



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* – ATENÇÃO À SAÚDE

IZABEL CRISTINA SOARES

QUALIDADE DE VIDA DE HOMENS COM CÂNCER DE PRÓSTATA

UBERABA-MG

2012

IZABEL CRISTINA SOARES

QUALIDADE DE VIDA DE HOMENS COM CÂNCER DE PRÓSTATA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde – nível mestrado, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: atenção à saúde das populações.

Eixo temático: saúde do adulto e do idoso.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello

UBERABA-MG

2012

Dados Internacionais de Catalogação na fonte.

Soares, Izabel Cristina
S657q Qualidade de vida de homens com câncer de próstata / Izabel Cristina
Soares. -- 2012
79f.: tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal
do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2012.
Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello

1. Próstata - Câncer. 2. Qualidade de vida. 3. Fadiga. 4.
Depressão. 5. Enfermagem. I. Barichello, Elizabeth. II. Universidade
Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.65-006

IZABEL CRISTINA SOARES

QUALIDADE DE VIDA DE HOMENS COM CÂNCER DE PRÓSTATA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde – nível mestrado, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Uberaba, 10 de dezembro de 2012.

Profa. Dra. Elizabeth Barichello - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Sueli Riul da Silva
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Thais de Oliveira Gozzo
Universidade de São Paulo

“Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas. A Ele a glória por toda a eternidade!

Amém.”

Romanos 11, 36

AGRADECIMENTOS

A Deus, e pela intercessão de Nossa Senhora que providencia inúmeras bênçãos e, é auxílio para superar os desafios ao longo da caminhada.

À orientadora e amiga Elizabeth Barichello, uma pessoa admirável, que desde a graduação tem sido exemplo de humanidade, sensibilidade, dedicação e competência. Agradeço pela atenção, carinho, paciência e por todos os ensinamentos que vou levar sempre e em todos os momentos.

Aos meus pais e irmã que estiveram ao meu lado em todos os momentos e mesmo distantes ajudaram-me com carinho a concretizar esse sonho, e superar a saudade.

Ao meu amor, Wálace, pelo apoio, amor e carinho ao longo dessa jornada. Por sempre acreditar em mim, compreender-me e ajudar-me a superar a distância. Pela disposição e dedicação todos os dias durante a realização deste trabalho.

Aos funcionários do Hospital Dr. Helio Angotti, em especial aos funcionários do arquivo e do segundo e terceiro andar de oncologia pela atenção, paciência durante a realização desta pesquisa.

Aos pacientes e familiares que me acolheram e me ensinaram muito com seus exemplos de vida.

Aos professores do Mestrado em Atenção a Saúde pelos ensinamentos e ao Prof. Vanderlei José Haas pela contribuição na análise estatística.

Às professoras Sueli Riul da Silva, Maria Helena Barbosa e Thais de Oliveira Gozzo, pelas sugestões e contribuições nesta pesquisa.

Aos funcionários do Mestrado, em especial à Maria Aparecida Bizinoto Rezende, pela disponibilidade e auxílio.

Ao Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI, por ter me concedido a bolsa de estudo.

A todos que de alguma forma colaboraram para elaboração deste estudo, minha gratidão.

“[...] Porque a Deus nenhuma coisa é impossível.”

Lucas 1, 37

RESUMO

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

Introdução: no Brasil há poucos estudos que abordam a qualidade de vida relacionada à saúde de homens com câncer de próstata. Constitui a principal neoplasia no sexo masculino e ainda não existe um exame definido para detecção precoce, e, isso pode impactar negativamente a qualidade de vida desses homens caso o diagnóstico seja feito em estágios avançados da doença. **Objetivo:** analisar os sintomas de fadiga, depressão, sono e qualidade de vida de pacientes com câncer de próstata submetidos à hormonioterapia anterior ou posteriormente em relação a prostatectomia radical e/ou radioterapia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Utilizou-se para a coleta de dados cinco instrumentos: o primeiro instrumento com dados sociais e clínicos do paciente, o segundo instrumento com dados o Inventário de Depressão de Beck, o terceiro a Escala de Fadiga de Piper, o quarto o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR), o quinto o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “Core”* 30 itens. (EORTC-QLQ-C30). **Resultados:** A população estudada era composta por 50 homens de cor branca, idade entre 60-79 anos, casados, com formação escolar entre um e quatro anos, como fonte de renda atual a aposentadoria, e, renda individual mensal de até dois salários mínimos. Nos prontuários analisados, mais da metade se encontrava com o tumor nos estágios III ou IV e, a maioria tinha feito ou estava fazendo radioterapia. Em relação à hormonioterapia, a qual todos os homens eram submetidos, a maioria encontrava-se no primeiro ano de uso do medicamento, usando-o mensalmente e a hormonioterapia mais usual foi goserrelina. A presença de fadiga leve foi relatada pela maioria dos homens, já a depressão não foi observada pelo inventário de depressão de Beck. A pontuação global do PSQI foi indicativo de má qualidade de sono. Em relação à qualidade de vida relacionada à saúde as dimensões do EORTC-QLQ-C30 que apresentaram pior qualidade de vida foram a função física e a fadiga. Observou-se que as correlações entre a pontuação global do PSQI e os escores de fadiga e escore de depressão apresentaram-se forte e estatisticamente significante no escore de depressão, e apontaram que quanto pior a qualidade de

sono, maiores são as chances de depressão. Além disto, foi visto que as correlações entre as dimensões do EORTC-QLQ-C30 e os escores de fadiga, depressão e sono mostraram-se na função funcional, de forte a moderado e estatisticamente significativa na maioria das correlações e na função de sintomas as correlações apresentaram-se de fortes a moderadas também em muitos dos escores. **Conclusão:** O uso dos instrumentos mostrou-se útil na investigação de fadiga, depressão e distúrbios de sono que alteram a qualidade de vida relacionada à saúde e a utilização dos mesmos na prática clínica do enfermeiro podem propiciar benefícios para tratamento dos homens com essa neoplasia.

Descritores: Neoplasias da próstata. Fadiga. Depressão. Transtornos do Sono. Qualidade de vida. Enfermagem.

ABSTRACT

SOARES, I. C. **Quality of life in men with prostate cancer.** 2012. 79f. Dissertation (Master in Health Care) – Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

Introduction: There are few studies in Brazil which approach the quality of life related to the health of men with prostate cancer. It is the most common neoplasy among men and there is not a definite exam for premature prevention yet, and this can negatively impact these men's quality of life in case the diagnosis is done in most advanced stages of the disease. **Objective:** Analyze the symptoms of fatigue, depression, sleep and quality of life of patients with prostate cancer submitted to previous or subsequently hormone therapy related to radical prostatectomy and/or radiotherapy. **Methodology:** This is a cross-sectional study with quantitative approach. Five tools were used for data collection: the first tool with social and clinical data of the patient, the second one with data from the Beck Depression Inventory, the third one the Piper Fatigue scale, the fourth The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-BR), the fifth *The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "Core" 30 items.* (EORTC-QLQ-C30). **Results:** Population studied was constituted by fifty (50) white men, aged 60-79, married, school education between one and four years, retirement as their current income, and individual monthly income up to two minimum wages. In the medical patient's records analyzed more than the half had tumor in stages III or IV and the majority of them had had or were undergoing radiotherapy. Related to hormone therapy, to which every man was submitted, the majority was in the first year of the medication, using it monthly, and the most usual hormone therapy was goserelin. The presence of mild fatigue was reported by the majority of the men, yet depression was not observed by the Beck Depression Inventory. Overall scores of PSQI evidenced bad quality of sleep. With respect to the quality of life related to health the dimensions of EORTC-QLQ-C30 which presented worse quality of life were the physical function and fatigue. It was observed that the correlations among the overall scores of PSQI and fatigue scores and depression scores presented themselves severe and statistically significant in the depression score, and pointed out that the worst the sleep the higher the chances of depression. Moreover, it was seen that the correlations among the dimensions of EORTC-QLQ-C30 and fatigue,

depression and sleep scores showed themselves in the functional function, from severe to mild and statistically significant in the majority of the correlations, and in the function of the symptoms correlations also were from severe to mild in many of the scores. **Conclusion:** Use of tools showed useful in fatigue, depression and sleep disorders investigation, which change the quality of life related to health and the use of them in nurse's clinical practice can provide benefits for the treatment of men with this neoplasy.

Descriptors: Prostate neoplasy. Fatigue. Depression. Sleep disorders. Life quality. Nursing.

RESUMEN

SOARES, I. C. **Calidad de vida de hombres con cáncer de próstata**. 2012. 79f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

Introducción: en el Brasil hay pocos estudios que abordan la calidad de vida relacionada a la salud de hombres con cáncer de próstata. Constituye la principal neoplasia en el sexo masculino y aún no existe un examen definido para detección precoces, y, eso puede impactar negativamente la calidad de vida de esos hombres caso el diagnóstico sea hecho en estajos avanzados de la enfermedad. **Objetivo:** analizar los síntomas de fatiga, depresión, sueño y calidad de vida de pacientes con cáncer de próstata sometidos a la hormonoterapia anterior o posteriormente en relación a prostatectomía radical y/o radioterapia. **Metodología:** se trata de un estudio transversal con abordaje cuantitativa. Se utilizó para la colecta de datos cinco instrumentos: el primero instrumento con datos sociales y clínicos del paciente, el segundo instrumento con datos del Inventario de Depresión de Beck, el tercero la Escala de Fatiga de Piper, el cuarto el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI-BR), el quinto el *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “Core”* 30 ítems. (EORTC-QLQ-C30). **Resultados:** La población estudiada era compuesta por 50 hombres de color blanca, edad entre 60-79 años, casados, con formación escolar entre un y cuatro años, como fuente de rienda actual la jubilación, y, rienda individual mensual de hasta dos sueldos mínimos. En los prontuarios analizados, más de la mitad se encontraba con el tumor en los estajos III o IV y, la mayoría tenía hecho o estaba haciendo radioterapia. En relación a la hormonoterapia, a la cual todos los hombres eran sometidos, la mayoría se encontraba en el primero año de uso del medicamento, usándolo mensualmente y la hormonoterapia más usual fue goserrelina. La presencia de fatiga liviana fue relatada por la mayoría de los hombres, ya la depresión no fue observada por el inventario de depresión de Beck. La puntuación global del PSQI fue indicativa de mala calidad de sueño. En relación a la calidad de vida relacionada a la salud las dimensiones del EORTC-QLQ-C30 que presentaron peor calidad de vida fueron la función física y la fatiga. Se observó que las correlaciones entre la puntuación global del PSQI y los escores de fatiga y escore de depresión se presentaron fuerte y estadísticamente significativa en el escore de

depresión, y apuntaron que cuanto peor la calidad del sueño, mayores son las chances de depresión. Además de esto, fue visto que las correlaciones entre las dimensiones del EORTC-QLQ-C30 y los scores de fatiga, depresión y sueño se mostraron en la función funcional, de fuerte a moderado e estadísticamente significativa en la mayoría de las correlaciones y en la función de síntomas las correlaciones se presentaron de fuertes a moderadas también en muchos de los scores. **Conclusión:** el uso de los instrumentos se mostró útil en la investigación de fatiga, depresión y disturbios del sueño que alteran la calidad de vida relacionada a la salud y la utilización de los mismos en la práctica clínica del enfermero pueden propiciar beneficios para tratamiento de los hombres con esa neoplasia.

Descriptores: Neoplasias de la Próstata. Fatiga. Depresión. Trastornos del Sueño. Calidad de Vida. Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos homens segundo características sociodemográficas.....	42
Tabela 2	Distribuição dos homens segundo características de saúde e estilo de vida.....	43
Tabela 3	Distribuição dos homens segundo dados clínicos extraídos do prontuário.....	44
Tabela 4	Distribuição da média da intensidade da fadiga avaliada pela escala de fadiga de Piper.....	45
Tabela 5	Medidas de posição, variabilidade e consistência interna (alfa de Cronbach) para os escores de fadiga.....	45
Tabela 6	Correlação entre fadiga e tempos de diagnóstico, radioterapia, cirurgia e hormonioterapia.....	46
Tabela 7	Distribuição dos homens segundo a intensidade da depressão avaliada pela escala de depressão de Beck.....	46
Tabela 8	Correlação entre depressão e fadiga.....	47
Tabela 9	Medidas de posição e variabilidade para os componentes do sono.....	47
Tabela 10	Correlação entre sono e tempo de diagnóstico, fadiga depressão.....	48
Tabela 11	Medidas de posição, variabilidade para os domínios da qualidade de vida.....	49
Tabela 12	Correlação entre qualidade de vida fadiga depressão, sono.....	50

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APAC	Autorização de Procedimentos de Alta complexidade
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
EF	Escala funcional
EORTC-QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire
ES	Escala de Sintomas
ESG	Escala de Saúde Global
h	Hora
IDB	Inventário de Depressão de Beck
LHRH	Luteinizing-hormone-releasing hormone
M	Ausência ou presença de metástase à distância
M1a	Linfonodo (s) não regional (ais)
M1b	Metástase em Osso (s)
M1c	Metástase em Outra (s) localização (ões)
mim	Minuto
N	Ausência ou presença de linfonodos comprometidos
N1	Linfonodo (s) regional (nais)
p	Teste de Correlação de Pearson.
PSA	Antígeno Prostático Específico
PSQI-BR	Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
T	Extensão do tumor primário
T1	Tumor não palpável ou visível
T1a	Tumor \leq 5% do tecido ressecado
T1b	Tumor $>$ 5% do tecido ressecado
T1c	Tumor com Biópsia por agulha
T2	Tumor confinado à próstata
T2a	Tumor \leq metade de um lobo
T2b	Tumor $>$ metade de um lobo
T2c	Tumor em ambos os lobos
T3	Tumor através da cápsula prostática

T3a	Tumor extracapsular
T3b	Tumor por vesícula(s) seminal(ais)
T4	Tumor fixo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	T - a extensão do tumor primário N - a ausência ou presença de linfonodos comprometidos M - a ausência ou presença de metástase à distância.

LISTA DE SÍMBOLOS

$\%$	Porcentagem
$>$	Maior
\leq	Menor ou igual
\geq	Maior ou igual

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	CÂNCER DE PRÓSTATA.....	20
1.2	TRATAMENTO DA NEOPLASIA DA PRÓSTATA.....	22
1.2.1	Hormonioterapia.....	24
1.3	FADIGA.....	25
1.4	DEPRESSÃO.....	26
1.5	SONO.....	27
1.6	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	28
2	OBJETIVOS.....	31
2.1	OBJETIVO GERAL.....	31
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	32
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	32
3.2	SELEÇÃO DOS SUJEITOS E CASUÍSTICA.....	32
3.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	33
3.3.1	Critérios de inclusão.....	33
3.3.2	Critérios de exclusão.....	33
3.4	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	33
3.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	34
3.5.1	Instrumentos de coleta de dados.....	34
3.5.2	Variáveis do estudo.....	36
3.5.2.1	<i>Características sociodemográficas.....</i>	36
3.5.2.2	<i>Características clínicas.....</i>	36
3.5.2.3	<i>Escala de Fadiga de Piper.....</i>	37
3.5.2.4	<i>Inventário de Depressão de Beck (IDB).....</i>	37
3.5.2.5	<i>Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR).....</i>	38
3.5.2.6	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC – QLQ –C30).....</i>	38
3.5.3	Coleta de dados.....	38
3.6	CONTROLE DE QUALIDADE DOS DADOS.....	39
3.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4	RESULTADOS.....	41

4.1	CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DE SUJEITOS.....	41
4.2	FADIGA.....	44
4.3	DEPRESSÃO.....	46
4.4	SONO.....	47
4.5	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	48
5	DISCUSSÃO.....	51
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	51
5.2	FADIGA.....	52
5.3	DEPRESSÃO.....	53
5.4	SONO.....	53
5.5	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	54
6	CONCLUSÃO.....	56
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
	REFERÊNCIAS.....	59
	APÊNDICES.....	65
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA.....	65
	ANEXOS.....	67
	ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA – HOSPITAL DR. HELIO ANGOTTI.....	67
	ANEXO B – PARECER DO CEP UFTM.....	68
	ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	70
	ANEXO D - ESCALA DE FADIGA DE PIPER – REVISADA.....	72
	ANEXO E - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK.....	74
	ANEXO F - ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH VERSÃO EM PORTUGUÊS NO BRASIL (PSQI BR).....	76
	ANEXO G - EORTC-QLQ–C30 (versão 3.0).....	78

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, seguindo a tendência mundial, passou por uma transição epidemiológica no perfil das enfermidades que acometem as pessoas. Desde os anos de 1960, as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, sendo substituídas pelas doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. Seu progressivo aumento de incidência e mortalidade por doenças crônico-degenerativas tem no envelhecimento da população como seu principal fator, que é resultante das ações de promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2011a).

Todavia, a exposição das pessoas aos diversos fatores de risco como consumo de álcool, tabaco, inatividade física e alimentação rica em carboidratos e gorduras, contribuiu para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes, obesidade, dislipidemias e as neoplasias, o que repercute de maneira negativa na vida das pessoas, mais principalmente na vida dos homens que, morrem mais cedo que as mulheres (BRASIL, 2008).

Assim, dentre as doenças crônico-degenerativas o câncer, conhecido há muitos séculos, já foi considerado uma doença dos países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros, porém o perfil está se transformando e um aumento pode ser observado em países em desenvolvimento, principalmente aqueles com poucos e médios recursos (BRASIL, 2011a).

Diante disso, o Ministério da Saúde do Brasil, como uma forma de promover estratégias de enfrentamento das doenças e agravos que mais acometem os homens, iniciou a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem e em especial às neoplasias, que são a segunda causa de morte masculina no país (BRASIL, 2008).

Dessa maneira, uma das medidas de enfrentamento é baseada em medidas preventivas com uma dieta pobre em carne vermelha, embutidos e cálcio; e rica em vegetais, vitaminas D e E, licopeno e Ômega-3, manutenção do peso adequado, e atividade física (BRASIL, 2011a).

Todavia, no Brasil a incidência de neoplasias previstas para o ano 2012, no sexo masculino, desconsiderando o câncer de pele não-melanoma, é o câncer de próstata com cerca de 60.180 mil casos novos (BRASIL, 2011a).

Ainda segundo estimativa válida para 2012, em Minas Gerais e, desconsiderando o câncer em outras localizações, a estimativa de câncer de próstata é alta, de 6.820 casos novos, seguido do câncer de traqueia, brônquio e no pulmão com 1.380 casos novos por 100.000 (BRASIL, 2011a).

Em vista disso, Minas Gerais, baseado no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), os óbitos por esse tipo de câncer entre os anos de 2003 a 2007 passaram de 702 para 872 casos e aumentou o número nas faixas etárias após os 50 anos (BRASIL, 2009).

No entanto, uma vez instalada essa neoplasia, os cuidados de enfermagem a esses pacientes quando individualizado, poderão oferecer oportunidade de reconhecer aspectos que alteram a qualidade de vida relacionada à saúde, ao investigar dificuldades e limitadores da rotina de vida e tantos outros fatores, como: incertezas e medos, que poderão gerar ansiedades, fadiga, depressão e insônia (PETERSON; CARVALHO, 2011; SCHLOSSER, 2011).

Uma vez que, esses sinais e sintomas podem passar despercebidos à equipe de enfermagem, principalmente em homens com neoplasia, leva-se em consideração que o gênero masculino culturalmente tende a expor menos sentimentos e impressões sobre si, o que dificultaria seu processo de sobrevivência contra o câncer. A equipe de enfermagem torna-se fundamental, por estar mais presente no cuidado ao paciente, pois, cria um vínculo favorável para a abertura do mesmo, que poderá colaborar com o tratamento (GOMES, 2003).

Assim, o enfermeiro que está mais perto do paciente e da família, quando estabelece uma relação enfermeiro-paciente harmoniosa, reconhece as possíveis alterações que geram impacto na vida dessas pessoas e contribui para um cuidado bem sucedido (LEAL et al., 2008; PETERSON; CARVALHO, 2011).

1.1 CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata geralmente apresenta evolução muito lenta, e quando diagnosticado e tratado precocemente existe grandes chances de sobrevida do indivíduo (BRASIL, 2008).

Os fatores de risco associados ao câncer de próstata são: história familiar da doença, raça/etnia, sendo mais comum em homens negros do que em brancos,

dieta rica em carne vermelha, embutidos e cálcio; e obesidade, em especial para aquelas neoplasias de comportamento mais agressivo (BRASIL, 2011a).

Outro fator de risco apontado recentemente, é a síndrome metabólica, caracterizada pela resistência ao hormônio insulina, presente em homens com diabetes mellitus tipo 2. Esses indivíduos apresentam em sua maioria deficiência com relação ao hormônio testosterona, e sua reposição é apontada em pesquisas recentes para inversão de alguns aspectos da síndrome metabólica, porém ainda sem resposta sobre o surgimento do câncer de próstata (BRASIL, 2011a).

A utilização da dosagem do antígeno prostático específico (PSA), em indivíduos assintomáticos após os 50 anos, associada ao toque retal, promovem o diagnóstico precoce, e está relacionada às maiores chances de cura, além de possibilitar um tratamento menos agressivo e mutilante. Entretanto, até o momento, os métodos de rastreamentos atuais, como o PSA, não mostraram sucesso na redução da mortalidade, não só no Brasil como também em outros países (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011a; FRANCA; VIEIRA; PENNA, 2008).

Contudo, os métodos propostos para prever a evolução do câncer de próstata são: escala de Gleason da biópsia e o estágio T patológico (BRASIL, 2002; FONSECA et al., 2007).

A escala de Gleason, cujo escore varia de 2 a 10, é uma graduação histológica, fornecida do anatomopatológico, tem objetivo de informar sobre a provável taxa de crescimento do tumor e sua tendência à disseminação. Quanto mais baixo é o resultado de Gleason, melhor será o prognóstico do paciente. O escore de Gleason de 2-4 mostra células bem diferenciadas e provavelmente terão um crescimento lento e as de 7-10 mostram lesões indiferenciadas, de crescimento muito rápido e são geralmente agressivos e respondem com dificuldade às opções de tratamento (BRASIL, 2002; FONSECA et al., 2007).

O estadiamento do câncer é dado pelo sistema TNM representado por: T - a extensão do tumor primário; N - a ausência ou presença de linfonodos comprometidos e; M – a ausência ou presença de metástase à distância. A adição de números indica a extensão da doença e as subdivisões realizadas dão maior precisão ao estado da doença (BRASIL, 2004) (QUADRO 1).

Quadro 1 - Resumo esquemático da classificação TNM para câncer de próstata em 2004.

Próstata	
T1	Não palpável ou visível
T1a	≤ 5% do tecido ressecado
T1b	> 5% do tecido ressecado
T1c	Biópsia por agulha
T2	Tumor confinado à próstata
T2a	≤ metade de um lobo
T2b	> metade de um lobo
T2c	Ambos os lobos
T3	Através da cápsula prostática
T3a	Extracapsular
T3b	Vesícula(s) seminal(ais)
T4	Fixo ou invade estruturas adjacentes: colo vesical, esfíncter externo, reto, músculos elevadores do ânus, parede pélvica
N1	Linfonodo(s) regional(nais)
M1a	Linfonodo(s) não regional(ais)
M1b	Osso(s)
M1c	Outra(s) localização(ões)

Fonte: Brasil (2004).

Por fim, em relação à recidiva bioquímica e progressão da doença, uma opção para análise dos parâmetros clínicos para definição do cuidado mais apropriado para cada indivíduo, consiste em estabelecer classificações como: risco baixo de câncer de próstata com valores de PSA ≤ 10ng/ml, Gleason ≤ 6, estágio T1c-T2a, risco intermediário PSA entre 10 a 20ng/ml, Gleason 7, estágio T2b; e, risco alto PSA > 20ng/ml, Gleason ≥ 8, estágio T2c (D'AMICO et al., 2002; FONSECA et al., 2007).

1.2 TRATAMENTO DA NEOPLASIA DA PRÓSTATA

A individualização do cuidado é necessária por causa de diversos fatores como: idade avançada e comorbidades somam-se à natureza variável dessa doença (CURY; SOUHAMI, 2004). Assim, são empregadas diversas modalidades de tratamento para o câncer de próstata que pode se apresentar localizado, localmente avançado e metastático (BRASIL, 2002; POMPEO et al., 2005).

No câncer de próstata localizado são utilizadas observação vigilante, prostatectomia radical, radioterapia e hormonioterapia (BRASIL, 2002; FARIA, 2010; POMPEO et al., 2005).

A observação vigilante fundamenta-se em observar o paciente e intervir somente em casos de sintomatologia ou progressão da doença. Essa conduta é empregada para aqueles homens com idade acima de 75 anos, com expectativa de vida limitada e tumores de baixo grau histológico. Essa situação pode gerar estresse, ansiedade, sintomas urinários associados à progressão da doença (ALBAUGH; HACKER, 2008; BRASIL, 2002).

O tratamento cirúrgico é denominado prostatectomia radical, que consiste na retirada da glândula, vesículas seminais e ampolas do ducto deferente. Pode ser feita por via retropúbica, perineal ou laparoscópica. Dentre os fatores determinantes do sucesso cirúrgico está o nível sérico de PSA, não detectável após três meses. Porém, apresenta algumas complicações pós-operatórias, dentre elas, estenose de uretra, incontinência urinária, disfunção erétil (BRASIL, 2002; FONSECA et al., 2007). Tais complicações impactam a qualidade de vida desses homens, que só apresentaram melhora desses sintomas em longo prazo (ZERATI FILHO; NARDOZZA JUNIOR; REIS, 2010).

A radioterapia começou a ser usada na década de 60 e para pacientes com câncer de próstata nos anos 70 e 80, demonstraram ser efetiva no tratamento depois do estudo de seus benefícios (CURY; SOUHAMI, 2004). Pode ser dividida em externa e intersticial (braquiterapia), sendo utilizada como tratamento em doenças localizadas (BRASIL, 2002). Dentre as implicações para a qualidade de vida, esses pacientes podem ter mais desconforto irritativo vesical e retal em longo prazo, cerca de três anos depois, as funções sexuais e urinárias tendem a decair (ZERATI FILHO; NARDOZZA JUNIOR; REIS, 2010).

A radioterapia externa é empregada nos campos ântero-posteriores e látero-laterais ou campos rotatórios. A dose mínima deve ser de 72 Gy, respeitando a tolerância dos tecidos normais adjacentes (BRASIL, 2002; POMPEO et al., 2005). A braquiterapia intersticial consiste em uma técnica de implante homogêneo via perineal guiada por US transretal, de sementes radioativas de iodo 125 ou *palladium* 103 (POMPEO et al., 2005). Dentre as complicações possíveis estão a incontinência urinária, disfunção e estenose de uretra ou colovesical (BRASIL, 2002).

A hormonioterapia, mesmo não sendo curativa pode ser empregada com o objetivo de controle sintomático da neoplasia de próstata para pacientes em que o tratamento definitivo com a cirurgia ou radioterapia não são possíveis, ou não são aceitos (FARIA, 2010). Entre as complicações estão “flare tumoral”, disfunção sexual, fogaços, perda óssea, bifosfonatos, anemia, entre outras (ALBAUGH; HACKER, 2008; CURY; SOUHAMI, 2004; POMPEO et al., 2005; STEWART et al., 2005).

No câncer localmente avançado, onde há a invasão de metade de um dos lobos ou ambos e/ou extensão extracapsular e vesículas seminais, o tratamento é multimodal. Entre as opções destaca-se, combinação de bloqueio hormonal e cirurgia radical ou radioterapia, ou cirurgia radical seguida de radioterapia (BRASIL, 2002; POMPEO et al., 2005).

Por último, o tratamento câncer de próstata metastático está baseado na hormonioterapia (supressão androgênica) (BRASIL, 2002; POMPEO et al., 2005).

No câncer de próstata em estudos internacionais tem utilizados de instrumentos para avaliar a qualidade de vida, depressão, fadiga e sono e, dentre os instrumentos utilizados existem: o Inventário de Depressão de Beck; Escala de Fadiga de Piper; Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR); *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “Core”* 30 itens. (EORTC-QLQ-C30); SF-36, Índice de severidade de insônia (ISI); Centro de estudos epidemiológicos escala de depressão (CES-D); Escala de Impacto de Eventos (IES). Os instrumentos que traduzidos e validados para o português são: Inventário de Depressão de Beck; Escala de Fadiga de Piper; Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR) e *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “Core”* 30 itens (EORTC-QLQ-C30) (BERTOLAZI et al., 2011; GORENSTEIN; ANDRADE, 1996; MOTA, 2008; SCHROETER, 2011).

1.2.1 Hormonioterapia

A hormonioterapia é o tratamento que visa melhorar a sobrevivência e a qualidade de vida de pacientes com câncer de próstata e está presente como opção de cuidado em todas as fases da doença (POMPEO et al., 2005).

O tratamento de primeira manipulação hormonal é constituído de análogos GH-RH: goserrelina, triptorelina e leuprolida. É indicado para todos os pacientes e constitui tratamento de primeira linha. Nesse tratamento são esperados; relato de dor óssea por causa da osteoporose, ginecomastia, ondas de calor e impotência, fadiga e diminuição da qualidade de vida (POMPEO et al., 2005; ZERATI FILHO; NARDOZZA JUNIOR; REIS, 2010).

Os bloqueadores de receptor periférico não-hormonal, bicalutamida, flutamida, nilutamida são utilizados em pacientes com função sexual preservada (monoterapia) como associação em casos de escape a terapêutica de primeira linha. Neste, há menos efeitos colaterais sistêmicos da deficiência de testosterona, com melhora dos escores de qualidade de vida (POMPEO et al., 2005; ZERATI FILHO; NARDOZZA JUNIOR; REIS, 2010).

Esse tratamento é iniciado após a falha da manipulação hormonal (POMPEO et al., 2005; ZERATI FILHO; NARDOZZA JUNIOR; REIS, 2010).

A terapia indicada no escape hormonal inclui o uso de glicocorticoides, cetoconazol, e quimioterapia com mitoxantrona e taxanes (BRASIL, 2002).

Além de efeitos colaterais da hormonioterapia como fadiga e depressão, outros efeitos como ganho de peso, alteração de humor, onda de calor também são relatados (ALBAUGH; HACKER, 2008; PIRL et al., 2008; STEVES et al., 2006). Na literatura a depressão e a fadiga são estudadas simultaneamente para limitar confusões, bem como para elucidar sua relação (PIRL et al., 2008).

Foi realizada uma pesquisa na literatura nacional e internacional em bases indexadas sobre a utilização de instrumentos de avaliação em distúrbios do sono, depressão, fadiga em homens com câncer de próstata com uso de hormonioterapia, porém, não foi localizado.

1.3 FADIGA

A fadiga é conceituada como uma desagradável sensação subjetiva, com sintomas físicos, psíquicos e emocionais. Sua duração e intensidade são variáveis e diminui em diferentes graus, a capacidade funcional diária dos pacientes (CAMPOS et al., 2011; MOTA; PIMENTA, 2006).

Esse sintoma era estudado isoladamente e com o aumento de pesquisas notou-se sua relevância em oncologia e novas pesquisas começaram a buscar os fatores que poderiam prever a fadiga e sua intensidade (DALETE, 2008).

Entretanto, a fadiga é um sintoma complexo multidimensional e subjetivo; torna-se um desafio tanto à identificação dos fatores preditivos, quanto aos pacientes fadigados. Como características definidoras incluem sinais e sintomas referentes ao controle de energia corporal, dificuldade na execução das atividades habituais diárias, verbalização de cansaço extremo, além de falta de concentração, desinteresse, déficit de libido e sentimento de culpa pelo não cumprimento do papel social esperado (DALETE, 2008; MENEZES; CAMARGO, 2006).

Um estudo de prevalência com pacientes câncer de próstata mostrou que aqueles que receberam como tratamento a radioterapia a fadiga foi reportada por 24% e; os que realizaram prostatectomia radical foi de 13% (HERVOUET et al., 2005).

Noutro estudo, de segmento com pacientes com câncer de próstata em tratamento com radioterapia, onde o nível de fadiga foi avaliado antes e durante o procedimento, ficou evidenciado que seu risco aumenta ao anoitecer e pela manhã (MIASKOWSKI et al., 2008).

1.4 DEPRESSÃO

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum em pessoas com neoplasia e sua variabilidade está associada aos sítios do tumor, estágio clínico, dor, funcionamento limitado, e existência de suporte social. Sua instalação associa-se a um pior prognóstico e aumento da mortalidade pelo câncer (BOTTINO; FRÁGUAS; GATTAZ, 2009).

É caracterizada por humor deprimido persistente, baixa energia, perda de interesse generalizado, inibição psicomotora, falta de esperança, ideação de autoextermínio. Pode ser classificado como leve, moderado e grave (BRASIL, 2006).

Como síndrome, a depressão inclui mudanças do humor ou sintomas psíquicos, bem como o aumento da latência entre perguntas e respostas, déficit de atenção e concentração, fadiga, culpa; sentimento de baixa autoestima e insuficiência; além de delírios e alucinações. Muitas vezes por ser uma consequência das terapias antineoplásicas, faz-se necessário a identificação dos

indivíduos mais vulneráveis, com rastreamento de sintomas depressivos, ansiosos e histórico de depressão (BOTTINO; FRÁGUAS; GATTAZ, 2009; JUVER; VERÇOSA, 2008).

Os sintomas de depressão em homens com câncer de próstata foi relatado em vários estudos (HERVOUET et al., 2005; PIRL et al., 2002; PIRL et al., 2008). No mesmo estudo sobre fadiga em pacientes com câncer de próstata Hervouetet al.(2005) encontraram uma elevada proporção de depressão entre tratados com radioterapia 21% quando comparados com os indivíduos submetidos a prostatectomia radical 12%.

Em um estudo de prevalência de depressão maior e seus fatores de risco associados em 45 homens com câncer de próstata avançado ou recorrente, mostrou-se uma significativa taxa de homens com depressão 12,8%, risco de recorrência particular para aqueles que precisam fazer uso do tratamento de terapia hormonal (PIRL et al., 2008).

O impacto maior da depressão em pacientes com câncer reforça a importância de sua detecção e de seu tratamento, pois uma vez instalada afeta a adesão ao tratamento, bem como influencia a evolução do câncer e a qualidade de vida. O uso de instrumentos simples, com perguntas específicas sobre depressão, utilizados pelo profissional enfermeiro rotineiramente na avaliação de pacientes acometidos com câncer, otimiza a detecção e a intervenção nos casos de depressão e amplia a qualidade da assistência prestada (CANGUSSU et al., 2010; FANGER et al., 2010).

1.5 SONO

O sono é um estado fisiológico que ocorre de maneira cíclica em que as pessoas permanecem imóveis ou apresentam movimentos limitados, que são de natureza involuntária e automática. A reação a estímulos auditivos, visuais, táteis e dolorosos é reduzida ou praticamente abolida, sendo necessário aumento da intensidade do estímulo para trazer a pessoa à vigília (FERNANDES, 2006).

Os padrões fundamentais do sono são dois: NREM sem movimentos oculares rápidos, composto por quatro estágios I, II, III e IV, nessa fase há relaxamento muscular, mantém-se, no entanto, tonicidade basal. No estágio REM onde há movimentos oculares rápidos, caracterizado por sonhos é onde a atividade

metabólica encontra-se aumentada em comparação ao estado de vigília. Como é um ciclo, um indivíduo saudável passará por todos os estágios de cinco a seis ciclos de sono durante uma noite de oito horas de sono (FERNANDES, 2006).

Os distúrbios do sono são vistos como alterações dos ritmos evidenciados por avanço ou atraso das fases do sono. Fatores externos como compromissos sociais também podem levar aos desajustes dos ritmos circadianos ao longo da semana. Assim, um estado de sono inadequado contribui para inúmeras modificações moleculares, imunológicas e neurais, que desempenham papel no desenvolvimento de doenças, independente de desordens primárias do sono (FURLANI; CEOLIM, 2006; LUYSTER et al., 2012).

O câncer pode alterar a qualidade do sono de pessoas com essa patologia e tem sido mostrado em artigos nacionais e internacionais. No Brasil, um deles teve como objetivo avaliar a qualidade do sono entre 46 pacientes cirúrgicos das especialidades cabeça e pescoço e urologia e apontou como principais distúrbios do sono a demora em dormir e a descontinuidade do sono (BARICHELLO et al., 2009).

Na literatura internacional foram encontrados estudos entre câncer de próstata e sono, e mostram que os homens tiveram uma expressiva má qualidade de sono segundo um estudo, e outro ressalta que, metade dos pacientes com essa neoplasia apresentou insônia que implicou na qualidade de vida desses (DIRKSEN; EPSTEIN; HOYT, 2009; GARRETT et al., 2011).

Portanto, conhecer a maneira como o ciclo sono vigília se processa em algumas situações da vida, como no câncer, pode promover a busca por meios para intervenção precoce de mecanismos específicos, que poderá impedir a desorganização do sono habitual necessário (FURLANI; CEOLIM, 2006).

1.6 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

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

Esse conceito engloba a qualidade de vida em todos os seus aspectos. No indivíduo com câncer, no entanto, a cura ou controle da doença podem não ser acompanhados pela restauração da saúde. Por isso, o “termo” qualidade de vida

relacionada à saúde, de sobreviventes de neoplasias tem surgido para levar em conta a complexidade de fatores que afetam a saúde desses indivíduos (SANTOS; SAWADA; SANTOS, 2011).

O estudo da qualidade de vida de indivíduos com câncer tem sido bastante discutido na literatura (ALBAUGH; HACKER, 2008; GORE et al., 2009; KAMEO, 2006; ZAVALA et al., 2009). O conhecimento dos fatores que alteram a qualidade de vida é fundamental para sua identificação, entendimento para desenvolvimento de estratégias de intervenção para prevenir o declínio dos domínios da qualidade de vida (MONGA et al., 2005).

Monga et al. (2007) realizaram um estudo experimental com pacientes com câncer de próstata em tratamento radioterápico. Os resultados apontaram os benefícios de um programa de exercícios cardiovasculares, a diminuição da fadiga e significativa melhora da qualidade de vida.

Assim, a qualidade de vida de homens com neoplasia da próstata precisa ser o foco central, quando é necessária a tomada de decisão pelo tratamento, pelo potencial de impacto que cada tratamento exerce na vida do indivíduo (ALBAUGH; HACKER, 2008).

Em relação à hormonioterapia em homens com neoplasia de próstata, foi encontrado na literatura os instrumentos EORTC-QLQ-C30 e o *Medical Outcomes Study Short Form Health Survey* (SF-36) (KATTAN, 2006).

Neste contexto, homens com câncer de próstata em tratamento hormonioterápico teriam qual intensidade de fadiga e depressão e distúrbios do sono e como isso se relaciona com a qualidade de vida?

Assim, espera-se encontrar indivíduos com presença sugestiva de depressão e fadiga e distúrbios de sono e conseqüentemente pior qualidade de vida.

Estudos nacionais indexados analisaram aspectos bioquímicos do câncer de próstata relacionados, ou ao próprio câncer de próstata e sua evolução, porém não foi encontrado nenhum estudo que abordou a qualidade de vida, fadiga, sono e depressão durante o tratamento hormonioterápico de homens com câncer de próstata (CALVETE et al., 2003; CURY; SOUHAMI, 2004; FARIA, 2010; FONSECA et al., 2007; FRANCA; VIEIRA; PENNA, 2008; MIGOWSKI; SILVA, 2010; STEVES et al., 2006).

No contexto internacional houve ampla produção científica de estudos que abordavam qualidade de vida, fadiga, sono e depressão de homens com câncer de

próstata, porém, assim como ocorreu na literatura nacional, não foram encontrados estudos durante o tratamento hormonioterápico (BILL-AXELSON et al., 2011; CHERRIER; AUBIN; HIGANO, 2009; FLETCHER et al., 2009; GREEN; WELLS; LAAKSO, 2011; MALISKI et al., 2008; MEHNERT et al., 2010; MIASKOWSKI et al., 2008; MONGA et al., 2007; NELSON; BALK; ROTH, 2010; PIRL et al., 2002; PIRL et al., 2008; SHARPLEY; BITSIKA; CHRISTIE, 2010).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os sintomas de fadiga, depressão, sono e qualidade de vida dos pacientes com câncer de próstata que foram submetidos à hormonioterapia anterior ou posterior em relação à cirurgia prostatectomia radical e/ou radioterapia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com câncer de próstata em hormonioterapia anterior ou posteriormente, em relação à cirurgia prostatectomia radical e/ou radioterapia;
- b) Identificar a presença de fadiga, depressão e sono entre os pacientes com câncer de próstata em hormonioterapia anterior ou posteriormente, em relação à cirurgia prostatectomia radical e/ou radioterapia;
- c) Avaliar a fadiga, depressão, sono e qualidade de vida de pacientes portadores de câncer de próstata em hormonioterapia, anterior ou posteriormente, em relação à cirurgia prostatectomia radical e/ou radioterapia.
- d) Correlacionar a influência da fadiga, sono e depressão na qualidade de vida dos pacientes com câncer de próstata em hormonioterapia anterior ou posteriormente em relação à cirurgia prostatectomia radical e/ou radioterapia.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal com abordagem quantitativa.

3.2 SELEÇÃO DOS SUJEITOS E CASUÍSTICA

O estudo foi desenvolvido no ambulatório de oncologia do Hospital Dr. Helio Angotti especializado no tratamento do câncer, localizado na cidade de Uberaba-MG.

O hospital atende várias especialidades, tratamentos (quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, medicina nuclear) e internação.

O setor de hormonioterapia e quimioterapia acontecem no mesmo espaço e atendem pacientes das diversas especialidades de segunda a sexta-feira no horário de 7h as 16h30min, com uma média de 900 atendimentos por mês. Os retornos para a consulta e/ou tratamento de hormonioterapia são agendados de preferência no mesmo dia, para otimizar o atendimento para o paciente.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a maio de 2012, num total de três meses.

No banco de dados da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade APAC/oncologia APAC foram encontrados 155 pacientes do sexo masculino com diagnóstico de câncer de próstata submetidos à hormonioterapia.

Após análise, foi feita uma seleção dos sujeitos pela pesquisadora, onde se utilizou a APAC/oncologia, e seguiu-se o critério: homens portadores de câncer de próstata em tratamento hormonioterápico no período anterior ou posteriormente em relação à prostatectomia radical e/ou radioterapia nos últimos três anos. Após essa seleção chegou-se a um número de 58 homens pelo sistema APAC/oncologia.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

3.3.1 Critérios de inclusão

Pacientes com diagnóstico de neoplasia de próstata em tratamento hormonioterápico no período anterior ou posteriormente em relação à prostatectomia radical, e/ou radioterapia, e maiores de 18 anos.

3.3.2 Critérios de exclusão

Pacientes acamados em domicílio, em pós-operatório recente (até 30 dias); que apresentam condições clínicas referente a radioterapia (como dor intensa, dispneia, náuseas, vômitos).

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo integra um projeto de pesquisa, intitulado: “Qualidade de vida em pacientes com câncer gastrointestinal e de próstata”. O projeto foi avaliado e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital em questão (ANEXO A) e também pelo CEP da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e foi aprovado pelo parecer de n. 2015 (ANEXO B).

Os aspectos éticos foram baseados na Resolução 196/96 sobre a pesquisa que envolve seres humanos.

Para a entrevista, foi solicitada aos sujeitos a anuência para participação no estudo, após terem sido esclarecidos sobre o tema, objetivo e finalidade do trabalho, bem como sobre a garantia do anonimato, sigilo e privacidade. Foi solicitado aos que concordaram; a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOC).

3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

3.5.1 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados cinco instrumentos de coleta de dados: o primeiro instrumento com dados sociodemográficos e clínicos do paciente; o segundo instrumento com dados o Inventário de Depressão de Beck; o terceiro foi a Escala de Fadiga de Piper; o quarto foi o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR) e o quinto foi o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire “Core”* 30 itens (EORTC-QLQ-C30).

A) Dados sociodemográficos e clínicos

Foi elaborado um questionário para se obter as características sociodemográficos e clínicas dos sujeitos (APÊNDICE A).

B) Escala de Fadiga de Piper

A Escala de Fadiga de Piper é um instrumento multidimensional composto por 22 itens onde a pontuação das questões varia de 0 a 10. Ainda possui cinco questões abertas, que não são usadas para cálculo do escore do instrumento, mas são dados para investigação adicional, e, que não foram usados neste estudo. O instrumento foi validado para o Brasil por Mota, Pimenta e Piper (2009).

O escore total é calculado pela média de todos os itens do questionário e os escores das dimensões separados são calculados pela média dos itens contidos em cada dimensão. O escore total e das dimensões variam de 0 a 10, e quanto maior o resultado maior a fadiga (MOTA, 2008) (ANEXO D).

C) Inventário de depressão de Beck

O Inventário de Depressão de Beck (IDB) é composto por 21 itens com graduação de 0 a 3, e permite a especificação da intensidade do sintoma. Instrumento foi validado para o Brasil por Gorenstein e Andrade (1996), (ANEXO E).

Os pontos de corte são: ausência de depressão escore < 15, disforia escore entre 16 a 20 e compatível para depressão escore > 21 (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996).

D) Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR)

O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh foi validado no Brasil por Bertolazi (2011). O instrumento avalia a qualidade do sono referente ao mês anterior à aplicação do questionário, que pode ser autoadministrado ou por meio de entrevista. O mesmo é composto por 19 questões sobre o indivíduo e cinco questões relativas ao companheiro de quarto, se houver. Essas últimas são utilizadas para informação adicional e não foram utilizadas nessa pesquisa (BERTOLAZI et al., 2011).

As 19 questões são pontuadas, agrupadas em sete componentes e distribuídas de 0 a 3. O componente 1 – qualidade subjetiva do sono; componente 2 – latência para o sono; componente 3 – duração do sono; componente 4 – eficiência habitual do sono; componente 5 - transtorno do sono; componente 6 – uso de medicamentos para dormir; componente 7 – disfunção diurna. Para produzirem um escore global as pontuações desses componentes são somadas, e quanto maior a pontuação, pior a qualidade do sono. A medida de corte do escore global do PSQI é cinco pontos, escores maiores que cinco indicam má qualidade de sono e valores menores que cinco indicam boa qualidade do sono (BERTOLAZI et al., 2011), (ANEXO F)

E) EORTC

Para abordar a qualidade de vida em pacientes com câncer de próstata foi utilizado o instrumento EORTC QLQ–C30. Este é composto por 30 questões com uma escala que varia de 0 a 100 (SCHROETER, 2011), (ANEXO G). O instrumento foi validado para o Brasil, com seus respectivos complementos para neoplasia de pulmão e neoplasia de ovário, por Brabo (2006) e Schroeter (2011).

O instrumento é dividido em três subescalas: Escala de Saúde Global (ESG)– aspectos da saúde e qualidade de vida gerais (questões 29 e 30); Escala Funcional (EF)– que aborda os domínios físico, emocional, cognitivo, funcional e social

(questões 1 a 7 e 20 a 27); e Escala de Sintomas (ES)– fadiga, dor, insônia, enjoo e outros sintomas (8 a 19 e 28).

Os escores são calculados separadamente para cada escala, todos variam de 0 a 100. Nas escalas de saúde global e EF, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. Já na ES, quanto maior a pontuação, maior a quantidade de sintomas, e pior é a qualidade de vida. Para o cálculo de cada escala é feita a média de pontuação para cada uma delas. Nesse caso, utiliza-se a fórmula padrão se pelo menos metade das questões for preenchida (SCHROETER, 2011).

3.5.2 Variáveis do estudo

3.5.2.1 Características sociodemográficas

- a) Município de residência;
- b) Raça/cor de pele (branca e não branca);
- c) Crença/ religião (sim, não);
- d) Estado conjugal (sem companheiro e com companheiro);
- e) Anos completos de estudo;
- f) Data de nascimento e idade;
- g) Número de filhos;
- h) Situação de trabalho atual (aposentado, empregado, trabalha por conta própria desempregado);
- i) Renda mensal individual;
- j) Renda mensal familiar;
- k) Mora atualmente (sozinho, cônjuge ou companheiro, filhos, netos, familiares, instituição).

3.5.2.2 Características clínicas

- a) Patologias associadas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, outros);
- b) Medicamentos em uso;
- c) Histórico de consumo de bebidas alcoólicas (nunca, ex-alcoolista, sim);
- d) Histórico de consumo de tabaco (nunca, ex-tabagista, sim);
- e) Histórico de câncer de próstata na família (sim, não, outra neoplasia);

- f) Data do diagnóstico câncer;
- g) Data do início do tratamento;
- h) Estadiamento TNM;
- i) Tratamento anterior (nenhum, radioterapia, cirurgia);
- j) Hormônio utilizado no tratamento;
- k) Número de sessões de hormonioterapia realizadas;
- l) Tratamento associado (sim, não; radioterapia, quimioterapia);
- m) Presença de metástase (sim, não).

3.5.2.3 Escala de Fadiga de Piper

- a) Comportamental;
- b) Afetiva;
- c) Sensorial/psicológica.

3.5.2.4 Inventário de Depressão de Beck (IDB)

- a) Tristeza;
- b) Pessimismo;
- c) Sensação de fracasso;
- d) Falta de satisfação;
- e) Sensação de culpa;
- f) Autodepreciação;
- g) Sensação de punição;
- h) Autoacusações;
- i) Ideias suicidas;
- j) Choro;
- k) Irritabilidade;
- l) Distorção da imagem corporal;
- m) Indecisão;
- n) Distúrbio do sono;
- o) Inibição para o trabalho;
- p) Fadiga;
- q) Perda de apetite;

- r) Perda de peso;
- s) Preocupação somática
- t) Diminuição de libido.

3.5.2.5 Índice de qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI-BR)

- a) Qualidade subjetiva do sono;
- b) Latência para o sono;
- c) Duração do sono;
- d) Eficiência habitual do sono;
- e) Transtorno do sono;
- f) Uso de medicamentos para dormir;
- g) Disfunção diurna.

3.5.2.6 European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC – QLQ –C30)

- a) Saúde Global;
- b) Funcional;
- c) Sintomas.

3.5.3 Coleta de dados

Após a pré-seleção pela APAC, foi verificada a data e horários dos agendamentos com os oncologistas ou para recebimento do hormonioterápico desses homens pelo mesmo sistema. Foi feito contato telefônico, onde foram prestadas informações iniciais sobre a pesquisa, os objetivos e a entrevista. Foi observada a opção do paciente de encontrá-lo antes da consulta ou após a consulta. A coleta de dados e entrevistas foram realizadas pela pesquisadora no Ambulatório de Oncologia.

Antes da consulta e/ou antes da aplicação do hormonioterápico, os homens foram convidados a participarem do estudo, respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Após consentimento na participação do estudo e após a leitura do TCLE, o mesmo foi assinado pelo participante ou responsável. Depois, foram aplicados os

questionários na forma de entrevista e quando houve necessidade a questão foi relida de maneira pausada para não interferir na escolha das repostas do entrevistado. A mesma teve uma média de duração de 30 a 50 minutos.

Inicialmente o grupo de sujeitos foi formado por 58 pacientes selecionados, entre os anos (de 2008 a 2011). Desses, 50 foram entrevistados: visto que: dois haviam falecido, um estava acamado em domicílio e a família buscava o hormonioterápico; um residia em outro município e a família optou pela prefeitura do município buscar o hormonioterápico; um recebeu alta do hormonioterápico; e três não foram localizados após três tentativas.

3.6 CONTROLE DE QUALIDADE DOS DADOS

Para garantir que os dados obtidos fossem registrados de forma fidedigna foram seguidos os seguintes procedimentos:

A completude dos dados foi certificada pela pesquisadora, antes do término da entrevista, onde ela conferia se todas as perguntas tinham sido respondidas.

A digitação dos dados foi feita duas vezes pela pesquisadora em uma planilha de dados eletrônica, programa *Excel XP®* da *Microsoft®*, com intervalo para se evitar vício de digitação. Em seguida foi validada, e, posteriormente corrigido os erros de digitação.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram codificados e digitados na planilha de dados eletrônico, programa *Excel XP®* da *Microsoft®*, foram transportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* para *Windows XP®* para análise.

Na análise estatística para as variáveis qualitativas foram empregadas medidas de frequência e tabelas de contingência para análise bivariada. Para as variáveis quantitativas foram utilizadas medidas de posição e variabilidade.

Na análise bivariada, os escores de fadiga, depressão, sono e qualidade de vida para os grupos definidos por variáveis categóricas foram comparados e utilizou-se o Teste t de Student.

A relação entre esses escores e variáveis quantitativas foi realizada e, utilizou-se a correlação de Pearson. Os dados foram apresentados em tabelas e figuras.

O teste de confiabilidade foi feito na validação das escalas que são validadas, neste estudo para consistência interna das escalas se obteve o coeficiente de alfa de Cronbach.

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados se iniciará pela descrição das características sociodemográficas; saúde e estilo de vida; e, condições clínicas. Logo em seguida, serão expostos os resultados e suas respectivas correlações sobre: fadiga, depressão, sono e qualidade de vida.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

A população masculina estudada caracterizou-se por predomínio da cor branca 72%, 35 (70%) estavam na faixa etária entre 60-79 anos, 30 (60%) eram casados, e, 33 (66%) tinham de um a cinco filhos. Além disso, 25 (50%) estudaram de um a quatro anos, e, a situação atual de renda apresentada por 86% foi a aposentadoria, e a renda individual e mensal foi de até dois salários mínimos para 90% e 54% dos participantes respectivamente.

Os aspectos sociodemográficos estão apresentados em detalhe na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos homens segundo características sociodemográficas (n=50). Uberaba-MG, 2012.

	Variáveis	N	%
Município de residência	Uberaba	25	50
	Outro	25	50
Cor da pele	Branco	36	72,0
	Não branco	14	28,0
Idade	Até 59 anos	6	12,0
	60 – 79 anos	35	70,0
	80+ anos	9	18,0
Estado conjugal	Sem companheiro	20	40,0
	Com companheiro	30	60,0
Número de filhos	Nenhum	8	16,0
	1 a 5	33	66,0
	6 +	9	18,0
Anos completos de estudo	Zero	16	32,0
	1 a 4 anos	25	50,0
	5 a 8 anos	5	10,0
	9 ou mais	4	8,0
Situação de trabalho atual	Aposentado	43	86,0
	Afastado com remuneração	1	2,0
	Empregado com carteira de trabalho assinada	1	2,0
	Empregado sem carteira de trabalho assinada	1	2,0
	Trabalha por conta própria	4	8,0
Renda mensal individual (SM)*	Nenhuma	1	2,0
	Até 2 SM	45	90,0
	2-4 SM	3	6,0
	Mais que 4 SM	1	2,0
Renda mensal familiar (SM)	Até 2 SM	27	54,0
	2-4 SM	12	24,0
	Mais que 4 SM	1	2,0
	Não se aplica	10	20,0
Mora atualmente**	Sozinho	8	16,0
	Cônjuge ou companheiro	26	52,0
	Filhos	22	44,0
	Netos	8	16,0
	Outros familiares	6	12,0
	Instituição	2	4,0

Crença/religião	Não	1	2,0
	Sim	49	98,0

*SM: salário-mínimo vigente a partir de 1 de janeiro de 2012 (R\$ 622,00). Brasil (2011b). **As categorias não são mutuamente exclusivas. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

Na tabela 2 verificou-se que dos homens que participaram da pesquisa 33 (66%) relataram hipertensão arterial, 28 (56%) eram ex-alcoolistas, 23 (46%) ex-tabagistas, e 12 (24%) disseram que tinham histórico de câncer de próstata na família.

Tabela 2 - Distribuição dos homens segundo características de saúde e estilo de vida (n=50). Uberaba-MG, 2012.

Variáveis		N	%
Hipertensão Arterial	Não	17	34,0
	Sim	33	66,0
Diabetes	Não	48	96,0
	Sim	2	4,0
Outra doença crônica	Não	44	88,0
	Sim	6	12,0
Histórico de consumo de bebidas alcoólicas	Nunca	10	20,0
	Ex-alcoolista	28	56,0
	Sim	12	24,0
Histórico de consumo de tabaco	Nunca	15	30,0
	Ex-tabagista	23	46,0
	Sim	12	24,0
Histórico de câncer na família	Não	31	62,0
	Próstata	12	24,0
	Outro câncer	7	14,0

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

Na análise de prontuários encontrou-se 28 (56%) que estavam com o estadiamento do tumor nos estágios III ou IV. Dos participantes, 92% tinham feito ou estavam fazendo radioterapia e oito (16%) foram submetidos à cirurgia de prostatectomia radical. Em relação à hormonioterapia, a qual todos os homens eram submetidos, a maioria 68% encontrava-se no primeiro ano do medicamento, 86% faziam o uso mensal e o hormônio mais usual foi goserrelina com 36

(72%) e, 20 (40%) com metástase óssea, faziam uso de Clodronato. Resultados serão apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos homens segundo dados clínicos retirados do prontuário (n=50). Uberaba-MG, 2012.

Variáveis		N	%
Estadiamento do tumor	Estágio I ou II	22	44,0
	Estágio III ou IV	28	56,0
Radioterapia atual ou progressa	Não	4	8,0
	Sim	46	92,0
Cirurgia	Não	42	84,0
	Sim	8	16,0
Tempo em uso do hormonioterápico	Até 12 meses	34	68,0
	12 < tempo ≤ 24 meses	10	20,0
	24 + meses	6	12,0
Frequência da sessão de hormonioterapia	Diária	7	14,0
	Mensal	43	86,0
Classes de hormonioterapia em uso	Flutamida	8	16,0
	Goserrelina	36	72,0
	Bicalutamida	5	10,0
	Ciproterona	1	2,0
Metástase	Não	30	60,0
	Sim	20	40,0

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

4.2 FADIGA

A presença de fadiga leve foi relatada por 39 (78%) dos homens e seis (12%) referiram fadiga moderada, como mostra a tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição da média da intensidade da fadiga avaliada pela escala de fadiga de Piper (n=50). Uberaba-MG, 2012.

Escala de Fadiga de Piper	N	%
ausência de fadiga (0)	4	8,0
fadiga leve (1<4)	39	78,0
fadiga moderada (4<6)	6	12,0
fadiga intensa (6-10)	1	2,0
Total	50	100,0

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

A consistência interna da Escala de Fadiga de Piper foi significativa tanto em seu escore total como para todas as dimensões sendo que o coeficiente alfa de Cronbach variou de 0,93 a 0,96. Observou-se que o domínio com maior escore, indicativo de pior fadiga, foi a dimensão sensorial/psicológica com média 2,28 enquanto que a dimensão afetiva obteve o menor escore com média 1,74. Os resultados das medidas de posição, variabilidade e consistência interna da Escala de Fadiga de Piper estão apresentados na tabela 5.

Tabela 5 - Medidas de posição, variabilidade e consistência interna (alfa de Cronbach) para os escores de fadiga. Uberaba-MG, 2012.

Escala de Fadiga de Piper	Min.	Max.	Média	Mediana	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Dimensão comportamental	0,00	8,33	2,24	2,00	2,30	0,94
Dimensão afetiva	0,00	7,00	1,74	1,00	1,98	0,98
Dimensão sensorial/ psicológica	0,00	6,63	2,28	2,04	1,70	0,93
Escore total de fadiga	0,00	6,72	2,15	1,81	1,72	0,96

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

Nas correlações entre os escores de fadiga, tanto das dimensões quanto do escore total; os tempos de diagnóstico, radioterapia, cirurgia e hormonioterapia, foram em sua maioria negativas, ou seja, à medida que o tempo passa a fadiga diminui em todas as dimensões. Isso ficou evidenciado entre a dimensão afetiva e o tempo de diagnóstico, que se mostrou estatisticamente significativo e indicou que, à medida que aumenta o tempo de diagnóstico, a fadiga diminui. Os resultados estão apresentados na tabela 6.

Tabela 6 - Correlação entre fadiga e tempos de diagnóstico, radioterapia, cirurgia e hormonioterapia. Uberaba-MG, 2012.

Escala de Piper	Tempo Diagnóstico		Tempo Radioterapia		Tempo Cirurgia		Tempo hormonioterapia	
	r*	p**	r	p	r	p	r	p
Dimensão comportamental	-0,05	0,71	-0,11	0,48	-0,24	0,56	0,03	0,85
Dimensão afetiva	-0,27	0,05	-0,28	0,06	0,01	0,99	-0,16	0,26
Dimensão sensorial/psicológica	0,04	0,79	-0,17	0,25	0,03	0,95	0,11	0,44
Escore total de fadiga	-0,07	0,62	-0,20	0,19	-0,07	0,86	0,02	0,88

* r magnitude do coeficiente de correlação (- 1e 1) . ** p: estatisticamente significativo quando menor ou igual a 0,05. Teste de Correlação de Pearson. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

4.3 DEPRESSÃO

Os homens apresentaram ausência de depressão em sua maioria 47 (94%) e dois (4%) tinham compatibilidade com depressão (TABELA 7).

Tabela 7 - Distribuição dos homens segundo a intensidade da depressão avaliada pelo IDB (n=50). Uberaba-MG, 2012.

Escala de depressão de Beck	N	%
Ausência de depressão (0-15)	47	94,0
Disforia (16-20)	1	2,0
Compatibilidade com depressão (≥21)	2	4,0
Total	50	100,0

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

Observou-se consistência interna satisfatória para o IDB, onde se obteve 0,85 para o coeficiente de alfa de Cronbach.

As medidas de posição e variabilidade para os escores de depressão do Escore Total do IDB foram mínimo 0,00; máximo de 32; média 7,06, mediana 5,00 e o desvio padrão 6,66.

As correlações entre o escore do IDB e os escores de fadiga foram fortes, e, o maior foi expresso entre o IDB e a dimensão comportamental, e evidenciou que se aumentar a depressão aumenta também a fadiga (TABELA 8).

Tabela 8 - Correlação entre depressão e fadiga. Uberaba-MG, 2012.

Escala de Piper	Escore Total IDB	
	r*	p**
Dimensão comportamental	0,55"	0,00
Dimensão afetiva	0,34'	0,01
Dimensão sensorial/psicológica	0,50"	0,00
Escore total de fadiga	0,54"	0,00

*r magnitude do coeficiente de correlação (- 1 e 1) . **p: estatisticamente significativo quando menor ou igual a 0,05. Teste de Correlação de Pearson. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

4.4 SONO

Observou-se consistência interna adequada para o PSQI, onde se obteve o 0,64 para o coeficiente de alfa de Cronbach. A pontuação global do PSQI foi o escore com maior média 8,76 que é indicativo de má qualidade de sono. Entre os domínios o que apresentou pior qualidade foi a eficiência habitual do sono com média 2,18 e o domínio que apresentou menor escore foi o uso de medicamentos para dormir com média 0,38 (TABELA 9).

Tabela 9 - Medidas de posição e variabilidade para os componentes do sono. Uberaba-MG, 2012.

PSQI	Min.	Max.	Média	Mediana	Desvio Padrão
Qualidade subjetiva do sono	1	3	1,28	1,00	0,54
Latência para o sono	0	3	1,00	1,00	1,05
Duração do sono	0	3	1,72	2,00	0,97
Eficiência habitual do sono	0	3	2,18	3,00	1,08
Transtornos do sono	0	2	1,42	1,00	0,54
Uso de medicamentos para dormir	0	3	0,38	0,00	0,99
Disfunção diurna	0	3	0,78	1,00	0,81
Pontuação Global do PSQI	2	18	8,76	9,00	3,13

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

As correlações entre a pontuação global do PSQI, os escores de fadiga e escore de depressão, apresentaram-se fortes e estatisticamente significantes no escore de depressão, e apontou que quanto pior a qualidade de sono, maiores são as chances de depressão (TABELA 10).

Tabela 10 - Correlação entre sono e tempo de diagnóstico, fadiga e depressão. Uberaba, MG, 2012.

	Pontuação Global do PSQI	
	r*	p**
Tempo de diagnóstico	-0,04	0,77
Dimensão comportamental	0,19	0,19
Dimensão afetiva	0,09	0,55
Dimensão sensorial/psicológica	0,22	0,12
Escore total	0,20	0,17
Escore IDB	0,40 "	0,00

*r magnitude do coeficiente de correlação (- 1e 1) . **p estatisticamente significativo quando menor ou igual a 0,05. Teste de Correlação de Pearson. **Fonte:** Dados coletados pela autora (2012).

4.5 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A consistência interna para o EORTC-QLQ-C30 foi satisfatória, obteve-se 0,87 para o coeficiente de alfa de Cronbach.

O escore do EORTC-QLQ-C30 com maior escore na função funcional apresentou-se com média de 78, 20 no domínio social, ou seja, domínio que apresenta melhor qualidade de vida e o domínio que apresentou pior qualidade de vida foi a função física com média de 58,95. No entanto, na função de sintomas do EORTC-QLQ-C30 o domínio em que apresentou pior qualidade de vida foi a fadiga com média de 36,00 e o sintoma que não impactou negativamente a qualidade de vida dos homens foi a diarreia com média 9,24, seguida de náuseas e vômitos com média 9,33 (TABELA 11).

Tabela 11 - Medidas de posição e variabilidade para os domínios da qualidade de vida. Uberaba-MG, 2012.

EORTC-QLQ-C30	Min.	Max.	Média	Mediana	Desvio Padrão
Estado Geral de Saúde (EGS)	25	100	60,33	66,66	17,62
Função Física (FF)	0	100	58,95	60,00	28,00
Desempenho de papel (DP)	0	100	62,48	67,00	34,56
Função Emocional (FE)	0	100	65,74	75,00	30,51
Função Cognitiva (FC)	0	100	68,92	67,00	28,57
Função Social (FS)	0	100	78,20	92,00	28,35
Fadiga (FAD)	0	100	36,00	22,22	30,33
Náuseas e vômitos (NAV)	0	100	9,33	0,00	21,60
DOR	0	100	33,65	33,33	3,58
Dispneia (DIS)	0	100	12,56	0,00	24,92
Insônia (INS)	0	100	31,78	33,00	35,45
Perda de Apetite (PAP)	0	100	21,24	0,00	36,63
Constipação (CON)	0	100	23,80	0,00	29,95
Diarréia (DIA)	0	66	9,24	0,00	17,69
Dificuldades financeiras (DIF)	0	100	27,82	0,00	35,71

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

As correlações entre as dimensões do EORTC-QLQ-C30 e os escores de fadiga, depressão e sono mostraram-se na função funcional de forte a moderado e estatisticamente significativa na maioria das correlações e mostrou que quanto mais aumenta os escores de fadiga, depressão e sono, menores são as funções com déficit na qualidade de vida. Na função de sintomas as correlações apresentaram-se de fortes a moderada em muitos dos escores, o que nessas situações significam que quanto mais aumenta os escores de fadiga, depressão e pior qualidade de sono, maiores são os sintomas de pior qualidade de vida (TABELA 12).

Tabela 12 - Correlação entre qualidade de vida e fadiga depressão, sono. Uberaba-MG, 2012.

EORTC-QLQ-C30	Dimensão comportamental		Dimensão afetiva		Dimensão sensorial/psicológica		Escore total		EscoreIDB		Escore Psqi	
	*r	**p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
EGS	-0,40''	< 0,001	-0,33'	0,02	-0,39''	0,01	-0,42''	< 0,001	-0,42''	< 0,001	-0,34'	0,02
FF	-0,43''	< 0,001	-0,56''	< 0,001	-0,48''	< 0,001	-0,54''	< 0,001	-0,38''	0,01	-0,08	0,56
DP	-0,50''	< 0,001	-0,49''	< 0,001	-0,60''	< 0,001	-0,60''	< 0,001	-0,46''	< 0,001	-0,21	0,14
FE	-0,40''	< 0,001	-0,31'	0,03	-0,52''	< 0,001	-0,48''	< 0,001	-0,61	< 0,001	-0,50''	< 0,001
FC	-0,31'	0,03	-0,18	0,20	-0,53''	< 0,001	-0,43''	< 0,001	-0,45''	< 0,001	-0,23	0,10
FS	-0,36'	0,01	-0,17	0,24	-0,54''	< 0,001	-0,44''	< 0,001	-0,55''	< 0,001	-0,24	0,09
FAD	0,73''	< 0,001	0,60''	< 0,001	0,73''	< 0,001	0,78''	< 0,001	0,62''	< 0,001	0,25	0,07
NAV	0,40''	0,00	0,38''	0,01	0,37''	0,01	0,43''	< 0,001	0,24	0,09	0,06	0,66
DOR	0,35'	0,01	0,20	0,15	0,26	0,06	0,31''	0,03	0,26	0,07	-0,10	0,48
DIS	0,49''	< 0,001	0,57''	< 0,001	0,48''	< 0,001	0,56''	< 0,001	0,29'	0,40	0,17	0,24
INS	0,12	0,42	-0,04	0,80	0,02	0,88	0,04	0,76	0,17	0,25	0,38''	'0,01
PAP	0,41	< 0,001	0,18	0,21	0,30'	0,04	0,34'	0,01	0,32'	0,22	0,20	0,17
CON	0,10	0,49	0,20	0,16	0,19	0,17	0,19	0,20	< 0,00	10,97	0,07	0,63
DIA	0,39''	< 0,001	0,21	0,13	0,20	0,17	0,30'	0,04	0,45'	< 0,001	0,26	0,07
DIF	0,32'	0,02	0,33'	0,02	0,52''	< 0,001	0,46''	< 0,001	0,44''	< 0,001	0,58''	0,01

* r magnitude do coeficiente de correlação (- 1e 1) . ** p: estatisticamente significativo quando menor ou igual a 0,05. Teste de Correlação de Pearson.
 Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

5 DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DE SUJEITOS

A idade é ainda o fator de risco mais delimitado para o desenvolvimento do câncer de próstata. No mundo 62% são diagnosticados em homens com 65 anos ou mais (BRASIL, 2011a). Assim como os homens deste estudo apresentaram idade entre 60-79 anos 70%. Em estudos internacionais que reportam sobre homens com neoplasia de próstata a média de idade ficou também acima dos 60 anos (BILL-AXELSON et al., 2011; CHERRIER; AUBIN; HIGANO, 2009; FLETCHER et al., 2009; GREEN; WELLS; LAAKSO, 2011; MALISKI et al., 2008; MEHNERT et al., 2010; MIASKOWSKI et al., 2008; MONGA et al., 2007; NELSON; BALK; ROTH, 2010; PIRL et al., 2002; PIRL et al., 2008; SHARPLEY; BITSIKA; CHRISTIE, 2010).

Os homens de cor branca predominaram 72% nesta pesquisa. Outras pesquisas norte-americanas que envolveram homens com esse tipo de câncer também mostraram a prevalência de brancos em relação aos negros (FLETCHER et al., 2009; MIASKOWSKI et al., 2008; PIRL et al., 2002; PIRL et al., 2008; SHARPLEY; BITSIKA; CHRISTIE, 2010). Entretanto, as estatísticas afirmaram que o câncer de próstata é aproximadamente 1,6 vezes mais comum em homens negros do que em homens brancos, e atribuiu a susceptibilidade genética ao afirmar que os americanos jamaicanos e caribenhos com descendência africana apresentaram as mais altas taxas de incidência desse câncer no mundo (BRASIL, 2011a).

Destacaram-se em relação ao estado civil os casados 60%, que em outros estudos nacionais abordaram outras neoplasias e ambos os sexos, também se observou a prevalência de casados (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009; SCHLOSSER, 2011; SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011). Estudos em outros países que abordaram a neoplasia de próstata apontaram também para a prevalência de casados (FLETCHER et al., 2009; LOVE et al., 2008; MEHNERT et al., 2010; MIASKOWSKI et al., 2008; SHARPLEY; BITSIKA; CHRISTIE, 2010).

O estadiamento do tumor pode estar entre os níveis I, II, III, IV, e quanto mais cedo diagnosticado, ou seja, nos primeiros níveis, maiores as chances de sobrevivência e de um tratamento mais conservador. Neste estudo 56% já se encontravam com o estadiamento do tumor nos estágios III ou IV, ou seja, encontrava-se em um nível avançado da doença. Nas pesquisas internacionais o

tempo de descoberta variou. Gore et al. (2009) em seu estudo com 475 homens com câncer de próstata distribuídos em tratamentos de radioterapia, braquiterapia e cirurgia prostatectomia, 216 homens estavam no estágio I. Contudo, em outra pesquisa realizada no Canadá que avaliou 861 homens submetidos aos mesmos tratamentos, 99 homens tiveram diagnóstico nos estágios II e 319 homens no III (HERVOUET et al., 2005).

“Programa se controle da doença são aplicáveis para a redução da mortalidade, todavia, os métodos de rastreamentos atuais, como o PSA, não mostraram, até o momento, sucesso na redução da mortalidade” (BRASIL, 2011a, p. 35).

5.2 FADIGA

Nos resultados dos questionários verificou-se que a fadiga leve foi apontada 39 (78%) dos entrevistados e seis (12%) como sendo fadiga moderada.

Estudos mostraram que a fadiga relacionada à neoplasia é um dos sintomas mais prevalentes que impactam na qualidade de vida de forma severa além de diminuir a capacidade funcional diária dos pacientes (CAMPOS et al., 2011).

Autores nacionais mostraram em seus estudos que a fadiga prevalece nos pacientes com câncer de diversas localizações, em uso de tratamentos como: quimioterapia, radioterapia; cirurgia e hormonioterapia (LAMINO; MOTA; PIMENTA, 2011; SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009; SHLOSSER, 2011).

Nos resultados de pesquisas que abordaram o câncer de próstata e presença de fadiga foram encontrados na literatura internacional em pesquisas longitudinais, a presença de fadiga foi significativa desde o início da aplicação até o final, sendo que do ponto de medida inicial ao longo do período teve variação mesmo que pequena (CHERRIER; AUBIN; HIGANO, 2009; MONGA et al., 2005; PIRL et al., 2008).

Um deles, por exemplo, avaliou pacientes com neoplasia de próstata no tratamento com bloqueio androgênico e flutamida, que ao longo dos 12 meses do desenvolvimento da pesquisa, foi observado no nono mês, aumento da fadiga média de 54,75 pontos, e essa voltou a diminuir aos 12 meses (CHERRIER; AUBIN; HIGANO, 2009).

A consistência interna da Escala de Fadiga de Piper foi significativa tanto em seu escore total quanto para todas as dimensões que variaram de 0,93 a 0,96, e

mostrou-se semelhante a outros estudos nacionais (MOTA, 2008; SHLOSSER, 2011).

5.3 DEPRESSÃO

Os homens apresentaram ausência de depressão 94% em sua maioria.

Estudos internacionais que utilizaram o IDB em homens com neoplasia de próstata mostraram que, os homens relataram menos sintomas de depressão. Além disso, o número de estudos que tenham como foco o homem na investigação de depressão ainda é reduzido (BENNETT; BADGER, 2005; MEHNERT et al., 2010; MONGA et al., 2005; PIRL et al., 2002).

Entretanto, as correlações entre o escore do IDB e os escores de fadiga mostraram-se fortes, positivas e significativas estatisticamente; o que ficou evidenciado também em outro estudo nacional que abordava outra neoplasia e um internacional que abordava a neoplasia de próstata (MONGA et al., 2005; MOTA; PIMENTA; FITCH, 2009).

Por fim, sintomas depressivos são frequentes em pacientes com câncer e precisam ser investigados para reduzir o impacto dos demais tratamentos na vida dessas pessoas e garantir uma melhor assistência (CHERRIER; AUBIN; HIGANO, 2009; DINIZ et al., 2006; SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

5.4 SONO

A pontuação global do PSQI neste estudo foi a média 8,76 pontos que é indicativo de má qualidade de sono. O sono é essencial à vida das pessoas e em pacientes com câncer já foram identificados estudos em que os distúrbios do sono impactam a vida das pessoas com neoplasia (BARICHELO et al., 2009; BERTOLAZI et al., 2011; FURLANI; CEOLIM, 2006; SCHLOSSER, 2011).

Entre os estudos nacionais, uma pesquisa com 140 idosos com câncer em localizações como aparelho digestivo, mama e ginecológico, mostrou que 62% dos idosos apresentam distúrbios de sono (SCHLOSSER, 2011).

Hanisch al. (2011) em seu estudo que avaliou 60 homens com neoplasia de próstata em uso de hormonioterapia e verificou que os mesmos tiveram problemas tanto para iniciar o sono quanto durante o sono, com média 2,7 pontos de

despertares noturnos. Além desse, outros trabalhos internacionais com homens com câncer de próstata mostraram como resultado a má qualidade do sono dos mesmos (GARRETT et al., 2011; MIASKOWSKI et al., 2011).

As correlações entre a pontuação global do PSQI, os escores de fadiga, e o escore de depressão, apresentaram-se fortes e, estatisticamente, significantes no escore de depressão, e apontaram que quanto pior a qualidade de sono, maiores são as chances de depressão.

Um estudo internacional com 82 pacientes submetidos à radioterapia como tratamento primário ou adjuvante de câncer de próstata, mostrou os homens jovens com distúrbios de sono tem maiores níveis de sintomas depressivos (MIASKOWSKI et al., 2011).

5.5 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

O escore do EORTC-QLQ-C30 com domínio que apresentou pior qualidade de vida nesta pesquisa foi a função física com média de 58,95. Outro estudo nacional, com pacientes com câncer hematopoiético avaliou 30 pacientes em três momentos distintos e ao longo das avaliações. Verificou-se que, apesar de algumas funções apresentarem prejudicadas como a função física, que no pré-operatório teve média de 18,3 pontos e depois de 180 dias a média foi de 20 pontos; a qualidade de vida alcançou melhora. Isso mostrou que o uso do instrumento é importante para implementar medidas de cuidados a saúde em indivíduos com neoplasia (SANTOS; SAWADA; SANTOS, 2011).

Em uma pesquisa de corte transversal onde 96 sujeitos foram divididos em quatro grupos, com o objetivo foi avaliar a qualidade de vida de homens com câncer de próstata em tratamento hormonioterápico, no qual o grupo 1 era composto por pacientes com câncer que não estavam em tratamento de hormonioterapia; grupo 2 com menos de seis meses de tratamento; grupo 3 com mais de seis meses e no grupo 4 homens que não apresentavam câncer de próstata. Os resultados mostraram que os grupos dois e três apresentaram um resultado pior no estado geral de saúde em relação aos grupos 1 e 4 (DACAL; SEREIRA; GREENSPAN, 2006).

As correlações entre as dimensões do EORTC-QLQ-C30 e os escores de fadiga, depressão e sono neste estudo, mostraram-se na função funcional de fortes

para moderadas e estatisticamente significativa na maioria das correlações. Mostraram, ainda, que em todas as correlações, quanto mais aumenta os escores de fadiga, depressão e sono maiores são os déficits na qualidade de vida.

Na função de sintomas, as correlações apresentaram-se de fortes para moderadas em muitos dos escores, que nessas situações significam que quanto mais aumentam os escores de fadiga, depressão e sono de má qualidade, maior são os sintomas de pior qualidade de vida.

Em um estudo internacional que avaliou fadiga, depressão, distúrbios de sono e qualidade de vida com 861 homens com câncer de próstata submetidos aos tratamentos como radioterapia (Tele e/ou braquiterapia) ou cirurgia de prostatectomia radical, mostrou que aqueles que inicialmente receberam radioterapia tiveram níveis mais elevados de depressão, fadiga e pior qualidade de vida (HERVOUET et al., 2005).

6 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer as características sociodemográficas e clínicas dos homens com câncer de próstata submetidos à hormonioterapia e analisar os sintomas de fadiga, depressão, sono e qualidade de vida durante esse tratamento.

A avaliação do grupo de sujeitos do estudo composto por 50 homens permitiu, concluir que a população masculina estudada caracterizou-se por predomínio da cor branca, idade entre 60-79 anos, casados e com um a cinco filhos; estudaram de 1 a 4 anos, como situação de ocupação atual para 43 (86%) a aposentadoria, e a renda mensal individual de 45 (90%) de até dois salários mínimos e a mensal familiar de 27 (54%) também de até dois salários mínimos. Na análise dos dados clínicos mais da metade estavam com o estadiamento do tumor nos estágios III ou IV, a maioria encontra-se no primeiro ano do hormonioterápico e faziam uso mensal e, o mais usual foi goserrelina.

Ao analisar a escala de fadiga, 39 homens (78%) apresentaram fadiga leve. A média do domínio com maior escore foi a dimensão sensorial/psicológica com média (2,28) pontos. O alfa de Cronbach variou de 0,93 a 0,96. A correlação mostrou-se estatisticamente significativa entre dimensão afetiva e o tempo de diagnóstico ($p=0,05$), e indicou que à medida que aumenta o tempo de diagnóstico, a fadiga diminui.

Com relação à depressão os homens apresentaram ausência de depressão em sua maioria, com média de 7,06 pontos e alfa de Cronbach 0,85. Entretanto, as correlações entre o escore do IDB e os escores de fadiga foram fortes e expressivos entre o IDB e a dimensão comportamental, evidenciou que ao aumentar a depressão aumenta também a fadiga.

No que diz respeito ao sono, a pontuação global do PSQI foi o escore com maior média 8,76 que é indicativo de má qualidade de sono. O alfa de Cronbach 0,64. Quando analisada as correlações entre a pontuação global do PSQI e os escores de fadiga e escore de depressão, apresentou-se forte e estatisticamente significativa no escore de depressão, e apontou, que quanto pior a qualidade de sono, maiores são as chances de depressão.

Por fim, em relação à qualidade de vida relacionada à saúde, na função funcional o domínio que apresentou pior qualidade de vida foi a função física com média 58,95 pontos e na função de sintomas pior qualidade de vida foi a fadiga com média 36,00 pontos. O coeficiente de alfa de Cronbach 0,87. As correlações entre

as dimensões do EORTC-QLQ-C30 e os escores de fadiga, depressão e sono mostraram-se na função funcional de forte a moderado e estatisticamente significativa na maioria das correlações. Mostrou que quanto mais aumentam os escores de fadiga, depressão e sono de má qualidade, menor é a qualidade de vida. Na função de sintomas as correlações apresentaram-se de fortes para moderadas em muitos dos escores, onde quanto mais aumenta os escores de fadiga, depressão e sono de má qualidade, maiores são os sintomas com pior qualidade de vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve recorte transversal, o que limitou a avaliação da evolução da qualidade de vida relacionada à saúde ao longo do tempo. Entretanto, o uso dos instrumentos mostrou-se útil na investigação de fadiga, depressão e distúrbios de sono que alteram a qualidade de vida relacionada à saúde dos homens. E, sua utilização na prática clínica pode propiciar benefícios para o tratamento dos homens com essa neoplasia.

Até o momento não foram encontrados estudos indexados nas bases de dados nacionais sobre investigação de fadiga, depressão e distúrbios do sono e sua associação com a qualidade de vida de homens em uso de hormonioterapia.

Trata-se, então, do primeiro estudo brasileiro com resultados de qualidade de vida relacionado à saúde de homens com câncer de próstata em tratamento de hormonioterapia, e, destina-se a contribuir para que o planejamento da assistência de enfermagem volte sua atenção à qualidade de vida dos homens e para que futuras pesquisas abordem essa temática em diferentes contextos no Brasil.

Para a enfermagem, a possibilidade do uso dos instrumentos para investigação fadiga, depressão e distúrbios de sono que alteram a qualidade de vida levará a um tratamento precoce dos sintomas quando algum distúrbio for identificado. Além disso, lacunas que ficaram neste estudo poderão ser investigadas pela enfermagem e proporcionarão ainda mais qualidade de atendimento aos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALBAUGH, J.; HACKER, E. D. Measurement of quality of life in men with prostate cancer. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 12, n. 1, feb. 2008.
- ALVES, B. G.; SILVA, R. I.; ALMEIDA, M. S. (Org.). **Manual para apresentação de trabalhos acadêmicos baseado nas normas de documentação da ABNT**. Uberaba: UFTM, 2011.
- BARICHELLO, E. **Distúrbios no padrão do sono em pacientes submetidos à cirurgia oncológica**. 2008. 114f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- BARICHELLO, E. et al. Qualidade do sono em pacientes submetidos à cirurgia oncológica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 481-488, jul./ago., 2009.
- BENNETT, G.; BADGER, T. A. Depression in men with prostate cancer. **Oncology Nursing Fórum**, Pittsburgh, v. 32, n. 3, p. 545-556, may. 2005.
- BERTOLAZI, A. N. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Medicine**, Amsterdam, v. 12, n. 1, p.70-75, jan. 2011.
- BILL-AXELSON, A. et al. Psychiatric treatment in men with prostate cancer – Results from a Nation-wide, population-based cohort study from PCBaSe Sweden. **European Journal of Cancer**, Oxford, v.47, n. 14, p. 2195-2201, sep. 2011.
- BOTTINO, S. M. B.; FRÁGUAS, R.; GATTAZ, W. F. Depressão e câncer. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 36, supl. 3, p. 109-115, 2009.
- BRABO, E. P. et al. Brazilian version of the QLQ-LC13 lung cancer module of the European Organization for Research and validity report. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 15, n. 9, p. 1519-1524, nov. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: MS, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília: MS, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos**. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010**: incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012**: incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer Coordenação de Prevenção e Vigilância. CONPREV. **Câncer de Próstata**: consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.655, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Presidência da República, 2011b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7655.htm>. Acesso em: 16 mar. 2012.

CALVETE, A. C. et al. Avaliação da extensão da neoplasia em câncer da próstata: valor do PSA, da percentagem de fragmentos positivos e da escala de Gleason. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 250-254, set. 2003.

CAMPOS, M. P. O. et al. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 211-219, 2011.

CANGUSSU, R. O. et al. Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck – Short Form. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 106-110, 2010.

CHERRIER, M. M.; AUBIN, S.; HIGANO, C. S. Cognitive and mood changes in men undergoing intermittent combined androgen blockade for nonmetastatic prostate cancer. **Psycho-Oncology**, Chichester, v. 18, n. 3, p. 237-247, mar. 2009.

CURY, F. L. B.; SOUHAMI, L. Hipofracionamento no câncer de próstata. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 239-249, jul./set. 2004.

D'AMICO, A. V. et al. Determinants of prostate cancer-specific survival after radiation therapy for patients with clinically localized prostate cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 20, n. 23, p. 4567-4573, dec. 2002.

DACAL, K.; SEREIKA, S. M.; GREENSPAN, S. L. Quality of life in prostate cancer patients taking androgen deprivation therapy. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 54, n. 1, p. 85-90, jan. 2006.

DALETE, D. D. C. F. **Fadiga em doentes com câncer colo-retal**: fatores de risco e preditivos. 127f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

DINIZ, R. W. et al. O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 298-303, set./out. 2006.

DIRKSEN, S. R.; EPSTEIN, D. R.;HOYT, M. A. Insomnia, depression, and distress among outpatients with prostate cancer. **Applied Nursing Research**, Philadelphia, v. 22, n. 3, p. 154-158, aug. 2009.

FANGER, P. C. et al. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 173-178, 2010.

FARIA, E. F. **O estudo do impacto do rastreamento no estadiamento clínico dos portadores de câncer de próstata**. 2010. 134f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FERNANDES, R. M. F. O sono normal. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 2, p. 157-168, abr./jun. 2006.

FLETCHER, B. A. S. et al. Trajectories of fatigue in family caregivers of patients undergoing radiation therapy for prostate cancer. **Research Nursing Health**, New York, v. 32, n. 2, p. 125-139, apr. 2009.

FONSECA, R. P. et al. Recidiva bioquímica em câncer de próstata: artigo de revisão. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p.167-172, abr./jun. 2007.

FRANCA, C. A. S.; VIEIRA, S. L.; PENNA, A. B. R. C. Definição de recidiva bioquímica após tratamento radioterápico do câncer de próstata localizado: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 57-61, 2008.

FURLANI, R.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono de mulheres portadoras de câncer ginecológico e mamário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 872-878, nov./dez. 2006.

GARRETT, K. et al. Differences in sleep disturbance and fatigue between patients with breast and prostate cancer at the initiation of radiation therapy. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 42, n. 2, p.239-250, aug. 2011.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

GORE, J. L. et al. Survivorship Beyond Convalescence: 48-month quality-of-life outcomes after treatment for localized prostate cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 101, n. 12, p. 888-892, jun. 2009.

GOREINSTEN, C.; ANDRADE, L. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 453-457, apr. 1996.

GREEN, H. J.; WELLS, D. J. N.; LAAKSO, L. Coping in men with prostate cancer and their partners: a quantitative and qualitative study. **European Journal of Cancer Care**, London, v. 20, n. 2, p. 237–247, mar. 2011.

HANISCH, L. J. et al. Sleep and daily functioning during androgen deprivation therapy for prostate cancer. **European Journal of Cancer Care**, London, v. 20, p. 549–554, jul. 2011.

HERVOUET, S. et al. Psychological functioning associated with prostate cancer: cross-sectional comparison of patients treated with radiotherapy, brachytherapy, or surgery. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 30, n. 5, p. 474-484, nov. 2005

JUVER, J. P. S.; VERÇOSA, N. Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 287-298, maio./jun. 2008.

KAMEO, S. Y. **Qualidade de vida do paciente com estoma intestinal secundária ao câncer cólon-retal**. 2006. 120f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

KATTAN, M. W. Measuring hot flashes in men treated with hormone ablation therapy: an unmet need. **Urologic Nursing**, Portland, v. 26, n. 1, p. 13-18, feb. 2006.

LAMINO, D. A.; MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 508-514, abr. 2011.

LEAL, T. R. et al. Dor e dignidade: o cotidiano da enfermeira na avaliação da dor oncológica. **Nursing**, São Paulo, v.10, n. 117,p.75-80, fev. 2008.

LOVE, A. W. et al. Psychosocial adjustment in newly diagnosed prostate cancer. **The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Carlton South, v. 42, n. 5, p. 423-429, may. 2008.

LUYSTER, F. S. et al. Sleep: a health imperative. **Sleep**, New York, v. 1, n. 35, p. 727-734, jun. 2012.

MALISKI, S. L. et al. Symptom clusters related to treatment for prostate cancer. **Oncology Nursing Forum**, New York, v. 35, n. 5, p. 786-793, sep. 2008

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**, London, v. 19, n. 6, p. 736-745, nov. 2010.

MENEZES, M. F. B.; CAMARGO, T. C. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 442-447, maio./jun. 2006.

MIASKOWSKI, C. et al. Predictors of the trajectories of self-reported sleep disturbance in men with prostate cancer during and following radiation therapy. **Sleep**, New York, v. 34, n. 2, p. 171-179, feb. 2011.

MIASKOWSKI, P. Trajectories of Fatigue in Men with Prostate Cancer Before, During, and After Radiation Therapy. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 35, n. 6, p. 632-634, jun. 2008.

MIGOWSKI, A.; SILVA, G. A. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 344-352, abr. 2010.

MONGA, U. et al. Exercise prevents fatigue and improves quality of life in prostate cancer patients undergoing radiotherapy. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Chicago, v. 88, n. 11, p. 1416-1422, nov. 2007.

MONGA, U. et al. Longitudinal study of quality of life in patients with localized prostate cancer undergoing radiotherapy. **Journal of Rehabilitation Research and Development**, Washington, v. 42, n. 3, p. 391-399, may./jun. 2005.

MOTA, D. D. C. F. **Fadiga em doentes com câncer colo-retal**: fatores de risco e preditivos. 2008. 128f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M.; FITCH, M. I. Pictograma de fadiga: uma alternativa para avaliação da intensidade e impacto da fadiga. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. esp., p. 1080-1087, dez. 2009.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M.; PIPER, B. F. Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue scale-Revised. **Supportive care in cancer**, Berlin, v. 17, n. 6, p. 645-652, jun, 2009.

MOTA, D. D.; PIMENTA, C. A. Self-report instruments for fatigue assessment: a systematic review. *Research and theory for nursing practice*, New York, v. 20, n. 1, p. 49-78, 2006.

NELSON, C. J.; BALK, E. M.; ROTH, A. J. Distress, anxiety, depression, and emotional well-being in African-American men with prostate cancer. **Psycho-Oncology**, Chichester, v. 19, n. 10, p. 1052-1060, oct. 2010.

PETERSON, A. A.; CARVALHO, E. C. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 211-219, jul./ago. 2011.

PIRL, W. F. et al. Depression in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: a pilot study. **Psycho-oncology**, Chichester, v.11, n. 6, p. 518-523, nov./dec. 2002.

PIRL, W. F. et al. Prospective study of depression and fatigue in men with advanced prostate cancer receiving hormone therapy. **Psycho-oncology**, Chichester, v. 17, n. 2, p. 148-153, feb. 2008.

POMPEO, A. C. L. et al. Carcinoma da próstata. In: KOFF, W. J. et al. **Diretrizes em uro-oncologia da Sociedade Brasileira de Urologia**. Rio de Janeiro: SBU, 2005.

SANTOS, C. L. T.; SAWADA, N. O.; SANTOS, J. L. F. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1322-1328, nov./dez. 2011.

SANTOS, J.; MOTA, D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Co-morbidade fadiga e depressão em pacientes com câncer colo-retal. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 909-914, dec. 2009.

SCHLOSSER, T. C. M. **Qualidade do sono e fadiga em idosos sob tratamento quimioterápico ambulatorial**. 2011, 120f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas UNICAMP, Campinas, 2011.

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

SHARPLEY, C. F.; BITSIKA, V.; CHRISTIE, D. R. H. Understanding the causes of depression among prostate cancer patients: development of the Effects of Prostate Cancer on Lifestyle Questionnaire. **Psycho-oncology**, Chichester, v. 18, n. 2, p.162-168, feb. 2010.

SONOBE, H. M.; BUETTO, L. S.; ZAGO, M. M. F. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 342-348, abr. 2011.

STEVES, S. C. B. et al. Braquiterapia de alta taxa de dose de tratamento do carcinoma da próstata: análise ÇPKN da toxicidade aguda e do comportamento bioquímico. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v.39, n. 2, p.127-130, mar./apr. 2006.

STEWART, S. T. et al. Utilities for prostate cancer health states in men aged 60 and older. **Medical Care**, Philadelphia, v. 43, n. 4, abr. 2005.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization Quality of life assesement instrument. In: _____. **Quality of life assessment: international perspectives**. Spring Verlag: Heildeberg, 1994. p. 41-60.

ZAVALA, M. W. et al. Spirituality and quality of life in low-income men with metastatic prostate cancer. **Psycho-Oncology**, Chichester, v. 18, n. 7, p. 753-761, jul. 2009.

ZERATI FILHO, M.; NARDOZZA JÚNIOR, A.; REIS, R. B. **Urologia fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Data da entrevista ____/____/____ Pront. _____ Iniciais _____

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1. Município de Residência: _____

3. Cor da pele (auto declarada): (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena
4. Data de Nascimento ____/____/____ Idade:
5. Estado conjugal: (1) solteiro(a) (2) casado (3) separado ou divorciado (4) viúvo
6. Número de Filhos: _____
7. Anos de estudo completos: _____
8. Situação de trabalho atual
 - (1) Aposentado/pensionista
 - (2) Afastado com remuneração
 - (3) Empregado com carteira de trabalho assinada
 - (4) Empregado sem carteira de trabalho assinada
 - (5) Trabalha por conta própria
 - (6) Afazeres domésticos/ do lar
 - (7) Desempregado
9. Renda Mensal individual (em salário mínimos –SM)
 - (1) nenhuma (2) até 2 SM (3) 2-4 SM (4) mais que 4 SM
10. Renda Mensal familiar (em salário mínimos –SM)
 - (1) nenhuma (2) até 2 SM (3) 2-4 SM (4) mais que 4 SM
11. Mora atualmente
 - (1) Sozinho (2) cônjuge ou companheiro (3) filhos (4) netos (5) outros familiares (6) instituição (7) outros - _____
12. Tenha alguma crença/religião
 - (1) não (2) sim

II SAÚDE E ESTILO DE VIDA

13. O Sr(a) possui pressão alta?
 - (1) não (2) sim
14. O Sr(a) possui diabetes mellitus?
 - (1) não (2) sim
15. O Sr(a) possui alguma outra doença crônica
 - (1) não (2) sim

16. Medicamentos em uso: (1) não (2) sim

Quais _____

17. Histórico de consumo de bebidas alcoólicas

(1) nunca(2) ex-consumidor (3) sim

18. Histórico de Consumo de tabaco

(1) nunca(2) ex-consumidor (3) sim

19. Histórico de:

- câncer de próstata na Família

(1) Não (2) Sim

- câncer gastrointestinal na Família

(1) Não (2) Sim

III DADOS OBTIDOS NO PRONTUÁRIO

20. Tipo de neoplasia/diagnóstico: _____

21. Critério TNM _____

22. Data do diagnóstico: ____/____/____

23. Faz/ fez outro tratamento além da quimioterapia/hormonioterapia

Radioterapia (0) não (1) atual (2) progresso ____/____/____

Cirurgia (0) não (1) atual (2) progresso ____/____/____

Outros (0) não (1) atual (2) progresso ____/____/____

Quais _____

24 Cirurgia programada _____

Cirurgia realizada _____

25. Possui colostomia

(1) Não (2) Sim

26- Possui Ileostomia

(1) Não (2) Sim

27. Ciclo da quimioterapia/ sessão de hormonioterapia: _____

28. Frequência do ciclo/ ou da sessão de hormonioterapia: _____

29. Quimioterápicos/hormioterápicos em uso _____

30. Outros fármacos utilizados na sessão de quimioterapia/hormonioterapia:

31. Metástase

(1) Não (2) Sim _____

ANEXOS**ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA – HOSPITAL DR. HELIO ANGOTTI**

Hospital Dr. Hélio Angotti
Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central - ACCBC

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Uberaba (MG), 13 de junho de 2011

Hma. Prof. Dra. Elizabeth Barichello
Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar - DEAH

Em nome da Comissão de Ética da Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central, venho por meio desta informar que foi aprovado o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado: "Distúrbio do sono em pacientes com câncer gastrointestinal" nesta Instituição.

Gostaríamos de ressaltar que todos os padrões de ética em pesquisa clínica devem ser obedecidos e os pacientes cientificados de que estão participando de uma pesquisa para trabalho científico. Solicitamos que quando for diagnosticado algum distúrbio do sono, a equipe de pesquisa não venha a intervir com medicamentos, mas sim notificar o médico responsável do nosso corpo clínico especializado para o devido tratamento.

Parabenizamos sua preciosa dedicação em pesquisa científica e desde já manifestamos nosso interesse comum na busca do aperfeiçoamento constante nas diversas áreas de saúde.

Atenciosamente,



Dr. Vitor Carvalho Lara
CRM MG 03642

PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ACCBC

Telefone: +55 (34) 3318.9802
Endereço: Rua Governador Valadares nº 640 Bairro Central
Cep 38.010-380 Uberaba - Minas Gerais



ANEXO B – PARECER DO CEP UFTM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854
E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: DISTÚRBIOS DO SONO EM PACIENTES COM CÂNCER GASTROINTESTINAL
PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: ELIZABETH BARICHELLO
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 21/06/2011
PROTOCOLO CEP/UFTM: 2015

PARECER

De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 26 de outubro de 2011.

Prof.^a Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do CEP/UFTM



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Mem. 676/11/DEAH/CGE

Uberaba, 14 de Dezembro de 2011

Profª Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM

No projeto "Distúrbios do sono em pacientes com câncer gastrointestinal" aprovado por este Comitê sob o Parecer nº 2015, após o Exame de Qualificação da Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde e por sugestões da orientadora, foram sugeridas algumas modificações.

Desta forma vimos por meio deste, solicitar a Vossa Senhoria a inclusão de:

- Escala de Fadiga de Piper e Depressão de Beck (ambas validadas para a cultura brasileira) em anexo
- Acrescentar o câncer de próstata
- Nos objetivos acrescentar o câncer de próstata juntamente com o câncer gastrointestinal
- Novo modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em anexo

O acréscimo da câncer de próstata se deve ao fato de sua alta incidência dentre os tipos de câncer no Brasil e no mundo.

Dessa forma o título do trabalho será: "Qualidade de vida em pacientes com câncer gastrointestinal e de próstata".

Salientamos que as questões éticas serão mantidas conforme o projeto inicial e não haverá nenhuma modificação quanto a coleta e análise dos dados dos sujeitos.

Colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Profª Dra. Elizabeth Barichello
Pesquisadora responsável

Aprovado em 16/12/2011

Profª Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do CEP da UFTM

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Qualidade de vida em pacientes com câncer gastrointestinal e de próstata”

Nome dos pesquisadores: Elizabeth Barichello / Izabel Cristina Soares

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Qualidade de vida em pacientes com câncer gastrointestinal e de próstata”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar os sintomas de fadiga, depressão e os padrões de sono em pacientes com câncer gastrointestinal e de próstata e relacioná-las com as dimensões de qualidade de vida. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: “Qualidade de vida em pacientes com câncer gastrointestinal e de próstata”

Nome dos pesquisadores: Elizabeth Barichello / Izabel Cristina Soares

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Elizabeth Barichello – 34 3318-5703

Izabel Cristina Soares – 34 9116-6053

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

ANEXO D - ESCALA DE FADIGA DE PIPER – REVISADA

Instruções: Para cada questão a seguir, circule o número que melhor descreve a fadiga que você está sentindo AGORA. Por favor esforce-se para responder cada questão da melhor maneira possível. Muito obrigada.

1. Há quanto tempo você está sentindo fadiga? (assinale somente uma resposta)

Dias ____ Semanas ____ Meses ____ Horas ____ Minutos ____ Outro(favor descreva): ____

2. Quanto estresse a fadiga que você sente agora causa?

Nenhum estresse 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito estresse

3. Quanto a fadiga interfere na sua capacidade de completar suas atividades de trabalho ou escolares?

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito

4. Quanto a fadiga interfere na sua habilidade de visitar ou estar junto com seus amigos?

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito

5. Quanto a fadiga interfere na sua habilidade de ter atividade sexual?

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito

6. De modo geral, quanto a fadiga interfere na capacidade de realizar qualquer tipo de atividade que você gosta?

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito

7. Como você descreveria a intensidade ou a magnitude da fadiga que você está sentindo agora?

Leve 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Intensa

8. Como você descreveria a fadiga que você está sentindo agora?

Agradável 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Desagradável

9. Aceitável 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Inaceitável**

10. Protetora 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Destruidora**

11. Positiva 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Negativa**

12. Normal 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Anormal**

13. Quanto você está se sentindo....

Forte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fraco

14. Quanto você está se sentindo...

Acordado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sonolento

15. Quanto você está se sentindo...

Com vida 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Apático

16. Quanto você está se sentindo...

Com vigor									Cansado		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. Quanto você está se sentindo...

Com energia									Sem energia		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Quanto você está se sentindo...

Paciente									Impaciente		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. Quanto você está se sentindo...

Relaxado									Tenso		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20. Quanto você está se sentindo...

Extremamente feliz									Deprimido		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21. Quanto você está se sentindo...

Capaz de se concentrar									Incapaz de se concentrar		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22. Quanto você está se sentindo...

Capaz de se lembrar									Incapaz de se lembrar		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23. Quanto você está se sentindo...

Capaz de pensar com clareza									Incapaz de pensar com clareza		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24. De modo geral, o que você acha que contribui ou causa sua fadiga?

25. De modo geral, o que mais alivia a sua fadiga é:

26. Existe mais alguma coisa que você gostaria de dizer para descrever melhor sua fadiga?

27. Você está sentindo qualquer outro sintoma agora?

() Não () Sim. Por favor descreva

ANEXO E - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

DIA.....MÊS.....ANO.....

LOCAL.....

Nome (opcional) Idade

Neste questionário há 21 grupos com afirmativas. Por favor, leia cada uma com cuidado. Escolha a única afirmação em cada grupo que melhor descreva o modo como você esteve se sentindo na SEMANA PASSADA, INCLUSIVE HOJE! Circule o número do lado da afirmação que você escolheu. Se várias afirmações no grupo parecem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma.

LEIA todas as afirmações em CADA grupo ANTES de fazer a sua escolha

1- Eu não me sinto triste. Eu me sinto triste. Eu me sinto triste o tempo todo e não consigo sair disso. Eu estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	0 1 2 3	12 - Eu não perdi o interesse pelas outras pessoas. Eu estou menos interessado nas outras pessoas do que costumava estar. Eu perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. Eu perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.	0 1 2 3
2 - Eu não estou particularmente desencorajado em relação ao futuro. Eu me sinto desencorajado em relação ao futuro. Eu sinto que não tenho nada porque esperar. Eu sinto que o futuro não tem esperanças e que as coisas não podem melhorar	0 1 2 3	13 - Eu tomo decisões mais ou menos tão bem quanto eu sempre consegui. Eu adio tomar decisões mais do que costumava adiar. Eu tenho maior dificuldade para tomar decisões do que antes. Eu não consigo mais tomar decisão alguma.	0 1 2 3
3 - Eu não me sinto um fracasso. Eu sinto que falhei mais do que a média das pessoas Quando olho para trás em minha vida, tudo o que consigo ver é um monte de fracassos. Eu sinto que sou um fracasso completo como pessoa.	0 1 2 3	14 - Eu não sinto que minha aparência esteja pior do que era. Eu estou preocupado que esteja parecendo velho ou não atraente. Eu sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer não atraente. Eu acredito que pareço feio.	0 1 2 3
4 - Eu obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava ter. Eu não gosto das coisas do modo como costumava gostar. Eu não obtenho satisfação real de mais nada. Eu estou insatisfeito ou entediado com tudo.	0 1 2 3	15 - Eu consigo trabalhar aproximadamente tão bem quanto antes. É necessário um esforço extra para começar qualquer coisa. Eu tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa. Eu não consigo mais fazer trabalho algum.	0 1 2 3
5 - Eu não me sinto particularmente culpado. Eu me sinto culpado durante uma boa parte do tempo. Eu me sinto bastante culpa do durante a maior parte do tempo. Eu me sinto culpado o tempo todo	0 1 2 3	16 - Eu consigo dormir tão bem quanto o habitual. Eu não durmo tão bem quanto costumava dormir. Eu acordo a 1 a 2 horas mais cedo do que o habitual e acho difícil voltar a dormir. Eu acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	0 1 2 3
6 - Eu não sinto que estou sendo punido. Eu sinto que posso ser punido. Eu espero ser punido. Eu sinto que estou sendo punido.	0 1 2 3	17 - Eu não fico mais cansado que o habitual. Eu fico cansado mais facilmente do que costumava ficar. Eu fico cansado ao fazer quase qualquer coisa. Eu estou cansado demais para fazer qualquer coisa	0 1 2 3
7 - Eu não me sinto decepcionado comigo. Eu estou decepcionado comigo. Eu estou aborrecido comigo. Eu me odeio	0 1 2 3	18 - Meu apetite não está pior do que o habitual. Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser. Meu apetite está muito pior agora. Não tenho mais nenhum apetite.	0 1 2 3
8 - Eu não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. Eu me critico pelas minhas fraquezas ou erros. Eu me incrimino o tempo todo pelas minhas falhas. Eu me incrimino por tudo de ruim que acontece.	0 1 2 3	19 - Eu perdi pouco ou nenhum peso ultimamente. Eu perdi mais de 2,5 Kg. Eu perdi mais de 5 Kg. Eu perdi mais de 7,5 Kg. Eu estou propositalmente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()	0 1 2 3
9 - Eu não tenho pensamento nenhum de me matar. Eu tenho pensamentos de me matar, mas não os colocaria em prática. Eu gostaria de me matar. Eu me mataria se tivesse uma oportunidade.	0 1 2 3	20 - Eu não estou mais preocupado sobre a minha saúde do que o habitual. Eu estou preocupado com problemas físicos como mal-estares e dores ou desconforto estomacal; ou constipação. Eu estou muito preocupado com meus problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas. Eu estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em mais nada.	0 1 2 3

10 - Eu não choro mais do que o habitual. Eu choro mais agora do que costumava chorar. Eu choro o tempo inteiro agora. Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar mesmo que queira.	0 1 2 3	21 - Eu não percebi nenhuma mudança recente em meu interesse por sexo Eu estou menos interessado em sexo do que costumava estar. Eu estou muito menos interessado em sexo agora Eu perdi completamente o interesse por sexo.	0 1 2 3
11 - Eu não estou mais irritado agora do que sempre estou. Eu fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ficar. Eu me sinto irritado o tempo inteiro agora. Eu não fico nem um pouco irritado por coisas que costumavam me irritar.	0 1 2 3		

ANEXO F - ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH VERSÃO EM PORTUGUÊS NO BRASIL (PSQI BR)

Nome:

Registro:Idade: Data:.....

Instruções: As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos usuais de sono durante o **último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da **maioria** dos dias e noites no último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1- Durante o último mês, quando você geralmente foi para cama à noite?

Hora usual de deitar:.....

2- Durante o último mês, quando tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?

Número de minutos.....

3- Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?

Hora usual de levantar

4- Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite?

Horas de sono por noite

Para cada uma das questões restantes, marque a **melhor (uma) resposta**. Por favor, responda a todas as questões.

5- Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você...

(a) Não consegui adormecer em até 30 minutos

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1 () nenhuma no último mês | 2() menos de 1 vez/ semana |
| 3() 1 ou 2 vezes por semana | 4() 3 ou mais vezes/semana |

(b) Acordou no meio da noite ou de manhã muito cedo:

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1 () nenhuma no último mês | 2() menos de 1 vez/ semana |
| 3() 1 ou 2 vezes por semana | 4() 3 ou mais vezes/semana |

(c) Precisou levantar para ir ao banheiro

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1 () nenhuma no último mês | 2() menos de 1 vez/ semana |
| 3() 1 ou 2 vezes por semana | 4() 3 ou mais vezes/semana |

(d) Não conseguiu respirar confortavelmente

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1 () nenhuma no último mês | 2() menos de 1 vez/ semana |
| 3() 1 ou 2 vezes por semana | 4() 3 ou mais vezes/semana |

(e) Tossiu ou roncou forte

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1 () nenhuma no último mês | 2() menos de 1 vez/ semana |
| 3() 1 ou 2 vezes por semana | 4() 3 ou mais vezes/semana |

(f) Sentiu muito frio

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1 () nenhuma no último mês | 2() menos de 1 vez/ semana |
| 3() 1 ou 2 vezes por semana | 4() 3 ou mais vezes/semana |

(g) Sentiu muito calor

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1 () nenhuma no último mês | 2() menos de 1 vez/ semana |
| 3() 1 ou 2 vezes por semana | 4() 3 ou mais vezes/semana |

(h) Teve sonhos ruins

- 1 () nenhuma no último mês 2 () menos de 1 vez/ semana
3 () 1 ou 2 vezes por semana 4 () 3 ou mais vezes/semana

(i) Teve dor

- 1 () nenhuma no último mês 2 () menos de 1 vez/ semana
3 () 1 ou 2 vezes por semana 4 () 3 ou mais vezes/semana

(j) outra(s) razões, por favor descreva

Com que frequência, no último mês, você teve dificuldades para dormir devido a esta razão?

- 1 () nenhuma no último mês 2 () menos de 1 vez/ semana
3 () 1 ou 2 vezes por semana 4 () 3 ou mais vezes/semana

6- Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

- 1 () Muito boa 2 () Boa
3 () Ruim 4 () Muito ruim

7- Durante o último mês, com que frequência você tomou algum medicamento (prescrito ou por "conta própria") para lhe ajudar a dormir?

- 1 () nenhuma no último mês 2 () menos de 1 vez/ semana
3 () 1 ou 2 vezes por semana 4 () 3 ou mais vezes/semana

8- No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

- 1 () nenhuma no último mês 2 () menos de 1 vez/ semana
3 () 1 ou 2 vezes por semana 4 () 3 ou mais vezes/semana

9- Durante o último mês, quão problemático foi para você manter entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

- 1 () nenhuma dificuldade 2 () um problema muito leve
3 () um problema razoável 4 () um problema muito grande

10- Você tem algum(a) parceiro/esposo(a) ou colega de quarto?

- 1 () não 2 () parceiro ou colega, em outro quarto...
3 () parceiro no mesmo quarto, mas não na mesma cama 4 () parceiro na mesma cama

Se você tem um parceiro(a) ou colega de quarto, pergunte a ela (a) com que frequência no último mês você teve.....

(a) Ronco forte

- 1 () nenhuma no último mês 2 () menos de 1 vez/ semana
3 () 1 ou 2 vezes por semana 4 () 3 ou mais vezes/semana

(b) Longas paradas na respiração enquanto dormia

- 1 () nenhuma no último mês 2 () menos de 1 vez/ semana
3 () 1 ou 2 vezes por semana 4 () 3 ou mais vezes/semana

(c) Contrações ou puxões nas pernas enquanto você dormia

- 1 () nenhuma no último mês 2 () menos de 1 vez/ semana
3 () 1 ou 2 vezes por semana 4 () 3 ou mais vezes/semana

(d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono

- 1 () nenhuma no último mês 2 () menos de 1 vez/ semana
3 () 1 ou 2 vezes por semana 4 () 3 ou mais vezes/semana

(e) Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme, por favor, descreva

- 1 () nenhuma no último mês 2 () menos de 1 vez/ semana
3 () 1 ou 2 vezes por semana 4 () 3 ou mais vezes/semana

ANEXO G - EORTC-QLQ-C30 (versão 3.0)

Por favor, preencha suas iniciais:.....
 Sua data de nascimento (dia, mês, ano):
 Data de hoje (dia, mês, ano):.....

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde . Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade, quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade para se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades <u>sociais</u> ?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

