords: Quality of life. Prostate cancer. Man.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Análise de Componentes Principais (PCA) entre os valores de QVG e as medidas das Escalas funcionais para os fatores 1 e 2.....	47
Gráfico 2	Análise de Componentes Principais (PCA) entre os valores de QVG e as medidas das Escalas de sintomas para os fatores 1 e 2.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil socioeconômico demográfico dos homens com diagnóstico de câncer de próstata. São Luís-MA, 2017.....	38
Tabela 2	Distribuição dos homens segundo estilo de vida. São Luís-MA, 2017.....	39
Tabela 3	Perfil clínico dos homens com diagnóstico de câncer de próstata. São Luís-MA, 2017.....	40
Tabela 4	Valores médios, mínimo e máximo dos escores obtidos para os domínios de Medida Global de Saúde, Escala funcional, Escala de Sintomas. São Luís-MA, 2017.....	41
Tabela 5	Média dos escores QVG para as variáveis socioeconômicas dos pacientes com diagnóstico de câncer de próstata. São Luís, 2017.....	43
Tabela 6	Média dos escores da QVG para as variáveis estilo de vida dos pacientes com diagnóstico de câncer de próstata. São Luís, 2017.....	44
Tabela 7	Média dos escores da QVG para as variáveis clínicas dos pacientes com diagnóstico de câncer de próstata. São Luís, 2017.....	45

LISTA DE SIGLAS

EORTC QLQ-C30 – European Organization for Research of Cancer Quality of Life Questionnaire“Core” 30

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

QVG – Qualidade de Vida Global

SBU – Sociedade Brasileira de Urologia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Justificativa.....	15
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Objetivo Geral.....	17
2.2	Objetivos Específicos.....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1	O câncer de próstata.....	19
3.2	Atenção integral à saúde do homem.....	25
3.3	Qualidade de vida relacionada à saúde e o papel da enfermagem.....	27
4	METODOLOGIA.....	31
4.1	Desenho da pesquisa.....	31
4.2	Local da pesquisa.....	31
4.3	População e amostra da pesquisa.....	31
4.4	Coleta de dados.....	32
4.4.1	Variáveis do estudo.....	33
4.4.1.1	Questionário com aspectos socioeconômicos, demográficos, de saúde e clínicos de homens com câncer de próstata.....	33
4.4.1.2	Questionário EORTC QLQ C30.....	33
4.5	Análise de dados.....	34
4.6	Aspectos Éticos.....	35
5	RESULTADOS.....	37
5.1	Caracterização dos homens.....	37
5.2	Qualidade de vida relacionada à saúde.....	41
5.3	Relação entre as variáveis socioeconômicas demográficas e a qualidade de vida global.....	42
5.4	Relação entre as variáveis estilo de vida e a qualidade de vida global.....	44
5.5	Relação entre as variáveis clínicas e a qualidade de vida global.....	45
5.6	Qualidade de vida e a escala funcional.....	46

5.7	Qualidade de vida e a escala de sintomas.....	47
6	DISCUSSÃO.....	49
7	CONCLUSÃO.....	61
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
	REFERÊNCIAS.....	65
	APÊNDICES.....	73
	ANEXOS.....	81

1 INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é o tipo mais prevalente entre os homens. Aproximadamente 70% dos casos diagnosticados ocorrem em regiões mais desenvolvidas. Na região da América Latina e do Caribe, em um ano ocorreram 1,1 milhão de casos de câncer, sendo o câncer de próstata o tipo mais incidente entre os homens (BRASIL, 2015).

No Brasil, a estimativa entre 2016 e 2017, foi de 600 mil casos novos de câncer. O perfil epidemiológico observado assemelha-se ao da América Latina e do Caribe, onde o câncer de próstata será o mais frequente entre os homens (NCCN, 2015; INCA, 2017).

Em 2016, foram registrados 61.200 novos casos de câncer de próstata no Brasil ocupando o primeiro lugar entre os mais incidentes na população masculina, correspondendo a 28,6%. Esse valor corresponde a um risco de 61,2 casos novos a cada 100 mil homens (BRASIL, 2015; INCA, 2017).

Essa patologia destaca-se entre os problemas relacionados ao aparelho geniturinário masculino, que corresponde à segunda causa mais comum de morte por câncer no Brasil, atingindo principalmente homens com 50 anos ou mais de idade. As taxas de mortalidade foram de 12,4 a cada 100 mil, em 2002, para 13,65, em 2012 e em 2016 foram 13.772 óbitos por câncer de próstata (SBU, 2016; INCA, 2017).

A região nordeste apresentou uma taxa bruta de 51,84 % em 2016, correspondendo a 14.290 casos. No Maranhão, em 2016 forma 1.050 novos casos de câncer de próstata, 210 novos casos somente na capital São Luís, correspondendo a taxa bruta de 42,92 % (INCA, 2017).

Com o aumento da expectativa de vida mundial, é esperado que o número de casos novos aumente a cada ano, pois o único fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento do câncer de próstata é a idade. Aproximadamente 62% dos casos diagnosticados ocorrem em homens com 65 anos ou mais (DAMIÃO *et al*, 2015).

Os autores Ferreira e colaboradores (2016), relatam que os homens são mais introspectivos do que as mulheres, permanecem, muitas vezes, silenciosos mesmo apresentando sinais e sintomas, protelando a busca por atendimento fortalezas inabaláveis sem possibilidade de fracasso. O estar doente pode representar para eles uma fragilidade com a qual não estão acostumados.

O termo "qualidade de vida", foi introduzido na área de saúde nos anos 90, se refere às diversas situações que impõem restrições e afetam os sentimentos, comportamentos e às condições de saúde de cada indivíduo. (BATALHA; FERNANDES; CAMPOS, 2015)

O estudo da qualidade de vida de indivíduos com câncer tem sido bastante discutido na literatura (NICOLUSSI et al, 2014; BATALHA; FERNANDES; CAMPOS, 2015; SIMÃO, 2017). O conhecimento dos fatores que alteram a qualidade de vida é fundamental para sua identificação e entendimento, e então desenvolvimento de estratégias de intervenção para prevenir o declínio da qualidade de vida.

Segundo Oliveira, Silvestre e Silva (2015), o enfermeiro é um profissional com ampla visão científica que pode desenvolver e implementar o processo de enfermagem, baseado em estudos técnicos e científicos. Estes conhecimentos permitem trabalhar a educação em saúde, tornando-se importante neste contexto por ser capaz de orientar, informar e realizar análise do conhecimento da clientela sobre o câncer de próstata, através do fornecimento de orientações sobre fatores de risco e possível prevenção da doença, e a sensibilização para a realização de exames diagnósticos.

Face ao exposto, algumas questões foram levantadas: quais são as características sociodemográficas e clínicas dos homens com diagnóstico de câncer de próstata? Qual a qualidade de vida desses homens? Quais são os fatores de risco mais observados? Existe associações entre aspectos socioeconômicos, demográficos e de saúde com a qualidade de vida desses homens? Assim, como câncer de próstata, atualmente, é o primeiro tipo de câncer que afeta os homens, é importante esclarecer estas questões. A partir desta perspectiva, surgiu o problema deste estudo: Quais os fatores associados a qualidade de vida de homens com câncer de próstata?

Portanto, verifica-se como objeto de investigação os fatores associados a qualidade de vida de homens com câncer de próstata do Hospital de Câncer Aldenora Bello.

1.1 Justificativa

Com a crescente taxa de incidência do câncer de próstata no Brasil e no mundo, torna-se necessário a evolução não só do diagnóstico precoce e dos tratamentos, mas também a melhoria de ferramentas para proporcionar ao homem com diagnóstico de câncer de próstata um melhor entendimento, adesão ao tratamento e convivência com a doença, buscando sempre a qualidade de vida independente do prognóstico que este homem tenha (CANÁRIO et al, 2016).

A discussão é crescente sobre a qualidade de vida, em especial dos pacientes com doenças crônicas, como o câncer, tornando cada vez mais importante o estudo dessa temática (MIRANDA; LANNA; FELIPPE, 2015).

Estudos sobre qualidade de vida vem despertando o interesse dos profissionais de saúde motivados, sobretudo, pelo aumento da sobrevida desses pacientes proporcionada pelas terapias utilizadas atualmente. Além de favorecer a reflexão sobre a importância de uma maior atenção à saúde do homem, a formulação de ações rastreamento precoce para este tipo de câncer, especialmente nas regiões onde esta doença constitui-se um importante problema de saúde pública e ferramentas que possam aumentar a qualidade de vida desse público.

O paciente oncológico passa por completa mudança em sua vida familiar, social, portanto, necessita de uma assistência humanizada capaz de vê-lo como pessoa que sofre, mas que não perdeu sua essência e que deve ter sua qualidade de vida. A assistência de enfermagem para o indivíduo com câncer deve ser vista como cuidado integral, encorajador, afetuoso e comprometido em auxiliar na adaptação às novas condições de vida (KAWAG-SINGER; PADILLA; ASHING-GIWA, 2010).

Os profissionais de saúde poderão encontrar subsídios para compreender o câncer de próstata e a qualidade de vida dos homens com esse diagnóstico, objetivando uma melhor assistência.

O interesse por essa pesquisa surgiu, também, a partir da prática como enfermeira em um hospital especializado em oncologia e da convivência com pacientes oncológicos desde o diagnóstico até o tratamento, sendo observado um grande número de casos de câncer de próstata e o quanto interfere no dia a dia dos homens.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar fatores associados a qualidade de vida dos homens com câncer de próstata.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar aspectos socioeconômicos, demográficos, estilo de vida e clínico de homens com câncer de próstata.

Identificar a qualidade de vida desses homens.

Verificar associações entre as variáveis estudadas e a qualidade de vida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O Câncer de Próstata

Denomina-se câncer o conjunto de mais de 100 patologias, caracterizadas pelo crescimento celular desordenado que atingem tecidos e órgãos. Nesta doença degenerativa, esse crescimento anormal de células origina o tumor, que pode ser benigno ou maligno. No tumor maligno há a possibilidade de migração de células alteradas para outras áreas do corpo (metástase). O tumor benigno geralmente não traz riscos para o organismo, pois se limita ao tecido atingido, porém pode transformar-se em maligno (INCA, 2017).

Os cânceres são importantes desafios a serem superados, considerando que desde 1980 no sexo masculino a mortalidade por câncer de pulmão, próstata e colorretal está aumentando no Brasil (CONCEIÇÃO, 2012; DAMIÃO et al, 2015).

A próstata é uma glândula que só o homem possui e que se localiza na parte baixa do abdômen. Ela é um órgão muito pequeno, tem a forma de maçã e se situa logo abaixo da bexiga e à frente do reto. A próstata envolve a porção inicial da uretra, tubo pelo qual a urina armazenada na bexiga é eliminada. A próstata produz parte do sêmen, líquido espesso que contém os espermatozoides, liberado durante o ato sexual (SBU, 2016; INCA, 2017)

Cada célula do organismo apresenta uma característica de crescimento e renovação, assim como os tumores. No câncer de próstata, na maioria dos casos, o tumor apresenta um crescimento lento, de longo tempo de duplicação, levando cerca de cinco anos para dobrar de tamanho (INCA, 2017).

O câncer de próstata é uma doença multifocal, com ampla variedade clínica entre os pacientes, e com genomas distintos. Atualmente, uma única mutação não é suficiente para prever o prognóstico, sendo necessário identificar se um ou mais nódulos tumorais são responsáveis por natureza agressiva ou metástase (BELTRAN; DEMICHELIS, 2015).

O envelhecimento é um fator de risco bem estabelecido para a predisposição do desenvolvimento de câncer de próstata, uma vez que aproximadamente 62% dos casos mundiais envolve os homens com idade superior a 65 anos (BRASIL, 2015).

Comportamentos vistos no universo masculino, também são apontados como fatores favoráveis para o aparecimento do câncer de próstata como: o consumo do tabaco, a ingestão de álcool e o sedentarismo, Alimentos ricos em gordura saturada, incluindo a gordura animal, dietas pobres em fibra, pouca exposição ao sol com consequente déficit de vitamina D chamados também de fatores comportamentais (BELTRAN; DEMICHELIS, 2015).

Estudos mostram que homens negros são mais afetados por câncer de próstata e são 1,6 vezes mais propensos a serem diagnosticados com a doença do que homens da raça branca (LEITZMANN; ROHRMANN, 2012).

Os estadunidenses, jamaicanos e caribenhos com ascendência africana apresentam as mais altas taxas de incidência do câncer de próstata do mundo, o que pode ser atribuído, em parte, à hereditariedade (cerca de 5% a 10%). Apesar disso, é possível que essa diferença entre negros e brancos se dê também em razão do estilo de vida, fatores dietéticos ou por diferenças no acesso ao diagnóstico da doença (INCA, 2017).

A história familiar é dita como fator de risco, pois se um parente de primeiro grau tem a doença, o risco é, no mínimo, duas vezes maior do indivíduo ter câncer de próstata. Se dois ou mais indivíduos da mesma família são afetados, o risco aumenta em cinco a 11 vezes. Porém, a hereditariedade não parece ser fator prognóstico importante ou influenciar negativamente a mortalidade relacionada ao câncer de próstata (SWAMINATHAN; AUDISIO, 2012; SBU, 2016).

Comportamentos vistos no universo masculino, também são apontados como fatores favoráveis para o aparecimento do câncer de próstata como: o consumo do tabaco, a ingestão de álcool, o sedentarismo, dieta rica em gordura saturada, incluindo a gordura animal, pobres em fibra, pouca exposição ao sol com consequente déficit de vitamina D, chamados de fatores comportamentais (BELTRAN; DEMICHELIS, 2015).

No câncer de próstata, com o tempo, o tumor se desenvolve, tornando-se suficientemente grande, avançando sobre a bexiga, causando obstrução urinária, o que leva a manifestação de sinais e sintomas tais como dificuldade e aumento da frequência urinária, retenção urinária e diminuição da força do jato urinário. O sangue ou sêmen também pode aparecer na urina e ejaculação pode ser dolorosa. Sintomas avançados incluem dor óssea, insuficiência renal, hematúria, fraturas ósseas

patológicas, esgotamento físico e perda de peso (GOMES, IZIDORO; MATA, 2015; INCA, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2011), a detecção precoce é composto por duas estratégias: uma para a pessoa que apresenta sinais e sintomas iniciais da doença através da avaliação e acompanhamento individual e sistemático (diagnóstico/detecção precoce), e outro focado em pessoas que são aparentemente saudáveis (rastreamento) geralmente por iniciativas governamentais, ambos têm o objeto em comum da diminuição da mortalidade e melhoria da qualidade de vida dos pacientes com a câncer de próstata (BRASIL, 2015; DAMIÃO et al, 2015).

O rastreio do câncer de próstata é assunto muito controverso, alvo de intensos debates com opiniões conflitantes, principalmente em relação ao excessivo aumento diagnóstico e terapêutico, sem que haja um impacto na sobrevida de câncer específica. A Sociedade Europeia de Urologia (EAU) recomenda a detecção precoce baseada numa estratégia risco-orientada de forma individualizada, devendo ser oferecida para homens bem informados com boa performance-status e expectativa de vida de no mínimo 10-15 anos (MOTTET; BELLMUNT; BRIERS, 2015).

Este estudo, não pretende discutir qual linha de diagnóstico é ou não a mais adequada, por este motivo, detém-se a apenas citá-los a nível informativo.

Diagnosticar a doença em fase inicial possibilita que o tratamento tenha êxito em 9 entre 10 casos. Isso aliado a uma terapia individualizada com ênfase em redução de sequelas e complicações com o máximo de resultados, buscando qualidade de vida (SBU, 2016).

Um dos meios utilizados para investigação e diagnóstico do câncer de próstata é o exame de antígeno prostático específico (PSA), que deverá ser oferecido para homens com elevado risco de desenvolver o câncer de próstata, que inclui ter mais de 50 anos de idade, ou 45 anos com uma história familiar de câncer de próstata, ou ser afrodescendente (SBU, 2016).

No entanto, outros fatores também podem aumentar os níveis de PSA na ausência do câncer de próstata, tais como, a ejaculação, traumatismo (por exemplo, retal, a colocação do cateter transuretral), a inflamação e a infecção (prostatite aguda), assim como a hiperplasia prostática benigna. Pode haver significativa variação interindividual. Assim, pelo menos, duas medições devem ser efetuadas, pelo menos, com 3 semanas de intervalo entre elas. Uma das limitações do teste de PSA é que sua alta sensibilidade e baixa especificidade pode levar a falsos positivos, então o

toque retal deve também ser realizado (CASTILLEJOS-MOLINA; GABILONDO-NAVARRO, 2016).

O toque retal, apesar de desconfortável e constrangedor, ainda constitui uma importante ferramenta no diagnóstico e avaliação do estadiamento do câncer de próstata, já que cerca de 80% dos tumores encontram-se na zona periférica da glândula prostática (SBU, 2016).

Exames de imagem como ultrassonografia pélvica, ressonância magnética, cintilografia óssea, também são apontados como ferramentas para investigação do câncer de próstata (INCA, 2017).

O diagnóstico definitivo é feito através da ultrassonografia transretal com biópsia prostática por agulha, com estudo histopatológico. Este exame é indicado em qualquer situação de alterações isoladas ou conjuntas de PSA, toque retal e imagem (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2011; SBU, 2016).

O câncer de próstata é uma doença de desenvolvimento lento, e de acordo com a idade no momento do diagnóstico, o melhor tratamento é o conservador, pois o homem pode conviver muitos anos com a doença sem que interfira na sua qualidade de vida e vir a morrer de outras causas, como a diabetes, doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral, entre outras comuns na população idosa. Portanto, uma avaliação individualizada é necessária para determinar quais as modalidades terapêuticas são as mais adequadas em cada caso (GOMES, IZIDORO; MATA, 2015; INCA, 2017).

O tratamento para a doença localizada é o monitoramento contínuo. Há evidência que casos de câncer de próstata com de baixo risco e alguns com risco intermediário com baixo volume de tumor pode ficar sendo apenas monitorado (SBU, 2016).

O objetivo é detectar tumores mais agressivos, pois apenas cerca de 30% dos tumores são mais agressivos e requerem outras modalidades de tratamento, tais como cirurgias, radiação, hormonioterapia e quimioterapia. Se ocorrer progressão, as decisões de intervenções são tomadas em conjunto com o paciente. Os pacientes que, provavelmente, mais se beneficiam com o monitoramento são aqueles com baixo risco ou tumores indolentes e aqueles que apresentam outras comorbidades com uma sobrevida inferior a 10 anos (CASTILLEJOS-MOLINA; GABILONDO-NAVARRO, 2016).

Em geral, o tratamento do câncer de próstata é realizado conforme o estadiamento clínico, que vai indicar se a doença está localizada, localmente avançada ou alcançou um quadro metastático (espalhou-se para outros órgãos), bem como indicar a expectativa de vida do paciente (LIMA; CÂMARA; FONSECA, 2014).

O objetivo do tratamento quimioterápico no câncer de próstata é erradicar células malignas, procurando minimizar ao máximo os danos às células e tecidos vizinhos saudáveis. A prostatectomia radical é a cirurgia mais comumente realizada, tem a finalidade de remover todo o tecido prostático, as vesículas seminais e os tecidos adjacentes (DAMIÃO et al, 2015).

A radioterapia externa (cobalto ou acelerador linear) e a interna (braquiterapia) sendo esta a mais comumente utilizada no câncer de próstata, tem o objetivo de destruir o tumor sem eliminar o tecido prostático. A disfunção erétil (40-80%), a incontinência urinária (5-20%), irritação do reto, estreitamento da uretra são alguns dos efeitos colaterais destas terapias (FAYER et al, 2016).

Os impactos significativos descritos acima explicam por que outros tratamentos mais conservadores estão recebendo aceitação crescente. O National Comprehensive Cancer Network (NCCN) recomenda uma avaliação geriátrica em todos os pacientes acima de 65 anos com doença oncológica para escolher a terapêutica com o menor impacto físico e, assim, melhor qualidade de vida para o paciente (NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK, 2015).

Há também o tratamento hormonal, chamado de hormonioterapia. Na última década, numerosos estudos demonstraram que o bloqueio do hormônio, acoplado com qualquer uma das demais terapias, podem aumentar significativamente a taxa de sobrevivência global e diminuir a progressão da doença, embora não seja um tratamento curativo (NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK, 2015; QUIJADA et al, 2017).

O estadiamento descreve aspectos do câncer, como localização, se houve disseminação, e se está afetando as funções de outros órgãos do corpo. Conhecer o estágio do tumor ajuda na definição do tipo de tratamento e a prever o prognóstico do paciente. Estes estão diretamente relacionados a taxa de sobrevida do indivíduo com câncer (ZACCHI et al, 2014).

A taxa de sobrevida é utilizada como uma forma padrão para discutir o prognóstico de um paciente. Entende-se que a taxa de sobrevida de 5 anos refere-se à porcentagem de pacientes que vivem pelo menos 5 anos após o diagnóstico da

doença. Entretanto, melhorias recentes nas técnicas de tratamento podem resultar em um prognóstico mais favorável para os pacientes que estão sendo agora diagnosticados com câncer de próstata (FAYER et al, 2016).

De acordo com os dados mais recentes do INCA (2017), incluindo todos os estágios do câncer de próstata, têm-se como taxa de sobrevida relativa em 5 anos o valor de aproximadamente 100%, taxa de sobrevida relativa em 10 anos é de 99%, taxa de sobrevida relativa em 15 anos é de 94%.

As taxas de sobrevida são muitas vezes baseadas em resultados anteriores de um grande número de pessoas que tiveram a doença, mas não se pode prever o que vai acontecer no caso específico de um paciente (BRASIL, 2015).

Muitos outros fatores também podem afetar o prognóstico de um paciente, como idade e estado de saúde geral do paciente, tratamento recebido e resposta da doença ao tratamento. Mesmo levando esses outros fatores em conta, as taxas de sobrevida são estimativas aproximadas (INCA, 2017).

O estudo Concord-2, em 2014, avaliou mais de 23,3 milhões de pessoas em 67 países, apresentou dados que demonstrou para o câncer de próstata, uma taxa de sobrevida no Brasil chegando a 96%, mais que o dobro se comparado à taxa no mundo, que é de 40%. A pesquisa atribui o resultado brasileiro à expansão do acesso da população aos serviços de saúde, como exames de detecção e tratamentos (INCA, 2017).

Segundo o INCA, mudanças no estilo de vida incluindo uma dieta rica em frutas, legumes, feijões, cereais integrais, antioxidantes e ômega 3 e 6 ácidos graxos e pobre em gordura, principalmente animal, e realização de exercícios físicos ajudam a reduzir o risco de desenvolvimento do câncer de próstata (CASTILLEJOS-MOLINA; GABILONDO-NAVARRO, 2016; INCA, 2017).

Algumas pesquisas relacionaram alguns medicamentos como preventivos do câncer de próstata, porém até o momento, não existem evidências convincentes que afirmem que apenas medicamentos reduzam a sua incidência. O consumo de alimentos como a soja, licopeno, chá verde e consumo de estatina são dados como alimentos protetores para o desenvolvimento desse tipo de câncer (FAYER et al, 2016; DAMIÃO et al, 2015).

A realização de consultas médicas e exames regulares também configura uma medida de prevenção do câncer de próstata (BRASIL, 2015).

No Brasil, são recomendados o toque retal anual e o monitoramento dos níveis de PSA em homens com mais de 45 anos de idade, com casos de doença na família, ou que são negros, e a partir da idade de 50 para os que não atendem a essas características (PAIVA, MOTTA; GRIEP, 2011; SBU, 2016).

3.2 Atenção Integral à Saúde do Homem

No Brasil, as principais causas de óbito entre os homens são as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, câncer, sendo os principais os de estômago, pulmão e próstata, e as causas externas, que incluem suicídio, homicídio e acidentes de trânsito (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012).

Segundo o IBGE (2011), no ano de 2010 a população masculina era de 93 milhões. A situação de saúde dos homens chama atenção, considerando o alto índice de morbimortalidade relacionado à população masculina, os coeficientes de mortalidade dessa população são significativamente maiores comparados aos coeficientes de mortalidade femininos (BRASIL, 2009).

Ressalta-se que cerca de 80% das internações no Sistema Único de Saúde (SUS) são em consequência de causas externas, destacando a faixa etária dos 20 aos 29 anos, sendo as vítimas de acidentes automobilísticos as que somam o maior número de atendimentos (FERREIRA et al, 2016).

Estudos apontam dificuldade dos homens em procurar serviços de saúde, relacionando o aspecto da socialização masculina alicerçada pelo patriarcalismo e pelo machismo, que acabam por interferir de maneira negativa no processo de cuidado, acarretando problemas como a negligência do cuidado de si, a desresponsabilização com o processo de saúde e a violência de gênero, entre outros (ALBUQUERQUE et al, 2014; BERTOLINI; SIMONETTI, 2014).

Em 27 de agosto de 2009, de acordo com a Portaria MS/GM Nº 1.944 foi instituída, no Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Com base nessa política as unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), deveriam criar planejamentos e ações de promoção, prevenção e recuperação à saúde do homem, garantindo profissionais preparados para atender as necessidades dos homens e para que eles se sentissem bem acolhidos (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem o objetivo de contribuir significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, possibilitando o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária (CAMARGO; CHIRELLI, 2017).

A articulação das ações governamentais com as ações da sociedade civil organizada, deve possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas focando sempre na melhora da qualidade de vida do homem (BRASIL, 2009; ROCHA et al; 2016).

Pesquisa nacional realizada pelo IBGE em 2008, apontou que 20,8% dos homens com idade entre 20 a 64 anos referiram não ter realizado nenhuma consulta médica nos doze meses antecedentes a pesquisa. Os homens relataram um número de consultas médicas nos últimos 12 meses correspondente a 1,8. Sendo que as principais razões de busca por atendimento médico dessa população foram os acidentes e as violências (8,9%), é evidente a baixa procura por assistência médica, principalmente preventiva (IBGE, 2011).

Fazendo uma comparação entre os gêneros, os homens têm mais fatores comportamentais de risco (excesso de peso, tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, baixo consumo de frutas, legumes e verduras, consumo de carnes com excesso de gorduras, consumo de refrigerantes, não uso de proteção contra radiação ultravioleta) do que as mulheres (atividade física insuficiente, baixo consumo de feijão), o que determinará maior morbidade por doenças crônicas e, consequente, mortalidade, caso não morra precocemente (BRASIL, 2009; CÂMARA *et al*, 2012).

Duarte, Oliveira e Souza (2012) destacam outros agravantes à procura dos homens aos serviços de saúde, principalmente na atenção primária a saúde: horários de funcionamento das instituições de saúde, que acabam sendo o mesmo do período de trabalho, e com o ambiente médico, como hospitais ou clínicas, que não são locais em que os homens tendem a sentir-se à vontade

Os homens consideram os serviços de atenção primária como ambientes feminilizados, destinados a mulheres, idosos e crianças. Assim os homens não reconhecem os serviços de saúde como espaços masculinos e os serviços de saúde

não reconhecem os homens como sujeitos de cuidados (BERTOLINI; SIMONETTI, 2014).

Dados epidemiológicos comprovam que os homens são mais vulneráveis às doenças, principalmente as enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Somado a maior vulnerabilidade e as altas taxas de morbimortalidade, está o fato de os homens, efetivamente, procurarem menos que as mulheres os serviços de atenção básica, o que interfere diretamente em suas possibilidades de sobrevida, quando acometidos por agravos clínicos (SCUSSEL; MACHADO, 2017).

Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento de rejeição a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso (DAMIÃO et al, 2015).

A resistência masculina à atenção à saúde aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (MIRANDA; LANNA; FELIPPE, 2015).

Na construção da identidade de ser homem com enfoque nos cuidados à saúde, muitos reprimem suas necessidades e se recusam a admitir a dor e o sofrimento, negando vulnerabilidades e fraquezas que são constituintes de todo ser humano. Assim, criar espaços para a promoção da saúde do homem, prevenção aos fatores de risco e adesão ao tratamento, tendo presente os aspectos culturais, são importantes para inserir o homem no processo de cura e superação do câncer de próstata (PINTO et al, 2014).

3.3 Qualidade de vida relacionada à saúde e o papel da enfermagem

A expressão qualidade de vida foi referida na literatura pela primeira vez, em um livro publicado por Pigou, em 1920, intitulado “*Economics Welfare*”, que tecia discussões acerca do apoio governamental às pessoas de baixa condição socioeconômica e o impacto sobre suas vidas, condições de trabalho e das suas consequências no bem-estar dos trabalhadores (WOOD-DAUPHINEE, 1999 apud ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Entretanto, foi em 1960 em um "Relatório da Comissão Presidencial sobre os Objetivos Nacionais dos EUA", no qual o presidente Johnson, defendia que o interesse deveria ser assegurar estruturas sociais que garantissem a cada pessoa a felicidade individual. O importante não era a quantidade de bens, mas sim a qualidade de vida (WOOD-DAUPHINEE, 1999 apud SILVA; HANSEL; DA SILVA, 2016).

Qualidade de vida segundo a organização mundial da saúde é: o entendimento do ser humano sobre sua posição na vida, tanto diante de sua cultura e sistema de valores onde vive quanto em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994).

A definição no uso coloquial, exhibe-se tanto de forma global, realçando a satisfação geral com a vida, bem como focalizando elementos peculiares associados a conceitos básicos. Dependendo do sentido a ser analisado, o conceito pode ser estendido como sinônimo de saúde, satisfação pessoal, felicidade, condições e estilo de vida. Tais indicadores vão desde a renda até a satisfação com determinados aspectos da vida (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Esse conceito engloba a qualidade de vida em todos os seus aspectos. No indivíduo com câncer, no entanto, a cura ou controle da doença podem não ser acompanhados pela restauração da saúde. Por isso, o “termo” qualidade de vida relacionada à saúde, de sobreviventes de neoplasias tem surgido para levar em conta a complexidade de fatores que afetam a saúde desses indivíduos (SANTOS; SAWADA; SANTOS, 2011).

A avaliação da qualidade de vida em situações de saúde é denominada Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. Esta é usada para identificar o estado de saúde percebido e tem como objetivo principal verificar o quanto a doença ou o estado crônico, além dos sintomas, passam a interferir na vida diária do indivíduo. É feita através de domínios psicológicos, sociais e físicos, sendo que uma alteração em um destes altera a qualidade de vida relacionado à saúde como um todo (ANDRADE, 2015).

Pode-se dizer que a qualidade de vida não só influencia, mas também é influenciada pelo status e condição geral de saúde de cada um, podendo ser considerada, deste modo, como uma relação de causa e efeito (SILVA; HANSEL; DA SILVA, 2016).

Independentemente do conceito utilizado, de modo geral, o paciente oncológico sofre uma deterioração progressiva, limitações funcionais, físicas e

psicológicas que aumentam com o tempo e conduzem a uma dependência dos familiares, dos cuidadores e da equipe de saúde hospitalar, afetando a qualidade de vida do portador de câncer e de seus familiares (GOMES; DA SILVA, 2017).

A oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos (BATALHA; FERNANDES; CAMPOS, 2015).

Fenômeno de complexidade diversa e destacados impactos de ordem social e econômica em nível populacional, o câncer traz mudanças físicas e psicológicas nos indivíduos de diferentes faixas etárias, pode trazer longos períodos de morbidade e resultar em impacto ainda mais comprometedor na autonomia, independência funcional e qualidade de vida (DE OLIVEIRA; ARAUJO; ZAGO, 2016).

A exemplo do que ocorre em contexto das doenças crônicas em geral, no câncer é demandada, aos profissionais de saúde, oferta de suporte competente, de qualidade técnica e adequada nos diferentes níveis de atenção (SILVA; HANSEL; DA SILVA, 2016).

No câncer de próstata em estudos internacionais tem utilizados de instrumentos para avaliar a qualidade de vida, depressão, fadiga e sono e, dentre os instrumentos utilizados existem: o Inventário de Depressão de Beck; Escala de Fadiga de Piper; Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR); *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* “Core” 30 itens. (EORTC-QLQ-C30); SF-36, Índice de severidade de insônia (ISI); Centro de estudos epidemiológicos escala de depressão (CES-D); Escala de Impacto de Eventos (IES). Os instrumentos que traduzidos e validados para o português são: Inventário de Depressão de Beck; Escala de Fadiga de Piper; Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR) e *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* “Core” 30 itens (EORTC-QLQ-C30) (SCHROETER, 2011).

Em geral, o itinerário terapêutico desses pacientes muda na busca pelo equilíbrio do corpo e da alma e a continuidade da vida com o maior grau de qualidade possível. Consequentemente, o enfermeiro deve reconhecer sua situação de fragilidade e insegurança, utilizando-se do conhecimento técnico-científico de forma reflexiva, propiciando um cuidado efetivo e humanizado (RIBEIRO et al, 2016).

Nogueira e Neves (2013) afirma que a enfermagem é uma profissão de destaque e um dos principais componentes dos recursos humanos, sendo de suma importância para os serviços e cuidados com a saúde apesar de não ser valorizado consideravelmente conforme sua significância.

Oliveira, Silvestre e Silva (2016) enfatizam que o diferencial dos profissionais de enfermagem está no cuidado desenvolvido, pois prestam assistência de forma integral e conforme a demanda individual, assistindo o paciente de forma holística atendendo suas expectativas e ansiedades e não apenas com foco direto na cura da doença. A visão ampla da enfermagem se dá em favor de sua formação, a qual oferece os subsídios teóricos e práticos permitindo que se destaque frente aos demais.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho da pesquisa

Trata-se de um estudo transversal analítico com abordagem quantitativa, realizado a partir de dados primários.

A pesquisa quantitativa se dar pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, aplicando-se técnicas estatísticas, visando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança e a pesquisa qualitativa, reproduz a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos vividos por cada pessoa individualmente e em grupos, possibilita o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital do Câncer Aldenora Bello (HCAB), localizado em São Luís do Maranhão, atualmente o único Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do estado do Maranhão.

O CACON é um centro hospitalar público ou filantrópico que se caracteriza por dispor de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral ao paciente com câncer, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento. O hospital atende várias especialidades, tratamentos (quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, medicina nuclear) e internação.

4.3 População e amostra da pesquisa

A população da pesquisa foi composta por homens com diagnóstico de câncer de próstata há mais de seis meses, com idade igual ou superior a 18 anos, que estiveram hospitalizados ou em atendimento ambulatorial no Hospital do Câncer Aldenora Bello e com condições para comunicar-se com o pesquisador.

Os critérios de exclusão eleitos foram o não comparecimento nas entrevistas agendadas, estando previsto três convocações, na ausência de todas, ele

foi classificado como desistente, e também a impossibilidade de comunicar-se com o entrevistador.

Para o cálculo amostral, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N – população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

Para este estudo, verificou-se no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da pesquisa o quantitativo de homens diagnosticados com câncer de próstata anualmente, encontrando-se uma população estimada de 302. Logo, considerando-se a variável Z de 1,96 assumindo-se uma população homogênea de 80/20, o valor de p adotado foi de 0,80 e o erro amostral estimado em 4%, encontrou-se um n de 170(SANTOS, 2016).

A amostra alcançada foi de 226 homens, superando o n mínimo indicado no cálculo amostral.

4.4 Coleta de dados

Previamente verificou-se as agendas de atendimento para verificação do dia e horário de atendimento dos homens com câncer de próstata, então, nos dias das consultas os pacientes foram abordados de forma aleatória durante espera no ambulatório, onde foram convidados a participar da pesquisa e encaminhados para uma sala reservada para assinatura do TCLE e aplicação dos questionários. O período da coleta de dados foi de janeiro a julho de 2017.

Para coleta de dados utilizou-se questionário com perguntas objetivas (Apêndice A) e um questionário de avaliação da qualidade de vida (Anexo A) para obtenção das informações necessárias para alcance dos objetivos propostos.

O questionário sobre qualidade de vida European Organization for Research of Cancer Quality of Life Questionnaire“Core” 30 (EORTC QLQ-C30), versão 3.0, foi criado pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer

(EORTC) em 1986 e, então, denominado de QLQ-C30, sendo disponibilizado em três versões (SCHROETER, 2011).

A primeira versão, contendo 36 questões, é de 1987; a segunda é de 1993, e a terceira, contendo 30 questões, é de 2000. O EORTC QLQ-C30 é um questionário construído para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer (SCHROETER, 2011).

Ele foi traduzido e validado em 81 idiomas. Em português a versão 3.0 foi validada no ano 2000. É composto por 30 itens, cujo objetivo é mensurar a multidimensionalidade da qualidade de vida. Inclui cinco domínios, sendo estes: função física, função cognitiva, função emocional, função social e desempenho de papéis, possuindo ainda três escalas: fadiga, dor, náusea e vômitos, e uma escala de qualidade de vida e saúde global (SCHROETER, 2011).

Apresenta ainda seis outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer, tais como: dispneia, falta de apetite e anorexia, insônia, constipação e diarreia; e, por último, a escala de avaliação do impacto financeiro no tratamento e da doença;

4.4.1 Variáveis do estudo

4.4.1.1 Questionário socioeconômico, demográfico e de saúde

Composto por 24 questões objetivas que diziam respeito as características socioeconômicas demográficas: idade, raça/etnia autodeclarada, situação trabalhista, renda mensal, escolaridade, procedência, crença/religião, estado civil, filhos, cuidador, coabitantes, auxílio financeiro, alteração na rotina familiar.

Também foram vistas características comportamentais e clínicas: consumo de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco, prática de atividade física, histórico de câncer na família, idade do diagnóstico do câncer, início e tratamento realizado, acompanhante em consultas e, procura por cuidado médico.

4.4.1.2 Questionário EORTC QLQ C30

Esse questionário é composto por 30 itens, dividido em três subescalas: Escala de Saúde Global, que aborda aspectos da saúde e qualidade de vida gerais

(questões 29 e 30); Escala Funcional, que aborda os domínios físico, emocional, cognitivo, funcional e social (questões 1 a 7 e 20 a 27); e Escala de Sintomas, que diz respeito a fadiga, dor, insônia, enjoo e outros sintomas (questões 8 a 19 e 28).

Os escores são calculados separadamente para cada escala, todos variam de 0 a 100. Nas escalas de saúde global e funcional, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. Já na escala de sintomas, quanto maior a pontuação, maior a quantidade de sintomas, e pior é a qualidade de vida. Para o cálculo de cada escala é feita a média de pontuação para cada uma delas. Para cada escala utilizou-se a fórmula padrão determinada pelo manual.

O questionário sobre qualidade de vida European Organization for Research of Cancer Quality of Life Questionnaire“Core” 30 (EORTC QLQ-C30), versão 3.0, foi criado pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC) em 1986 e, então, denominado de QLQ-C30, sendo disponibilizado em três versões. Ele foi traduzido e validado em 81 idiomas. Em português a versão 3.0 foi validada no ano 2000. É composto por 30 itens, cujo objetivo é mensurar a multidimensionalidade da qualidade de vida (SCHROETER, 2011).

4.5 Análise de dados

Utilizou-se o Manual dos Escores da EORTC para calcular os escores dos domínios dos questionários. Todas as médias dos escores foram transformadas linearmente em uma escala de zero a cem pontos, conforme descrito no manual, em que zero representa o pior estado de saúde e cem, o melhor estado de saúde com exceção das escalas de sintomas, nas quais o maior escore representa mais sintomas, e a pior, Qualidade de Vida. Desse modo, se o escore apresentado na escala funcional fosse alto, significava um nível funcional saudável, enquanto que um escore alto na escala de sintomas representava um nível alto de sintomatologia e efeitos colaterais.

Todos os dados foram transcritos para o programa Excel e expostos em tabelas e gráficos descritivos para melhor visualização dos mesmos. Para o cálculo estatístico, empregou-se o *software* estatístico Statistica 7.0, considerando um nível de significância de 0,05.

Comparações entre as médias de Medida de Saúde Global (QVG) em relação às variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde foram realizadas

através do teste ANOVA *one-way*, assumindo os pressupostos de normalidade dos dados (teste de Shapiro-Wilk) e homogeneidade de variância (análise de Levene). Quando os dados de QVG não atendiam a estes pressupostos, os mesmos eram transformados matematicamente para a aplicação da análise. Como pós-teste da ANOVA *one-way*, utilizou-se a análise de múltiplas comparações de Tukey. Para verificação de associações entre a QVG e as Escalas funcionais e de sintomas foi utilizada a Análise de Componentes Principais (PCA).

4.6 Aspectos Éticos

Esta pesquisa integra um projeto de pesquisa, intitulado “Homens e Mulheres com Câncer: Significados, Percepções e Implicações”, projeto do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA).

A O projeto foi apreciado pela Comissão Científica do Hospital do Câncer Aldenora Bello para consentimento. Posteriormente foi submetido na Plataforma Brasil para aprovação e aprovado pela Comissão de ética em Pesquisa (CEP) sob número 1.749.940.

O mesmo, atende aos princípios éticos da Resolução CNS/MS nº 466/2012, do Conselho Nacional de Pesquisa, que regulamenta a pesquisa científica em seres humanos, garantindo o caráter sigiloso das respostas bem como o anonimato do participante. Sendo iniciadas a entrevista e aplicação do questionário após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi aplicado de acordo com a resolução supracitada (Apêndice B).

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados se iniciará pela descrição das características socioeconômicas, demográficas, estilo de vida e clínica. Em seguida será visto a qualidade de vida a partir do EORTC-QLQ-C30. Por fim, serão expostos a correlação entre os resultados.

5.1 Caracterização dos homens

Na população estudada, no que se refere à distribuição segundo a faixa etária, 44,2% dos entrevistados concentrou-se na faixa etária entre 71-80 anos, caracterizou-se cor autodeclarada parda com 82,3%. Quanto a questão trabalhista 62,8% referiram ser aposentados, ressalta-se que dentre aposentados e não aposentados, a ocupação mais vista foi a de lavrador (31,9%).

A situação atual de renda mensal apresentada por 90,3% foi de até dois salários mínimos. 63,7% afirmaram ter apenas ensino fundamental incompleto, ou seja, menos de 8 anos de estudo, e 21,2% eram analfabetos. 73,5% eram casados e apontaram o catolicismo como religião. 51,3% tinham quatro ou mais filhos. 47,8% afirmaram coabitar com 3 a 4 pessoas.

Considerando-se como cuidador aquele que o acompanha e auxilia em casos de necessidades, foram apontadas neste estudo as esposas como principais cuidadoras, correspondendo a 46%. 73,5% afirmaram que não recebem nenhuma ajuda financeira, nem mesmo familiar. Para acompanhamento no tratamento, 24,8% revelaram que um familiar precisou se ausentar do trabalho.

Quanto ao perfil demográfico, 61,9% do total da população estudada era procedente do interior do estado (Tabela 1).

Tabela 1- Perfil socioeconômico demográfico dos homens com diagnóstico de câncer de próstata. São Luís-MA, 2017.

Variável		N	%
Idade (anos)	31 – 40	2	0,9
	41 – 50	4	1,8
	51 – 60	28	12,4
	61 – 70	80	35,4
	71 – 80	100	44,2
	81 – 90	12	5,3
Total		226	100,0
Raça	Branca	18	8,0
	Preta	20	8,8
	Amarela	2	0,9
	Parda	186	82,3
Total		226	100,0
Profissão	Aposentado	84	37,2
	Não aposentado	142	62,8
Total		226	100,0
Renda mensal	0 a 2 salários mínimos	204	90,3
	3 a 4 salários mínimos	20	8,8
	5 ou mais salários mínimos	2	0,9
Total		226	100,0
Escolaridade	Analfabeto	48	21,2
	Menos de 8 anos de estudo	144	63,7
	Mais de 8 anos de estudo	34	15,1
Total		226	100,0
Religião	Católica	166	73,5
	Evangélica	52	23
	Não tem religião	8	3,5
Total		226	100,0
Estado civil	Casado/união estável	182	80,5
	Solteiro	22	9,8
	Separado/divorciado	10	4,4
	Viúvo	12	5,3
Total		226	100,0
Quantidade de filhos vivos	Sim 1	12	5,3
	Sim 2 a 3	90	39,8
	Sim 4 ou mais	116	51,3
	Não	8	3,6
Total		226	100,0
Moram com o senhor	1 a 2	48	21,2
	3 a 4	108	47,8
	Mais de 5	70	31
Total		226	100,0
Cuidador	Filho (a)	96	42,5
	Esposa	104	46
	Parentes	22	9,7
	Mãe	2	0,9
	Outros	2	0,9
Total		226	100,0
Ajuda financeira de alguém	Familiar	48	21,2
	Amigos	12	5,3
	Não recebe ajuda	166	73,5
Total		226	100,0
Familiares necessitaram se ausentar no trabalho para cuidar do senhor	Sim	56	24,8
	Não	170	75,2
Total		226	100,0

Procedência	São Luís (cidade)	34	15
	Ilha de São Luís	48	21,2
	Interior do MA	140	62
	Outro	4	1,8
Total		226	100,0

* Salário mínimo vigente (2017): R\$ 937,00. Fonte: Coleta realizada em 2017/Elaborado pela autora

Quanto a hábitos comportamentais, no que diz respeito ao hábito de fumar, 66,3 % relataram ser ex-tabagistas. 85,9% afirmaram ser ex-etilistas. No que concerne a prática de atividade física regular, 76,1%0 informam que não tinham hábito de realizar nenhuma atividade física regular. 53,1% disseram procurar atendimento em saúde apenas quando apresentavam algum problema, e 16,8% afirmaram que procuravam assistência médica de maneira preventiva pelo menos uma vez ao ano (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição dos homens segundo estilo de vida. São Luís-MA, 2017.

Variável		N	%
Hábito de fumar	Fuma	30	13,3
	Nunca fumou	46	20,4
	Ex-fumante	150	66,3
	Total	226	100,0
Hábito de ingerir bebida alcoólica	Etilista	22	9,7
	Nunca bebeu	10	4,4
	Ex-etilista	194	85,9
	Total	226	100,0
Atividade física regular	Sim	54	23,9
	Não	172	76,1
Total		226	100,0
Hábito de procurar por cuidado de saúde/ida ao médico antes do diagnóstico	Para prevenção de problemas de saúde (pelo menos 1 vez ao ano)	38	16,8
	Somente quando apresentava algum problema	120	53,1
	Após não sanar o problema de saúde com automedicação	8	3,5
	Nunca procurava	60	26,6
	Total	226	100,0

Fonte: Coleta realizada em 2017/Elaborado pela autora

Dentre os participantes, 85,8% afirmam que não há casos de câncer na família, apenas 4,4 % disseram ter diagnóstico de câncer de próstata na família.

Do total, 41,6% receberam o diagnóstico de câncer de próstata com idade entre 61 e 70 anos. 30,1% estão em tratamento há 6 meses a 1 ano. Acerca do tipo de tratamento, 51,3% realizaram a cirurgia. Os filhos são apontados como os principais acompanhantes nas consultas correspondendo a 53,1%. 28,6 % convive com a doença há menos de 1 ano (Tabela 3).

Tabela 3- Perfil clínico dos homens com diagnóstico de câncer de próstata. São Luís-MA, 2017.

Variável		N	%
Câncer na família	Não	194	85,9
	Sim (de próstata)	10	4,4
	Sim (outro tipo de câncer)	22	9,7
	Total	226	100,0
Idade do diagnóstico (anos)	28	2	0,8
	31 a 40	0	0,0
	41 a 50	6	2,7
	51 a 60	54	23,9
	61 a 70	94	41,6
	71 a 80	64	28,3
	81 a 90	6	2,7
	Total	226	100,0
Início/tempo do tratamento	6 meses a 1 ano	68	30,1
	1 ano	46	20,4
	2 anos	26	11,5
	3 anos	26	11,5
	4 anos	22	9,7
	5 anos	8	3,5
	6 anos	14	6,2
	7 anos	14	6,2
	10 anos	2	0,9
	Total	226	100,0
Tratamento realizado	Cirurgia	116	51,3
	Radioterapia	4	1,8
	Quimioterapia	24	10,6
	Cirurgia + radioterapia	10	4,4
	Cirurgia + radioterapia + quimioterapia	38	16,8
	Quimioterapia + radioterapia	26	11,5
	Cirurgia + quimioterapia	8	3,6
	Total	226	100,0
Acompanhante em atendimentos ambulatoriais	Filho (a)	120	53,1
	Esposa	82	36,3
	Parentes	22	9,7
	Mãe	2	0,9
	Total	226	100,0
Convive com a doença	6 a 11 meses	64	28,3
	1 anos	38	16,8
	2 anos	28	12,4
	3 anos	30	13,3
	4 anos	24	10,6
	5 anos	8	3,5
	6 anos	10	4,4
	7 anos	14	6,2
	8 anos	6	2,7
	9 a 10 anos	4	1,8
	Total	226	100,0

Fonte: Coleta realizada em 2017/Elaborado pela autora

5.2 Qualidade de vida relacionada à saúde

Na avaliação da qualidade de vida através do EORTC-QLQ-C30, o estado geral de saúde e qualidade de vida global (QVG) obteve uma média de 73,53, o que demonstra que os homens apresentam uma qualidade de vida moderada para satisfatória, uma vez que, quanto mais se aproxima de 100, que é o escore máximo, melhor a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.

Na escala funcional, o domínio função social foi o que apresentou maior escore 69,17, ou seja, foi o domínio que apresentou melhor qualidade de vida, mas todos os demais domínios dessa escala mantiveram suas médias acima de 60, o domínio função emocional foi o que apresentou menor qualidade de vida com uma média de 60,1.

Na escala de sintomas, quanto maior a média pior é a qualidade de vida, sendo assim os domínios que apresentou pior qualidade de vida foram insônia e dor, com média de 39,09 e 39,82, respectivamente. O escore que apontou para uma melhor qualidade de vida dentre os sintomas foi de náuseas e vômitos com média de 6,19 e diarreia com 7,67, ou seja, mostrou pouca interferência na qualidade de vida desses homens.

O domínio dificuldade financeira foi apontado como impacto negativo na qualidade de vida, apresentando média de 68,44 (Tabela 4).

Tabela 4: Valores médios, mínimo e máximo dos escores obtidos para os domínios de Medida Global de Saúde, Escala funcional, Escala de Sintomas. São Luís-MA, 2017.

Domínio	Mínimo	Máximo	Média ± Desvio padrão
Medida Global de Saúde (QVG)	0	100	73,53 ± 20,71
Escalas funcionais	17,67	96,67	65,91 ± 17,91
Função física	13,33	100	64,03 ± 20,83
Desempenho de papéis	0	100	67,40 ± 31,69
Função emocional	0	100	60,10 ± 27,04
Função cognitiva	0	100	68,88 ± 25,58
Função social	0	100	69,17 ± 31,37
Escalas de Sintomas	0	62,96	25,97 ± 14,17
Fadiga	0	100	33,58 ± 27,25
Náusea e vômito	0	66,66	6,19 ± 12,99
Dor	0	100	39,09 ± 28,78
Dispneia	0	100	8,56 ± 18,21
Insônia	0	100	39,82 ± 39,97
Perda de apetite	0	100	18,29 ± 26,29
Constipação	0	100	12,09 ± 25,56
Diarreia	0	100	7,67 ± 19,88
Dificuldade financeira	0	100	68,44 ± 26,61

Fonte: Coleta realizada em 2017/Elaborado pela autora

5.3 Relação entre as variáveis socioeconômicas, demográficas e a qualidade de vida global

Foram realizados testes para avaliar separadamente a interferência de cada variável na qualidade de vida do homem com câncer de próstata. Onde: p = probabilidade do teste, e quando este for menor ou igual que 0,05 aponta diferença estatística, ou seja interferência na qualidade de vida, e quando o p for maior que 0,05 não há diferença estatisticamente significativa entre as médias de QVG para o grupo da variável em questão.

Conforme o valor de p encontrado na variável ocupação ($F_{(1, 224)} = 12,880$; $p = 0,00041$), foi detectada diferença estatisticamente significativa entre as médias de QVG. Considera-se que a média de QVG no grupo economicamente ativo (não aposentados) é estatisticamente superior à dos aposentados (Tabela 5).

A variável renda mensal também demonstrou interferência na qualidade de vida, consoante o valor de p encontrado ($F_{(2,223)} = 3,6124$; $p = 0,02858$), foi detectada diferença estatisticamente significativa entre as médias de QVG para esta variável. Segundo a análise de Tukey, foram encontradas diferenças entre as médias de QVG entre o grupo de renda entre 0 e 2 salários mínimos e 3 a 4 salários mínimos ($p = 0,019739$), com a média de QVG do grupo com renda de 0 a 2 salários mínimos apresentaram qualidade de vida inferior (Tabela 5).

Casados ou em união estável apresentaram qualidade de vida superior comparados aos divorciados, com o valor de p encontrado ($F_{(3, 222)} = 7,0119$; $p = 0,00016$) (Tabela 5).

Encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre as médias de QVG para o tipo de cuidador, com valor de p encontrado ($F_{(4,221)} = 4,6994$; $p = 0,00117$). Segundo a análise de Tukey, foram encontradas diferenças entre as médias de QVG entre o grupo que apresentava outros cuidadores em relação a todos os demais ($p < 0,05$), inferindo que aqueles que apresentavam um não familiar como cuidador apresentou uma QVG inferior aos que apresentavam um familiar como cuidador (Tabela 5).

A partir da análise do valor de p encontrado ($F_{(2, 223)} = 4,9535$; $p = 0,00785$), foi detectada diferença estatisticamente significativa entre as médias de QVG para a ajuda financeira. Segundo a análise de Tukey, foram encontradas diferenças entre as médias de QVG entre o grupo que recebe ajuda de familiares e o que não recebe

ajuda ($p = 0,005284$), com a média de QVG do grupo que recebe ajuda de familiares inferior ao dos que não recebem (Tabela 5).

Fundamentando-se no valor de p encontrado ($F_{(3,222)} = 3,5072$; $p = 0,01616$), foi detectada diferença estatisticamente significativa entre as médias de QVG para a procedência. Segundo a análise de Tukey, foram encontradas diferenças entre as médias de QVG entre o grupo de São Luís (cidade) e Interior do Maranhão ($p = 0,023663$), com a média de QVG do grupo de São Luís estatisticamente superior. Ainda de acordo com Tukey, não foram encontradas diferenças significativas nas médias de QVG entre os demais grupos de procedência (Tabela 5).

Tabela 5: Média dos escores QVG para as variáveis socioeconômicas dos pacientes com diagnóstico de câncer de próstata.

	Variável	Média	DP	p-valor
Idade (anos)	31 – 40	100,0	0,00	0,60237
	41 – 50	95,83	4,81	
	51 – 60	76,19	24,8	
	61 – 70	74,99	23,3	
	71 – 80	71,17	16,3	
	81 – 90	65,28	21,6	
Raça	Branca	67,59	18,3	0,35783
	Preta	84,17	12,4	
	Amarela	66,67	0,00	
	Parda	73,03	21,4	
Profissão	Aposentado	67,26	19,05	0,00041
	Não aposentado	77,23	20,82	
Renda mensal	0 a 2 salários mínimos	71,73	20,60	0,02858
	3 a 4 salários mínimos	92,50	11,11	
	5 ou mais salários mínimos	66,67	0,00	
Escolaridade	Analfabeto	71,53	14,57	0,14516
	Menos de 8 anos de estudo	71,99	21,92	
	Mais de 8 anos de estudo	82,84	20,81	
Religião	Católica	72,76	25,73	0,14545
	Evangélica	52,08	18,23	
	Não tem religião	72,76	25,73	
Estado civil	Casado/união estável	76,19	18,61	0,00016
	Solteiro	67,42	24,52	
	Separado/divorciado	51,67	31,62	
	Viúvo	62,50	18,63	
Quantidade de filhos vivos	Sim 1	77,78	31,25	0,15040
	Sim 2 a 3	74,44	22,99	
	Sim 4 ou mais	72,41	16,32	
	Não	72,92	32,96	
Moram com o senhor	1 a 2	76,04	24,95	0,25641
	3 a 4	76,23	17,31	
	Mais de 5	67,62	21,40	
Cuidador	Filho (a)	72,05	16,53	0,00117
	Esposa	77,08	20,57	
	Parentes	65,91	27,81	
	Mãe	100,00	0,00	

	Outros	16,67	0,00	
Ajuda financeira de alguém	Familiar	65,63	24,10	0,00785
	Amigos	70,83	17,23	
	Não recebe ajuda	78,55	15,91	
Familiares necessitaram se ausentar no trabalho	Sim	72,02	21,81	0,53275
	Não	74,02	20,37	
Procedência	São Luís (cidade)	82,35	23,73	0,01616
	Ilha de São Luís	75,00	16,84	
	Interior do MA	71,31	20,76	
	Outro	58,33	9,62	

Fonte: Coleta realizada em 2017/Cálculo realizado a partir da ANOVA/ Elaborado pela autora

5.4 Relação entre as variáveis estilo de vida e a qualidade de vida global

Foram realizados testes para avaliar separadamente a interferência de cada variável na qualidade de vida do homem com câncer de próstata. Onde: p = probabilidade do teste, e quando este for menor ou igual que 0,05 aponta diferença estatística, ou seja interferência na qualidade de vida, e quando o p for maior que 0,05 não há diferença estatisticamente significativa entre as médias de QVG para o grupo da variável em questão.

Dentre as variáveis deste aspecto, conforme o valor de p encontrado ($F_{(1,224)} = 15,928$; $p = 0,00009$), foi detectada diferença estatisticamente significativa apenas entre as médias de QVG para a prática de atividade física regular, sendo a maior média de qualidade de vida nos praticantes (Tabela 6).

Tabela 6: Média dos escores da QVG para as variáveis estilo de vida dos pacientes com diagnóstico de câncer de próstata.

	Variável	Média	DP	p-valor
Hábito de fumar	Fuma	74,44	17,36	0,18286
	Nunca fumou	78,26	21,19	
	Ex-fumante	71,89	21,05	
Hábito de ingerir bebida alcoólica	Etilista	77,27	17,09	0,57701
	Nunca bebeu	76,67	17,92	
	Ex-etilista	72,94	21,23	
Atividade física regular	Sim	83,02	20,41	0,00009
	Não	70,54	19,94	
Hábito de procurar por cuidado de saúde/ida ao médico antes do diagnóstico	Para prevenção de problemas de saúde (pelo menos 1 vez ao ano)	80,26	25,59	0,10074
	Somente quando apresentava algum problema	73,06	20,12	
	Após não sanar o problema de saúde com automedicação	64,58	23,88	
	Nunca procurava	71,39	17,18	

Fonte: Coleta realizada em 2017/Cálculo realizado a partir da ANOVA/ Elaborado pela autora

5.5 Relação entre as variáveis clínicas e a qualidade de vida global

Foram realizados testes para avaliar separadamente a interferência de cada variável na qualidade de vida do homem com câncer de próstata. Onde: p = probabilidade do teste, e quando este for menor ou igual que 0,05 aponta diferença estatística, ou seja interferência na qualidade de vida, e quando o p for maior que 0,05 não há diferença estatisticamente significativa entre as médias de QVG para o grupo da variável em questão.

Com base no valor de p encontrado ($F_{(8, 217)} = 5,3665$; $p = 0,00000$), foi detectada diferença estatisticamente significativa entre as médias de QVG para o início/tempo do tratamento. Segundo a análise de Tukey, foram encontradas diferenças entre as médias de QVG entre os grupos de 6 meses a 1 ano, + 5 anos de tratamento em relação ao de 7 anos e 10 anos ($p < 0,05$), com a média de QVG dos de 6 meses a 1 ano e 5 anos de tratamento superior. Por sua vez, o grupo de 7 anos de tratamento possui média de QVG estatisticamente inferior aos demais grupos ($p < 0,05$) (Tabela 7).

Fundamentando-se no valor de p encontrado ($F_{(9, 216)} = 5,3749$; $p = 0,00000$), foi detectada diferença estatisticamente significativa entre as médias de QVG para o convívio com a doença. Segundo a análise de Tukey, foram encontradas diferenças entre as médias de QVG entre o grupo de 7 anos de convívio em relação aos demais ($p < 0,005$), a exceção do grupo de 9 a 10 anos de convívio. A média de QVG do grupo com 7 anos de convívio com a doença foi estatisticamente inferior. As demais comparações não tiveram diferenças estatísticas (Tabela 7).

Tabela 7: Média dos escores da QVG para as variáveis clínicas dos pacientes com diagnóstico de câncer de próstata.

	Variável	Média	DP	p-valor
Câncer na família	Não	74,39	19,79	0,43900
	Sim (de próstata)	70,00	17,21	
	Sim (outro tipo de câncer)	67,42	28,51	
Idade do diagnóstico (anos)	28	100,00	0,00	0,36014
	31 a 40	97,22	4,30	
	41 a 50	76,54	22,32	
	51 a 60	72,52	21,79	
	61 a 70	70,05	17,04	
	71 a 80	66,67	14,91	
	81 a 90	100,00	0,00	
	6 meses a 1 ano	77,94	18,54	
	1 ano	75,72	20,02	
	2 anos	66,03	20,67	
	3 anos	73,72	13,68	

Início/tempo do tratamento	4 anos	75,76	19,40	0,00000
	5 anos	85,42	15,91	
	6 anos	72,62	21,04	
	7 anos	55,95	29,49	
	10 anos	25,00	0,00	
Tratamento realizado	Cirurgia	74,86	21,51	0,35022
	Radioterapia	83,33	0,00	
	Quimioterapia	83,33	21,82	
	Cirurgia + radioterapia	65,00	11,65	
	Cirurgia + radioterapia + quimioterapia	71,49	25,01	
	Quimioterapia + radioterapia	67,31	15,44	
	Cirurgia + quimioterapia	70,83	18,37	
Acompanhante em atendimentos ambulatoriais	Filho (a)	71,94	17,62	0,38969
	Esposa	77,24	22,22	
	Parentes	65,91	27,08	
	Mãe	100,0	0,00	
Convive com a doença	6 a 11 meses	77,34	19,49	0,00000
	1 anos	72,81	19,34	
	2 anos	77,38	19,09	
	3 anos	73,33	15,54	
	4 anos	73,61	20,51	
	5 anos	83,33	12,59	
	6 anos	75,00	17,57	
	7 anos	50,00	32,03	
	8 anos	72,22	4,30	
	9 a 10 anos	54,17	33,68	

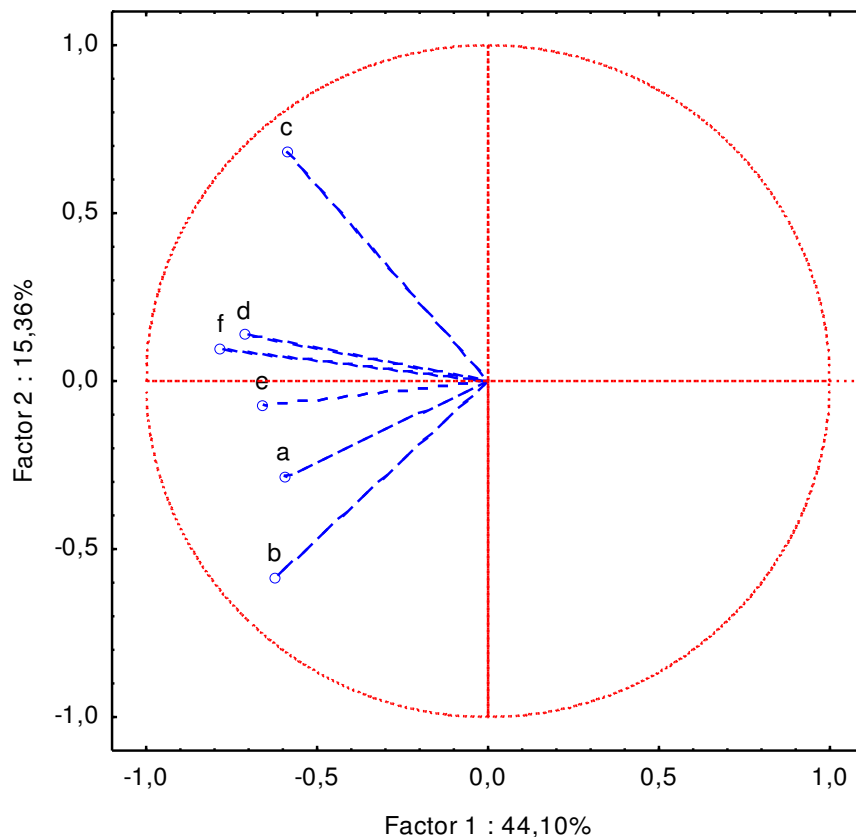
Fonte: Coleta realizada em 2017/Cálculo realizado a partir da ANOVA/ Elaborado pela autora

5.6 Qualidade de vida e a escala funcional

Após o teste de Análise de Componentes Principais (PCA), o gráfico mostra 59,46% (Factor 1 + Factor 2) da variação nos dados observados é explicada pelas seguintes correlações: Uma correlação positiva entre a QVG e as funções emocional e cognitiva; correlação também positiva entre as funções física, desempenho de papéis e função social (Gráfico 1).

Então, à medida que se aumentam os valores da QVG, aumentam-se também os escores das funções emocional e cognitiva, assim como os valores de escore das funções física, social e do desempenho de papéis aumentam proporcionalmente entre si.

Gráfico 1- Análise de Componentes Principais (PCA) entre os valores de QVG e as medidas das Escalas funcionais para os fatores 1 e 2. Onde: a = função física; b = desempenho de papéis; c = função emocional; d = função cognitiva; e = função social; f = Medida de Saúde Global (QVG).

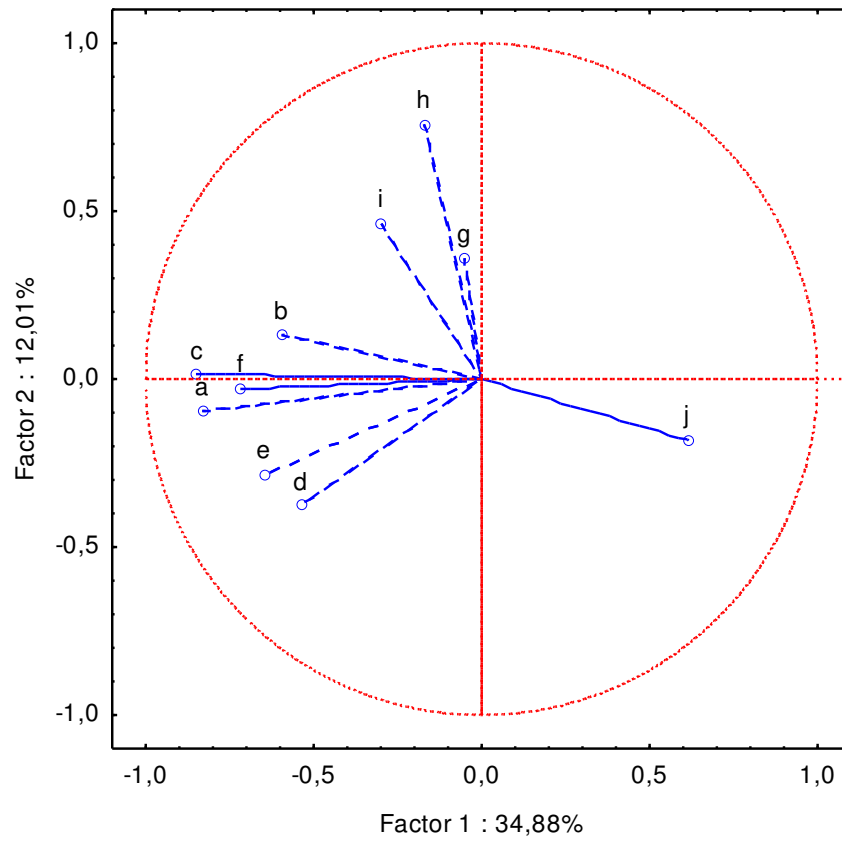


5.7 Qualidade de vida e a escala de sintomas

Segundo o gráfico da PCA (Figura 26), 46,89% (Factor 1 + Factor 2) da variação nos dados observados é explicada pelas seguintes correlações: correlações negativas entre a QVG e as variáveis constipação, diarreia, dificuldade financeira, náusea e vômito e dor; correlações positivas entre perda de apetite, fadiga, insônia e dispneia (Gráfico 2).

Ou seja, à medida que diminuem os valores de escore da QVG, aumentam os escores da constipação, diarreia, dificuldade financeira, náusea e vômito e dor, assim como os valores de escore da constipação, diarreia, dificuldade financeira, náusea e vômito, e dor aumentam proporcionalmente entre si. A mesma relação pode ser encontrada entre a perda de apetite, fadiga, insônia e dispneia.

Gráfico 2- Análise de Componentes Principais (PCA) entre os valores de QVG e as medidas das Escalas de sintomas para os fatores 1 e 2. Onde: a = fadiga; b = náusea e vômito; c = dor; d = dispneia; e = insônia; f = perda de apetite; g = constipação; h = diarreia; i = dificuldade financeira; j = Medida de Saúde Global (QVG).



6 DISCUSSÃO

A idade é ainda o fator de risco mais delimitado para o desenvolvimento de câncer de próstata, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam significativamente após os 50 anos. No mundo 62% são diagnosticados em homens com 65 anos ou mais (INCA, 2017).

O que condiz com a idade do diagnóstico vista neste estudo, entre 61-80 anos correspondendo a 69,9% dos homens. Outros estudos nacionais e internacionais corroboram com este achado. (BARBOSA et al, 2014; CASTILLEJOS-MOLINA; GABILONDO-NAVARRO, 2016; QUIJADA et al, 2017).

A raça auto referida que predominou foi a parda, divergindo de outros estudos os quais apontaram a raça branca como predominante (SOARES, 2012; QUIJADA et al, 2017). No Maranhão de acordo com o IBGE (2016), a predominância é raça parda, o que justifica o resultado encontrado.

Nos Estados Unidos da América a população mais afetada é a afrodescendente (CASTILLEJOS-MOLINA; GABILONDO-NAVARRO, 2016). Outro estudo utilizou apenas variantes branca e não branca para raça e encontrou como predominância a raça não branca (ZACCHI et al, 2014).

A questão raça é um fator difícil a ser discutido, considerando-se a miscigenação ampla que existe hoje no Brasil e no mundo, porém a literatura aponta que a raça negra é considerada como mais afetada por esse tipo de câncer (INCA, 2017).

Entre os homens estudados 63,8% eram economicamente ativos, ou seja não aposentados, divergindo de outros estudos que apontam a maioria dos estudados como aposentados: 78,4%, 63,20% e 75,9%. Essa divergência pode ser explicada a partir da localização geográficas dos estudos, pois foram realizados na região sul e sudeste do Brasil (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008; FERNANDES et al, 2014; QUIJADA et al, 2017).

O Nordeste apresenta um elevado índice de pobreza, muitos chegam a terceira idade sem estarem preparados, sem alicerce financeiro para as necessidades básicas e o valor baixo da aposentadoria é insuficiente para o sustento mensal (IBGE, 2016).

Quanto a atividade laboral mais vista neste estudo tem-se a de trabalhador rural/lavrador com 31,86% do total, em estudo realizado em Minas Gerais foi apontado

um total 41,4% de trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores assemelhados (lavrador) (PIANTINO *et al*, 2017).

Vários tipos de cânceres têm relação com ocupação e ambiente de trabalho, no entanto não houve neste estudo correlação direta, uma vez que os tipos mais relacionados aos trabalhadores rurais são câncer de pâncreas, fígado, pulmão, pele não melanoma, entre outros, mas não o de próstata (BRASIL, 2012).

Observou-se que 79,3% dos entrevistados tinham ensino fundamental incompleto (menos de 8 anos de estudo), corroborando com outros estudos que encontraram a maioria da população com escolaridade de fundamental incompleto (menos de 8 anos de estudo) (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008; FERNANDES *et al*, 2014).

Todavia, foi visto em outro estudo que 54,5% apresentava ensino fundamental completo. A baixa escolaridade identificada na população pesquisada não chama atenção, pois se trata de indivíduos predominantemente idosos, cujas famílias nas primeiras décadas do século passado, priorizavam a sobrevivência em detrimento da escolarização (QUIJADA *et al*, 2017).

A escolaridade não interfere no desenvolvimento ou não do câncer de próstata, esse fator pode prejudicar o diagnóstico precoce e na adesão ao tratamento, o que diminui as chances de cura. (DUGNO; *et al*, 2014; ZACCHI *et al*, 2014; ARAÚJO *et al*, 2015; PIMENTA, 2017).

No que concerne a religião dos homens estudados, 73,5% afirmaram ser católicos, enquanto 3,5% disseram não ter religião. Concordando com outro estudo, aonde 74,4% apontaram o catolicismo como religião (FERNANDES *et al*, 2014).

O paciente oncológico busca a religiosidade como forma de enfrentamento da doença, com a finalidade de minimizar o sofrimento ou obter maior esperança de cura com o tratamento. Associado à terapia, o tratamento espiritual é procurado por eles com o intuito de buscar um equilíbrio entre as emoções durante o processo curativo, uma vez que relatam acreditar que o tratamento espiritual auxilia e potencializa suas chances de cura da doença (AURELIANO, 2013; SERAFIM; CARDOZO; SCHUMACHER, 2017).

A condição civil que predominou neste estudo foi a de casado ou união estável com 80,5%. Estudos com a mesma temática encontraram valores semelhantes, 72,5%, 70,2%, 77,9% dos entrevistados relataram serem casados. (DUGNO; *et al*, 2014; ARAÚJO *et al*, 2015; QUIJADA *et al*, 2017).

A atenção familiar é parte fundamental do atendimento ao homem com câncer, uma vez que ela representa a principal fonte de apoio durante todo o processo de tratamento. A esposa desenvolve um papel de destaque dentro de uma família, em respeito a acompanhamento, parceria, orientações e cuidados (WANDERBROOKE, 2017).

Em referência a variável quantidade de filhos, 51,3% afirmaram ter 4 filhos ou mais, concordando com outro estudo que aponta que a maioria dos homens tinham mais de 3 filhos (SOARES, 2012; MATHIAS; BEUTER; GIRARDON-PERLINI, 2015).

A família desempenha importante papel na sociedade, existe uma dinâmica própria em cada família, os filhos são extensão dos pais papel na transmissão de costumes e valores. Segundo o IBGE (2016), no Nordeste 42,8% das famílias têm filhos, 12,9% do total têm 3 ou mais filhos (WANDERBROOKE, 2017).

Dos entrevistados (78,8%) disseram que coabitam com mais de 3 pessoas, sendo todos familiares. Em outro estudo foi apontado que 89,9% coabitavam com várias pessoas da família (FERNANDES et al, 2014).

Vieira, Araújo e Vargas (2012), aponta que a aceitação do homem em relação a um câncer depende de vários fatores, assim como de apoio por parte de familiares, em especial a esposa que se torna sua cuidadora principal.

Visoná, Prevedello e Souza (2012) reafirmam a dizerem que a família tem, dentre suas inúmeras características, a proteção de seus membros. Sendo assim, é nela que estão os principais cuidadores de pessoas com câncer. Na grande maioria das vezes, são as esposas essas cuidadoras (FERNANDES et al, 2014).

Com relação a pessoa que atua como cuidador do homem, 46% apontaram a esposa como principal cuidadora nos momentos de necessidades. Os homens investigados em um estudo de Mathias, Beuter e Girardon-Perlini (2015) relatam que a doença os deixou fragilizados no que tange à realização de atividades laborais diárias, e apontam a esposa como principal atuante no auxílio dessas atividades.

O cuidado reproduz padrões sociais, na medida que os valores atuais continuam respondendo à expectativa de que os cuidados ao doente sejam levados a cabo por uma pessoa, geralmente respeitando as relações de parentesco e exercido preferencialmente por uma mulher, devido ao seu papel histórico de cuidadora familiar (SILVA; RABELO, 2017).

A literatura mostra que muitos pacientes oncológicos apresentam dificuldade financeira durante o tratamento. Essa situação ocorre pelo fato dos idosos

e de seus familiares precisarem se deslocar de suas cidades para as cidades vizinhas com infraestrutura necessária para a terapia (DA SILVA; SILVA, 2017).

Além disso, embora a aposentadoria proporcione a autonomia financeira do idoso, nem sempre ela é suficiente para cobrir os gastos necessários ao tratamento oncológico, o que leva o idoso a depender do auxílio familiar, que na maioria das vezes é familiar. Este estudo encontrou um percentual de 21,2% que referiram receber ajuda financeira da família (FERNANDES et al, 2014; TONETI et al, 2015.).

Neste estudo, 24,8% dos homens relataram que um familiar precisou ausentar-se do trabalho devido ao seu câncer, valor pequeno quando comparado a um estudo realizado com familiares de indivíduos com câncer, onde 75% afirmaram que tiveram que abandonar o trabalho (MATHIAS; BEUTER; GIRARDON-PERLINI, 2015).

Muitos familiares, por vezes necessitam abandonar ou reduzir a jornada de trabalho quando tem algum familiar com câncer, devido ao tratamento e até mesmo para acompanhamento nas consultas (DOS ANJOS; ZAGO, 2014).

No que diz respeito a procedência dos homens do estudo, 61,9 % eram procedentes do interior do estado. Esse dado também foi visto em estudo realizado com indivíduos com outro tipo de câncer onde 62,8% eram procedentes do interior do estado (LÔBO et al, 2014).

No Maranhão existem apenas três hospitais que tratam o câncer pelo SUS, um na cidade de Imperatriz e dois na capital São Luís, um destes sendo o único que dispõe de todas as modalidades de tratamento (INCA, 2017).

No que concerne ao hábito de fumar, foi visto que 66,3% dos homens referiram ser ex-fumantes, e 13,3% ainda continuavam a fumar. Valor semelhante foi encontrado em estudo realizado por Goulart (2012), que relatou um índice de 49,4% de ex-fumante.

Outro estudo sobre o câncer de próstata apontou 28% de tabagistas (FERNANDES et al, 2014). Um estudo com pacientes com câncer em geral apontou 88,2% dos entrevistados como sendo tabagista (SANTOS et al, 2012). Este estudo não especificou o tipo de tabaco utilizado, fumo ou mascado, porém sabe-se que o tabaco pode potencializar o risco para o câncer, inclusive de próstata devido à presença de aminas aromáticas presentes no fumo (INCA, 2017).

Foi visto que 86,9% apontaram ser ex-etilistas, valores que assemelharam-se a outros estudos, 67% e 79% dos entrevistados declararam terem parado a ingestão com a bebida alcoólica (SANTOS et al, 2012; FERNANDES et al, 2014).

A forma exata de como o álcool aumenta o risco de câncer não é totalmente conhecida. Na verdade, podem existir várias maneiras diferentes que levam ao aumento do risco, danos em tecidos, aumento de alguns hormônios, diminuição de nutrientes, e isto pode depender do tipo de câncer (MEEREIS; GONÇALVES; SILVA, 2013; INCA, 2017).

Esses altos índices de ex-tabagistas e ex-etilistas podem ser justificados devido ao diagnóstico, que como orientação inicial tem-se o abandono do fumo e da bebida alcoólica que interferem no tratamento, estando mais ligados ao tempo de uso, principalmente na questão do fumo, porém, infelizmente o dado tempo de uso não foi levantado por este estudo.

Apenas 23,9% dos homens afirmaram praticar atividades físicas, resultado que diverge de outro estudo que apontou 62% praticantes de atividades físicas entre os entrevistados. Em estudo realizado na Austrália, havia uma previsão de redução de 4.882 casos de câncer de próstata até 2025, se os homens praticarem exercícios físicos, dieta adequada e reduzirem a obesidade (BAADE et al, 2012; FERNANDES et al, 2014).

Em uma população 15 de homens adultos e idosos da Suécia, apontou-se que qualquer aumento diário de 30 minutos, foi associado a uma redução de 7% da incidência do câncer de próstata total, 8% do câncer de próstata localizado e 12% do câncer em estágio avançado, tendo como referência a prática de 30 minutos por dia (ORSINI et al, 2009).

Por gerar um bem-estar que faz com que o paciente participe de forma mais adequada do tratamento a atividade física pode atuar positivamente no desfecho oncológico; nesse sentido, o American College of Sports Medicine, recomenda para os pacientes com câncer, 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana, e um treinamento de resistência duas vezes por semana, a fim de aprimorar a saúde física geral e o bem-estar dos pacientes (GUIDELINES, 2010).

A descoberta precoce é fundamental no combate contra o câncer de próstata. Em sua fase inicial a doença apresenta uma evolução silenciosa. Neste estudo, somente 16,8% dos homens afirmaram fazer consultas preventivas anuais.

53,1% relatou que procurava o atendimento em saúde apenas quando apresentavam algum problema. Contrapondo este resultado, em estudo similar mais de 50% afirmaram realizar consulta médica pelo menos uma vez ao ano (MENEZES et al, 2017).

O fato dos homens não se preocuparem em cuidar de sua saúde, especialmente em relação aos aspectos preventivos, age de forma negativa sobre os índices de mortalidade masculina. Isto se deve à descoberta da doença já em fase mais avançada o câncer de próstata pode apresentar dor óssea, sintomas urinários ou, quando mais grave, como infecções generalizadas ou insuficiência renal (CHAVES et al, 2016).

A história familiar demonstrou que 4,4 % dos homens tinham parentes com diagnóstico de câncer de próstata. Em outros estudos foram encontrados valores de 24%, 18,5% e 5,1% da população do estudo com parentes de primeiro grau com esse diagnóstico (FERNANDES et al, 2014; BRASIL, 2015; GOMES; IZIDORO; MATA, 2015; QUIJADA et al, 2017).

Embora o número de homens com casos de câncer de próstata na família tenha sido baixo, não diminuía importância de se considerar o histórico familiar como um importante fator de risco, pois homens que tiveram parentes de primeiro grau diagnosticados, apresentam um aumento de duas a três vezes no risco de desenvolver esse tipo de câncer (INCA, 2017).

O tratamento instituído para 51,3% foi a cirurgia, dado que corroborou com outro estudo que relatou mais de 50% da população estudada com tratamento cirúrgico. Outro estudo apontou que 66,66% realizaram cirurgias como tratamento principal contra o câncer de próstata (FERNANDES et al, 2014; ARAÚJO et al, 2015).

Em geral o tratamento é indicado de acordo com a localização e estágio da doença e deve ser individualizada e definida após discutir os riscos e benefícios do tratamento com o médico (INCA, 2017).

Como principal acompanhante nas internações e consultas os filhos foram apontados entre 53,1% dos homens. O homem tem um histórico de baixa procura espontânea por atendimento médico, a família é, na maioria das vezes, responsável por convencê-lo a ir ao consultório médico.

É importante a presença de um familiar nas consultas, pois além de poder ajudar em questões clínicas, também é uma peça de alicerce para o homem que já se encontra fragilizado pelo diagnóstico da doença. Devido ao vínculo familiar as

presenças mais vistas em consultórios são os filhos e esposas (MATHIAS; BEUTER; GIRARDON-PERLINI, 2015).

Dos homens entrevistados, 45,1% convivem com a doença de 6 meses a 1 ano e 11 meses. Em outro estudo realizado com 337 sobreviventes do câncer, com diferentes diagnósticos inclusive próstata evidenciou preocupações comuns, como o medo da recorrência, a fadiga e problemas financeiros (NESS et al, 2013).

Essas questões foram as mais prevalentes entre os sobreviventes, que apesar dos diferentes diagnósticos apresentaram complicações semelhantes. Com o passar do tempo a esperança pode diminuir e a tristeza aumentar, podendo trazer quadros de depressão (NESS et al, 2013).

Considerando as variáveis utilizadas neste estudo, nove demonstraram influência na qualidade de vida dos homens, foram elas: ocupação, renda, estado civil, cuidador, ajuda financeira, procedência, prática de atividade física, tempo de tratamento e tempo de convívio com a doença.

Os homens ativos profissionalmente apresentaram uma melhor qualidade de vida quando comparados aos que apenas eram aposentados. A renda distribuída pelo INSS, devido à política estabelecida no país, diminui a cada ano, porque a atualização desses valores não corresponde à inflação real, o que por vezes faz com que continuem ativos para complementação da renda.

Outros trabalhos realizados com pessoas que vivenciam doença crônica retratam essa mesma dificuldade tanto na vida pessoal como familiar, devido à necessidade de conciliação entre as despesas domésticas e as de transporte e compra de medicamentos (BULLA; KAEFER, 2013; MATHIAS; BEUTER; GIRARDON-PERLINI, 2015).

Os motivos acima também podem justificar o fato da variável renda ter sido indicada com fator que interfere na qualidade de vida do homem com câncer de próstata. Homens com renda inferior a 2 salários mínimos apresentaram uma pior qualidade de vida.

A baixa renda podem ser um indicativo de que esses pacientes vivem em condições precárias, decorrentes da baixa escolaridade e reduzida qualificação ocupacional, o que os deixa dependente de serviços público, como educação, lazer e saúde, que por vezes são precários. Esses resultados podem estar relacionados ao local do estudo (GOULART, 2012).

Estudo realizado na China, com o objetivo de determinar os fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes com essa patologia, demonstrou que os casados (86,2%) manifestaram melhores resultados nos domínios relacionados a saúde, relações sociais, além da satisfação sexual, concluindo que o estado civil é um importante determinante na qualidade de vida de homens com a doença (KAO et al, 2015).

Este estudo também encontrou uma relação entre o estado civil e a qualidade de vida, concluindo que aqueles homens casados ou em união estável têm uma melhor qualidade de vida quando comparados aos dos demais grupos.

Um membro da família como cuidador principal do homem com câncer, mostrou papel influenciador de uma melhor qualidade de vida. Um estudo realizado com famílias de homens com câncer de próstata revelou que elas se fortalecem ao longo da experiência, manifestando muito mais potencialidades do que fragilidades no cuidado realizado, oferecendo o suporte necessário ao homem (MATHIAS; BEUTER; GIRARDON-PERLINI, 2015).

A família tem um impacto significativo sobre a saúde e o bem-estar de cada um de seus membros, podendo exercer considerável influência sobre suas enfermidades. Justifica-se a partir daí uma maior qualidade de vida entre aqueles que tem um familiar como cuidador.

O papel de cuidador principal costuma ser assumido por aquele membro que vinha desempenhando funções mais próximas da necessidade atual (a de cuidar), mantendo a coerência no funcionamento familiar. A família no papel de cuidador oferece uma qualidade das relações estabelecidas no passado, construindo uma sequência linear de coerência e dando um sentido à história de vida, algumas razões para assumir os cuidados são: retribuição, reparação, reconstituição da relação anterior, manutenção do papel (WANDERBROOCKE, 2017).

Foi visto que o recebimento de ajuda financeira, interferiu na qualidade de vida global, tais auxílios financeiros não foram definidos (empréstimo ou doação).

Estudos descrevem que a crise financeira de um indivíduo pode acarretar diversas alterações na sua saúde. Dívidas são um indicativo de crise financeira. Receptores de doações financeiras por vezes sentem-se inferiorizados por acharem que necessitam de outros para manter suas necessidades básicas, principalmente quando se trata de homens, principalmente de baixa condição social o que acentua o

papel historicamente atribuído a eles, de ser encarregado pelo sustento da família. (DONADIO, 2013; ANTUNES, 2015).

Os homens procedentes do interior do estado apresentaram qualidade de vida inferior quando comparados aos demais, principalmente àqueles residentes na capital. O fato de residir no município onde realiza o tratamento pode ser considerado fator positivo. A facilidade de acesso propicia satisfação e bom vínculo com o serviço de saúde.

A presença do vínculo entre usuário-profissional-instituição de saúde diminui as barreiras para a continuidade do acompanhamento clínico e propicia o monitoramento dos pacientes mais resistentes e com tendência ao abandono do tratamento (FERNANDES *et al*, 2014).

A realização de atividade física foi vista como fator positivo para qualidade de vida do homem com câncer de próstata, corroborando com outros estudos que correlacionam a atividade física regular, bem como da prática de caminhada, como suficientes para uma melhora na qualidade de vida, da vitalidade, e diminuição de sintomas depressivos, ansiedade e outras (MAGBANUA *et al*, 2014; BOING *et al*, 2016).

A atividade física tende a estar ligada a um menor risco de desenvolvimento de câncer, podendo ser considerada como um fator protetor para o câncer de próstata. A adesão a estilo de vida saudável, definido por praticar exercícios físicos em média de três horas ou mais por semana, não fumar e ter alimentação saudável, pode ser estratégia para reduzir significativamente a mortalidade por esse câncer e consequentemente reduzir a morbimortalidade por doenças cujos fatores de risco se assemelham (KENFIELD *et al*, 2016).

Um estudo realizado com indivíduos com outro tipo de câncer encontrou uma baixa qualidade de vida, apontando o tempo de tratamento e o fato de conviverem com aquela doença a cada dia, tendo vários momentos de desesperança, tristeza e até depressão (DE OLIVEIRA; ARAUJO; ZAGO, 2016).

O homem passa por um período difícil de tratamento, na expectativa de alta por cura e quando alcançada inicia uma nova fase, marcada pela longa batalha contra os riscos de uma recidiva, bem como de novas formas de viver a partir das experiências vivenciadas nessa fase da vida. Em geral, após 5 anos de tratamento sem apresentar recidiva o homem recebe alta por cura (BRUSTOLIN; FERRETTI, 2017).

Neste estudo, homens com sete anos ou mais de convivência com a doença ou de tratamento, apresentaram menor qualidade de vida. O diagnóstico de câncer de próstata desperta sentimentos de angústia e ansiedade ao associarem a enfermidade à morte que aumenta com o passar dos anos se a cura ainda não foi atingida. Além disso, o adoecimento promove mudanças significativas na vida dos homens, afetando suas identidades. Diante do sofrimento experimentado, da desesperança, a qualidade de vida tende a diminuir (PORTO *et al*, 2016).

A qualidade de vida global da população estudada, foi apontada como satisfatória, corroborando com outros estudos com pacientes de câncer (TONETI *et al*, 2015).

Ao avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde apresentada pelos homens deste estudo, todos os domínios da escala funcional (funções física, emocional, funcional, cognitiva e desempenho de papéis) apontaram para uma qualidade de vida moderada, com destaque para o domínio de função social com maior média (69,17) e domínio função emocional com menor média (60,10). Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos sobre a temática, referindo uma qualidade de vida moderada no que diz respeito a todos os domínios acima (TONETI *et al*, 2015).

Durante o tratamento, o paciente vivencia perdas físicas e financeiras, e sintomas adversos, como depressão e diminuição da autoestima, sendo necessárias constantes adaptações as mudanças físicas, sociológicas, sociais, familiares e emocionais ocorridas. Além disso, podem ocorrer limitações nas atividades da vida diária e mudanças biopsicossociais, que também podem interferir na Qualidade de Vida, como a perda do emprego (ARABIAT; JABERY, 2013)

Na escala de sintomas os domínios com maiores escores foram a insônia, a dor e a fadiga indicando assim uma pior qualidade de vida correlacionados a esse domínio, pois nesta escala quanto maior o escore pior é a qualidade de vida.

Conclusões semelhantes foram encontradas em outros estudos que colocam esses três domínios como principais determinantes em uma pior qualidade de vida. Esse sintoma esteve acompanhado por queixas de falta de energia, exaustão, perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, fraqueza, dispneia, dor, alterações de paladar, prurido, lentidão, irritabilidade e perda de concentração (TONETI *et al*, 2015).

A insônia, além da implicação nas atividades diurnas, também traz consequências como a fadiga e depressão. Outros sintomas apresentaram forte relação com a qualidade de vida dos homens estudados constipação, diarreia, dificuldade financeira, náusea e vômito e dor. Devido alterações metabólicas que ocorrem nos homens com câncer de próstata, tais sintomas tornam-se comuns (MIRANDA; LANNA; FELIPPE, 2015; TONETI *et al*, 2015).

Em analogia, um estudo observou também que muitos idosos com câncer tiveram alterações importantes em sua saúde devido à presença de fadiga. A fadiga, provocar um aumento na necessidade de repouso do paciente, o que interfere no desempenho dos idosos em realizarem suas atividades sociais como de costume antes do tratamento. Os sintomas do câncer são uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos indivíduos durante percurso em busca da cura (CANÁRIO *et al*, 2016).

A dor é, essencialmente, um sintoma subjetivo, multidimensional e complexo, resultante da interação entre aspectos cognitivos, sensitivos, emocionais e culturais, bem como de experiências prévias (OLIVEIRA; SOBRINHO; CUNHA, 2016).

Os sintomas de disfunção miccional (polaciúria, disúria, redução da força e calibre do jato urinário, noctúria, sensação de repleção miccional) são historicamente mencionados como os sintomas mais comumente relacionados ao câncer de próstata. Em estágios avançados, pode-se ter hematúria (invasão da bexiga) ou mesmo obstrução ureteral, com consequente hidronefrose e uremia ou, menos frequentemente, sangramento retal decorrente de invasão retal (SERAFIGIM; CARDOZO; SCHUMACHER, 2017)

Dores em diferentes sítios, fraqueza, distúrbios esfinterianos urinários e retais são clinicamente os achados mais característicos. A compressão medular aguda decorrente do comprometimento metastático das vértebras deve ser tratada emergencialmente. Além de todos esses sintomas que podem ocasionar dor física ao homem, tem também a dor emocional, que é ainda mais flutuante e imensurável (BRITO *et al*, 2017).

No domínio dificuldades financeiras foi encontrada uma média indicativa de qualidade de vida negativa, o que corresponde a outros estudos que apontaram mesmo resultado (ARABIAT; JABERY, 2013; TONETI *et al*, 2015).

A estabilidade financeira é o desejo de todas as pessoas que buscam a satisfação pessoal, a possibilidade de equilibrar os gastos com as necessidades básicas e com os desejos é um sonho de muitas famílias.

O homem, têm historicamente o papel de principal provedor financeiro e, também, de protetor familiar. O fato de adoecer e ter que se afastar das suas atividades, traz entre outras consequências, a dependência direta ou indireta e alterações nas rotinas de gastos diários, seja para lazer, alimentação ou mesmo tratamento (DA SILVA; SILVA, 2017).

7 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer as características socioeconômicas, demográficas e clínicas dos homens com câncer de próstata e analisar os fatores correlacionados a qualidade de vida.

A avaliação dos homens do estudo permitiu conhecer os principais fatores de risco relacionados ao câncer de próstata, que são a idade, raça, histórico familiar, notou-se que dois se apresentaram como determinantes na população estudada, a idade predominante foi 71-80, a raça parda foi a mais referida, porém poucos referiram histórico familiar de câncer de próstata ou qualquer outro tipo, conforme a literatura.

Observou-se que 44,2% tinham dos homens tinham entre 71 e 80 anos, 82,3% autoreferiram a raça/cor parda, 62,8% não eram aposentados, 90,3% tinham renda mensal de até 2 salários mínimos, 63,7% tinham menos de oito anos de estudo, 80,5% eram casados, 61,9% eram do interior do estado, 76,1% não praticavam atividades físicas, 53,1% procuravam serviços em saúde apenas quando apresentavam algum problema, 51,3% realizaram cirurgia para retirada da próstata.

No concerne a qualidade de vida, o grupo apresentou escore moderado na avaliação geral, escalas funcionais e de sintomas. Destaque para dor, fadiga, insônia e dificuldade financeira como indicativos principais de baixa qualidade de vida do grupo estudado.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços na área da saúde permitem que o homem conviva com o câncer de próstata sem perda da qualidade de vida, apesar da crise vital que o câncer pode provocar. Entende-se que a doença exige enfrentamento e readaptações. Assim, conhecer os fatores e qualidade de vida dos homens oferece subsídios aos profissionais de saúde para melhorar a assistência.

É importante um atendimento humanizado e individualizado do homem, pois os sentimentos com o diagnóstico são diferentes para cada pessoa, uma vez que o sofrimento do homem com câncer de próstata pode afetar seu bem-estar físico e emocional.

Dessa forma, entendemos que esta pesquisa é relevante, pois possibilita aos homens uma oportunidade de refletir sobre sua qualidade de vida, e aos profissionais a construção de espaços de reflexão sobre a promoção da saúde do homem, compreendendo que a prevenção e o diagnóstico precoce são considerados estratégias fundamentais para o controle do câncer de próstata e que é necessário entender as alterações na qualidade de vida destes homens com câncer de próstata para tentar melhorá-la a partir dos pontos mais afetados.

Como limitações do estudo pode-se indicar a quantidade da amostra estudada, diante da prevalência da doença atualmente e as estratificações das variáveis que após finalização do estudo percebeu-se que poderiam ser organizadas de outras maneiras e além do acréscimo de outras.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G.A.; LEITE, M.F.; BELÉM, J.M.; NUNES, J.N.F.; OLIVEIRA, M.A.; ADAMI, F. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Esc Anna Nery**. V. 18, n. 4, 2014.
- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas. **São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP**. P. 142, 2012.
- ANDRADE, C. T. A. E. **Pacientes com metástases vertebrais submetidos à cirurgia – avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde**. Ribeirão Preto, 2015. 80 f. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. São Paulo. 2015.
- ANTUNES, J. A. P. J. Crise económica, saúde e doença. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 16, n. 2, p. 267-277, 2015.
- ARABIAT, D. H.; JABERY, M. A. Health related quality of life in paediatric chronic health conditions: A comparative study among children and adolescents in Jordan. **Health**. V. 5, n. 11, p. 19-24, 2013.
- ARAÚJO, J. S.; CONCEIÇÃO, V. M. D.; OLIVEIRA, R. A. A. D.; ZAGO, M. M. F. Caracterização social e clínica dos homens com câncer de próstata atendidos em um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 19, n. 2, p. 196-210, 2015.
- AURELIANO, W. A. Terapias espirituais e complementares no tratamento do câncer: a experiência de pacientes oncológicos em Florianópolis (SC). **Cad Saúde Coletiva**. V. 21, n. 1, p. 18-24, 2013.
- BAADE, P. D.; MENG, X.; SINCLAIR, C.; YOUL, P. Estimating the future burden of cancers preventable by better diet and physical activity in Australia. **Medical Journal of Australia**. v. 196, n. 5, p. 337-340, 2012.
- BARBOSA, B. R.; ALMEIDA, J. M.; BARBOSA, M. R.; ROSSI-BARBOSA, L.A.R. Avaliação da capacidade funcional de idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 19, n. 8, 2014.
- BATALHA, L. M. C.; FERNANDES, A. M.; CAMPOS, C. Qualidade de vida em crianças com câncer: concordância entre crianças e pais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro. v. 19, n. 2, p.292-296, 2015.
- BELTRAN, H; DEMICHELIS, F. Prostate Cancer: Inpatient heterogeneity in prostate cancer. **Nat Rev Urol**. v. 12, n 8, p. 430-1, 2015.
- BERTOLINI, D.N.P.; SIMONETTI, J.P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Esc Anna Nery**. V. 18, n. 4, p. 722-7, 2014.

BOING, L.; SEEMANN, T.; SOUZA, M. C.; DIAS, M.; GUIMARÃES, A. C. A. Benefícios da atividade física em homens com câncer de próstata–Revisão sistemática. **Journal of Physical Education**. V. 27, n. 1, p. 27-29, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Plano de Ação Nacional (2009-2011). Portaria Nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Brasília: MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Área de Vigilância do Câncer relacionado ao Trabalho e ao Ambiente; Organizadora Fátima Sueli Neto Ribeiro. Rio de Janeiro: INCA. 187 p. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva –INCA. Rio de Janeiro, 2015.

BRITO, A. F. P.; RASSI, A.; NADER, J. M.; CARVALHO, L. O.; MOREIRA, N. C.; BERNARDES, C. T. V. Aspectos relacionados à prevenção do câncer de próstata. **Revista Educação em Saúde**. V. 5, n. 6, 2017.

BRUSTOLIN, A.; FERRETTI, F. Câncer em idosos: a sobrevivência em foco. **Revista FisiSenectus**, v. 4, n. 2, p. 1-2, 2017.

BULLA, L. C.; KAEFER, C. O. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. **Rev. Virtual Textos Contextos**. v. 2, n. 2, 2013.

CÂMARA, A. M. C. S.; MELO, V. L. C.; GOMES, M. G. P.; PENA, B. C.; SILVA, A. P. D.; OLIVEIRA, K. M.; VICTORINO, L. R. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Rev Bras Educ Med**. V. 36, n. 1, p. 40-50, 2012.

CAMARGO, S. M.; CHIRELLI, M. Q. Cuidado aos homens no envelhecimento: a formação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, p. 128-137, 2017.

CANÁRIO, A. C. G.; CABRAL, P. U. L.; PAIVA, L. C. D.; FLORENCIO, G. L. D.; SPYRIDES, M. H.; GONÇALVES, A. K. D. S. Physical activity, fatigue and quality of life in breast cancer patients. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Rio de Janeiro. V. 62, n 1, p. 38-44, 2016.

CASTILLEJOS-MOLINA, R. A; GABILONDO-NAVARRO, M.D. Prostate Cancer. **Urol. Salud pública de méxico**, v. 58, n. 2, 2016.

CHAVES, R. G.R.; CARNEIRO, A. M.C.T.; GOMES, C. O.; SILVA, D. O.; SOARES, I. K. O.; VIANA, J. A. Perfil socioeconômico de homens em um Município do Tocantins e sua percepção sobre toque retal e câncer de Próstata. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. v. 9, n. 5, p.37-56, 2016.

CONCEIÇÃO, M. B. M. **Tendência temporal da mortalidade por câncer de próstata segundo macrorregiões do Brasil no período de 1980 e 2010.** 2012. 88 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2012.

DA SILVA, M. R. F.; SILVA, L. C. A. **A Importância do Planejamento Financeiro Familiar na Realização de Projetos e Sonhos.** In: Anais do Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão da UEG (CEPE). (ISSN 2447-8687). V. 7, 2017.

DAMIÃO, R.; FIGUEIREDO, R.T.; DORNAS, M.C., LIMA; D. S.; KOSCHORKE, M.A. Câncer de próstata. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE.** Rio Janeiro, v. 14, 2015.

DE OLIVEIRA, R. A. A.; ARAUJO, J. S.; ZAGO, M. M. F. Sobrevivência ao câncer: o desembrulhar dessa realidade/Cancer survivorship: unwrapping this reality. **Ciência, Cuidado e Saúde.** V. 14, n. 4, p. 1602-1608, 2016.

DONADIO, M. **Experiência do PSF com atividade em grupo de saúde do homem na UBS Vila Teresinha São Paulo.** Secretaria Municipal de Saúde. SP. 13p. 2013.

DOS ANJOS, A. C. Y.; ZAGO, M. M. F. Ressignificação da vida do cuidador do paciente idoso com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 67, n. 5, 2014.

DUARTE, S.J.H.; OLIVEIRA, J.R.; SOUZA, R.R. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde,** V.03, n. 01, p. 520-530, 2012.

DUGNO, M. L. G.; BINOTTO, M.; HOFFMANN, J.; DALTOÉ, T.; ROSADO, J.; FORMOLO, F.; SPADA, P. **Prevalência e perfil dos casos de câncer de próstata no hospital Pompéia de Caxias do Sul entre os anos de 2010 e 2013.** In Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha. V. 2, n. 2, p. 795-797, 2014.

FAYER, V.A.; GUERRA, M.R.; CINTRA, J.R.D.; TEIXEIRA, M.T.B. Ten-year survival and prognostic factors for breast cancer in the southeast region of Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** v. 19, n. 4, p. 766-778, 2016.

FERNANDES, M. V.; MARTINS, J. T., CARDELLI, A. A. M.; MARCON, S. S.; RIBEIRO, R. P. Perfil epidemiológico do homem com câncer de próstata atendido em um hospital universitário. **Cogitare Enfermagem.** v. 19, n. 2, 2014.

FERREIRA, J. I. C.; MARTINS, E. R. C.; RAMOS, R. C. A.; COSTA, A. M. A.; ALVES, R. N.; LIMA, B. Políticas públicas de atenção integral a saúde do homem: desafios para a enfermagem. **Rev enferm UERJ,** Rio de Janeiro. v. 24, n.6, 2016.

GOMES, C.R.G.; IZIDORO, L.C. R.; MATA, L.R.F. Risk factors for prostate cancer, and motivational and hindering aspects in conducting preventive practices. **Investigación y Educación en Enfermería,** v. 33, n. 3, p. 415-423, 2015.

GOMES, N. S.; DA SILVA, S. R. Qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 3, 2017.

GONÇALVES, I. R.; PADOVANI, C.; POPIM, R. C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 13, n. 4, p. 1337-1342, 2008.

GOULART, D. M. M. **Qualidade de vida em pacientes submetidos à prostatectomia radical**. 112f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde). Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG. 2012.

GUIDELINES. American College Of Sports Medicine: Acsm's Resource Manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico 2010. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Acesso em: 28/10, 30/10, 02/11. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **O câncer no Brasil**. 2017. Disponível em <www1.inca.gov.br>, acessado em 20 de novembro de 2017 das 20 h às 00 hs.

KAO, Y. L.; TSAI, Y. S.; OU F. Y.; SYU, Y. J.; YANG, W. H. Determinants of quality of life in prostate cancer patients: A single institute analysis. **Urological Science**. v. 26, n. 4, p. 254-258, 2015.

KENFIELD, S. A.; BATISTA, J. L.; JAHN, J. L.; DOWNER, M. K.; BLARIGAN, E. L. V.; SESSO, H.D. Development and application of a lifestyle score for prevention of lethal prostate cancer. **JNCI: Journal of the National Cancer Institute**. v. 108, n. 3, 2016.

LEITZMANN, M. F.; ROHRMANN, S. Risk factors for the onset of prostatic cancer: age, location, and behavioral correlates. **Journal Clinical Epidemiology**. V. 4, n. 1, 2012.

LIMA, D. X.; CÂMARA, F.P.; FONSECA, C. E. C. **Urologia bases do diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 1ªed. 2014.

LÔBO, S. A., FERNANDES, A. F. C.; ALMEIDA, P. C.; CARVALHO, C. M. L.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 27, n. 6, 2014.

MAGBANUA, M. J.; RICHMANEL, A.; SOSA, E. V.; JONES, L. W.; SIMKO, J.; SHINOHARA, K. Physical activity and prostate gene expression in men with low-risk prostate cancer. **Cancer Causes Control**. V. 25, n. 4, p. 515-523, 2014.

MATHIAS, C. V.; BEUTER, M.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. Experiência da família rural ao ter o pai/esposo com câncer de próstata. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 4, 2015.

MEEREIS, E. C. W.; GONÇALVES, M. P.; SILVA, A. M. V. Análise comparativa entre idosos ex-tabagistas institucionalizados e não institucionalizados quanto à função respiratória, níveis de ansiedade, de depressão e de qualidade de vida. **Kairós**. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. V. 16, n. 4, p. 65-77, 2013.

MENEZES, L. N.; FERNANDO, R. P.; FERNANDO, M. C. S. P.; GARCIA, P. D. N.; MENEZES, E. C. A. Conhecimento dos homens com idade acima de 40 anos sobre o câncer de próstata, frequentadores de um ambulatório de especialidade médica. **HÓRUS**. v. 8, n. 2, p. 11-20, 2017.

MIRANDA, S.L.; LANNA, M.A.L; FELIPPE, W.C. Espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer: Estudo exploratório. **Psicologia: Ciência e profissão**. Distrito Federal, v. 35, n. 3, p. 870-885, 2015.

MOTTET, N.; BELLMUNT, J.; BRIERS, E. Guideline of Prostate Cancer, **European Association of Urology**, 2015.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK- NCCN. **Clinical Practice Guidelines in Oncology Prostate Cancer**. Version 2.2015. Acessado em: 1/09, 03/09,05/09,10/09. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx

NESS, S.; KOKAL, J.; FEE-SCHROEDER, K.; NOVOTNY, P.; SATELE, D.; BARTON, D. Concerns Across the survivorship trajectory: results from a survey of cancer survivors. **Oncology Nursing Forum**. v. 40, n. 1, p. 35-42, 2013.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O.; CARDOZO, F. M.C.; ANDRADE, V.; DE PAULA, J. M. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 15, n. 1, 2014.

NOGUEIRA, H. L.; NEVES, J. B. Prevenção do câncer da próstata: atuação dos enfermeiros nas unidades de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga, v.6, n.1, p. 1098-1109.2013.

OLIVEIRA, A. J. R.; SILVESTRE, J. G. O.; SILVA, D. C. A atuação da enfermagem frente às barreiras encontradas no diagnóstico precoce do câncer de próstata. **Fasem Ciências**, v. 7, n. 1, p. 29-65, 2016.

OLIVEIRA, A. L.; SOBRINHO, N. P.; CUNHA, B. A. S. Chronic cancer pain management by the nursing team. **Revista Dor**, v. 17, n. 3, p. 219-222, 2016.

ORSINI, N.; BELLOCO, R.; BOTTAI, M.; PAGANO, M.; ANDERSSON, S. O.; JOHANSSON, J. E. A prospective study of lifetime physical activity and prostate cancer incidence and mortality. **British journal of cancer**. v. 101, n. 11, p. 1932-1938, 2009.

PAIVA, E.P.; MOTTA, M.C.S.; GRIEP, R.H. Barriers related to screening examinations for prostate cancer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n. 1, p.73-80, 2011.

PIANTINO, C. B.; RIBEIRO, M. C.; MORAIS, P. D. G.; RABELO, N. F.; SOUZA, F. A.; BELUOMINI, I. P.; PIMENTA, R. C. A.; MOURA, J. P. Perfil clínico epidemiológico do câncer de próstata em um hospital de referência em passos, Minas Gerais. **Revista Ciência et práxis**. v. 7, n. 14, p. 35-38, 2017.

PIMENTA, R. C. Perfil clínico epidemiológico do câncer de próstata em um hospital de referência em Passos, Minas Gerais. **Revista Ciência et Praxis**. v. 7, n. 14, p. 35-38, 2017.

PINTO, B. K.; MUNIZ, R. M.; SCHWARTZ, E.; BUDÓ, M. L. D.; HECK, R. M. Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural. **Rev BrasEnferm**. v. 67, n. 6, p. 942-8, 2014.

PORTO, S.M.; CARVALHO, G.B.; FERNANDES, M.J.M; FERREIRA, C.B. Vivências de homens frente ao diagnóstico de câncer de próstata. **Revista Ciência e Saúde**. Porto Alegre, v. 9, n. 2, 2016.

PRODANOV, C.C; FREITAS, E.C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**, 2ª Edição. Editora Feevale, RS. 2013.

QUIJADA, P. D.; FERNANDES, P. A.; RAMOS, B, S.; SANTOS, B. M S. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de próstata. **Revista Cuidarte**. v. 8, n. 3, 2017.

RIBEIRO, J. P.; CARDOSO, L. S.; PERREIRA, C. M. S.; SILVA, B. T.; BUBOLZ, B. K.; CASTRO, C. K. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. **Revista cuidado é fundamental**. V. 8, n. 4, p. 5136-5142, 2016.

ROCHA, E. M.; MEDEIROS, A. D. L.; RODRIGUES, K. S. L. F.; CRUZ, J. P. M.; SIQUEIRA, M. F. C.; FARIAS, E. F. N.; LEMES, A. G. A política nacional de saúde do homem e os desafios de sua implementação na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v.1, n. 15, 2016.

SANTOS, C. L. T.; SAWADA, N. O.; SANTOS, J. L. F. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1322-28, 2011.

SANTOS, G. E. O. **Cálculo amostral**: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 20/11/2016.

SANTOS, R. A.; PORTUGAL, F. B.; FELIX, J. D.; DOS SANTOS, P. M. D. O.; SIQUEIRA, M. M. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior: relevância dos fatores de risco álcool e tabaco. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 58, n. 1, p. 21-29, 2012.

SCHROETER, D. **Validação e reprodutibilidade de dois questionários específicos para avaliação qualidade de vida de pacientes com câncer de ovário**. 2011. 155f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SCUSSEL, M. R. R. MACHADO, D. M. Política nacional de assistência integral à saúde do homem: uma revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**. V. 5, n. 2, p. 235-244. 2017.

SERAFIM, D. P.; CARDOZO, L. M. W.; SCHUMACHER, B. Homens com diagnóstico de câncer de próstata: enfrentamentos e adaptações. **Revista de Atenção à Saúde**. v. 15, n. 52, p. 29-37, 2017.

SILVA, J. A.; HANSEL, C. G.; DA SILVA, J. Qualidade de vida na perspectiva de idosos com câncer: implicações para enfermagem na atenção básica [Quality of life from the perspective of older adults with cancer: primary care nursing implications]. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. v. 24, n. 3, 2016.

SILVA, L. L. N. B.; RABELO, D. F. Afetividade e conflito nas díades familiares, capacidade funcional e expectativa de cuidado de idosos. **Pensando famílias**, v. 21, n. 1, p. 80-91, 2017.

SIMÃO, D. A. S.; AGUIAR, A. N.A.; SOUZA, R. S.; CAPTEIN, K. M.; MANZO, B. F.; TEIXEIRA, A. L. Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. **Enfermagem em Foco**. v. 8, n. 2, 2017.

SOARES, I. C. **Qualidade de vida de homens com câncer de próstata**. 79f. 2012. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde). Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Câncer de próstata**. São Paulo (SP): SBU; 2016. Disponível em: <<http://www.sbu-sp.org.br/site/index.php/tire-suas-duvidas-videos/articles/cancer-deprostata.html>>. Acesso em: 21 e julho de 2016.

SWAMINATHAN, V.; AUDISIO, R. Cancer in older patients: an analysis of elderly oncology. **E-cancer Medical Science**. v. 6, 2012.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 10, p.1403-1409, 1994.

TONETI, B. F.; DE PAULA, J. M.; NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos com câncer em tratamento adjuvante. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 15, n. 6, 2015.

VIEIRA, C. G.; ARAÚJO, W. S.; VARGAS, D. R.M. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. **Revista científica do ITPAC**, v. 5, n. 1, 2012.

VISONÁ, F.; PREVEDELLO, M.; DE SOUZA, E. N. Câncer na família: percepções de familiares. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 1, p. 145-155, 2012.

WANDERBROOKE, A. C. N. S. Cuidando de um familiar com câncer. **Revista Psicologia Argumento**, v. 23, n. 41, 2017.

ZACCHI, S.R.; AMORIM, M.H.C.; SOUZA, M.A.C.D., MIOTTO, M.H.M.D.B.; ZANDONADE, E. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento inicial em homens com câncer de próstata. **Caderno Saúde Coletiva**. v. 22, n. 1, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário aspectos socioeconômicos, demográficos, estilo de vida e de clínico de homens com câncer de próstata.

Nome: _____

Data do preenchimento ____/____/____

Formulário nº _____

Prontuário: _____

Pergunta B: Qual a sua idade (em anos)?

1. 31-40
2. 41-50
3. 51-60
4. 61-70
5. 71-80
6. 81-90

Pergunta C: Qual sua raça/cor autodeclarada?

1. Branca
2. Preta
3. Amarela
4. Parda
5. Indígena

Pergunta D: Qual sua profissão?

1. Aposentado
2. Lavrador
3. Corretor de imóveis
4. Pescador
5. Vigia
6. Pedreiro
7. Desempregado
8. Funcionário público
9. Mecânico
10. Carpinteiro
11. Cozinheiro
12. Motorista
13. Engenheiro agrônomo
14. Eletricista
15. Comerciante

Pergunta E: Qual sua renda mensal?

1. 0 a 2 salários mínimos
2. 3 a 4 salários mínimos
3. 5 ou mais salários mínimos
4. Outro

Pergunta F: Qual seu grau de escolaridade?

1. Analfabeto
2. 1ª a 9ª ano do Ensino Fundamental completo (antiga 1ª a 8ª série)
3. 1ª a 9ª ano do Ensino Fundamental incompleto (antiga 1ª a 8ª série)

4. Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
5. Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau
6. Educação superior incompleta
7. Educação superior completa

Pergunta G: Qual sua procedência?

1. São Luís (cidade)
2. Ilha de São Luis
3. Interior do MA
4. Outro

Pergunta H: Qual sua religião?

1. Católica
2. Evangélica
3. Não tem religião
4. Outra

Pergunta I: Estado civil?

1. Casado/união estável
2. Solteiro
3. Separado/divorciado
4. Viúvo

Pergunta J: Tem filhos vivo?

1. Sim 1
2. Sim 2 a 3
3. Sim 4 ou mais
4. Não

Pergunta K: Quem é o cuidador do senhor em casa?

1. Filho (a)
2. Esposa
3. Parentes
4. Vizinhos
5. Mãe
6. Pai
7. Outros

Pergunta L: Quantas pessoas moram com o senhor?

1. 1 a 2
2. 3 a 4
3. Mais de 5

Pergunta M: Você tem o hábito de fumar?

1. Sim
2. Não
3. Parou mais de 1 ano
4. Parou mais de 5 anos
5. Parou mais de 10 anos
6. Parou mais de 15 anos

7. Parou mais de 20 anos
8. Parou mais de 30 anos
9. Parou mais de 40 anos

Pergunta N: Você tem o hábito de ingerir bebida alcoólica?

1. Sim
2. Não
3. Parou mais de 1 ano
4. Parou mais de 5 anos
5. Parou mais de 10 anos
6. Parou mais de 15 anos
7. Parou mais de 20 anos
8. Parou mais de 30 anos
9. Parou mais de 40 anos

Pergunta O: Realiza atividade física regular?

1. Sim
2. Não

Pergunta P: Tem história de câncer na família?

1. Não
2. Sim (de próstata)
3. Sim (outro tipo de câncer)

Pergunta Q: Com qual idade recebeu o diagnóstico?

1. 28 anos
2. 31 a 40 anos
3. 41 a 50 anos
4. 51 a 60 anos
5. 61 a 70 anos
6. 71 a 80 anos
7. 81 a 90 anos

Pergunta R: Quando iniciou o tratamento/ tempo de tratamento?

1. 6 meses a 1 ano
2. 1 ano
3. 2 anos
4. 3 anos
5. 4 anos
6. 5 anos
7. 6 anos
8. 7 anos
9. 10 anos

Pergunta S: Qual tratamento já realizou?

1. Cirurgia
2. Radioterapia
3. Quimioterapia
4. Cirurgia + radioterapia
5. Cirurgia + radioterapia + quimioterapia

6. Quimioterapia + radioterapia
7. Cirurgia + quimioterapia
8. Hormonioterapia (considerar mesma resposta 3)

Pergunta T: Recebe ajuda financeira de alguém?

1. Familiar
2. Prefeitura
3. Vizinhos
4. Amigos
5. Não recebe ajuda

Pergunta U: Alguém da família necessitou se ausentar das atividades de trabalho para cuidar do senhor?

1. Sim
2. Não

Pergunta V: Quem acompanha o senhor nos atendimentos ambulatoriais?

1. Filho(a)
2. Esposa
3. Parentes
4. Vizinhos
5. Mãe
6. Pai
7. Cuidador
8. Outros

Pergunta W: Antes de apresentar o diagnóstico de câncer, o senhor tinha o hábito de procurar por cuidado de saúde/ir ao médico?

1. Para prevenção de problemas de saúde (pelo menos 1 vez ao ano)
2. Somente quando apresentava algum problema
3. Após não sanar o problema de saúde com automedicação
4. Nunca procurava

Pergunta X: Convive com o câncer de próstata há quanto tempo?

1. 6 a 11 meses
2. 1 ano
3. 2 anos
4. 3 anos
5. 4 anos
6. 5 anos
7. 6 anos
8. 7 anos
9. 8 anos
10. 9 a 10 anos

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “**FATORES ASSOCIADOS A QUALIDADE DE VIDA DO HOMEM COM CÂNCER DE PRÓSTATA**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Mayra Sharlenne Moraes Araújo e Ana Hélia de Lima Sardinha.

Nesta pesquisa nós estamos buscando descrever o perfil sociodemográfico, avaliar a qualidade de vida do portador de câncer de próstata e verificar associações entre as variáveis e os níveis da qualidade de vida.

Na sua participação o senhor será submetido a dois questionários, um sociodemográfico específico e um para avaliar sua qualidade de vida, em algum momento poderá ser entrevistado com utilização de um gravador, sendo que após a transcrição das gravações para a pesquisa as mesmas serão desgravadas.

Em nenhum momento o senhor será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

O senhor não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos da sua participação consistem à possibilidade de o Sr. lembrar fatos ou passagens marcantes capazes de produzir alterações emocionais relacionados ao envolvimento que naturalmente acontece nos momentos das entrevistas. O benefício imediato pode ser a chance de discutir como o senhor se sente, e refletir sobre o câncer e suas consequências, ressaltando que a discussão sobre o tema trará reflexões aos profissionais, pesquisadores e estudantes, visando uma melhoria na qualidade de vida e da assistência aos pacientes com câncer.

O senhor é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Mayra Sharlenne Moraes Araújo ou com a Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, na Avenida dos Portugueses, 1966, Bacanga – CEP: 65080-805, São Luís-MA, pelo telefone 3272-9701 no horário das 8 h às 12 h e das 14h às 18 h ou nos seguintes endereços eletrônicos: mayra_sharlenne@hotmail.com ou anahsardinha@ibest.com.br. Poderá também entrar em contato o CEP- Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone (98) 2109 1250 no horário das 8 h às 12 h e das 14h às 18 h ou no seguinte endereço: rua Barão de Itapary, nº 227, Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Presidente Dutra, 4º andar. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

São Luís, _____ de _____ de 2017

Ana Hélia de Lima Sardinha

Mayra Sharlenne Moraes Araújo

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

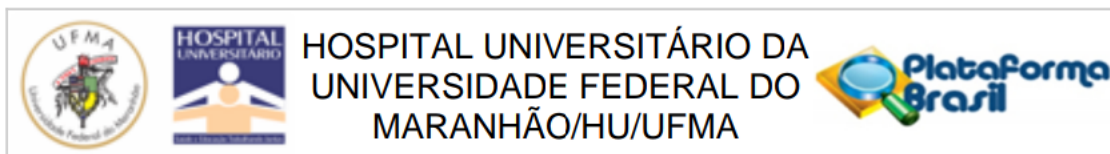
Participante da pesquisa

APÊNDICE C – Tabela matriz de correlação entre os domínios e escalas dos questionários C-30. Onde: A= fadiga; B = Náuseas e vômito; C = Dor; D = Dispneia; E = Insônia; F = Perda de apetite; G = Constipação; H = Diarreia; I = Dificuldade financeira; J= Função física; K = Desempenho de papéis; L = Função emocional; M = Função cognitiva; N = Função social e O = Medida de Saúde Global (QVG).

Variáveis	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
A	-	0,33	0,72	0,48	0,57	0,44	0,05	0,14	0,20	-0,53	-0,35	-0,38	-0,52	-0,29	-0,37
B	0,33	-	0,39	0,23	0,20	0,59	-0,00	0,16	0,11	-0,22	-0,29	-0,11	-0,23	-0,23	-0,23
C	0,72	0,39	-	0,35	0,51	0,55	-0,00	0,17	0,22	-0,45	-0,39	-0,34	-0,43	-0,34	-0,44
D	0,48	0,23	0,35	-	0,26	0,25	0,01	-0,07	0,05	-0,47	-0,17	-0,30	-0,16	-0,26	-0,25
E	0,57	0,20	0,51	0,26	-	0,30	0,01	-0,05	0,10	-0,29	-0,39	-0,34	-0,39	-0,31	-0,33
F	0,44	0,59	0,55	0,25	0,30	-	-0,02	0,01	0,14	-0,36	-0,37	-0,20	-0,26	-0,33	-0,37
G	0,05	-0,00	-0,00	0,01	0,01	-0,02	-	0,05	0,06	0,05	-0,08	-0,38	-0,25	-0,06	-0,11
H	0,14	0,16	0,17	-0,07	-0,05	0,01	0,05	-	0,12	0,02	-0,07	-0,03	-0,30	-0,04	-0,15
I	0,20	0,11	0,22	0,05	0,10	0,14	0,06	0,12	-	-0,23	-0,10	-0,03	-0,22	-0,28	-0,18
J	-0,53	-0,22	-0,45	-0,47	-0,29	-0,36	0,05	0,02	-0,23	-	0,34	0,24	0,33	0,25	0,30
K	-0,35	-0,29	-0,39	-0,17	-0,39	-0,37	-0,08	-0,07	-0,10	0,34	-	0,11	0,37	0,31	0,37
L	-0,38	-0,11	-0,34	-0,30	-0,34	-0,20	-0,38	-0,03	-0,03	0,24	0,11	-	0,40	0,25	0,40
M	-0,52	-0,23	-0,43	-0,16	-0,39	-0,26	-0,25	-0,30	-0,22	0,33	0,37	0,40	-	0,27	0,43
N	-0,29	-0,23	-0,34	-0,26	-0,31	-0,33	-0,06	-0,04	-0,28	0,25	0,31	0,25	0,27	-	0,51
O	-0,37	-0,23	-0,44	-0,25	-0,33	-0,37	-0,11	-0,15	-0,18	0,30	0,37	0,40	0,43	0,51	-

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HOMENS E MULHERES COM CÂNCER: SIGNIFICADOS, PERCEPÇÕES E IMPLICAÇÕES

Pesquisador: Ana Hélia de Lima Sardinha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58484616.3.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.749.940

Apresentação do Projeto:

O câncer é uma doença crônico-degenerativa multicausal e atualmente é um grande problema de saúde pública mundial tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Existem fatores determinantes de vários tipos de câncer, muitos deles são hereditários, entretanto, a interação com fatores como, os hábitos de vida dos indivíduos e suas condições socioeconômicas, demográficas e ambientais determina um risco aumentado do adoecimento. No ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos

incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O objetivo consistirá em avaliar os significados, percepções e implicações dos homens e mulheres com câncer, atendidas em hospital de referência em tratamento do câncer no Maranhão. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem mista baseado nos pressupostos de pesquisas qualitativa e quantitativa. A pesquisa será desenvolvida no Hospital do Câncer Aldenora Bello (HCAB), localizado em São Luís do Maranhão, atualmente o único Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do estado do Maranhão. Serão utilizados questionários validados com perguntas fechadas para a obtenção de dados quantitativos e um roteiro de entrevista para os dados qualitativos. Os dados quantitativos serão importados para o software de tratamento estatístico STATA 14, onde serão gerados

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

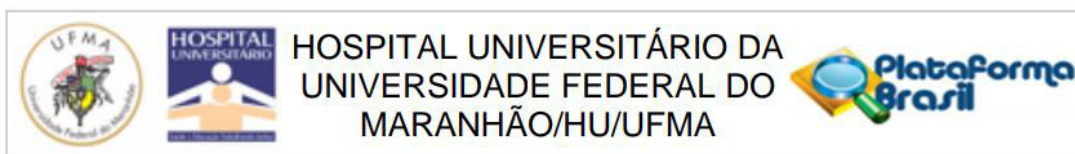
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.749.940

gráficos e tabelas, analisados e discutidos à luz da literatura. A análise qualitativa será interpretado demonstrando a peculiaridade de cada participante da pesquisa mediante as questões norteadoras.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os significados, percepções e implicações dos homens e mulheres com câncer.

Objetivo Secundário:

Caracterizar variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas dos homens e mulheres com câncer.

Correlacionar os indicadores socioeconômicos e demográficos e clínicos dos homens e mulheres com câncer;

Verificar a percepção qualidade de vida dos homens e mulheres com câncer;

Identificar a qualidade de vida dos cuidadores de homens e mulheres com câncer;

Identificar a imagem corporal autorreferida dos homens e mulheres com câncer;

Descrever os significados dos cuidados para os homens e mulheres com câncer;

Descrever o significado de cuidar de paciente com câncer para os cuidadores e os profissionais de enfermagem;

Conhecer as percepções dos homens e mulheres ao enfrentarem o câncer;

Conhecer as implicações do câncer para os homens e mulheres;

Descrever a satisfação dos usuários a cerca da assistência de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisadora refere que: "O risco aos participantes será de ordem emocional, relacionados ao envolvimento que naturalmente acontece nos momentos das entrevistas, quando surgem sentimentos que podem estar relacionado às perguntas formuladas."

Benefícios:

Segundo a pesquisadora: "Os benefícios estão relacionados à relevância social a partir do momento em que a discussão sobre o tema trará reflexões aos usuários, cuidadores e os profissionais de enfermagem oportunizando os participantes a discutirem sobre o entendimento do significado, percepções e implicações do câncer, visando à melhoria da assistência dos

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

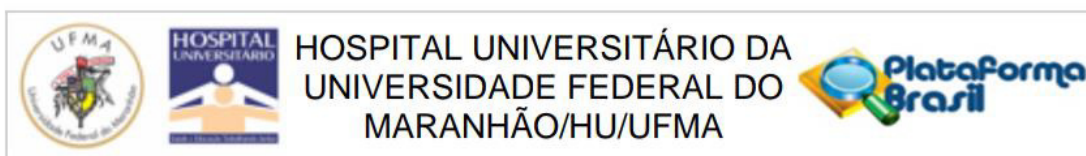
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.749.940

mesmos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante que pretende avaliar os significados, percepções e implicações dos homens e mulheres com câncer e poderá contribuir para o entendimento dos significados, percepções e implicações que acometem os homens e mulheres com câncer, visando à melhoria da assistência dos mesmos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3).

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

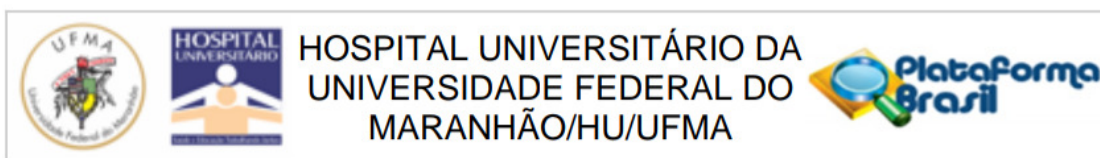
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.749.940

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEP-HUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O pesquisador deve: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP quando solicitado; e encaminhar os resultados para publicação sejam eles favoráveis ou não e justificar ao CEP caso haja interrupção do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_765097.pdf	02/09/2016 08:34:09		Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	02/09/2016 08:33:21	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_cancer2.docx	02/09/2016 08:32:47	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Cancer_usuario2.pdf	02/09/2016 08:32:16	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cancer_profissionais2.pdf	02/09/2016 08:31:55	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cancer_cuidador2.pdf	02/09/2016 08:31:34	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	questionario3.pdf	28/07/2016 12:35:58	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	questionario1.pdf	28/07/2016 12:35:06	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	questionario2.pdf	28/07/2016 12:34:23	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	termo_de_autorizacao.pdf	28/07/2016 12:31:47	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	termo_de_compromisso.PDF	28/07/2016 12:20:16	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	termo_de_anuencia.PDF	28/07/2016 12:19:38	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

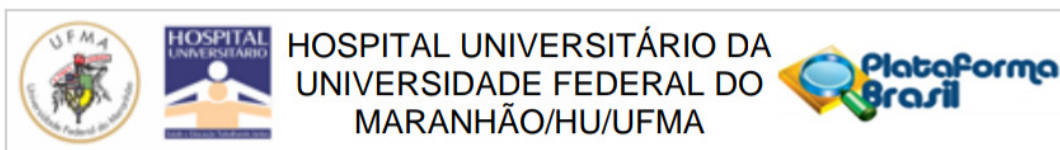
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.749.940

Outros	declaracao_de_responsabilidsde.PDF	28/07/2016 12:19:11	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	28/07/2016 11:39:09	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 28 de Setembro de 2016

Assinado por:

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br

ANEXO B – QUESTIONÁRIO EORTC QLQ C30

EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Por favor, responda você mesmo/a a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

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

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

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

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

ANEXO B - CONTINUAÇÃO

Durante a última semana :	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Óptima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Óptima