

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Autoestima, ansiedade e depressão em homens submetidos à
prostatectomia radical

GLAUCIA BUENO SOARES

SÃO CARLOS

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Autoestima, ansiedade e depressão em homens submetidos à
prostatectomia radical

GLAUCIA BUENO SOARES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

Orientação: Anamaria Alves Napoleão

São Carlos
2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

S676aa

Soares, Glaucia Bueno.

Autoestima, ansiedade e depressão em homens submetidos à prostatectomia radical / Glaucia Bueno Soares. -- São Carlos : UFSCar, 2014.

86 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Enfermagem. 2. Próstata - câncer. 3. Prostatectomia. 4. Autoestima. 5. Ansiedade. 6. Depressão. I. Título.

CDD: 610.73 (20^a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: GLAUCIA BUENO SOARES

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 02/09/2014
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:**

Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão
(Orientadora – PPGenf/UFSCar)

Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi
(DGero/UFSCar)

Profa. Dra. Namie Okino Sawada
(EERP/USP)

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo

Dedicatória

*Aos meus pais, **Tadeu e Suely***

Por me darem a vida, amor e apoio incondicional, pelo exemplo de pessoas dignas, honestas e perseverantes, e por estarem sempre ao meu lado.

*Ao meu noivo, **Rodrigo***

Pelo apoio, carinho e amor que me dedica todos os dias, pela compreensão em todos os momentos e pela ajuda que sempre ofereceu e deu.

*Aos meus irmãos, **Glenda e Glauber***

Que me alegraram mesmo nos dias mais difíceis.

À vocês dedico meu amor e carinho eterno...

Agradecimentos

À Deus, pela presença constante em minha vida, me ouvindo e oferecendo Seu amor quando mais preciso.

À Prof.^a Dr.^a Anamaria Alves Napoleão, minha admiração, respeito, e minha gratidão eterna por ter aceitado ser minha mentora, pela paciência e pelos valiosos ensinamentos.

À Prof.^a Dr.^a Fabiana de Souza Orlandi, pelas imprescindíveis contribuições no exame de qualificação e durante todo o desenvolvimento do trabalho, pela serenidade e paciência.

À Prof.^a Dr.^a Namie Okino Sawada, pelas grandes contribuições no Exame de Qualificação.

Às minhas colegas de mestrado Lívia e Bianca, por terem compartilhado comigo os momentos mais importantes desta jornada acadêmica.

À aluna de iniciação científica Tamires, pela ajuda em tornar este trabalho realidade.

Aos funcionários do Centro Municipal de Especialidades de São Carlos, setor de oncologia, em especial à Enfermeira Liliam Biazin Silveira, que contribuiu imensamente para viabilizar a coleta de dados.

Aos médicos urologistas Helder Claret Losso Polido, Armando Polido Júnior e Ivan Carlo de Manzano Linjardi, que acreditaram neste trabalho e contribuíram imensamente para sua realização.

Aos meus colegas de trabalho do Senac São Carlos: Milene, Gelson, Joseli, Juliana, Lilian, Rafael e Renate, minha eterna gratidão pelo apoio e pelos esforços dispendidos no transcorrer do mestrado.

Às minhas queridas amigas Bruna, Ellys, Nara, Thaís e Cristina, que me acompanharam e apoiaram das mais diversas formas.

À todos os docentes e funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, por possibilitarem a realização de mais um sonho.

Aos homens que aceitaram participar do estudo, por contribuírem para a concretização deste trabalho.

*À todos aqueles que de alguma forma colaboraram para a realização deste trabalho,
Muito Obrigada.*

RESUMO

SOARES, G.B. **Autoestima, ansiedade e depressão em homens submetidos à prostatectomia radical**. 2014 – Dissertação de Mestrado – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais comum entre os homens, e apesar da alta incidência, possui bom prognóstico se diagnosticado e tratado precocemente. A prostatectomia radical é considerada o tratamento padrão ouro, porém pode acarretar complicações como incontinência urinária, disfunção erétil, estenose de uretra e lesão de reto. Pode haver também acometimento psicológico decorrente do diagnóstico do câncer de próstata e das complicações cirúrgicas, possibilitando o aparecimento de sintomas de ansiedade e depressão além do comprometimento da autoestima. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar a autoestima, ansiedade e depressão em homens submetidos à prostatectomia radical. Tratou-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. A amostra foi composta de 40 homens entre 3 e 50 meses após prostatectomia radical, que se encontravam em acompanhamento em dois serviços ambulatoriais. Para a coleta dos dados, foi utilizado um instrumento de caracterização sociodemográfica, econômica e clínica, a Escala de autoestima de Rosenberg para avaliação da autoestima, e a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) para avaliação da ansiedade e da depressão. Os homens possuíam média de idade de 65,42 anos ($\pm 6,66$) com média de tempo pós prostatectomia de 21,85 meses ($\pm 12,91$). Apresentaram altos níveis de autoestima ($24,37 \pm 3,92$) e baixos escores de ansiedade ($4,96 \pm 3,14$) e depressão ($3,70 \pm 3,03$). A faixa etária entre 50 e 59 anos apresentou menor autoestima ($20,86$; $p=0,014$). Os homens categorizados como casos para depressão apresentaram maior média de idade ($74,00$; $p=0,037$) e menor autoestima ($13,00$; $p=0,005$). Observou-se correlação negativa, de moderada magnitude, com significância estatística, entre a autoestima e o tempo pós prostatectomia ($r= -0,326$), a ansiedade ($r= -0,385$) e a depressão ($r= -0,532$). Houve também correlação positiva, de moderada magnitude, entre a ansiedade e a depressão ($r=0,529$) com significância estatística. Conclui-se que os homens apresentaram bons escores relacionados à autoestima, ansiedade e

depressão e que estas variáveis possuem correlação entre si. Apenas a autoestima obteve correlação com o tempo pós prostatectomia.

Descritores: Câncer de Próstata, Prostatectomia Radical, Autoestima, Ansiedade, Depressão.

ABSTRACT

SOARES, G.B. **Self-esteem, anxiety and depression between men submitted to radical prostatectomy**. 2014 – Master Dissertation – Nursing Department, Federal University of São Carlos, São Carlos, 2014.

Prostate cancer is the second most common cancer between men, and, despite the high incidence rate, has a good prognosis if diagnosed and treated early. Radical prostatectomy is considered the gold standard treatment, but it can cause complications, such as urinary incontinence, erectile dysfunction, urethral stenosis and injury of the rectum. It might also lead to psychological effects, due to the prostate cancer diagnosis itself and also surgical complications, which can cause symptoms of anxiety and depression, as well as loss of self-esteem. Therefore, this study aimed to evaluate self-esteem, anxiety and depression among men who went through radical prostatectomy. This was a cross sectional study with a quantitative approach. The sample consisted of 40 men who had been submitted to radical prostatectomy from 3 months to 5 years prior to this analysis, and which were treated in two different outpatient services. Two instruments were used for data collection, an instrument of socio-demographic, clinical and economic analysis, the Rosenberg self-esteem scale, in order to evaluate self-esteem, and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), to evaluate anxiety and depression. The average age of the men who volunteered to this study was 65.42 years (± 6.66), with average post-prostatectomy time of 21.85 months (± 12.91). They presented high self-esteem rate (24.37 ± 3.92) and low anxiety (4.96 ± 3.14) and depression (3.70 ± 3.03) scores. The group with men who were between 50 and 59 years old showed lower self-esteem rates (20.86 , $p = 0,014$). The individuals who had been diagnosed with depression had higher average age (74.00 , $p = 0.037$) and lower self-esteem (13.00 , $p = 0.005$). It was also observed negative correlation, of moderate magnitude, and with statistical significance, between self-esteem and the following factors: time after prostatectomy ($r = -0.326$), anxiety ($r = -0.385$) and depression. There was also a positive correlation, of moderate magnitude, between anxiety and depression ($r = 0.529$), with statistically significant. It is possible to conclude that these men achieved good self-esteem, anxiety and

depression, and also that these variables are correlated. Only self-esteem, however, presented correlation with the post prostatectomy time.

Descriptors: Prostate Cancer, Radical Prostatectomy, Self-esteem, Anxiety, Depression.

Lista de Tabelas

Tabela 1-	Distribuição da amostra de acordo com a categorização sociodemográfica e econômica. São Carlos, 2014.....	36
Tabela 2-	Distribuição sociodemográfica da amostra segundo média, desvio-padrão, mediana, valores mínimo e máximo. São Carlos, 2014.....	38
Tabela 3-	Distribuição da amostra segundo características clínicas. São Carlos, 2014.....	39
Tabela 4-	Distribuição da amostra segundo grupo de doenças e grupo de medicamentos. São Carlos, 2014.....	40
Tabela 5-	Distribuição das variáveis da EAER segundo média, desvio-padrão, mediana e números mínimo e máximo conforme as respostas dos homens prostatectomizados. São Carlos, 2014..	41
Tabela 6-	Distribuição das variáveis da HADS segundo média, desvio-padrão, mediana e números mínimo e máximo conforme as respostas dos homens prostatectomizados.....	43
Tabela 7-	Distribuição da amostra segundo as categorias de ansiedade (HADS-A) e depressão (HADS-D). São Carlos, 2014.....	45
Tabela 8-	Distribuição dos escores médios de EAER, HADS-A e HADS-D segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas da amostra. São Carlos, 2014.....	45
Tabela 9-	Distribuição dos escores médios de EAER, HADS-A e HADS-D segundo as variáveis clínicas da amostra. São Carlos, 2014..	48
Tabela 10-	Distribuição dos escores médios das variáveis idade, tempo pós prostatectomia e EAER segundo as categorias do HADS. São Carlos, 2014.....	50
Tabela 11-	Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis idade, tempo pós prostatectomia, EAER, HADS-A e HADS-D, aplicadas à amostra. São Carlos, 2014.....	52

Lista de Abreviaturas e Siglas

EAER – Escala de autoestima de Rosenberg

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

HADS-A – Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety

HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale - Depression

INCA – Instituto Nacional de Câncer

IVC – Índice de validade de conteúdo

PSA – Antígeno prostático específico

SPSS – Statistical Peckage for the Sciences

TPP – Tempo pós prostatectomia

Sumário

1. Introdução.....	14
1.1. Câncer de próstata.....	14
1.2. Prostatectomia Radical.....	18
1.3. Possíveis comprometimentos psicológicos: Autoestima, ansiedade e depressão..	21
1.4. O Papel da Enfermagem.....	24
2. Objetivos.....	27
2.1 Objetivo Geral.....	27
2.2 Objetivos Específicos.....	27
3. Material e Método	29
3.1. Tipo de estudo.....	29
3.2. Local do estudo.....	29
3.3 População e Amostra.....	29
3.4 Procedimentos Metodológicos.....	30
3.4.1. Instrumentos de Coleta de Dados	30
3.5. Análise dos Dados.....	32
3.6 Aspectos Éticos Legais.....	33
4. RESULTADOS	36
4.1. Caracterização sociodemográfica e econômica.....	36
4.2. Características Clínicas	38
4.3. Característica da autoestima	41
4.4. Características da ansiedade e depressão	42
5. Discussão	54
5.1. Dados sociodemográficos, econômicos e clínicos.....	54
5.2. Autoestima, ansiedade e depressão	57
6. Conclusão.....	62
7. Referências.....	64
APÊNDICES.....	72
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	72

APÊNDICE B - Instrumento de caracterização sociodemográfica, econômica e clínica	74
APÊNDICE C – Carta Explicativa aos Juízes	77
APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO ...	79
APÊNDICE E – Parecer Consubstanciado do CEP	83
ANEXO A - Escala de Autoestima de Rosenberg.....	86

INTRODUÇÃO

1. Introdução

1.1. Câncer de próstata

O câncer, considerado por muito tempo uma doença de países desenvolvidos, está apresentando aumento na sua incidência e prevalência nos países em desenvolvimento devido às mudanças no perfil da população e ao desenvolvimento socioeconômico das últimas décadas. Desta forma, hoje é considerado um problema de saúde pública em todo mundo. O câncer, assim como outras doenças crônicas, tem se tornado cada vez mais prevalente devido ao envelhecimento da população mundial, necessitando de mais recursos e maior atenção por provocar danos significativos nas famílias as quais acomete (INCA, 2011).

O Brasil iniciou, a partir da década de 1960, seu processo de transição epidemiológica, ou seja, as doenças crônicas não transmissíveis passaram a ser responsáveis pelos maiores índices de morbimortalidade em comparação com as doenças infecciosas e parasitárias. O câncer foi se tornando uma das mais importantes doenças crônico-degenerativas em ascensão (INCA, 2011).

No Brasil, a estimativa de câncer realizada para 2010 e 2011 foi de 489.270 novos casos (BRASIL, 2009), enquanto que a estimativa para os anos de 2012 e 2013 foi de 518.510 casos novos, sendo os tipos de cânceres esperados com as maiores incidências os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide para o sexo feminino (INCA, 2011).

Nos países desenvolvidos, o câncer de próstata representa 15% de todos os cânceres masculinos, comparado com uma frequência de 4% nos países em desenvolvimento (HEIDENREICH et al., 2011).

O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer que mais afeta os homens, estando atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Estima-se que o ano de 2012 teve 62 casos novos a cada 100.000 homens, sendo o tipo de câncer masculino mais incidente nas regiões sudeste e nordeste. Apesar de ser um câncer de alta incidência, possui bom prognóstico se diagnosticado e tratado precocemente (BRASIL, 2002; INCA, 2011). Sua taxa de mortalidade corresponde a 12% dentre os tipos de cânceres que acometem os homens (BRASIL, 2002).

O impacto que o câncer pode provocar no cotidiano pode ser determinante para mudanças na qualidade de vida. O homem é parcialmente restrito ou deixa de exercer papéis socialmente associados a ele, como trabalhar, prover o sustento da família, praticar atividade física e ser sexualmente ativo. Passa a adotar atividades comumente ligadas às mulheres, como cuidar da alimentação, realizar exames e ir ao médico regularmente. Essas mudanças podem ser difíceis de aceitar (CECIL, McCAUGHANE, PARAHOO; 2010).

Dentre os fatores de risco mais importantes evidenciados para o aparecimento do câncer de próstata destaca-se a idade, sendo que tanto a prevalência quanto a incidência aumentam significativamente após os 50 anos de idade, e o histórico familiar da doença entre pai ou irmãos com menos de 60 anos de idade (BRASIL, 2002). O câncer de próstata hereditário é diagnosticado, em média, 6 a 7 anos antes que o câncer esporádico (BRATT, 2002). A influência da alimentação ainda é incerta, porém pode existir uma relação entre a diminuição da incidência do câncer de próstata com uma dieta saudável (BRASIL, 2002).

Ainda não há indícios suficientes sobre a eficácia do rastreamento do câncer de próstata para a criação de programas voltados para a prevenção, a decisão de se submeter a procedimentos para a detecção precoce deve surgir a partir de um consenso entre o homem e o médico, levando-se em conta as informações disponíveis e as diferentes vantagens e inconvenientes (HEIDENREICH et al., 2011). A busca do homem pelos serviços de saúde para detecção precoce do câncer de próstata ainda é muito baixa quando comparada com as mulheres, constituindo uma população vulnerável em relação à promoção da saúde, principalmente os homens idosos e de meia idade. As principais barreiras para a procura do serviço de saúde são falta de sintomas, ausência de histórico familiar de câncer de próstata, medo do câncer e vergonha em relação aos exames necessários para o rastreamento do câncer de próstata (HANNÖVER; KÖPKE; HANNICH, 2010; FERRANTE; SHAW; SCOTT, 2011).

Para realização da prevenção e detecção do câncer de próstata, os exames diagnósticos mais utilizados são o toque prostático, os níveis séricos de Antígeno Prostático Específico (PSA) sanguíneos, e a biópsia guiada por ultrassom transretal para estudo histopatológico (BRASIL, 2002; HEIDENREICH et al., 2011). O toque prostático é recomendável para escolha do tratamento e para avaliar o estadiamento da doença, porém há limitações, já que este procedimento possibilita a

palpação da parte posterior e laterais da próstata, deixando de identificar de 40% a 50% de tumores na próstata. A realização do PSA juntamente com o toque prostático está indicada para homens acima de 50 anos, sendo considerado o nível normal de PSA abaixo de 4 ng/ml (BRASIL, 2002).

Alguns estudos sugerem uma determinação inicial do PSA aos 40 anos de idade, com recomendação de intervalos de oito anos para homens com níveis de PSA ≤ 1 ng/ml, não sendo consideradas necessárias análises adicionais de PSA para homens com mais de 75 anos com um PSA inicial ≤ 3 ng/ml pelo risco extremamente baixo de mortalidade pelo câncer de próstata (HEIDENREICH et al., 2011).

O diagnóstico definitivo de câncer de próstata baseia-se na análise histopatológica (VAN DER KWAST et al., 2003). A realização do estudo histopatológico poderá ser indicada quando houver anormalidades no toque prostático ou nos níveis de PSA, devendo-se levar em conta também a idade do homem, possíveis comorbidades e as consequências terapêuticas (BRASIL, 2002; HEIDENREICH et al., 2011). É utilizada a graduação histológica do sistema de Gleason, que fornece dados sobre a provável taxa de crescimento do tumor, sua tendência à disseminação e auxilia na escolha do melhor tratamento. As células tumorais são comparadas com células normais da próstata, e quanto mais diferentes elas forem, mais agressivo será o tumor (BRASIL, 2002). Uma característica importante do sistema de Gleason é que leva em conta a heterogeneidade de câncer de próstata, incluindo os padrões de crescimento mais proeminentes (VAN DER KWAST et al., 2003).

A escala de graduação varia de 1 a 5, sendo 1 o tumor na forma menos agressiva e o 5, o mais agressivo (BRASIL, 2002):

- Grau 1 – As células são, geralmente, uniformes e pequenas e formam glândulas regulares, com pouca variação de tamanho e forma, com bordos bem definidos, densamente agrupadas, distribuídas homoganeamente e com muito pouco estroma entre si.
- Grau 2 – As células variam mais em tamanho e forma e as glândulas, ainda uniformes, mostram-se frouxamente agrupadas e com bordos irregulares.
- Grau 3 – As células variam ainda mais em tamanho e forma, constituindo glândulas muito pequenas, uniformes, anguladas ou alongadas, individualizadas e anarquicamente espalhadas pelo estroma. Podem formar também massas fusiformes ou papilíferas, com bordas lisas.

- Grau 4 - Muitas das células estão fusionadas em grandes massas amorfas ou formando glândulas irregulares, que são distribuídas anarquicamente, exibindo infiltração irregular e invadindo os tecidos adjacentes. As glândulas podem apresentar, ainda, células pálidas e grandes, com padrão hipernefróide.

- Grau 5 – Tumor anaplásico. A maioria das células estão agrupadas em grandes massas que invadem os órgãos e tecidos vizinhos. As massas de células podem exibir necrose central, com padrão de comedocarcinoma. Muitas vezes, a diferenciação glandular pode não existir: padrão de crescimento infiltrativo tipo cordonal ou de células soltas.

Para obtenção do escore total de Gleason, são graduadas de 1 a 5 as duas áreas mais frequentes do tumor e os resultados são somados, fazendo com que o escore de Gleason varie entre 2 e 10 (BRASIL, 2002), sendo que:

- Gleason de 2 a 4 – existe cerca de 25% de chance de o câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, com dano em outros órgãos, afetando a sobrevida.

- Gleason de 5 a 7 - existe cerca de 50% de chance de o câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, com dano em outros órgãos, afetando a sobrevida.

- Gleason de 8 a 10 - existe cerca de 75% de chance de o câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, com dano em outros órgãos, afetando a sobrevida.

Os altos escores de Gleason sugerem maior mortalidade por câncer de próstata (ANDRÉN et al, 2006). O manejo terapêutico do câncer de próstata, mesmo na doença clinicamente localizada, tornou-se cada vez mais complexo devido às várias opções terapêuticas disponíveis específicas para cada estágio da doença (HEIDENREICH et al., 2011). Para seleção do tratamento apropriado, deve-se levar em consideração a idade, o estadiamento do tumor, o grau histológico, o tamanho da próstata, as comorbidades, a expectativa de vida, os anseios do paciente e os recursos técnicos disponíveis (BRASIL, 2002). Todas as formas de tratamento atuais podem resultar em complicações que precisam ser consideradas para futuras intervenções (COELHO et al, 2009; MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO, 2011).

Dentre os segmentos terapêuticos disponíveis temos a observação vigilante, a vigilância ativa, radioterapia e prostatectomia radical. A observação vigilante é indicada quando o paciente possui tumor de baixo grau histológico, mais

de 75 anos e expectativa de vida limitada. A observação vigilante é baseada em um tratamento tardio sintomático, não curativo, em pacientes que não são candidatos a uma terapia local agressiva. Já a vigilância ativa possui uma abordagem curativa, sendo uma opção para pacientes com câncer de próstata de baixo risco, inicialmente não tratados, mas que são seguidos e tratados com intenção curativa se a progressão ou a ameaça de progressão ocorrer durante o seguimento (HEIDENREICH et al., 2011). Os protocolos de vigilância ativa visam selecionar pacientes com características da doença, aplicando critérios rigorosos para a inclusão e acompanhamento. Este acompanhamento sistemático serve para fornecer identificação de qualquer mudança na classificação de risco ou a progressão da doença, de modo que o tratamento radical possa ser aplicado para aqueles que dele necessitam, evitando terapias invasivas em homens com persistência de baixo risco (BUL et. al., 2012).

A radioterapia é outra opção de tratamento, possuindo duas formas de aplicação: a radioterapia externa e a intersticial ou braquiterapia. A radioterapia externa é a opção recomendada para aqueles que possuem contra indicação de realizar o tratamento cirúrgico, porém podem apresentar complicações, como alterações gastrointestinais e cistite actínica. Já a braquiterapia é indicada em pacientes com bom prognóstico, ou em auxílio à radioterapia externa nos casos mais agressivos. Também pode levar a complicações, incluindo incontinência urinária, disfunção erétil e estenose de uretra ou colo-vesical. Porém o tratamento considerado padrão ouro para o câncer de próstata é a prostatectomia radical (BRASIL, 2002).

Pacientes diagnosticados com câncer de próstata que são submetidos a tratamento local com intenção curativa são geralmente acompanhados por pelo menos 10 anos ou até a idade avançada. A determinação dos níveis séricos de PSA em conjunto com histórico da doença podem ser complementados pelo toque retal se houver suspeita de doença recorrente (HEIDENREICH et al., 2011).

1.2. Prostatectomia Radical

A cirurgia de prostatectomia radical é a escolha inicial de tratamento para homens com câncer de próstata localizado, sendo mais indicados para esta técnica homens mais jovens, com trabalho de tempo integral, níveis mais elevados de escolaridade e níveis mais altos de renda, quando comparados aos homens que

receberam outros tipos de tratamentos. Pelo fato de oferecer riscos por ser um procedimento cirúrgico, a prostatectomia radical é indicada para pacientes com maior expectativa de vida (LEV et al, 2009).

A prostatectomia radical consiste na retirada cirúrgica da próstata, vesícula seminal e linfonodos adjacentes. Este é considerado o procedimento padrão ouro para o tratamento do câncer de próstata, sendo o tratamento de maior custo inicial quando comparado à braquiterapia e à radioterapia externa (BACHINO et al, 2011).

A prostatectomia radical pode ser feita através de cirurgia aberta ou de técnica laparoscópica. Estudos apontam benefícios significativos da laparoscopia sobre a cirurgia aberta, como, por exemplo, os benefícios estéticos, menor período de internação, diminuição do desconforto pós-operatório e uma menor taxa de transfusão sanguínea. Desta forma, a crescente inovação tecnológica, com auxílio de sistemas robóticos permitirão que cada vez mais sejam solicitadas técnicas minimamente invasivas para o tratamento do câncer de próstata localizado (CASTILLO; VIDAL-MORA; SÁNCHEZ-SALAS, 2011).

É preciso atentar-se também em relação ao tempo entre a descoberta do diagnóstico e a cirurgia, que deve ser discutido levando em conta a individualidade de cada homem. A espera prolongada pode ter um impacto negativo sobre a qualidade de vida e a ansiedade do paciente, além de prejudicar os resultados clínicos (BOUGARDE et al, 2013).

Entre os benefícios da prostatectomia radical, pode-se apontar o estadiamento preciso da doença, a referência do PSA como marcador mais confiável de controle do câncer, redução das mortes específicas por câncer de próstata demonstrada em estudos, potencial para poupar o nervo durante o procedimento, existência de resultados de longo prazo disponíveis (por prostatectomia radical aberta); e em comparação com tratamentos de radiação, menos problemas com a frequência urinária ou urgência, irritação retal e do intestino (SINGH; TRABULSI; GOMELLA, 2010).

Entre as limitações são apontados os riscos cirúrgicos (infecção, hemorragia, reação a anestesia, etc.), atividade física limitada no período de recuperação (2-4 semanas), incontinência urinária: 5% -20% (em geral, de esforço), disfunção erétil: até 50% em 5 anos (com a preservação do nervo, pode ser melhorada

através de terapias); contraturas do colo vesical: 1% -3%, linfocele com a abordagem retropúbica, lesão retal rara (SINGH; TRABULSI; GOMELLA, 2010).

No pós-operatório imediato, os homens tendem a ter uma queda em seu estado de saúde geral e em relação à doença, com melhoras significativas durante o primeiro ano pós-cirúrgico, e a função sexual tende a continuar melhorando durante o segundo ano após a cirurgia. Cinco anos pós prostatectomia, a função urinária se mantém estável na maioria dos casos, enquanto que os sujeitos submetidos à radiação têm tido prejuízos urinários progressivos (BERGMAN; LITWIN, 2012). Os piores prognósticos em relação à incontinência urinária após a prostatectomia radical estão relacionados com a idade e com o número de comorbidades (ANDERSON et al., 2012).

Assim como os outros tratamentos, também pode desencadear complicações como incontinência urinária, disfunção erétil, estenose de uretra ou colo-vesical, lesão de reto e as complicações decorrentes de cirurgias de grande porte (BRASIL, 2002). Os homens tratados para o câncer localizado de próstata com prostatectomia radical ou tratamento radioterápico comumente sobrevivem muitos anos com os efeitos colaterais desses tratamentos.

A incontinência urinária pós-prostatectomia é uma complicação de alto impacto na qualidade de vida do homem, além de ser de difícil tratamento, tendo como principal causa a insuficiência esfíncteriana. Possui uma incidência entre 2% e 87% naqueles submetidos à prostatectomia radical, sendo essa grande variação devido às diferenças entre as técnicas cirúrgicas empregadas e pelas diversas metodologias de avaliar a incontinência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2006).

Para avaliação e diagnóstico correto, deve-se levar em conta sinais e sintomas como incontinência de urgência, polaciúria, jato fino e fraco, quantidade das perdas, sua associação com a posição corporal e intensidade do esforço, incontinência postural ou incontinência durante o sono, micções ocasionais durante o dia. Além disso, deve-se descartar a presença de outros fatores predisponentes. O tratamento da incontinência pode ser feito por meio de técnicas não-invasivas e invasivas, tendo o esfíncter artificial como tratamento padrão ouro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2006).

A disfunção erétil é considerada a incapacidade persistente em obter e manter uma ereção suficiente que permita uma atividade sexual satisfatória e, mesmo sendo uma desordem benigna, afeta significativamente a saúde física, psicológica e

a qualidade de vida dos portadores, parceiras e famílias. Um dos principais fatores de risco para a disfunção erétil é a prostatectomia radical em qualquer técnica utilizada pelo risco de lesão dos nervos cavernosos, má oxigenação dos corpos cavernosos ou insuficiência vascular, sendo que entre 25 a 75% dos homens submetidos a prostatectomia radical apresentam disfunção erétil pós-operatória (WESPES et al., 2006). De acordo com Alemozaffar et al (2011), dentre os homens que realizaram prostatectomia radical há dois anos, 35% conseguem ereção necessária para relação sexual.

Dentre outros fatores de risco estão incluídos sedentarismo, obesidade, tabagismo, hipercolesterolemia e síndrome metabólica. Estudos clínicos têm demonstrado que o uso de drogas pró-eréteis após a prostatectomia radical promove altas taxas de recuperação da função erétil, utilizando inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (iPDE5) ou injeções intracavernosas terapêuticas ou profiláticas (WESPES et al., 2006).

Os pacientes expressam confiança na necessidade da cirurgia para erradicar o câncer e contam com o apoio dos urologistas para dar suporte à sua decisão (EILAT-TSANANI et al., 2013). Apesar da possível satisfação e alívio por ter tratado a doença, todos os tipos de tratamento para o câncer de próstata têm impactos significativos na vida dos pacientes. Problemas como perdas urinárias, incontinência e impotência são maiores e correspondem às mais visíveis complicações. A falta de autonomia sobre o próprio corpo leva à ruptura de sua identidade como um ser ativo, trabalhador, independente, fisicamente e sexualmente ativo (CAYLESS et al., 2010).

1.3. Possíveis comprometimentos psicológicos: Autoestima, ansiedade e depressão

Tem-se dado grande importância para a qualidade de vida relacionada à saúde voltada para a doença em si, provocando menor atenção à saúde psicológica destes homens (PUNNEN et al., 2013). Estudo realizado por Hedestig et al (2005) com homens prostatectomizados traz que a experiência de ser um homem transformado provoca a frustração de não ser um homem por completo, uma mudança na autoestima pela perda da sua masculinidade e sentimento de vergonha por não ter

controle sobre seu próprio corpo. Todos estes fatores representam uma forma de sofrimento para estes homens e também para os familiares.

Por todas as possíveis complicações já citadas, tem surgido uma preocupação não só com as complicações físicas, mas também com as consequências psicológicas, sendo expressas por sentimento de frustração, vergonha, angústia, ansiedade, depressão e incerteza (HEDESTIG et al, 2005; ULLRICH et al, 2003), demonstrando a necessidade de estudos e estratégias voltadas também para estes aspectos.

A forma como cada pessoa enfrenta a doença, os tratamentos e os efeitos colaterais destes, afetam diretamente a sua autoestima. A autoestima pode ser definida como a consideração ou sentimento que a pessoa sente por si própria, o quanto gosta de si, como se vê e o que pensa sobre ela mesma (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004). O homem passa a ter uma imagem negativamente distorcida do seu corpo, já que uma parte importante referente à masculinidade foi retirada. Aqueles que apresentam efeitos colaterais relacionados à prostatectomia têm um nível maior de raiva ou supressão da raiva, e maiores índices de baixa autoestima (RONDORF-KLYM; COLLING, 2003).

Após o tratamento cirúrgico da próstata, surgem novas preocupações, como o medo de ainda ter câncer e a convivência com os efeitos da cirurgia. Isso pode ser motivo de forte ansiedade, fazendo com que o homem crie estratégias de enfrentamento, incluindo novas atividades na sua rotina que mude o foco do presente (HEDESTIG et al., 2005).

A ansiedade, de acordo com a *American Psychiatric Association (2000)*, pode ser definida como a antecipação apreensiva de um perigo futuro ou uma adversidade acompanhada por sentimentos de disforia ou sintomas somáticos de tensão.

A depressão, comumente utilizada como sinônimo de tristeza, vai além das alterações de humor. Ela provoca sintomas psíquicos, como sensação de tristeza, autodesvalorização, sentimento de culpa, fadiga e diminuição da capacidade de concentração; sintomas fisiológicos, como alterações de sono, apetite e interesse sexual; e evidências comportamentais, como retraimento social, crises de choro, comportamentos suicidas, lentificação ou agitação psicomotora (PORTO, 1999).

Um diagnóstico de câncer é muitas vezes acompanhado por um aumento da angústia, da ansiedade, dos sintomas depressivos, e da incerteza

(ULLRICH et al, 2003). Os homens com diagnóstico de câncer de próstata apresentam risco aumentado para depressão, transtornos de estresse pós-traumático e uso de antidepressivos, podendo o câncer mais avançado provocar maiores transtornos de ansiedade com possibilidade de hospitalização para tratamento psiquiátrico (BILL-AXELSON et al, 2011).

O paciente submetido a uma cirurgia de próstata enfrenta diversas fontes de ansiedade que estão presentes desde o recebimento do diagnóstico e definição do tratamento, até o pós-operatório que inclui as preocupações relacionadas aos cuidados com o cateter, o manejo da dor, a incontinência urinária e a disfunção sexual (MOORE; ESTEY, 1999; ROTH et al., 2003).

Menores níveis de ansiedade do paciente prostatectomizado podem refletir positivamente na sua saúde mental e uma melhor saúde mental pode ser associada ao desenvolvimento de melhores mecanismos de enfrentamento aos fatores estressores, o que facilita o gerenciamento das alterações fisiológicas pós-operatórias (GORE et al., 2010).

Foi observado em um estudo que, com o aumento da ansiedade após a prostatectomia radical, há uma diminuição na função e satisfação sexual e ocorre um aumento dos sintomas depressivos (TAVLARIDES et al, 2013). Ainda neste estudo, pacientes relatam sintomas característicos de depressão clínica como falta de energia, alterações no peso, reafirmando a necessidade de maiores pesquisas e atenção a este paciente.

Os aspectos psíquicos afetam não só os pacientes como também suas famílias, principalmente esposas ou companheiras. De acordo com McCorckle et al (2007) as esposas apresentam níveis mais altos de depressão que os próprios pacientes, porém os sintomas de depressão de ambos diminuem com o passar dos anos, o que ressalta a importância de monitorar níveis de sintomas depressivos e interação familiar entre estes pacientes e suas famílias.

A ansiedade e a depressão também exercem influência sobre a dor pós-operatória. Pacientes que possuem altos níveis de ansiedade e depressão antes da cirurgia tendem a apresentar maiores níveis de dor no pós-operatório e ainda manter os sintomas ansiosos e depressivos após a prostatectomia radical, o que provoca diminuição expressiva da qualidade de vida nestes homens (ENE et al, 2006, ENE et al, 2008).

Quando há diminuição na autoestima, aumento da ansiedade e depressão, é imprescindível que estejam disponíveis serviços de saúde apropriados e capacitados para atender este tipo de paciente levantando suas necessidades de cuidado, oferecendo fácil acesso, suporte social, informação e cuidados individualizados já que muitas vezes estes homens têm dificuldades para relatar problemas de saúde tão íntimos (HEDESTIG et al., 2005). As necessidades sentidas por estes homens são definidas como requisitos de cuidados que surgem durante a doença e tratamento para controlar os sinais, sintomas e efeitos colaterais, permitir a adaptação e o enfrentamento, otimizar o entendimento e a tomada de decisão informada e minimizar limitações funcionais (REAM et al., 2008).

1.4. O Papel da Enfermagem

O câncer, pela sua importância e pelos efeitos que provoca, é uma das doenças crônicas mais temidas e com grande impacto biopsicossocial, e seu passado de doença fatal em conjunto com a imprevisibilidade que a caracteriza dão uma conotação social negativa. Após o conhecimento sobre a doença, o homem avança até a cirurgia, numa fase que compreende conscientização, envolvimento, preparação e conhecimento, tendo a percepção do pós-operatório e possível disfunção erétil e incontinência urinária, gerando alterações de identidade e mudança no cotidiano. Ele passa a ser envolvido por crenças, buscando recursos e se apoiando em estratégias de enfrentamento e se depara com diversos sentimentos, preocupações e dificuldades, além da expectativa do futuro (CARVALHO; CRISTÃO, 2012).

Dentro de todo esse contexto, surge o papel da enfermagem na função de educador, auxiliador e facilitador na transição da doença para uma vida reestruturada pela prostatectomia radical. A consulta de enfermagem possui papel fundamental para o provimento de informações tanto no pré-operatório, através de uma adequada avaliação inicial e preparo para o período peri-operatório, como no pós-operatório, promovendo a adaptação do homem a uma nova condição de saúde e pela readaptação funcional e psicossocial (CARVALHO; CRISTÃO, 2012).

É preciso ressaltar que não podemos delinear um modelo de atenção que se encaixe em todos os pacientes, já que cada um possui necessidades diferentes e elas mudam com o passar do tempo. Dessa forma os profissionais de saúde em geral devem estar atentos e sensíveis a essas mudanças com aconselhamentos pré-

cirúrgicos e apoio durante o seguimento (EILAT-TSANANI et al.; 2013). No que tange à enfermagem, o planejamento de cuidados para estes pacientes deve ser baseado no processo de enfermagem, já que ações sistematizadas favorecem a individualização do cuidado, as necessidades referidas pelo próprio paciente e favorecem um cuidado de excelência oferecido pela equipe de enfermagem (VIANNA; NAPOLEÃO, 2009).

Diante do exposto, o presente estudo se justifica pela necessidade de se identificar a existência e os níveis de ansiedade, depressão e autoestima em homens submetidos a prostatectomia radical, com objetivo de responder as seguintes questões de pesquisa: Homens submetidos à prostatectomia radical possuem alteração nos níveis de autoestima, ansiedade e depressão? Há influência dos fatores socioeconômicos e clínicos dentre os homens submetidos à prostatectomia radical no que se refere à autoestima, ansiedade e depressão?

OBJETIVO

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a autoestima, ansiedade e depressão em homens submetidos à prostatectomia radical e identificar fatores associados.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o nível de ansiedade e depressão de pacientes submetidos à prostatectomia radical;
- Descrever o nível de autoestima de pacientes submetidos à prostatectomia radical;
- Correlacionar o tempo pós cirurgia e os fatores sociodemográficos, econômicos e clínicos com a autoestima, ansiedade, e depressão.

MATERIAL E MÉTODO

3. Material e Método

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal e correlacional, para o qual será utilizada abordagem quantitativa. Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo. Os fenômenos em estudo são obtidos durante um período de coleta de dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa quantitativa visa obter informações quanto à prevalência, distribuição e variáveis de uma população (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). A questão quantitativa traz inserido o tema da objetividade, isto é, através de instrumentos padronizados os dados referentes à realidade social expressam generalizações com precisão e objetividade (MINAYO, 2000).

3.2. Local do estudo

O estudo foi realizado em dois serviços ambulatoriais de uma cidade do interior de São Paulo. Um destes serviços, o Centro Municipal de Especialidades (CEME), corresponde à um ambulatório de referência para a cidade e sua microrregião, atende a rede pública de saúde oferecendo 24 especialidades, dentre elas a urologia e oncologia, focos deste estudo. O outro serviço corresponde à um Instituto de Urologia da cidade, onde atendem três urologistas que realizam acompanhamento de pacientes particulares e de planos de saúde.

3.3 População e Amostra

Os serviços atendem pacientes com diferentes tipos de problemas urológicos. No presente estudo foram avaliados homens submetidos à prostatectomia radical, ou seja, que retiraram a próstata, vesícula seminal e linfonodos adjacentes, independente da técnica cirúrgica realizada. A amostra foi de conveniência e incluiu pacientes que se encontraram entre três meses a cinco anos após a cirurgia.

Foram incluídos sujeitos maiores de 18 anos em seguimento ambulatorial após a prostatectomia radical ou que já receberam alta após este tipo de seguimento.

Foram excluídos aqueles que tiveram diagnóstico de demência documentado em prontuário ou relatado por familiares e profissionais.

3.4 Procedimentos Metodológicos

Foram rastreados todos os pacientes dos ambulatórios submetidos à prostatectomia radical no período de três meses a cinco anos, sendo que a princípio foram rastreados 96 homens em acompanhamento pós prostatectomia radical. O contato com os sujeitos e as entrevistas foram realizados em um período de 4 meses por três pesquisadoras previamente treinadas, integrantes do projeto de pesquisa “Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde após prostatectomia radical”.

Foi tentado contato por telefone com todos os sujeitos, sendo que dentre os 96 sujeitos, não obtiveram contato com 49 homens, 4 se recusaram a responder os instrumentos, 2 haviam falecido e 1 recusou-se a terminar de responder os questionários. Assim, foram entrevistados 40 sujeitos.

As entrevistas foram realizadas em local, data e hora conforme a disponibilidade dos sujeitos, de acordo com as opções fornecidas pelos pesquisadores, que foram a própria residência do sujeito, um laboratório na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e Centro Municipal de Especialidades.

Ao encontro para aplicação dos questionários, primeiramente era lido junto com o sujeito, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Após assinado o termo, a coleta de dados era iniciada mediante entrevista estruturada por meio dos seguintes instrumentos: Instrumento de Caracterização Sociodemográfica, Econômica e Clínica; Escala de Autoestima de Rosenberg; e *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

3.4.1. Instrumentos de Coleta de Dados

3.4.1.1. Instrumento de Caracterização Sociodemográfica, Econômica e Clínica

Este instrumento (APÊNDICE B) foi elaborado pelos pesquisadores do estudo e submetido à validação de conteúdo, tendo sido enviado para cinco juízes com reconhecido conhecimento sobre pesquisa e clínica, sendo que a maioria possui trabalhos voltados para área urológica. Foi enviado por correio eletrônico uma carta explicativa (APÊNDICE C) sobre o objetivo da validação do questionário, o instrumento sociodemográfico e clínico e um questionário ordinal de validade de conteúdo (APÊNDICE D), utilizando escala de quatro pontos para cálculo do índice de validade de conteúdo (IVC).

O cálculo de validação de conteúdo foi realizado de acordo com estudo de POLIT, BECK e OWEN (2007). Este índice pode variar de 0 a 1, sendo considerados relevantes valores acima de 0,80. Após análise das avaliações enviadas pelos juízes, foi calculado o IVC, obtendo valor de 0,82. Em seguida, analisou-se as sugestões propostas e foi feita a reformulação do instrumento.

3.4.1.2. Escala de Autoestima de Rosenberg

Para a mensuração da autoestima foi utilizada a Escala de Autoestima de Rosenberg – EAER (ANEXO A), desenvolvida por Rosenberg em 1965 amplamente utilizada e conhecida internacionalmente, traduzida e adaptada para o Brasil por Dini, Quaresma e Ferreira (2004). De acordo com o autor, o instrumento é capaz de classificar o nível de autoestima em baixo, médio e alto. A baixa autoestima se expressa pelo sentimento de incompetência, inadequação e incapacidade de enfrentar os desafios; a média é caracterizada pela oscilação do indivíduo entre o sentimento de aprovação e rejeição de si; e a alta consiste no autojulgamento de valor, confiança e competência (ROSENBERG, 1965).

Trata-se de uma escala de quatro pontos tipo Likert (0= Concordo totalmente, 1= Concordo, 2= Discordo, 3= Discordo totalmente). Esta escala propõe uma medida unidimensional com dez itens destinados a avaliar globalmente a atitude positiva ou negativa do indivíduo em relação a si mesmo. Os itens que expressam atitude positiva possuem pontuação invertida. A soma com as outras cinco questões resultará no escore final. O intervalo possível para esta escala é de 0 a 30, sendo que quanto maior o escore, mais elevada a autoestima. O instrumento foi escolhido por ser de fácil aplicação e pela possível alteração na autoestima do homem que convive com as consequências negativas da prostatectomia radical (HEDESTIG et al., 2005).

3.4.1.3 Hospital Anxiety and Depression Scale

Para avaliação da ansiedade e depressão foi utilizado- o instrumento *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (ZIGMOND; SNAITH, 1983), na versão em português validada por Botega et al. (1995). Esse instrumento visa detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos, em diversos contextos. É considerada uma escala curta, de fácil e rápido preenchimento. O paciente deve basear suas respostas em como se sentiu durante a última semana (BOTEGA et al., 1995).

A escala HADS contém 14 questões do tipo múltipla escolha. Compõe-se de duas sub-escalas, com sete questões para avaliar a ansiedade (HADS-A) e sete para depressão (HADS-D), as quais abordam sintomas somáticos e psicológicos. Cada questão possui quatro opções de respostas com valores que variam de zero a três. A pontuação global em cada sub-escala vai de 0 a 21, sendo que quanto maior o valor, maior o transtorno emocional. A partir do valor global obtido em cada sub-escala, os indivíduos podem ser categorizados em três níveis: não casos (pontuação de zero a sete), caso duvidoso ou incerto (pontuação de oito a dez) e caso (pontuação de onze a vinte e um).

A escolha em utilizar essa escala para avaliar a ansiedade e depressão geral se justifica por ser um instrumento de fácil compreensão, rápido para ser aplicado devido ao reduzido número de itens e adequadas propriedades psicométricas (BOWLING, 2005; ZIGMOND; SNAITH, 1983), além de ter sido utilizada por pesquisadores de diferentes países para mensurar níveis de ansiedade e depressão em pacientes com câncer de próstata, inclusive em pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico (DALE et al, 2005; GERBERSHAGEN et al, 2010; GERBERSHAGEN et al, 2008; NAMIKI et al, 2007).

3.5. Análise dos Dados

Os dados foram codificados e organizados em planilhas eletrônicas utilizando-se o programa Microsoft Excel 2013. Foi feita a dupla digitação dos dados por duas pesquisadoras e posteriormente foram confrontados através do próprio programa Excel para garantir que não houvesse erro ou perda de dados. As análises

estatísticas foram feitas pelo programa Statistical Peckage for the Sciences (SPSS) versão 19.0 para Windows.

Foi utilizado estatística descritiva de tendência central (frequência simples, média, mediana, mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio-padrão) para caracterização dos dados sociodemográficos, econômicos e clínicos, e descrição dos instrumentos EAER e HADS que são apresentados posteriormente em tabelas.

Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade dos dados, sendo confirmada a distribuição não normal, definindo-se o uso de testes não-paramétricos. Para verificar a confiabilidade dos instrumentos EAER, HADS-A e HADS-D, foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach, cujo valor varia entre 0 e 1, e quanto maior o valor, maior a consistência interna do instrumento. Neste estudo, adotou-se valor de referência de acordo com Hair et al (2005) sendo igual ou superior a 0,60.

Para a associação entre duas variáveis numéricas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, sendo que neste estudo correlacionamos entre si as variáveis idade, tempo pós prostatectomia, EAER, HADS-A e HADS-D. O coeficiente de Spearman, dado pelo valor de r , pode variar entre -1, o que indica correlação perfeita negativa, e +1, que indica correlação perfeita positiva. A magnitude das correlações foi classificada conforme proposição de Levin e Fox (2004): fraca ($<0,3$), moderada (0,3 a 0,59), forte (0,6 a 0,9) e perfeita (1,0).

Na associação entre as variáveis numéricas e categóricas foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para as variáveis categóricas com apenas dois níveis, e o teste de Kruskal-Wallis quando houver três ou mais níveis. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

3.6 Aspectos Éticos Legais

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), respeitando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que traz as diretrizes para pesquisas que envolvem seres humanos, sendo aprovado segundo o parecer 398.781 (APÊNDICE E).

Foi elaborado o “Termo de consentimento livre e esclarecido” mediante o qual os sujeitos do estudo foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e assegurando o anonimato, sendo respeitado o desejo ou não de participar. Este

documento foi impresso em duas vias, sendo uma para o pesquisador e a outra entregue aos participantes da pesquisa anteriormente ao início da entrevista. Aqueles que concordaram em participar, assinaram os termos para autorizar que a pesquisa fosse realizada, sendo excluídos do estudo sujeitos que se recusaram antes ou durante a realização do estudo.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização sociodemográfica e econômica

Foram entrevistados 40 homens submetidos à prostatectomia radical, sendo predominante a faixa etária entre 60 e 69 anos (60,00%), o período pós-operatório igual ou maior a 24 meses (40,00%), respondentes católicos (95,00%), com escolaridade até ensino fundamental completo (70,00%) e morando com companheira ou esposa, com ou sem os filhos (75,00%), sendo que todos os sujeitos possuíam pelo menos um filho (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com a caracterização sociodemográfica e econômica. São Carlos, 2014. (N=40)

Características	Categorias	N	%
Faixa etária	50 – 59 anos	7	17,50
	60 – 69 anos	24	60,00
	70 – 79 anos	9	22,50
Tempo pós prostatectomia	3 – 11 meses	9	22,50
	12 – 23 meses	15	37,50
	24 – 50 meses	16	40,00
Plano de Saúde	SUS	24	60,00
	Outros	16	40,00
Cor da pele	Branco	29	72,50
	Negro	4	10,00
	Outro	7	17,50
Escolaridade	Analfabeto/Ensino Fundamental	28	70,00
	Ensino Médio/ Ensino Superior	12	30,00
Renda familiar mensal*	Até 4 salários mínimos	26	65,00
	5 ou mais salários mínimos	14	35,00
Profissão	Aposentado	28	70,00
	Outro	12	30,00

Continua

		Continuação	
Características	Categorias	N	%
Prostatectomia afetou o desempenho no trabalho?	Sim	8	20,00
	Não	32	80,00
Como a prostatectomia afetou o desempenho no trabalho (n=8)	Esforço físico limitado	2	25,00
	Incontinência urinária de esforço	2	25,00
	Outro	4	50,00
Mora com quem?	Esposa/companheira	10	25,00
	Esposa/companheira e filhos	20	50,00
	Sozinho	5	12,50
	Outro	5	12,50
Número de pessoa residentes no domicílio	1 pessoa	5	12,50
	2 a 3 pessoas	26	65,00
	4 ou mais pessoas	9	22,50
Religião	Católico	36	90,00
	Evangélico	3	7,50
	Outro	1	2,50
É praticante na sua religião	Sim	24	60,0
	Não	16	40,00
Possui atividade social	Sim	10	25,00
	Não	30	75,00

*Valor do salário mínimo vigente: R\$ 678,00 (Decreto nº 7.872 de 26 de Dezembro de 2012)

Ainda na Tabela 1 verifica-se que a maioria dos sujeitos utilizaram o SUS para realização da cirurgia (60,00%), eram da cor branca (72,50%), aposentados (70,00%), com renda familiar de até quatro salários mínimos (65,00%) e não realizavam atividade social (75,00%). Em 20,00% dos casos, a prostatectomia afetou o desempenho destes homens no trabalho, sendo as maiores causas o esforço físico limitado e a incontinência urinária de esforço (50,00%).

Na Tabela 2 observa-se que os sujeitos possuíam idade média de 65,42 ($\pm 6,66$) anos, variando entre 50 e 79 anos. Além disso, a média do período pós prostatectomia foi de 21,85 ($\pm 12,91$) meses, sendo o mínimo de 3 meses e o máximo de 50 meses.

Tabela 2 – Distribuição sociodemográfica da amostra segundo média, desvio-padrão, mediana, valores mínimo e máximo. São Carlos, 2014. (n=40)

Variável	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	65,42	6,66	65,00	50,00	79,00
Tempo pós prostatectomia (meses)	21,85	12,91	19,00	3,00	50,00
Número de filhos	2,85	1,56	2,00	1,00	8,00
Número de pessoas residentes no domicílio	2,95	1,55	3,00	1,00	8,00

Ainda na Tabela 2 verifica-se que todos os sujeitos relataram ter filhos, em média 2,85 ($\pm 1,56$) filhos, variando entre 1 e 8 filhos. Quanto ao número de pessoas no domicílio, a média foi de 2,95 ($\pm 1,55$) pessoas, variando entre 1 e 8 pessoas residentes no mesmo domicílio.

4.2. Características Clínicas

Quanto às características clínicas dos participantes, verifica-se na Tabela 3 que 17,50% dos homens realizaram outro tratamento para o câncer de próstata antes de optar pela cirurgia; destes, um sujeito realizou dois tratamentos diferentes. A ressecção da próstata (25,00 %), observação vigilante (62,50 %) e terapia hormonal (12,50 %) foram elencados como terapias de primeira escolha antes do tratamento cirúrgico.

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo características clínicas. São Carlos, 2014. (n=40)

Variável	Categoria	N	%
Realizou tratamento anterior à cirurgia	Sim	7	17,50
	Não	33	82,50
Qual tratamento realizado antes da cirurgia (n=8)	Ressecção da próstata	2	25,00
	Observação vigilante	5	62,50
	Terapia hormonal	1	12,50
Possui outros problemas de saúde	Sim	34	85,00
	Não	6	15,00
Faz uso de medicação	Sim	35	87,50
	Não	5	12,50
Faz terapia não medicamentosa	Sim	4	10,00
	Não	36	90,00
Qual terapia não medicamentosa (n=4)	Radioterapia	1	25,00
	Fisioterapia	1	25,00
	Outros	2	50,00
Realiza atividade física	Sim	21	52,50
	Não	19	47,50
Tipo de atividade física (n=21)	Caminhada	15	71,42
	Outro	6	28,57
Tabagista	Sim	2	5,00
	Não	38	95,00
Faz uso de bebida alcoólica	Sim	18	45,00
	Não	22	55,00
Tem ou teve outro tipo de câncer	Sim	2	5,00
	Não	38	95,00
Pai ou irmão com câncer de próstata	Sim	12	30,00
	Não	29	70,00

Ainda na Tabela 3 observa-se que a maioria dos respondentes possuíam outros problemas de saúde (85,00%), usavam algum medicamento de uso contínuo (87,50 %) e não faziam terapia não medicamentosa (90,00%). Dentre as terapias não medicamentosas relatadas, citam-se a radioterapia e a fisioterapia.

Houve o predomínio de participantes que realizavam atividade física (52,50%), sendo que a caminhada foi a atividade física mais praticada (71,40%). A minoria dos entrevistados era tabagista (5,00%) e consumia bebida alcoólica (45,00%). Além disso, 5,00% dos sujeitos tiveram outro tipo de câncer e 30,00% dos respondentes tiveram pai ou irmão com câncer de próstata (Tabela 3).

Na Tabela 4 observa-se as doenças associadas e os medicamentos utilizados pelos participantes. Houve o predomínio de doenças do sistema circulatório (45,40%) e do uso de hipotensores arteriais (30,90%).

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo grupo de doenças e grupo de medicamentos. São Carlos, 2014.

Variável	Categorias	N	%
Doenças (n=34)	Doenças do sistema circulatório	25	45,45
	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	8	14,54
	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	5	9,09
	Doenças do ouvido e da hipófise mastoide	4	7,27
	Doenças do sistema respiratório	4	7,27
	Doenças do olho e anexos	3	5,45
	Outros	6	10,90
	Medicamentos (n=35)	Hipotensores arteriais	22
Antilipêmicos		9	12,67
Diuréticos		8	11,26
Vasodilatadores coronarianos		7	9,85
Outros		24	33,80
Sem resposta		1	1,40

4.3. Característica da autoestima

Em relação à autoestima, os participantes foram avaliados pela Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER). Vale lembrar que a pontuação para esta escala varia de 0 a 30, e quanto maior a pontuação, maior a autoestima.

Na Tabela 5 verifica-se que a pontuação média total obtida pelos respondentes foi de 24,37 ($\pm 3,92$), variando entre 13 e 30.

Tabela 5 - Distribuição das variáveis da EAER segundo média, desvio-padrão, mediana e números mínimo e máximo conforme as respostas dos sujeitos. São Carlos, 2014. (n=40)

Variáveis	Média	Dp*	Mediana	Mínimo	Máximo
1. De uma forma geral (apesar de tudo) estou satisfeito comigo mesmo.	2,60	0,54	3,00	1,00	3,00
2. Às vezes, acho que não sirvo para nada.	2,45	0,81	3,00	0,00	3,00
3. Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidade.	2,70	0,46	3,00	2,00	3,00
4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).	2,70	0,51	3,00	1,00	3,00
5. Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito que me orgulhar.	2,17	0,95	2,00	0,00	3,00
6. Às vezes, eu me sinto inútil.	2,32	0,85	3,00	0,00	3,00
7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual às outras pessoas.	2,70	0,56	3,00	1,00	3,00

Continua

Continuação

Variáveis	Média	Dp*	Mediana	Mínimo	Máximo
8. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a). (Dar-me mais valor)	1,37	0,97	1,00	0,00	3,00
9. Quase sempre eu estou inclinado (a) a achar que sou um (a) fracassado (a).	2,57	0,67	3,00	1,00	3,00
10. Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo (a).	2,77	0,47	3,00	1,00	3,00
Total	24,37	3,92	26,00	13,00	30,00

*Dp = Desvio-padrão

Ainda na Tabela 5 verifica-se que a questão 10 (“Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo (a)”) apresentou maior média ($2,77 \pm 0,47$), sendo que a maioria dos respondentes concordaram ou concordaram plenamente (95,50%) da referida questão. Ao passo que a questão 8 (“Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo”) apresentou a menor média (1,37), sendo que 57,50% dos homens referiram concordar ou concordar plenamente com a referida questão. Com relação à consistência interna obtida na aplicação da EAER, o alfa de Cronbach foi de 0,76, indicando consistência interna satisfatória.

4.4. Características da ansiedade e depressão

Em relação à ansiedade e depressão, os participantes foram avaliados pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Vale ressaltar que esta escala possui 14 questões, sendo sete voltadas para a ansiedade e outras sete para a depressão. Os escores podem variar entre zero e 21, sendo considerados não casos entre zero e sete, casos duvidosos entre oito e dez e casos entre onze e vinte e um.

A sub-escala de ansiedade obteve escore médio de 4,96 (\pm 3,14), variando entre 0 e 13, conforme observado na tabela 6. Já a sub-escala de depressão obteve escore médio de 3,70 (\pm 3,03), variando entre 0 e 12.

Ao observar as questões relacionadas à ansiedade, notou-se que as questões 5 e 7 apresentaram as menores médias (0,27). Em resposta à questão 5 (“Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago”), 72,50% dos homens escolheram a opção “nunca”. Em relação a questão 7 (“De repente, tenho a sensação de entrar em pânico”), 77,50% responderam a alternativa “quase nunca”. Já a questão 4 (“Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado”) apresentou maior média (1,12), tendo 40,00% dos entrevistados respondido as alternativas “poucas vezes” ou “nunca”.

Dentre as questões voltadas para a depressão, a que obteve menor média (0,25) foi a questão 5 (“Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência”), obtendo 80,00% das respostas “me cuido do mesmo jeito que antes”. A questão 3 (“Eu me sinto alegre”) da sub-escala de depressão apresentou maior média (0,82), tendo 20,00% escolhido “poucas vezes” como resposta a questão.

Tabela 6 - Distribuição das variáveis da HADS segundo média, desvio-padrão, mediana e números mínimo e máximo conforme as respostas dos homens prostatectomizados. São Carlos, 2014. (n=40)

Variável	Média	Dp	Mediana	Mínimo	Máximo
1A. Eu me sinto tenso ou contraído.	0,90	0,74	1,00	0,00	3,00
1D. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes.	0,57	0,67	0,50	0,00	3,00
2A. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer.	0,47	0,55	0,00	0,00	2,00
2D. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas.	0,27	0,55	0,00	0,00	2,00
3A. Estou com a cabeça cheia de preocupações.	0,87	0,91	1,00	0,00	3,00
3D. Eu me sinto alegre.	0,85	0,73	1,00	0,00	2,00

Continua

Continuação

Variável	Média	Dp	Mediana	Mínimo	Máximo
4A. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado.	1,12	0,88	1,00	0,00	3,00
4D. Eu estou lento para pensar e fazer as coisas.	0,82	0,78	1,00	0,00	3,00
5A. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago.	0,27	0,45	0,00	0,00	1,00
5D. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência.	0,25	0,58	0,00	0,00	3,00
6A. Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum.	1,02	1,07	1,00	0,00	3,00
6D. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir.	0,32	0,69	0,00	0,00	3,00
7A. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico.	0,27	0,55	0,00	0,00	2,00
7D. Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa.	0,60	0,84	0,00	0,00	3,00
HADS-A	4,95	3,14	5,00	0,00	13,00
HADS-D	3,70	3,03	3,00	0,00	12,00

O alfa de Cronbach foi calculado para as sub-escalas. A sub-escala de ansiedade e depressão obtiveram, respectivamente, alfa de Cronbach de 0,67 e 0,72. Desta forma, ambas apresentaram consistência interna satisfatória.

Ao categorizar os escores de ansiedade e depressão, nota-se na Tabela 7 que 22,50% dos homens enquadraram-se como casos duvidosos ou casos no que se refere à ansiedade. Quanto à depressão, 12,50% dos homens foram classificados como casos duvidosos ou casos para a depressão.

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo as categorias das escalas de ansiedade (HADS-A) e depressão (HADS-D). São Carlos, 2014.

Escala	Categoria	N	%
HADS-A	Não-casos	31	77,50
	Casos duvidosos	7	17,50
	Casos	2	5,00
HADS-D	Não-casos	35	87,50
	Casos duvidosos	4	10,00
	Casos	1	2,50

4.5. Autoestima, ansiedade e depressão em homens submetidos à prostatectomia radical, segundo os aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos

Na Tabela 8 observa-se a comparação das médias da autoestima, ansiedade e depressão, segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas.

Tabela 8 - Distribuição dos escores médios da EAER, HADS-A, HADS-D e HADS-T segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas da amostra. São Carlos, 2014.

Variáveis	EAER	HADS-A	HADS-D
Faixa etária			
50 a 59 anos	20,86	5,71	5,86
60 a 69 anos	25,71	4,75	2,83
70 a 79 anos	23,56	4,89	4,33
Valor de p*	0,014	0,664	0,127
Tempo pós prostatectomia			
3 – 11 meses	25,67	3,67	3,67
12 – 23 meses	25,07	5,40	3,00
24 – 50 meses	23,00	4,44	4,38
Valor de p*	0,169	0,807	0,364

Continua

	Continuação		
Variáveis	EAER	HADS-A	HADS-D
Escolaridade			
Analfabeto a Ensino Fundamental	24,21	4,43	3,79
Ensino Médio a Ensino Superior	24,75	6,17	3,50
Valor de p**	0,953	0,074	0,744
Renda familiar mensal			
Até 4 salários mínimos	24,00	4,26	3,81
5 ou mais salários mínimos	25,15	6,38	3,46
Valor de p**	0,611	0,068	0,839
Praticante na sua religião			
Sim	23,83	5,20	4,16
Não	25,18	4,56	3,00
Valor de p**	0,366	0,696	0,324
Prostatectomia afetou o desempenho no trabalho			
Sim	23,12	6,75	5,25
Não	24,68	4,50	3,31
Valor de p**	0,443	0,195	0,214
Possui atividade social			
Sim	24,80	6,30	4,20
Não	24,23	4,50	3,53
Valor de p**	0,777	0,185	0,450

*Teste de *Kruskal-Wallis*; Teste de *Mann-Whitney*

Com relação a faixa etária, observa-se que os homens entre 50 e 59 anos apresentaram menores níveis de autoestima (20,86), seguidos dos respondentes com 70 anos ou mais (23,56), sendo que os participantes com idade entre 60 e 60 anos apresentaram os maiores escores de autoestima (25,71), com diferença estatisticamente significativa ($p=0,014$) (Tabela 8).

Quanto ao nível de ansiedade e depressão, verifica-se que a faixa etária de 60 a 69 anos apresentaram as menores pontuações na HADS, porém sem significância estatística (Tabela 8).

Em relação ao tempo pós prostatectomia, verifica-se que os homens com tempo cirúrgico de 3 a 11 meses possuíam maior nível autoestima (25,67), em contraposição ao período entre 24 e 50 meses, que tiveram pontuações médias menores (23,00), porém sem significância estatística (Tabela 8).

Além disso, observa-se ainda na Tabela 8 que os participantes submetidos à prostatectomia entre 3 e 11 meses apresentaram menor ansiedade (3,67). Já aqueles que se encontravam no período entre 12 e 23 meses pós prostatectomia, apresentaram maior valor médio de ansiedade (5,40). Em relação à depressão, os homens entre 12 e 23 meses pós cirúrgico apresentaram a menor média (3,00), e aqueles que se encontravam entre 24 e 50 meses apresentaram o maior escore de depressão (4,38). Cabe salientar que não se verificou diferença estatisticamente significativa.

Sobre a escolaridade, nota-se na Tabela 8 que os homens categorizados como analfabetos até o ensino fundamental possuíam média menor de autoestima (24,21) e, contrapondo com aqueles categorizados com ensino médio ao ensino superior, com a maior média de autoestima (24,75). Quanto à depressão, os homens com ensino médio ao ensino superior obtiveram menor média (3,50), quando comparado ao outro grupo. Sobre a ansiedade, os homens classificados como analfabeto ao ensino fundamental apresentaram a menor escore (4,43). Não houve diferença estatisticamente significativa.

Constata-se, ainda na Tabela 8, que os respondentes com renda até quatro salários mínimos obtiveram menor nível de autoestima (24,00) e ansiedade (4,26) quando confrontado com aqueles com renda maior ou igual a cinco salários mínimos. Já a depressão apresentou maiores escores dentre os homens com até quatro salários mínimos (3,81). Ressalta-se que não houve significância estatística. Os homens que relataram serem praticantes religiosos, apresentaram menor escore de autoestima (23,83) em contrapartida com aqueles não praticantes (25,18). Ainda de acordo com os praticantes, observa-se as maiores médias de ansiedade (5,20) e depressão (4,16), porém sem significância estatística (Tabela 8).

Quanto ao desempenho no trabalho, os participantes que referiram ter o desempenho no trabalho afetado pela prostatectomia radical, apresentaram menor

autoestima (23,12). Ainda nota-se que estes respondentes mostraram os maiores escores médios de ansiedade (6,75) e depressão (5,25), não sendo verificada significância estatística (Tabela 8).

Com relação à atividade social, nota-se, ainda na Tabela 8, que os homens que possuem atividade social apresentaram os maiores escores de ansiedade (6,30) e depressão (4,20). Porém os homens que não possuem atividade social mostraram menor autoestima (24,23). Não houve diferença estatisticamente significativa.

Na Tabela 9 observa-se a comparação das médias da autoestima, ansiedade e depressão, segundo as variáveis clínicas.

Tabela 9 - Distribuição dos escores médios da EAER, HADS-A e HADS-D segundo as variáveis clínicas da amostra. São Carlos, 2014.

Variáveis	EAER	HADS-A	HADS-D
Possui problemas de saúde			
Sim	24,41	5,08	3,64
Não	24,16	4,16	4,00
Valor de p*	0,606	0,619	0,717
Realiza atividade física			
Sim	24,47	4,14	3,61
Não	24,26	5,84	3,78
Valor de p*	1,000	0,122	0,785
Faz uso de bebida alcoólica			
Sim	24,44	5,16	4,44
Não	24,31	4,77	3,09
Valor de p*	0,476	0,763	0,228

*Teste de *Mann-Whitney*.

Observa-se na Tabela 9 que, quanto aos problemas de saúde, os homens que referiram ter algum problema de saúde apresentaram menor autoestima (24,41) e maior escore de ansiedade (5,08), quando comparado aos respondentes que não apresentaram problema de saúde, porém estes foram os que possuíam maior nível de depressão (4,00). Não houve diferença estatisticamente significativa.

Em relação à atividade física, os homens que realizavam qualquer atividade física apresentaram menor autoestima, ao passo que os escores de ansiedade (5,84) e depressão (3,78) foram maiores que os obtidos por aqueles que realizavam alguma atividade física (Tabela 9). Não verificou-se significância estatística.

Quanto ao uso de bebida alcoólica, observou-se que aqueles que faziam uso de bebida alcoólica apresentaram maior autoestima (24,44), porém obtiveram as maiores pontuações de ansiedade (5,16) e depressão (4,44), com relação àqueles que não fazem uso de bebida alcoólica. Não houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 9).

As sub-escalas que avaliam ansiedade (HADS-A) e depressão (HADS-D) foram categorizadas em não-casos, casos duvidosos e casos. Desta forma, foram comparadas com as variáveis idade, tempo pós prostatectomia e autoestima (EAER), como apresentado na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos escores médios das variáveis idade, tempo pós prostatectomia e EAER segundo as categorias do HADS. São Carlos, 2014.

Variáveis	HADS-A				HADS-D			
	Não-casos	Casos duvidosos	Casos	Valor de p*	Não-casos	Casos duvidosos	Casos	Valor de p*
IDADE	65,58	66,85	58,00	0,160	65,88	59,25	74,00	0,037
TPP	22,54	22,11	10,00	0,258	22,40	14,75	31,00	0,324
EAER	24,96	21,71	24,50	0,161	25,28	19,25	13,00	0,005

*Teste de Kruskal-Wallis

Com relação à idade, observa-se na Tabela 10 que a média de idade dos homens categorizados como casos para a depressão obteve a maior média (74,00), seguido pelos não-casos (65,88), tendo os casos duvidosos apresentado menor média de idade (59,25), com diferença estatisticamente significativa ($p=0,037$).

Ainda quando observamos a idade, ao relacioná-la com a ansiedade, aqueles classificados como casos apresentaram a menor média de idade (58,00), enquanto os casos duvidosos apresentaram a maior média (66,85). Não houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 10).

Quanto ao tempo pós prostatectomia relacionada à ansiedade, observa-se a menor média de meses pós operatório dentre os classificados como casos (10,00), contrapondo com aos não-casos que apresentaram maior média (22,54). Já quanto relacionada à depressão, aqueles categorizados como casos mostraram maior média de período pós-cirúrgico (31,00), enquanto que os casos duvidosos apresentaram menor média (14,75). Não houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 10).

Em relação à autoestima quando correlacionada à depressão, observa-se na Tabela 10 a maior média de autoestima nos homens categorizados como não casos (25,28), seguidos pelos casos duvidosos (19,25), desta forma nota-se naqueles classificados como casos menor autoestima (13,00), com diferença estatisticamente significativa ($p=0,005$).

Quanto à ansiedade, os homens categorizados como casos duvidosos apresentaram menor autoestima (21,71), em contraposição aos não-casos que obtiveram os maiores escores (24,96). Não houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 10).

Na Tabela 11 observa-se a correlação estatística entre as variáveis idade, tempo pós prostatectomia, EAER, HADS-A, HADS-D e HADS-T através do coeficiente de correlação de Spearman.

Tabela 11 - Coeficientes de Correlação de Spearman entre as variáveis idade, tempo pós prostatectomia, EAER, HADS-A, HADS-D e HADS-Total aplicadas à amostra. São Carlos, 2014.

Variável	Idade	TPP*	EAER	HADS-A	HADS-D
Idade	1,000	0,386*	0,161	-0,127	-0,159
TPP	0,386*	1,000	-0,326**	-0,016	0,215
EAER	0,161	-0,326**	1,000	-0,385**	-0,532***
HADS-A	-0,127	-0,016	-0,385**	1,000	0,529***
HADS-D	-0,159	0,215	-0,532***	0,529***	1,000

*TPP = Tempo pós prostatectomia; **p<0,05; ***p<0,01.

Verifica-se na Tabela 11 que houve correlação negativa, de moderada magnitude, com significância estatística, entre a autoestima com o tempo pós prostatectomia ($r = -0,326$), com a ansiedade ($r = -0,385$) e com a depressão ($r = -0,532$).

Houve também correlação positiva, de moderada magnitude, entre a ansiedade e a depressão ($r = 0,529$), cabendo salientar que todas as correlações supracitadas apresentaram significância estatística (Tabela 11).

DISCUSSÃO

5. Discussão

5.1. Dados sociodemográficos, econômicos e clínicos

Em relação a caracterização sociodemográfica e clínica dos 40 homens entrevistados, foi observado que no que se refere à idade, os sujeitos apresentaram idades entre 50 e 79 anos, com média de 65,42 ($\pm 6,66$) anos, com predominância da faixa etária entre 60 e 69 anos. Dados estes que vão ao encontro com a literatura, que traz médias de idade de homens com câncer de próstata entre 60 e 65 anos (BRAJTBORD et al, 2014; GANDAGLIA et al, 2014; LAVALLÉE; MANUEL; WALRAVEN, 2014; POKALA; TRULSON; ISLAM, 2014; MEHNERT et al, 2010). O envelhecimento está associado à incidência e mortalidade devido ao câncer de próstata após os 50 anos (BRASIL, 2002), sendo que 62,00% dos diagnósticos feitos no mundo acometem homens com 65 anos ou mais (INCA, 2011).

Quanto à cor da pele, a maior parte dos sujeitos entrevistados eram brancos (72,50%), o que concorda com o achado em outros estudos (GROSSFELD et al, 2002; KRUPSKI; KWAN; LITWIN, 2005; PITMAN et al, 2012; YU et al, 2012). Steenland et al (2011), sugere em seu estudo que homens negros realizam menos o tratamento cirúrgico para a próstata quando comparado aos homens brancos, e a má comunicação com os médicos, mais prevalente entre os homens negros, foi associada com a escolha de não realizar tratamento, porém estes dados não foram conclusivos já que pode sofrer influência da renda e outros fatores. De acordo com estudo realizado por Tewari et al (2009) com homens com câncer de próstata localizado, não há diferenças entre raças quanto à taxa de mortalidade ou à sobrevida.

No que se refere à renda, a maioria dos entrevistados possui renda até 4 salários mínimos, ou seja, até R\$ 2.712,00. Baixos níveis socioeconômicos podem estar relacionados com características patológicas mais agressivas do câncer de próstata (SROUGI et al, 2009). No presente estudo não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre a renda e os níveis de ansiedade, depressão e autoestima, porém outros estudos demonstram que os homens submetidos à prostatectomia radical que possuem maior renda tendem a apresentar melhor qualidade de vida relacionada à saúde, quanto à função urinária, melhor recuperação

desta função, além de melhor recuperação física (YANG et al, 2005; LITWIN; MELMED; NAKAZON, 2001).

A maioria dos homens são aposentados (70,00%), assim como apresentado em um estudo realizado por Mehnert et al (2010), em que 68,00% dos homens entrevistados também eram aposentados. A cirurgia de prostatectomia radical afetou o desempenho no trabalho de 20,00% dos homens que trabalhavam ou ainda trabalham, porém não foi observada correlação entre o desempenho no trabalho com a autoestima, ansiedade ou a depressão. Dentre os que tiveram o desempenho no trabalho afetado, 50,00% refere o esforço físico limitado como o principal problema, estando relacionado ou não à incontinência urinária. De acordo com estudo realizado por Martin et al (2011), a incontinência urinária afeta mais os sujeitos prostatectomizados quando estes realizam trabalho ou atividade fora de casa e durante o exercício físico, pacientes com incontinência significativa apresentaram comprometimento ao realizar as atividades de vida diárias.

Ao observar com quem estes homens vivem, cada domicílio possuía, em média 2,96 ($\pm 1,55$) pessoas. Destes, 75,00% moram com esposa ou companheira, dados corroboram com outros estudos em que até 90,00% dos sujeitos vivem com sua esposa ou companheira (LITWIN; MELMED; NAKAZON, 2001; VAN ANDEL et al, 2003). Homens prostatectomizados tendem a apresentar melhor qualidade de vida e maior autoestima quando recebem apoio de esposa ou companheira e quando possuem relacionamentos mais duradouros (PEREIRA et al, 2011; THORTON et al, 2012).

Grande parcela dos entrevistados, quando questionados sobre religião, referiram ser católicos (90,00%). Dentre aqueles que possuíam religião, 60,00% se declararam praticantes. Apenas 25,00% possuía algum tipo de atividade social. Segundo Sharpley e Christie (2007), a perda de eventos sociais foi uma grande fonte de comportamento ansioso e depressivo, demonstrando a necessidade de uma abordagem mais individualizada e terapêutica entre os homens com diagnóstico de câncer de próstata.

Ao observarmos as características clínicas, 82,50% dos homens que receberam o diagnóstico de câncer de próstata optaram por realizar a prostatectomia radical como primeira opção de tratamento. Dentre aqueles que não escolheram a prostatectomia radical, a maioria optou pela observação vigilante como primeira escolha (62,50%).

A presença de comorbidades é grande entre os sujeitos (85,00%), principalmente quando relacionados às doenças dos sistemas circulatório (45,45%) e endócrino, nutricional e metabólico (14,54%). Estes dados justificam também o grande uso de terapia medicamentosa por estes homens (87,50%), com destaque para os medicamentos hipotensores arteriais (30,98%) e antilipêmicos (12,67%). A terapia não medicamentosa esteve pouco presente (10,00%). Homens com câncer de próstata com idade maior que 60 anos com múltiplas comorbidades tem um risco substancial de mortalidade por outras causas e devem considerar tratamento conservador para doença de baixo risco devido à baixa incidência de mortalidade específica por câncer (DASKIVICH et al, 2014). Já homens com câncer de próstata de alto risco podem optar por tratamento mais agressivo, independentemente da idade ou comorbidade, já que estão em maior risco de mortalidade em consequência do câncer.

Quanto aos hábitos, mais da metade dos sujeitos refere realizar algum tipo de atividade física (52,50%), sendo a caminhada a atividade mais realizada (71,42%). A atividade física é um fator motivacional para os homens com câncer de próstata, promovendo benefícios psicológicos, físicos, além do relaxamento, aumento da autoestima e sentimentos positivos quanto ao diagnóstico e enfrentamento do estresse (CRAIKE; LIVINGSTON; BOTTI, 2011). Apesar de não termos encontrado neste estudo correlação significativa entre a atividade física e as outras variáveis, um estudo controlado e randomizado realizado por Park et al (2012) apresentou diminuição dos escores de depressão em homens prostatectomizados após intervenção com atividade física, promovendo melhora da qualidade de vida destes homens.

Apenas 5,00% refere ser tabagista. O uso de bebida alcoólica foi relatado por 45,00% dos entrevistados, contudo não houve correlação significativa com a ansiedade, depressão ou autoestima. Ainda assim, é sabido que o consumo excessivo de álcool e tabagismo são fatores associados com o câncer de próstata (BRASIL, 2002). Poucos homens relataram ter apresentado outro tipo de câncer (5,00%). Quando perguntado sobre o histórico familiar de câncer de próstata, 30,00% teve pai ou irmão com a doença. Estudos epidemiológicos indicam que genes dominantes hereditários com alta penetração podem causar cerca de 5,00% a 10,00% de todos os casos de câncer de próstata, e em média 30,00% a 40,00% dentre aqueles de início precoce (BRATT, 2002). Desta forma, homens com histórico familiar

de câncer de próstata tem risco significativamente maior de desenvolver a doença, principalmente se o parente for diagnosticado em idade precoce ou se vários membros da família foram afetados. O risco de diagnóstico e morte devido câncer de próstata são maiores em homens com pais ou irmão afetados pela doença (BRANDT et al, 2010)

5.2. Autoestima, ansiedade e depressão

No presente estudo a autoestima obteve valor médio de 24,37 (\pm 3,92), vale ressaltar que a pontuação pode variar entre 0 e 30 pontos, sendo que quanto maior o escore, maior a autoestima. Andrade, Sousa e Minayo (2009) e Terra, Marziale e Robazzi (2013) utilizaram a divisão da escala em três níveis, considerando até o primeiro tercil (menor que 10), baixa autoestima, entre o primeiro e o segundo tercis (entre 10 e 20), média autoestima, e acima do segundo tercil (maior que 20), alta autoestima. De acordo com esta classificação, os homens deste estudo apresentaram uma alta autoestima (24,37).

A experiência do homem com câncer de próstata vem sendo associada com baixos escores de autoestima, particularmente naqueles submetidos à prostatectomia radical e observação vigilante (CLARK et al, 2003). Um estudo realizado por Hedestig et al (2005) demonstrou que a prostatectomia radical provocou mudanças na autoestima, trazendo a sensação de não serem homens por completo quando comparado com experiências anteriores ao tratamento. Após o tratamento cirúrgico, a experiência de ser um homem mudado traz a frustração de não ser um homem completo, o que provoca alteração na autoestima, na relação com a própria masculinidade, além de causar sentimento de vergonha por não ter controle sobre o próprio corpo (HEDESTIG et al, 2005).

A diminuição da capacidade sexual, uma das consequências da prostatectomia radical, pode afetar as relações com os parceiros, o que leva a diminuição da autoestima, além de sentimento de vergonha e culpa (EILAT-TSANANI et al, 2013), sendo autoestima mais prejudicada nos homens submetidos à cirurgia quando comparada com aqueles sob observação vigilante (JOHANSSON et al, 2009).

Foi observada correlação entre a autoestima e a faixa etária, apresentando menor autoestima os homens entre 50 e 59 anos. Este dado pode estar relacionado ao fato de que os homens mais jovens são mais propensos a terem vida sexual mais ativa, estando prejudicados pela disfunção erétil que é um dos maiores problemas relacionados à prostatectomia radical e que trazem maiores alterações de autoestima (EILAT-TSANANI et al, 2013; JOHANSSON et al, 2009). Quando comparado aos homens com mais de 60 anos, os que estão na faixa etária entre 50 e 59 anos tendem a ainda estarem inseridos no mercado de trabalho, e, ainda como consequência da prostatectomia radical, podem apresentar incontinência urinária prejudicando a realização do trabalho (MARTIN et al, 2011), o que contribui para uma menor autoestima. De acordo com o estudo realizado por Chambers et al (2013), homens mais jovens e com menor autoestima apresentam maiores índices de ansiedade e depressão.

Quanto à ansiedade e depressão, o escore médio foi de 4,95 ($\pm 3,14$) e 3,70 ($\pm 3,03$) respectivamente, sendo considerado não-caso de acordo com a classificação proposta. Vale lembrar que o escore pode variar de 0 a 21, sendo classificado de 0 a 7 como não-casos, de 8 a 10 como casos duvidosos, e igual ou maior que 11 como casos. Em percentuais, 5,00% foram categorizados como casos para a ansiedade e 2,50% foram considerados casos para a depressão.

Os dados de ansiedade e depressão corroboram com um estudo japonês realizado por Namiki et al (2007) em que homens com câncer de próstata submetidos à prostatectomia radical apresentaram baixos níveis de ansiedade (4,0) e depressão (4,2) com a utilização da mesma escala do presente estudo. Os maiores níveis de ansiedade e depressão foram associados com o comprometimento da função sexual e do sentimento de perda da masculinidade vivenciado por homens com câncer de próstata (PUNNEN et al, 2013; SHARPLEY; BITSIKA; DENHAM, 2014). Mesmo os homens prostatectomizados apresentando maior comprometimento da função sexual comparado aos outros tratamentos, ainda assim nem sempre acarreta altos níveis de depressão (HERVOUET et al, 2005).

Homens que apresentam complicações urinárias após o tratamento para o câncer de próstata, como sintomas do trato urinário inferior, também tendem a manifestar maiores níveis de ansiedade e depressão com consequente piora na qualidade de vida (QUEK et al, 2004).

Ao observar os níveis de ansiedade e depressão dentre homens submetidos à prostatectomia radical, os escores são iguais ou ainda mais favoráveis do que os encontrados naqueles submetidos às outras terapias (KORFAGE et al, 2006; STEINECK et al, 2002). Em contrapartida, dados recentes sugerem que homens submetidos à cirurgia apresentam escores de ansiedade e depressão relativamente altos (WANG; ERIKSSON, 2014; WATTS et al, 2014).

Sharpley e Christie (2007) realizaram um estudo com 197 homens, dois anos após o diagnóstico inicial do câncer de próstata. Foi encontrada prevalência de 12,00% com altos níveis de ansiedade e 16,00% com altos níveis de depressão. Quando combinados os níveis de ansiedade e depressão, a prevalência foi de 9,30%. A prevalência de ansiedade e depressão após algum tempo de diagnóstico sugere que o comprometimento psicológico não ocorre apenas após o choque do diagnóstico inicial, necessitando também de tratamento para os sintomas psicológicos a longo prazo.

Em um estudo conduzido por Mehnert et al (2010) também foram observados baixos escores de ansiedade (3,6) e depressão (2,5) com a utilização da mesma escala do presente estudo. Apenas uma pequena proporção de homens prostatectomizados apresentaram altos escores de ansiedade ou depressão (3,30% e 2,30%, respectivamente), escores estes ainda menores quando comparados como um grupo representativo da população de mesma idade. .

Ainda de acordo com Mehnert et al (2010), no que se refere ao tempo pós prostatectomia, quando comparado com a ansiedade e a depressão, não encontrou diferença estatística entre as variáveis, dados estes que vão ao encontro dos dados do presente estudo. Em estudos comparando os tempos antes e após o tratamento, houve significativa diminuição dos níveis de ansiedade e depressão após a intervenção, mantendo-se estáveis nos anos subsequentes (KORFAGE et al, 2006; WATTS et al, 2014).

A ansiedade e a depressão estão fortemente relacionadas à qualidade de vida dos homens com câncer de próstata, assim, desenvolver intervenções para o tratamento destas morbidades possa contribuir para melhora da qualidade de vida destes homens (LEV et al, 2009). A avaliação, o diagnóstico e o tratamento da depressão, ansiedade e morbidades psicológicas em geral são demonstradas como prioridade para todos os profissionais envolvidos com pacientes com câncer de

próstata, permitindo otimizar a qualidade de vida e melhorar a resposta aos tratamentos em que são submetidos (WATTS et al, 2014; LEV et al, 2009).

Estratégias psicossociais para o cuidado dos homens com ansiedade e depressão apresentam-se efetivas, e devem possuir desenhos de longo seguimento, dado que intervenções a curto prazo não demonstram efeito sustentado na melhora da ansiedade e da depressão (CHIEN et al, 2014). Estas estratégias demonstram resultados promissores não só nos níveis de ansiedade e depressão, mas também em diversos domínios como a qualidade de vida, função sexual, intimidade e confiança sexual, e autoestima (SIDDONS; WOOTTEN; COSTELLO, 2013).

CONCLUSÃO

6. Conclusão

No presente estudo, homens submetidos à prostatectomia radical apresentaram alta autoestima, e baixos escores de ansiedade e depressão, dados estes que corroboram com estudos de população semelhante. As variáveis estudadas apresentaram correlação entre elas. A autoestima possui correlação negativa com a ansiedade e a depressão, além disso as duas últimas variáveis possuem correlação positiva entre si.

A faixa etária apresentou correlação com a autoestima, apresentando menor autoestima os homens incluídos na menor faixa etária (50 a 59 anos). A idade também apresentou correlação com as categorias da sub-escala de depressão, sendo considerados casos para a depressão os homens de maior média de idade.

O tempo pós prostatectomia apresentou correlação negativa apenas com a autoestima. Apesar de terem sido encontrados bons níveis de autoestima, ansiedade e depressão, na maioria dos homens, estes dados não excluem a necessidade de atenção àqueles que possuem comprometimento psicológico.

Como limitações deste estudo destaca-se o número reduzido da amostra. Espera-se com este estudo que mais pesquisas sejam realizadas para complementar os dados encontrados, já que foram encontrados poucos estudos nacionais destinados à esta população. Também espera-se que haja o comprometimento dos profissionais de enfermagem e da saúde como um todo para a busca e o desenvolvimento de estratégias para homens prostatectomizados que apresentem sinais de comprometimento físico ou psicológico, a fim de melhorar a resposta ao tratamento e conseqüentemente a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

7. Referências

- ALEMOZAFFAR, M. et al. Prediction of erectile function following treatment for prostate cancer. **The Journal of the American Medical Association**. v. 306, n. 11, p. 1205-14, Set 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**: DSM IV, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- ANDERSON, C.B. et al. Recovery of urinary function after radical prostatectomy: identification of trajectory cluster groups. **The Journal of Urology**. v.187, p. 1346-1351, Abr 2012.
- ANDRADE, E.R; SOUSA, E.R; MINAYO, M.C.S. Intervenção visando a auto-estima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 275-285, 2009.
- ANDRÉN, O. et al. How well does the Gleason score predict prostate cancer death? A 20-year followup of a population based cohort in Sweden. **The Journal of Urology**, v. 175, n. 4, p. 1337-40, Apr 2006.
- BACHINO, V.B. et al. Comparación de costes de tres tratamientos del câncer de próstata localizado em España: prostatectomía radical, braquiterapia prostática y radioterapia conformacional externa 3D. **Gaceta Sanitária**: Barcelona, v.25, n.1, Jan/Fev 2011.
- BERGMAN, J; LITWIN M.S. Quality of life in men undergoing active surveillance for localized prostate cancer. **Journal of the National Cancer Institute Monographs**, n. 45, p. 242-249, 2012.
- BILL-AXELSON, A. et al. Psychiatric treatment in men with prostate cancer – results from a Nation-wide, population-based cohort study from PCBaSe Sweden. **Eur J Cancer**, v. 47, n. 14, p. 2195-201, Sep 2011.
- BOTEGA, Neury J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, Out 1995.
- BOURGADE, V. et al. Impact of the length of time between diagnosis and surgical removal of urologic neoplasms on survival. **World J Urol.**, v. 32, n. 2, p. 475-9, Apr 2014.
- BOWLING, A. Measuring health. **A review of quality of life measurement scales**. 3rd ed. Philadelphia: Open University Press; 2005.
- BRAJTBORD J.S. et al. Age and baseline quality of life at radical prostatectomy-who has the most to lose? **The Journal of Urology**, v.192, n.2, p 396-401, Aug, 2014.

BRANDT, A. et al. Age-specific risk of incidente prostate câncer and risk of death from prostate câncer defined by the number of affected Family members. **Eur Urol.** v. 58, n.2, p. 275-80, Ago 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Programa nacional de controle do câncer da próstata:** documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2002. 24p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2010:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009. 98p.

BRATT, O. Hereditary prostate cancer: clinical aspects. **J Urol.** v. 167, n.3, p. 903-13, Set 2002.

BUL, M. et al. Radical prostatectomy for low-risk prostate cancer following initial active surveillance: results from a prospective observational study. **European Urology**, v.62, p. 195-200, 2012.

CARVALHO, J.M.S; CRISTÃO, A.S.M. O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. **Revista de Enfermagem Referência**, III Série, n.7, Jul 2012.

CASTILLO, O.A.C; VIDAL-MORA, I; SÁNCHEZ-SALAS, R. Prostatectomía radical laparoscópica. **Revista Chilena de Cirurgia**, v.63, n.2, p. 217-222, Abr 2011.

CAYLESS, S. et al. Men with prostate cancer over the first year of illness: their experiences as biographical disruption. **Support Care Cancer**, v. 18, p. 11-19, Abr 2010.

CECIL, R; McCAUGHAN, E; PARAHOO, K. 'It's hard to take because I am a man's man': an ethnographic exploration of cancer and masculinity. **European Journal of Cancer Care**, v. 19, p. 501-509, 2010.

CHAMBERS, S.K. et al. Couple distress after localized prostate cancer. **Support Care Cancer**, v. 21, p. 2967-2976, 2013.

CHIEN C.H. et al. The effects of psychosocial strategies on anxiety and depression of patients diagnosed with prostate cancer: a systematic review. **Int J Nurs Stud.**, v. 51, n. 1, p. 28-38, Jan 2014.

CLARK, J.A. et al. Patient's perceptions of quality of life after treatment for early prostate cancer. **J Clin Oncol.**, v. 21, n. 20, p. 3777-84, Oct 2003.

COELHO, J.C.U. et al. **Manual de clínica cirúrgica:** cirurgia geral e especialidades. São Paulo: Atheneu, v.2, 2009.

CRAIKE, M.J; LIVINGSTON, P.M; BOTTI, M. An exploratory study of the factors that influence physical activity for prostate cancer survivors. **Support Care Cancer**, v. 19, n. 7, p. 1019-28, Jul 2011.

DALE, W. et al. The role of anxiety in prostate carcinoma. **Cancer**, v.104, n.3, p. 467-78, Ago 2005.

DASKIVICH, T.J. et al. Prediction of long-term other-cause mortality in men with early-stage prostate cancer: results from the prostate cancer outcome study. **Urology**, v. 23, Set 2014.

DINI, G.M; QUARESMA, M.R; FERRERIA, L.M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Autoe-estima de Rosenberg. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 41-52, Jan/Abr 2004.

EILAT-TSANANI, S. et al. Patient's perceptions of radical prostatectomy for localized prostate cancer: a qualitative study. **The Israel Medical Association Journal**, v.15, p.153-157, 2013.

ENE, K.W. et al. Pain, psychological distress and health-related quality of life at baseline and 3 months after radical prostatectomy. **BMC Nursing**, v. 5, n. 8, Nov 2006.

ENE, K.W. et al. Prediction of postoperative pain after radical prostatectomy. **BMC Nursing**, v. 9, n. 7, Dec 2008.

FERRANTE, J.M; SHAW, E.K; SCOTT, J.G. Factors influencing men's decisions regarding prostate cancer screening: a qualitative study. **J community Health**, v. 36, n. 5, p. 839-44, Oct 2011.

GANDAGLIA, G. et al. The effect of age at diagnosis on prostate cancer mortality: A grade-for-grade and stage-for-stage analysis. **Eur J Surg Oncol.**, p. 1-10, May, 2014.

GERBERSHAGEN, H.J. et al. Preoperative chronic pain in radical prostatectomy patients: preliminary evidence for enhanced susceptibility to surgically induced pain. **European Journal of Anaesthesiology**, v.27, n.5, p.448-54, Mai 2010.

GERBERSHAGEN, H.J. et al. Prevalence, severity, and chronicity of pain and general healthrelated quality of life in patients with localized prostate cancer. **European Journal of Pain**, v.12, n.3, p.339-50, Abr 2008.

GORE, J.L. et al. Correlates of Bother Following Treatment for Clinically Localized Prostate Cancer. **The Journal of Urology**, v.184, n.4, p. 1309-15, Out 2010.

GROSSFELD, G.D. et al. Is ethnicity an independent predictor of prostate cancer recurrence after radical prostatectomy? **The Journal of Urology**, v.168, p. 2510-2515, Dec 2002.

HAIR, F.J. et al. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005, p. 593.

HANNÖVER, W; KÖPKE, D; HANNICH, H.J. Perceived barriers to prostate cancer screenings among middle-aged men in North-Eastern Germany. **Public Health Nursing**, v. 27, n. 6, p. 504-512, Nov-Dec 2010.

HEDESTIG, O. et al. Living after radical prostatectomy for localized prostate cancer: A qualitative analysis of patient narratives. **Acta Oncologica**, v.44, n.7, p.679-86, 2005.

HEIDENREICH, A. et al. EAU Guidelines on prostate cancer. Part 1: Screening, diagnosis and treatment of clinically localised disease. **European Urology**, v.59, p. 61-71, 2011.

HERVOUET, S. et al. Psychological functioning associated with prostate cancer: cross-sectional comparison of patients treated with radiotherapy, brachytherapy, or surgery. **J Pain Symptom Manage.**, v. 30, n. 5, p. 474-84, Nov 2005.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2011, 118 p.

JOHANSSON, E. et al. Time, symptom burden, androgen deprivation, and self-assessed quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting: the Randomized Scandinavian Prostate Cancer Group Study Number 4 (SPCG-4) clinical trial. **Eur Urol.**, v. 55, n. 2, p. 422-30, Feb 2009.

KORFAGE, I.J. et al. Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up. **British Journal of Cancer**. v.94, p.1093-1098. 2006.

KRUPSKI, T.L; KWAN, L; LITWIN, M.S. Sociodemographic factors associated with postprostatectomy radiotherapy. **Prostate Cancer and Prostatic Disease**, v. 8, p. 184-188, 2005.

LAVALLÉE, L.T, MANUEL, D.C, VAN WALRAVEN, C. Survival men with prostate cancer undergoing radical prostatectomy in Ontario. **The Journal of Urology**, Apr, 2014.

LEV, E.L. et al. Quality of life of men treated for localized prostate cancer: outcomes at 6 and 12 months. **Support Care Cancer**, v. 17, p. 509-517, 2009.

LEVIN, J; FOX, J. **Estatística para ciências humanas**. 9 ed. São Paulo: Pearson-Prentice Hall, 2004. p. 497.

LITWIN M.S; MELMED, G.Y; NAKAZON, T. Life after radical prostatectomy: a longitudinal study. **The Journal of Urology**, v. 166, p. 587-592, Aug 2001.

MARTIN, A.D. et al. Incontinence after radical prostatectomy: a patient centered analysis and implications for preoperative counseling. **The Journal of Urology**, v. 186, n. 1, p. 204-8, Jul 2011.

McCORKLE, R. et al. Effects of advanced practice nursing on patient and spouse depressive symptoms, sexual function, and marital interaction after radical prostatectomy. **Urologic Nursing**. v.27, p.65-77, Fev 2007.

MEDEIROS, A.P; MENEZES, M.F.B; NAPOLEÃO, A.A. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, mar-abr, n. 64, v. 2, p. 385-8, 2011. 7

MEHNERT, A. et al. Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. **European Journal of Cancer Care**, v.19, p. 736-745, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, 7 ed., 2000, 269p.

MOORE, K.N.; ESTEY, A. The early post-operative concerns of men after radical prostatectomy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 29, n.5, p.1121–1129, Mai 1999.

NAMIKI, S. et al. Psychological distress in Japanese men with localized prostate cancer. **International Journal of Urology**, v.14, n.10, p. 924-29, Out 2007.

PARK, S.W. et al. Recovery of overall exercise ability, quality of life, and continence after 12-week combined exercise intervention in elderly patients who underwent radical prostatectomy: a randomized controlled study. **Urology**. v. 80, n. 2, p.299-305, Ago 2012.

PEREIRA, R.F. et al. Quality of life, behavioral problems, and marital adjustment in the first year after radical prostatectomy. **Clin Genitourin Cancer**., v. 9, n. 1, p. 53-8, Sep 2011.

PITMAN, M. et al. Socioeconomic and clinical factors influence the interval between positive prostate biopsy and radical prostatectomy. **Urology**, v.80, n.5, p. 1027-1032, Nov 2012.

POKALA, N; TRULSON, J.J; ISLAM, M. Long-term outcome following radical prostatectomy for Gleason 8-10 prostatic adenocarcinoma. **World J Urol**., v. 9, Fev, 2014.

POLIT, D.F, BECK, C.T, HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

POLIT, D.F; BECK, C.T; OWEN, S.V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. **Research in nursing & health**, v.30, p.459-467, 2007.

PUNNEN, S. et al. A longitudinal study of anxiety, depression and distress as predictors of sexual and urinary quality of life in men with prostate cancer. **BJU International**. 112, p.E67-E75, 2013.

QUEK, K.F. et al. Effect of treating lower urinary tract symptoms on anxiety, depression and psychiatric morbidity: a one-year study. **Int J Urol.**, v. 11, n. 10, p. 848-55, Oct 2004.

REAM, E. et al. Supportive care needs of men living with prostate cancer in England: a survey. **British Journal of Cancer**, v. 98, p.1903-9. 2008.

RONDORF-KLYM, L.M; COLLING, J. Quality of life after radical prostatectomy. **Oncology Nursing Forum**, v. 30, n. 2, p. 24-32, 2003.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press; 1965.

ROTH, A.J. et al. The memorial anxiety scale for prostate cancer: validation of a new scale to measure anxiety in men with with prostate cancer. **Cancer**. v.97, n.11, p. 2910-18, jun. 2003.

SHARPLEY, C.F; BIRSIKA, V; DENHAM, J.W. Factors associated with feelings of loss of masculinity in men with prostate cancer in the RADAR trial. **Psycho-Oncology**, v. 23, n. 5, p. 524-30, May 2014.

SHARPLEY, C.F; CHRISTIE, D.R. An analysis of the psychometric profile and frequency of anxiety and depression in Australian men with prostate cancer. **Psycho-Oncology**, v. 16, n. 7, p. 660-667, Jul 2007.

SIDDONS, H.M; WOTTEN, A.C; COSTELLO, A.J. A randomized, wait-list controlled trial: evaluation of a cognitive-behavioural group intervention on psycho-sexual adjustment for men with localized prostate cancer. **Psycho-Oncology**, Apr 2013.

SINGH, J.; TRABULSI E.J.; GOMELLA, L.G. Is there an optimal management for localized prostate cancer? **Clinical Interventions in Aging**, v. 5, p. 187–197, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Incontinência urinária pós-prostatectomia: tratamento**. Projeto Diretrizes, 2006.

SROUGI, V. et al. Socioeconomic status is an independent predictor of biochemical recurrence among patients with prostate cancer who undergo radical prostatectomy. **Int Braz J Urol.**, v. 37, n. 4, p. 507-13, Jul-Ago 2011.

STEENLAND, K. et al. The effect of race and rural residence on prostate cancer treatment choice among men in Georgia. **Urology**, v. 77, n. 3, p. 581-7, Mar 2011.

STEINECK, G. et al. Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. **N Engl J Med.**, v. 347, n. 11, p. 790-6, Sep 2002.

TAVLARIDES, A.M. et al. Evaluation of the association of prostate cancer-specific anxiety with sexual function, depression and cancer aggressiveness in men 1 year following surgical treatment for localized prostate cancer. **Psycho-Oncology**, v.22, p.1328-1335. 2013.

TERRA, F.S; MARZIALE, M.H.P; ROBAZZI, M.L.C.C. Avaliação da autoestima em docentes de enfermagem de universidades pública e privada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, Jan-Fev 2013.

TEWARI, A.K. et al. Effect of socioeconomic factors on long-term mortality in men with clinically localized prostate cancer. **Urology**, v. 73, n. 3, p. 624-30, Mar 2009.

THORTON, A.A. et al. Optimism and prostate cancer-specific expectations predict better quality of life after robotic prostatectomy. **J Clin Psychol Med Settings.**, v. 19, n. 2, p. 165-76, Jun 2012.

ULLRICH, P.M. et al. Cancer fear and mood disturbance after radical prostatectomy: consequences of biochemical evidence of recurrence. **The Journal of Urology**, v.169, n.4, p. 1449-52, Abr. 2003.

VAN ANDEL, G. et al. Health-related quality of life and psychosocial factors in patients with prostate cancer scheduled for radical prostatectomy or external radiation therapy. **BJU Int.**, v. 92, n. 3, p. 217-22, Aug 2003.

VAN DER KWAST, T.H. et. al. Guidelines for processing and reporting of prostatic needle biopsies. **Journal of Clinical Pathology**, v. 56, n.5, p. 336-340, 2003.

VIANNA, M.C; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre cuidados de enfermagem para a alta de pacientes prostatectomizados. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.8, n.2, p.269-273. Abr/Jun 2009.

WANG, E.Y; ERIKSSON, H.G. Quality of life and functional outcomes 10 years after laparoscopic radical prostatectomy. **Ups J Med Sci.**, v. 119, n. 1, p. 32-7, Mar 2014.

WATTS, S. et al. Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. **BMJ Open.**, v. 4, n.3, Mar 2014.

WESPES, E. et al. Diretrizes para disfunção sexual masculina: disfunção erétil e ejaculação precoce. **European Urology**, v.49, n.5, p.806-15. 2006.

YANG, B.K. et al. Cross-sectional survey of long-term quality of life after radical perineal prostatectomy. **Urology**, v. 65, n. 1, p. 120-5, Jan 2005.

YU, H.Y. et al. Hospital volume, utilization, costs and outcomes of robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. **The Journal of Urology**, v. 187, n.5, p. 1632-7, May 2012.

ZIGMOND, A.S.; SNAITH RP. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.67, n. 6, p. 361-70. Jun 1983.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“Qualidade de vida, ansiedade, depressão e necessidades de cuidados de saúde em homens submetidos à prostatectomia radical”**.
2. O conhecimento sobre a qualidade de vida, ansiedade, depressão e sinais e sintomas de homens com doenças da próstata poderá resultar em uma identificação mais precisa das necessidades de cuidado, auxiliando profissionais de saúde a garantir uma assistência mais qualificada.
 - a. Você foi selecionado por ter sido submetido à prostatectomia radical.
 - b. Os objetivos deste estudo são: avaliar qualidade de vida, autoestima, ansiedade e depressão; identificar necessidades de cuidado; contribuir para o conhecimento da enfermagem e da área da saúde; e contribuir para uma melhor qualidade de vida dos homens submetidos à prostatectomia radical.
 - c. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder questionários que serão lidos pelo pesquisador.
3. Ao responder os questionários você estará exposto a alguns riscos, dentre eles a possibilidade de se sentir cansado pelo tempo gasto para responder as perguntas, além disso, pode também se sentir constrangido com questões de caráter pessoal sobre sua saúde. Desta forma, sinta-se livre para marcar outro momento para responder, ou até mesmo para desistir da pesquisa. Os benefícios são relacionados à possibilidade de você entender melhor seu estado de saúde e identificar os pontos positivos na recuperação da cirurgia.
4. Você poderá acompanhar o andamento da pesquisa entrando em contato com os pesquisadores. Além do pesquisador principal, outros dois pesquisadores entrarão em contato para a realização do estudo:
 - a. Gláucia Bueno Soares – Telefone: (16) 81311241
 - b. Lívia Cristina de Resende Izidoro – Telefone: (16) 81814415

5. Você poderá esclarecer suas dúvidas antes e durante o andamento da pesquisa.
6. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a instituição ou com os profissionais de saúde desta instituição.
7. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, já que seu nome ou qualquer dado que o identifique serão de conhecimento apenas do pesquisador.
8. Como você não terá despesas por participar desta pesquisa, não haverá nenhum tipo de ressarcimento ou qualquer ganho financeiro.
9. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Prof.^a Dr.^a Anamaria Alves Napoleão
Endereço: Rod. Washington Luis, Km 235
Caixa Postal 676, CEP 13565-905 – São Carlos/SP
Telefone: 16-3351-9444 ou 3351-8338

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de _____.

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE B - Instrumento de caracterização sociodemográfica, econômica e clínica

Pesquisador: _____ Data da coleta: ____/____/____	
Identificação dos sujeitos	
Iniciais: _____	Data de nascimento: ____/____/____
Telefone: (____) _____ - _____ (____) _____ - _____	Técnica cirúrgica: _____ _____
Data da prostatectomia radical (mês/ano): ____/____	Plano de saúde: _____
Questionário sociodemográfico e econômico	
A. Qual a cor da sua pele? (1) Negro (2) Mulato (3) Pardo (4) Amarelo (5) Branco (6) Outra.	B. Escolaridade (1) Analfabeto (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Ensino superior incompleto (7) Ensino superior completo
C. Renda média familiar (1) Até um salário mínimo (2) Acima de um a dois salários mínimos (3) Acima de dois a quatro salários mínimos (4) Acima de quatro a seis salários mínimos (5) Acima de seis a oito salários mínimos (6) Acima de oito salários mínimos	D. Profissão (1) Autônomo (2) Servidor Público (3) Empregado Empresa Privada (4) Empregado Rural/Agricultor (5) Desempregado (6) Aposentado (7) Outro: _____
E. O tratamento afetou o seu desempenho no trabalho? (1) Sim (2) Não Como? _____ _____ _____	F. Com quem você mora? (1) Só com esposa/companheira (2) Com esposa/companheira e filhos (3) Com companheiro (4) Sozinho (5) Com amigo(s) (6) Com pais e/ou irmãos (7) Outro: _____

<p>G. Quantas pessoas vivem na sua casa?</p> <p>_____</p>	<p>H. Você tem filhos?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p>Quantos? _____</p>
<p>I. Qual a sua religião ou culto?</p> <p>(1) Católico</p> <p>(2) Protestante</p> <p>(3) Evangélico</p> <p>(4) Adventista</p> <p>(5) Ateu</p> <p>(6) Outra: _____</p> <p>É praticante?</p> <p>(1.1) Sim</p> <p>(1.2) Não</p>	<p>J. Realiza alguma atividade social? (bares, festas, atividades na comunidade, outros)</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p>Se você respondeu que sim, quantas vezes por semana?</p> <p>(1.1) Semanalmente</p> <p>(1.2) Duas vezes por semana</p> <p>(1.3) Três vezes ou mais por semana</p>
<p>Questionário de Identificação Clínica</p>	
<p>K. Antes da cirurgia você realizou algum outro tipo de tratamento?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p>Se você respondeu que sim, qual(s) foi o(s) tratamento (s)?</p> <p>(1.1) Ressecção da próstata</p> <p>(1.2) Radioterapia</p> <p>(1.3) Quimioterapia</p> <p>(1.4) Observação vigilante</p> <p>(1.5) Terapia hormonal</p> <p>(1.6) Outro:</p> <p>_____</p>	<p>L. Se você realizou algum outro tipo de tratamento antes da cirurgia, qual foi o mês e o ano de início do tratamento clínico? _____ / _____ (mês / ano)</p>
<p>M. Você tem outros problemas de saúde?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p>Se você respondeu que sim, qual(s) é (são)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>N. Você faz uso de medicamentos?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p>Se você respondeu que sim, qual(s) medicamento(s) você utiliza?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>O. Você faz alguma terapia não medicamentosa?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p>Se você respondeu que sim, qual(s) é (são) a(s) terapia(s)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>P. Realiza atividades físicas periodicamente?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p>Qual (s)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Se você respondeu que sim, quantas vezes por semana?</p> <p>(1.1) Uma vez por semana</p> <p>(1.2) Duas vezes por semana</p>

	(1.3) Três vezes ou mais por semana
<p>Q. É tabagista?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p>Se sim, quantos cigarros você fuma por dia?</p> <p>_____</p>	<p>R. Faz uso de álcool?</p> <p>(1) Sim (2) Não.</p> <p>Se você respondeu que sim, quantas vezes por semana?</p> <p>(1.1) Semanalmente</p> <p>(1.2) Duas vezes por semana</p> <p>(1.3) Três vezes ou mais por semana</p>
<p>S. Já teve algum outro tipo de Câncer?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p> <p>Se você respondeu que sim, qual (s)?</p> <p>_____</p>	<p>T. Seu pai ou irmão tiveram Câncer de Próstata?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>

APÊNDICE C – Carta Explicativa aos Juízes

Prezado avaliador (a),

Convido Vossa Senhoria para participar da etapa de validação de conteúdo de um instrumento de coleta de dados sociodemográfico e clínico que será utilizado no desenvolvimento do projeto de pesquisa “Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à saúde, autoestima e ansiedade e depressão em homens prostatectomizados” cujo objetivo geral é avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), autoestima (AE), ansiedade e depressão em homens no período mínimo de três meses e máximo de três anos após prostatectomia radical.

Os objetivos específicos do estudo são:

- Caracterizar a amostra quanto aos dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos;
- Identificar os domínios de QVRS afetados em pacientes após a prostatectomia radical;
- Identificar os níveis de AE, ansiedade e depressão em pacientes após a prostatectomia radical;
- Investigar a relação entre as medidas encontradas de QVRS, AE, ansiedade e depressão em pacientes após a prostatectomia radical;
- Correlacionar os domínios das escalas de QVRS e da escala de AE, ansiedade e depressão com dados sociodemográficos e clínicos.

O (a) senhor (a) avaliará o instrumento de coleta de dados que será utilizado na pesquisa por meio de consulta ao prontuário e entrevista ao cliente, quando necessário. O instrumento aborda questões sobre a **caracterização dos clientes, dados sociodemográficos, econômicos, clínicos e terapêuticos** relacionados ao procedimento cirúrgico realizado.

Instruções quando ao preenchimento do questionário de avaliação

Para o preenchimento do Questionário para a avaliação da validade de conteúdo, o (a) senhor (a) será solicitado a julgar a organização, clareza, objetividade e adequação do conteúdo.

Para fazer esses julgamentos será utilizada uma escala categórica ordinal de quatro pontos, variando entre um e quatro, sendo as opções de resposta três (3) e quatro (4) consideradas adequadas.

Em todo o processo o (a) senhor (a) será solicitado (a) a sugerir modificações, propor adição e/ou a exclusão de itens e também a apontar qualquer sugestão que julgue pertinente.

O questionário para avaliação da validade de conteúdo poderá ser entregue via correio eletrônico ou impresso e qualquer dúvida poderá ser esclarecida junto às autoras.

Atenciosamente.

São Carlos, ____ de julho de 2013.

Gláucia Bueno Soares

Lívia Cristina de Resende Izidoro

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE
CONTEÚDO

1. O instrumento está construído e apresentado de forma ORGANIZADA?

- (1) Não é organizado
- (2) Um pouco organizado
- (3) Suficientemente organizado
- (4) Altamente organizado

Por favor, caso tenha, aponte sugestões para que os itens marcados como 1 ou 2 possam ser alterados para 3 ou 4.

2. Os itens contidos no instrumento estão redigidos de forma CLARA, de forma que o (a) senhor (a) possa compreender o que está sendo solicitado e preenchê-lo sem dúvidas?

- (1) Não é claro
- (2) Um pouco claro
- (3) Suficientemente claro
- (4) Altamente claro

Por favor, caso tenha, aponte sugestões para que os itens marcados como 1 ou 2 possam ser alterados para 3 ou 4.

3. Os itens contidos no instrumento estão redigidos de forma OBJETIVA?

- (1) Não é objetivo
- (2) Um pouco objetivo
- (3) Suficientemente objetivo
- (4) Altamente objetivo

Por favor, caso tenha, aponte sugestões para que os itens marcados como 1 ou 2 possam ser alterados para 3 ou 4.

4. O CONTEÚDO do instrumento está adequado e reflete o que os autores se propõem a avaliar?

- (1) Não é adequado
- (2) Um pouco adequado
- (3) Suficientemente adequado
- (4) Altamente adequado

Por favor, caso tenha, aponte sugestões para que os itens marcados como 1 ou 2 possam ser alterados para 3 ou 4.

5. O conjunto de itens do domínio identificação dos sujeitos é suficiente para representar este domínio?

- (1) Não é suficiente
- (2) Um pouco suficiente
- (3) Suficiente
- (4) Altamente suficiente

Por favor, caso tenha, aponte sugestões para que os itens marcados como 1 ou 2 possam ser alterados para 3 ou 4.

6. O conjunto de itens do domínio Questionário sociodemográfico e econômico **é suficiente para representar este domínio?**

- (1) Não é suficiente
- (2) Um pouco suficiente
- (3) Suficiente
- (4) Altamente suficiente

Por favor, caso tenha, aponte sugestões para que os itens marcados como 1 ou 2 possam ser alterados para 3 ou 4.

7. O conjunto de itens do domínio Identificação clínica **é suficiente para representar este domínio?**

- (1) Não é suficiente
- (2) Um pouco suficiente
- (3) Suficiente
- (4) Altamente suficiente

Por favor, caso tenha, aponte sugestões para que os itens marcados como 1 ou 2 possam ser alterados para 3 ou 4.

8. Caso julgue necessário, por favor, aponte algum item que o (a) senhor (a) considera importante ser EXCLUÍDO.

9. Caso julgue necessário, por favor, aponte algum item que o (a) senhor (a) considera importante ser INCLUÍDO.

_____, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do avaliador

APÊNDICE E – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E NECESSIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE EM HOMENS SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA RADICAL

Pesquisador: Anamaria Alves Napoleão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06531712.9.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Inserir nova variável de estudo, bem como objetivos referentes e alterações no TCLE.

Justificativa: Justifica-se a inclusão de nova variável pela relevância da mesma no referido

Data do Envio: 13/09/2013

Situação da Notificação: Aguardando revisão do parecer do colegiado

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 398.781

Data da Relatoria: 08/10/2013

Apresentação da Notificação:

Notificação para Inserir nova variável de estudo, bem como objetivos referentes e alterações no TCLE.

Objetivo da Notificação:

Os objetivos deste estudo são: avaliar qualidade de vida, autoestima, ansiedade, depressão e sinais e sintomas em homens submetidos à prostatectomia radical; identificar necessidades de cuidado; contribuir para o conhecimento da enfermagem e da área da saúde; e contribuir para uma melhor qualidade de vida dos homens submetidos à prostatectomia radical;

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (18)3351-0883

E-mail: cep@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 366.701

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: possibilidade de se sentir cansado pelo tempo gasto para responder as perguntas, além disso, pode também se sentir constrangido com questões de caráter pessoal sobre sua saúde. Desta forma, sinta-se livre para marcar outro momento para responder, ou até mesmo para desistir da pesquisa. Benefícios são relacionados à possibilidade de você entender melhor seu estado de saúde e identificar os pontos positivos na recuperação da cirurgia

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Notificação relevante e de grande contribuição para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 18 de Setembro de 2013

Assinador por:
Maria Isabel Ruiz Beretta
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-0683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXOS

ANEXO A - Escala de Autoestima de Rosenberg

Para cada item abaixo, indicar apenas uma alternativa, fazendo um X na categoria apropriada. De acordo como você se sente indique a melhor alternativa.

		Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo Plenamente
1	De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo.	0	1	2	3
2	As vezes acho que não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros).	0	1	2	3
3	Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.	0	1	2	3
4	Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).	0	1	2	3
5	Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito que me orgulhar.	0	1	2	3
6	Às vezes, eu me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).	0	1	2	3
7	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.	0	1	2	3
8	Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a). (Dar me mais valor).	0	1	2	3
9	Quase sempre eu estou inclinado (a) a achar que sou um (a) fracassado (a).	0	1	2	3
10	Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo (a).	0	1	2	3