



**PROGRAMA DE APRIMORAMENTO
PROFISSIONAL**
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO –
FUNDAP



RENATA STERZO RUANO

**Aspectos Psicológicos de Pacientes Diagnosticados com Câncer de
Próstata no Momento Pré-cirúrgico**

RIBEIRÃO PRETO
2015



**PROGRAMA DE APRIMORAMENTO
PROFISSIONAL**
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
ADMINISTRATIVO – FUNDAP



RENATA STERZO RUANO

**Aspectos Psicológicos de Pacientes Diagnosticados com Câncer de
Próstata no Momento Pré-cirúrgico**

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP e FUNDAP, elaborada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP/ Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP).

Área: Psicologia Clínica e Hospitalar

Orientador (a): Vanessa Fernandes

Supervisor (a) Titular: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

RIBEIRÃO PRETO
2015

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

Ruano, Renata Sterzo

Aspectos Psicológicos de Pacientes Diagnosticados com Câncer de Próstata no Momento Pré-cirúrgico. Ribeirão Preto, 2015.

81 p. : il.

Monografia apresentada ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, como parte dos requisitos para a conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional.

Orientadora: Fernandes, Vanessa

1. Câncer de Próstata 2. Aspectos Psicológicos 3. Estratégia de Enfrentamento

RUANO, RENATA STERZO

BIBLIOTECA CENTRAL DA USP DE RIBEIRÃO PRETO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO USP

TOMBO: _____ SYSNO: _____

MONOGRAFIA 2015

**TÍTULO: ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM
CÂNCER DE PRÓSTATA NO MOMENTO PRÉ-CIRÚRGICO.**

ALUNA: RENATA STERZO RUANO

ORIENTADORA: VANESSA FERNANDES

CO-ORIENTADOR: PROF.DR. RICARDO GORAYEB

Dedico este trabalho a todos os pacientes que de modo particular vivenciam as incertezas e adversidades da vida sem que ao menos se esqueçam da sua essência meramente humana.

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes do Ambulatório de Urologia Oncológica do HC-FMRP-USP, que de forma receptiva contribuíram e possibilitaram a realização deste estudo.

À minha orientadora Vanessa Fernandes, que demonstrou confiança no meu trabalho e com grande dedicação pode estar disponível tanto nos momentos de incertezas, quanto nos momentos de descontração. Foi muito bom poder trabalhar e aprender com você!

Ao Prof. Dr. Ricardo Gorayeb, pela oportunidade e contribuições durante minha permanência neste aprimoramento.

À Rosana Shuhama, Andrea Toledo Borsari e Adriana Peterson, pela disponibilidade, auxílio e considerações no presente trabalho.

Às supervisoras e todas as psicólogas do Serviço de Psicologia, que colaboraram para o meu crescimento profissional e pessoal sempre demonstrando comprometimento com o trabalho desenvolvido e compartilhando suas vivências.

Às colegas de aprimoramento, residentes e colaboradoras de pesquisa com as quais compartilhei grande parte dessa jornada e com quem pude contar com o apoio necessário nos momentos de dificuldade e celebrar as conquistas.

Ao pessoal da secretaria do Serviço de Psicologia do HC, que puderam me auxiliar durante todo esse período.

À minha família, em especial aos meus pais, que sempre me apoiaram e estiveram presentes nos momentos de dificuldade e nas conquistas diárias.

Ao meu companheiro Gustavo, pelo apoio, carinho e por me fazer confiar nas minhas conquistas e planejar um caminho a dois.

"As pessoas são como vitrais coloridos: cintilam e brilham quando o sol está do lado de fora, mas quando a escuridão chega, sua verdadeira beleza é revelada apenas se existir luz no interior."

Elizabeth Kübler-Ross

RESUMO

RUANO, R. S. Aspectos Psicológicos de Pacientes Diagnosticados com Câncer de Próstata no Momento Pré-cirúrgico. 2015. 81 p. Monografia (Aprimoramento Profissional) - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

O câncer de próstata atinge grande parcela da população masculina e carrega consigo características sócio culturais e de gênero que podem influenciar no tratamento e prognóstico da doença. O objetivo do estudo foi obter informações sócio-demográficas e verificar os aspectos psicológicos de pacientes com diagnóstico de câncer de próstata em momento pré-cirúrgico de prostatectomia radical. Foram aplicadas as escalas HAD e EMEP para avaliar o nível de ansiedade e depressão e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes, respectivamente. A faixa etária média foi de 65 anos, a maioria se declarou casado/amasiado e possuíam como principais cuidadores os membros da família, residiam em cidade pertencente à regional de Ribeirão Preto e apresentavam baixo nível de escolaridade e renda. Pequena parcela referiu histórico psiquiátrico e presença de diagnóstico psiquiátrico específico. Os resultados obtidos indicaram presença possível de nível de ansiedade e depressão em pequena parcela da amostra. A maioria dos participantes fez uso do enfrentamento Fator 3, seguido pelo Fator 1 e pelo Fator 2, considerados adequados e uma minoria utilizou a estratégia do Fator 4 de forma considerada inadequada. Foi observada indicações de sintomas ansiosos e depressivos nos participantes que utilizaram o Fator 3 como enfrentamento adequado. A porcentagem de indivíduos que utilizaram a estratégia de enfrentamento do Fator 1 apresentaram, em sua grande maioria, nível de ansiedade e depressão improváveis. Grande parcela dos participantes utilizou o Fator 2 de forma adequada, sendo observada correlação estatisticamente significativa entre essa variável e as variáveis nível de ansiedade e depressão, nível de escolaridade, histórico psiquiátrico, realização de tratamento psiquiátrico prévio e número de cuidadores. A maioria dos participantes utilizou a estratégia Fator 4 de forma inadequada sendo observado que a porcentagem de participantes que apresentou nível de ansiedade possível foi maior no grupo que buscava por suporte social, enquanto que os participantes que apresentaram busca reduzida pelo suporte social apresentaram maior porcentagem de nível de depressão possível. Esse estudo evidenciou a necessidade de se atentar aos aspectos psicológicos e culturais da população em questão, visto que a forma com que o indivíduo compreende e lida com a realidade vivenciada pode interferir no seu tratamento e prognóstico.

Palavras chaves: Câncer de Próstata; Aspectos Psicológicos; Estratégias de Enfrentamento.

ABSTRACT

RUANO, R. S. **Psychological Aspects of Patients Diagnosed with Prostate Cancer at the Pre – Surgical Moment.** 2015. 81 p. Monograph (Professional Enhancement) – Hospital das Clínicas of the Faculty of Medicine, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

The prostate cancer affects a large portion of the male population and brings socio cultural characteristics and gender may influence the treatment and prognosis of the disease. The purpose of the study was to obtain sociodemographic information and verify the psychological aspects of patients diagnosed with prostate cancer in pre-surgical moment of radical prostatectomy. The HAD and EMEP scales were applied to assess the level of anxiety, depression and coping strategies used by participants, respectively. The average age of participants was 65 years, and most of the sample declared married and reported having the family members, as main caregivers, living in the city belongs to the regional of Ribeirão Preto and had a low level of education and income. A small portion referred presence psychiatric history and presence of specific psychiatric diagnosis. The results indicated the possible presence of level of anxiety and depression in small portion of the sample. Most participants made use of Factor 3 coping, followed by Factor 1 and Factor 2, considered appropriate and a minority used the strategy of Factor 4 considered inappropriately. Indications of anxious and depressive symptoms was observed in participants who used Factor 3 as appropriate coping. The percentage of individuals using the Factor 1 coping strategy had, for the most part, improbable level of anxiety and depression. A large number of participants use the Factor 2 as coping appropriately whereas statistically significant correlation was observed between this variable and the variables level of anxiety, depression, level of education, psychiatric history, achievement of previous psychiatric treatment and number of caregivers. Most participants used the Factor 4 strategy, manner deemed inappropriate and it was observed that the percentage of participants who presented possible anxiety level was higher in the group searched for social support, while participants who presented search for social support inappropriate form showed a higher percentage of possible depression level. This study showed the need to give attention to the psychological and cultural aspects of the population in question, since the way that the individual understands and deals with the lived reality can interfere with your treatment and prognosis.

Keywords: Prostate cancer; Psychological Aspects; Coping Strategies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados sócio-demográficos da amostra.....	37
----------------------------------------------------	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Ocorrência de depressão em participantes em pré-operatório.....	39
Gráfico 2 - Ocorrência de ansiedade em participantes em pré-operatório.....	40
Gráfico 3 - Ocorrência de enfrentamento, segundo os Fatores classificados pelo instrumento EMEP, para a presente amostra.....	40
Gráfico 4 - Associação entre presença de repertório de enfrentamento adequado do modelo Fator 1 e os níveis de ansiedade da amostra.....	42
Gráfico 5 - Associação entre presença de repertório de enfrentamento inadequado do modelo Fator 1 e os níveis de ansiedade da amostra.....	42
Gráfico 6 - Correlação entre os níveis de ansiedade e os repertórios de enfrentamento do modelo Fator 1 apresentados pela amostra.....	43
Gráfico 7 - Associação entre presença de repertório de enfrentamento adequado do modelo Fator 2 e os níveis de ansiedade da amostra.....	43
Gráfico 8 - Associação entre presença de repertório de enfrentamento inadequado do modelo Fator 2 e os níveis de ansiedade da amostra.....	44
Gráfico 9 - Correlação entre níveis de ansiedade e os repertórios de enfrentamento do modelo Fator 2 apresentados pela amostra.....	44
Gráfico 10 - Associação entre presença de repertório de enfrentamento adequado do modelo Fator 3 e os níveis de ansiedade da amostra.....	45
Gráfico 11 - Correlação entre níveis de ansiedade e os repertórios de enfrentamento do modelo Fator 3 apresentados pela amostra.....	46
Gráfico 12 - Associação entre presença de repertório de enfrentamento adequado do modelo Fator 4 e os níveis de ansiedade da amostra.....	46
Gráfico 13 - Associação entre presença de repertório de enfrentamento inadequado do modelo Fator 4 e os níveis de ansiedade da amostra.....	47
Gráfico 14 - Correlação entre os níveis de ansiedade e os repertórios de enfrentamento do modelo Fator 4 apresentados pela amostra.....	47
Gráfico 15 - Associação entre presença de repertório de enfrentamento adequado do modelo Fator 1 e os níveis de depressão da amostra.....	48
Gráfico 16 - Associação entre presença de repertório de enfrentamento inadequado do modelo Fator 1 e os níveis de depressão da amostra.....	48

Gráfico 17 - Correlação entre níveis de depressão e repertório de enfrentamento do modelo Fator 1 apresentadas pela amostra.....	49
Gráfico 18 - Associação entre presença de repertório de enfrentamento adequado do modelo Fator 2 e os níveis de depressão da amostra.....	50
Gráfico 19 - Associação entre presença de repertório de enfrentamento inadequado do modelo Fator 2 e os níveis de depressão da amostra.....	50
Gráfico 20 - Correlação entre níveis de depressão e repertório de enfrentamento do modelo Fator 2 apresentadas pela amostra.....	51
Gráfico 21 - Associação entre presença de repertório de enfrentamento adequado do modelo Fator 3 e os níveis de depressão da amostra.....	51
Gráfico 22 - Correlação entre níveis de depressão e repertório de enfrentamento do modelo Fator 3 apresentadas pela amostra.....	52
Gráfico 23 - Associação entre presença de repertório de enfrentamento adequado do modelo Fator 4 e os níveis de depressão da amostra.....	53
Gráfico 24 - Associação entre presença de repertório de enfrentamento inadequado do modelo Fator 4 e os níveis de depressão da amostra.....	53
Gráfico 25 - Correlação entre níveis de depressão e repertório de enfrentamento do modelo Fator 4 apresentadas pela amostra.....	54
Gráfico 26 - Níveis de ansiedade e depressão no grupo de participantes que apresentaram estratégias de enfrentamento adequadas para os Fatores 1, 2, 3 e 4.....	54
Gráfico 27 - Níveis de ansiedade e depressão no grupo de participantes que apresentaram estratégias de enfrentamento inadequadas para os Fatores 1, 2, 3 e 4.....	55

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1. Definição de Câncer e Dados Epidemiológicos.....	14
1.2. Tipos de Tratamentos:.....	17
1.2.1. Radioterapia.....	17
1.2.2. Quimioterapia.....	18
1.2.3. Imunoterapia.....	18
1.2.4. Hormonioterapia.....	19
1.2.5. Cirurgia.....	19
1.3. A próstata e saúde masculina.....	20
1.4. O Câncer de Próstata.....	21
1.5. Tratamentos para a neoplasia prostática.....	25
1.6. Aspectos psicológicos dos pacientes com diagnóstico de câncer de próstata durante o período pré-operatório.....	27
1.6.1. Ansiedade.....	27
1.6.2. Depressão.....	28
1.6.3. Enfrentamento.....	29
2. OBJETIVOS.....	32
2.1.–Objetivos Gerais.....	32
2.2. – Objetivos Específicos.....	32
3. MATERIAL E MÉTODO.....	32
3.1. Participantes.....	32
3.2. Local.....	33
3.3. Considerações Éticas.....	33
3.4. Procedimento de coleta de dados.....	33
3.5. Instrumentos Utilizados na Coleta de Dados.....	34
3.5.1. Questionário Sócio demográfico (QS) (ANEXO III).....	34
3.5.2. Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) (ANEXO IV).....	34
3.5.3. Escala Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP (ANEXO V).....	35
3.6. - Análises de resultados.....	36
4. RESULTADOS.....	37
4.1. Dados sócio-demográficos.....	37
4.2. Ocorrência de Ansiedade e Depressão na amostra estudada.....	39

4.3. Repertórios de enfrentamento utilizados pela amostra	40
4.4. Associações entre níveis de ansiedade e repertórios de enfrentamento da amostra	41
4.4.1. Fator 1 e níveis de ansiedade	41
4.4.2. Fator 2 e níveis de ansiedade	43
4.4.3. Fator 3 e os níveis de ansiedade	45
4.4.4. Fator 4 e os níveis de ansiedade	46
4.5. Associações entre níveis de depressão e repertórios de enfrentamento da amostra	48
4.5.1. Fator 1 e níveis de depressão	48
4.5.2. Fator 2 e níveis de depressão	49
4.5.3. Fator 3 e níveis de depressão	51
4.5.4. Fator 4 e níveis de depressão	52
4.6. Comparação entre ocorrência de ansiedade e depressão em relação aos fatores de enfrentamento apresentados pela amostra	54
4.7. Correlações estatisticamente significativas entre resultados do EMEP e demais variáveis	55
4.7.1. Correlação Fatores do EMEP e Dados sócio demográficos:	55
4.7.2. Correlação entre fatores do EMEP:	56
4.7.3. Correlação entre as variáveis fatores do EMEP e nível de ansiedade e depressão:	57
5. DISCUSSÃO	57
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	66
ANEXOS	72
ANEXO I – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	73
ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	74
ANEXO III – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO (QS)	76
ANEXO IV – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD)	77
ANEXO V – ESCALA MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS – EMEP	79
ANEXO VI - AUTORIZAÇÃO DO USO DA ESCALA EMEP PELAS AUTORAS DO INSTRUMENTO	81

1. INTRODUÇÃO

1.1. Definição de Câncer e Dados Epidemiológicos

O câncer pode ser considerado uma doença que tem como origem os genes de uma única célula, a qual passa a ser capaz de proliferar-se originando uma massa tumoral no local e à distância, podendo invadir tecidos e órgãos, vizinhos ou distantes (Yamaguchi, 1994; Almeida, et al., 2005; Straub, 2005; Cordeiro e Stabenow, 2008).

Segundo estimativas mundiais divulgadas pelo projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer, da Organização Mundial de Saúde (OMS), foram contabilizados 14,1 milhões de casos novos de câncer e totalizadas 8,2 milhões de mortes por câncer em todo o mundo no ano de 2012.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se que para o ano de 2030 um total de 21,4 milhões de casos novos de câncer seguido de 13,2 milhões de mortes por câncer em todo o mundo, mediante o crescimento e envelhecimento da população, como também a redução da mortalidade infantil e das mortes por doenças infecciosas nos países em desenvolvimento.

Em consonância ao gradual aumento da expectativa de vida, observa-se o conseqüente aumento na incidência das doenças e agravos não transmissíveis. Dentre elas destacam-se os tumores malignos, devido a sua grande ocorrência, morbidade, mortalidade e pelo custo de tratamento, que é considerado elevado (Silva et al., 2013). Mais da metade de todos os diagnósticos e aproximadamente três quartos das mortes por câncer ocorrem em pessoas com mais de 65 anos de idade, o que atualmente caracteriza o câncer como a doença do envelhecimento (Institute of Medicine, 2007).

Para o Brasil, no ano de 2014 e 2015, estima-se a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, o que aponta a magnitude do problema no país, sendo considerado um problema de saúde pública que necessita de atenção governamental em todas as regiões do país (INCA, 2014).

A investigação sobre o diagnóstico de câncer inicia-se quando há o surgimento de tumorações no indivíduo, sendo estas classificadas como benignas ou malignas. O tumor benigno geralmente não é considerado uma grave ameaça à saúde do indivíduo, uma vez que tende a permanecer localizado no órgão tendo uma multiplicação celular vagarosa e assemelhando-se ao seu tecido original. Entretanto, no caso do tumor maligno, pode ocorrer uma proliferação das células tumorais em grande escala podendo se espalhar para tecidos corporais circundantes e lesionar órgãos e sistemas adjacentes, caracterizando o processo de metástase (Straub, 2005).

Para que o fenômeno de malignidade ocorra é necessário que uma mesma célula sofra várias mutações. Como o tumor maligno pode ser originado de qualquer célula do corpo, a denominação de câncer passa a ser considerada genérica, causando assim muitas dúvidas entre paciente e seus familiares, que tendem a interpretar a doença como algo relacionado à morte eminente, mediante o estigma que a mesma carrega (Yamaguchi, 1994).

Com o avanço da medicina, muitos tipos de câncer podem ser tratados por intermédio de procedimentos cirúrgicos, tratamento quimioterápico ou por radioterapia. As possibilidades de tratamento do paciente e a sua resposta aos mesmos podem depender de vários fatores relacionados, em especial a classificação do câncer desenvolvido, a localização do acometimento, o tecido de origem, bem como, aspectos morfológicos, estruturais, e grau de comprometimento de tecidos vizinhos e distantes (Yamaguchi, 1994).

O câncer pode ser classificado de acordo com a célula normal que o originou, e não com os tecidos para os quais se espalhou. Quase todos os tipos de câncer compõem grupos específicos que podem ser os seguintes: Carcinoma (tem início em tecidos epiteliais como pele e mucosas), Sarcoma (tem início em tecidos conjuntivos como osso, cartilagem e músculo), Leucemias (tem com origem células da medula óssea, atacando os tecidos sanguíneos e formadores de sangue), Linfomas (formados no sistema linfático), Mielomas (consiste em malignidades nas células plasmáticas da medula óssea que são responsáveis pela produção dos anticorpos), Tumores das células germinativas (origina-se nas células dos testículos e/ou dos ovários), Melanomas (células da pele que produzem pigmento, os melanócitos), Gliomas (originam-se a partir de células do tecido de suporte cerebral ou da medula

espinhal) e Neuroblastomas (derivado de células malignas embrionárias advindas de células neuronais primordiais, desde gânglios simpáticos até medula adrenal e outros pontos) (Carvalho, 2000; Almeida et al., 2005; Straub, 2005).

Para o desenvolvimento de uma neoplasia, alguns fatores de risco são investigados pela literatura especializada na área. Atualmente a classificação dos riscos se subdivide em extrínsecos e intrínsecos, os primeiros sendo os riscos que abrangem questões ambientais tais como dieta, poluentes, uso de álcool, cigarro e infecções virais e os segundos sendo os fatores genéticos (Spence et al., 2001; Straub, 2005; Kaliks e Del Giglio, 2008).

Estratégias de prevenção e rastreio de diagnóstico precoce são os métodos utilizados a fim de se reduzir problemas de saúde pública sendo que atualmente podem ser classificadas como primária, secundária e terciária (Czeresnia, 2003; Straub, 2005; Kaliks e Del Giglio, 2008; Sanda et al., 2008).

Segundo Stein et al. (2009), a detecção precoce segue o preceito de que a eficácia do tratamento é maior quanto mais cedo o câncer é detectado, em sua história natural. Dessa forma, seu objetivo é identificar o câncer ainda localizado no órgão de origem, antecedendo a invasão dos tecidos adjacentes e órgãos à distância, podendo também detectar lesões pré-malignas, em alguns casos (Czeresnia, 2003; Straub, 2005; Kaliks e Del Giglio, 2008; Sanda et al., 2008).

É na prevenção primária que são propostas medidas com o objetivo de prevenir a população quanto à exposição aos fatores de risco relacionados com o desenvolvimento da doença em questão. Esta prevenção abrange a população no geral, para as quais são realizadas orientações acerca da temática. Essas orientações são voltadas àqueles que ainda não possuem diagnóstico de neoplasia, porém estão em contato com algum fator de risco extrínseco que possa vir a colaborar para o desenvolvimento da mesma (Czeresnia, 2003; Straub, 2005; Kaliks e Del Giglio, 2008; Sanda et al., 2008).

Na prevenção secundária são realizados testes específicos para o rastreamento e detecção da doença precocemente, visando o tratamento adequado do tumor na condição pré-maligna ou quando a doença ainda está assintomática, propiciando uma alta taxa de cura para as neoplasias então

diagnosticadas dentro dessa condição (Czeresnia, 2003; Straub, 2005; Kaliks e Del Giglio, 2008; Sanda et al., 2008).

Como meio de evitar a deteriorização clínica ou complicações específicas no tratamento, o paciente já diagnosticado com uma neoplasia passa pela prevenção terciária, a qual é estabelecida mediante a falha das medidas de prevenção primária e secundária e é responsável pelos procedimentos específicos para o tratamento da doença (Czeresnia, 2003; Straub, 2005; Kaliks e Del Giglio, 2008; Sanda et al., 2008).

1.2. Tipos de Tratamentos:

Os tratamentos para o câncer consistem na radioterapia, a quimioterapia, a imunoterapia, a hormonioterapia e a cirurgia (Yamaguchi, 1994; Santos e Cruz, 2001; Johnston e Spence, 2003; Straub, 2005).

1.2.1. Radioterapia

A radioterapia é a modalidade clínica que utiliza das radiações ionizantes para o tratamento de pacientes com neoplasias malignas e ocasionalmente benignas, além de algumas lesões não neoplásicas. Ela é indicada à pacientes com diagnóstico de câncer durante o curso da doença, tendo o intuito curativo e desempenhando um papel importante na palição e/ou prevenção de sintomas e sua progressão, resultando em especial alívio da dor, restauração da integridade óssea e da função de um órgão (Hellman, 2002).

O tratamento radioterápico pode ter finalidade curativa, quando o paciente tem probabilidade de sobrevida a longo prazo, mesmo quando a mesma é considerada pequena, enquanto que passa a ser considerado do tipo paliativo quando não há expectativa de sobrevida por períodos maiores, contribuindo para o alívio dos sintomas que trazem desconforto e diminuição da qualidade de vida do paciente (Salvajoli e Silva, 2008).

1.2.2. Quimioterapia

Trata-se de uma das modalidades mais utilizadas para o tratamento de câncer. Consiste na administração de quimioterápicos, que englobam um grupo de aproximadamente 300 drogas, responsáveis por atuar a nível celular com o objetivo de impedir o crescimento das células mutantes. Como estas drogas não são seletivas, produzem toxicidade aos tecidos saudáveis, principalmente àqueles que apresentam rápida proliferação celular (Santos e Cruz, 2001).

A quimioterapia produz efeitos adversos que podem ser tanto agudos quanto tardios. Os primeiros se manifestam após a administração dos agentes neoplásicos e podem persistir por alguns dias, enquanto que os efeitos tardios tendem a aparecer semanas ou meses após a realização do tratamento (Mansano-Schlosser e Ceolim, 2012).

Existem diferentes classificações para a quimioterapia, as quais variam de acordo com a finalidade do tratamento. Quando classificada como primária, a quimioterapia é aplicada antes da realização de um procedimento cirúrgico ou da radioterapia, enquanto que a quimioterapia classificada como adjuvante é realizada após o tratamento principal, tendo o objetivo de prevenção às recidivas e metástases (Yamaguchi, 1994; Johnston e Spence, 2003).

Importante salientar que o tratamento quimioterápico pode ser curativo frente a doenças disseminadas que são extremamente sensíveis à prática da quimioterapia, bem como paliativo, com o intuito, não da cura, mas da melhoria da qualidade de vida do paciente (Yamaguchi, 1994; Johnston e Spence, 2003).

Apesar dos benefícios e riscos deste tratamento, a quimioterapia é considerada uma grande fonte de estresse e ansiedade para o paciente devido aos possíveis efeitos colaterais, como náuseas, vômitos, intenso desconforto e prejuízos nutricionais e no equilíbrio hidroeletrolítico, lesão de esôfago e fraturas, interferindo diretamente na qualidade de vida do sujeito (Ballatori e Roila, 2003; Bergkvist e Wengstrom, 2006).

1.2.3. Imunoterapia

Outro tratamento utilizado para o combate ao câncer é a imunoterapia a qual consiste na promoção da estimulação do sistema imunológico, através do uso de substâncias modificadoras da resposta biológica, com o objetivo de atingir os mecanismos de resposta imune celular e humoral para que ocorra o específico reconhecimento e eliminação de células tumorais (Yamaguchi, 1994; Manzano, 2008; Yamaguchi, 2008).

Como esse tipo de tratamento ainda configura-se em um método experimental, resultados mais conclusivos a respeito da sua eficácia clínica ainda estão sendo aguardados. Esse método pode ser indicado para o tratamento de alguns tipos de tumor, como é o caso do melanoma maligno, câncer superficial da bexiga, leucemia, mieloma, linfoma, sarcomas, carcinomas de cólon e reto e câncer de pulmão (INCA, 2014).

1.2.4. Hormonioterapia

Essa modalidade de tratamento é utilizada em alguns tipos de neoplasias malignas hormônio-sensíveis, como é o caso do câncer de mama, carcinomas do endométrio, câncer de próstata e tumores tireoidianos iodocaptantes (INCA, 2014).

Ela pode ser realizada por meio da supressão ou adição de hormônios circulantes sendo usualmente associada a outras modalidades de tratamento como a quimioterapia, no caso do câncer de mama, a cirurgia no tratamento do câncer de endométrio e com a radioterapia no caso do câncer de próstata. Também pode ser indicada para o tratamento de metástases ósseas de tumores hormônio-sensíveis (INCA, 2014).

A supressão hormonal pode ser realizada por meio de procedimento cirúrgico, por meio do emprego de radiação e pelo uso de medicações, as quais também são utilizadas para o aumento dos níveis de hormônio circulantes (INCA, 2014).

1.2.5. Cirurgia

A cirurgia é considerada a mais antiga e uma das principais modalidades de tratamento para o câncer, sendo a primeira a alterar significativamente o curso de uma neoplasia (Kawalski, 2002; Perdicaris, 2008).

Existem diferentes modalidades cirúrgicas, as quais podem contemplar várias fases do tratamento dessa patologia, podendo ser combinada a outro tratamento (Perdicaris, 2008).

Dentre as várias modalidades, podem ser destacadas:

a) cirurgia diagnóstica, que consiste na biopsia cirúrgica, que apresenta como objetivo oferecer material representativo para exames que possibilitam o estabelecimento do diagnóstico;

b) cirurgia curativa, a qual objetiva a remoção do tumor primário com ampla margem de segurança, podendo ser realizada por meio de tecnologia videoendoscópica ou procedimento invasivo, conhecido como “a céu aberto”;

c) cirurgia paliativa, a qual pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida ou de sobrevivência do paciente, mesmo que o tumor não seja totalmente removido ou abordado (Perdicaris, 2008).

1.3. A próstata e saúde masculina

A próstata trata-se de uma glândula exclusiva do homem, que se localiza na parte baixa do abdômen. É um órgão muito pequeno que se situa abaixo da bexiga e à frente do reto envolvendo a porção inicial da uretra, tubo pelo qual a urina armazenada na bexiga é eliminada. Ela é responsável pela produção de parte do sêmen, líquido espesso que contém os espermatozoides, liberado durante o ato sexual (INCA, 2014, Moore e Dalley, 2005).

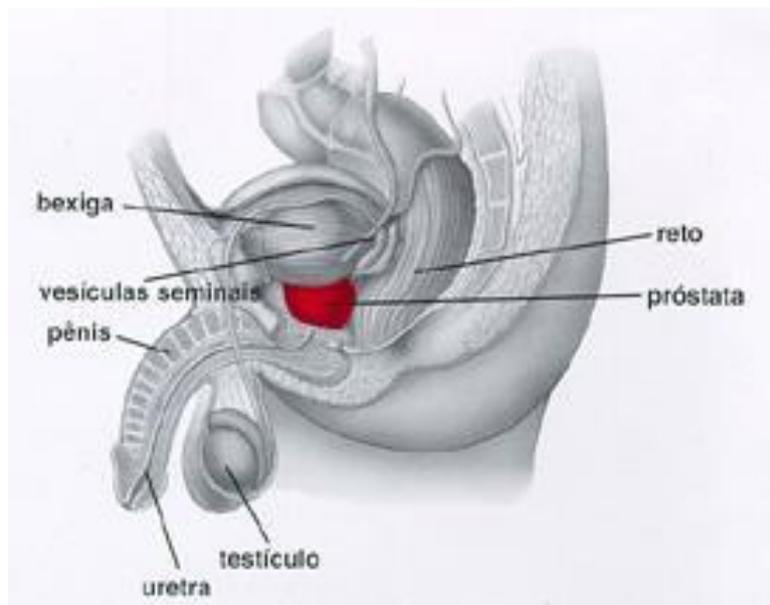


Figura 1 – Anatomia da próstata Fonte: INCA, 2014.

Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata;>

Acesso em Nov. 2014

Apesar da próstata se tratar de um órgão de pequena dimensão, ela é responsável por problemas de grande relevância que podem comprometer tanto a qualidade de vida quanto a longevidade dos homens. Dentre os problemas relacionados à próstata destaca-se o câncer prostático, o qual se trata da segunda neoplasia mais frequente entre os homens (Srougi et al., 2008).

1.4. O Câncer de Próstata

O adenocarcinoma de próstata é originado de alterações displásicas na glândula, ou seja, de alterações na estrutura celular. Consideram – se como fatores que colaboram na gênese do tumor a predisposição genética, etnia e alguns fatores ambientais. Este câncer costuma apresentar uma evolução bastante lenta, no qual o intervalo variável entre o diagnóstico e a progressão pode-se ocorrer entre seis meses a 20 anos, de acordo com as suas especificidades, o que implica na possibilidade de mudança em sua evolução quando o diagnóstico é realizado precocemente, com maiores chances de cura (Hallak, Coruzza e Nahas, 2008).

O câncer de próstata está incluído no grupo dos carcinomas, que consiste em um tipo de tumor que ataca as células epiteliais que recobrem as superfícies internas e externas do corpo. É o tipo de câncer mais comum e representa aproximadamente 85% de todos os cânceres adultos. Neste grupo está incluso, além do câncer de próstata, o câncer de mama, de colo, de pulmão, de pâncreas e de pele (Straub, 2005).

Aproximadamente 98% das neoplasias da próstata são representadas pelos adenocarcinomas, sendo que o restante consiste em casos de sarcomas, carcinoma epidermóide e carcinoma de células transicionais. A evolução dos pacientes acometidos pelo adenocarcinoma é de certa forma imprevisível, já que há casos em que ocorre a disseminação rápida da neoplasia, antes mesmo do surgimento de sintomas locais, como também casos em que a evolução da doença é lenta e indolente, apresentando lesões que permanecem estacionárias (Srougi, 1995).

Segundo o INCA (2014) o câncer de próstata é considerado o tipo de câncer mais incidente entre os homens em todas as regiões brasileiras (quando excluídos os índices de ocorrência dos tumores de pele não melanoma), com estimativa de 68.800 casos novos no Brasil.

De acordo com estimativas mundiais, O maior número de diagnósticos em escala mundial, cerca de 70% deles ocorre em países desenvolvidos o que pode estar relacionado em grande parte à prática preventiva que realiza o rastreamento do diagnóstico pelo Teste do Antígeno Prostático Específico (do inglês PSA) (INCA, 2014).

A incidência do câncer de próstata, segundo Srougi et al. (2008), aumenta de acordo com a idade dos indivíduos, ou seja, atinge em grande parte a população idosa além de poder ser encontrado em um grande número de indivíduos, sem que os acarrete algum mal. O aumento nas taxas de incidência do câncer de próstata ao longo dos anos pode ser explicado levando-se em consideração o aumento da expectativa de vida no Brasil, a melhoria e a evolução dos métodos diagnósticos e da qualidade dos sistemas de informação no país, bem como a ampliação do rastreamento da doença por meio dos exames de PSA e do toque retal (INCA, 2014).

O câncer de próstata apresenta uma evolução silenciosa, quando se encontra em sua fase inicial. Alguns sintomas podem ser subestimados por se

assemelharem ao crescimento benigno da próstata. Os sintomas em geral consistem na dificuldade para urinar, e na micção por um número maior de vezes durante o dia ou à noite. Quando o câncer está na fase avançada, entretanto, os sintomas já se relacionam à dores ósseas, sintomas no trato urinário, ou mesmo infecção generalizada e insuficiência renal, que podem ocorrer nos casos mais graves (INCA, 2014).

Segundo Barbosa e Mendonça (2003), os principais fatores de risco relacionados ao câncer de próstata são: idade maior de 50 anos, presença de androgênios em elevada concentração, etnia, história familiar e fatores dietéticos, como o consumo elevado de carne vermelha gordurosa e menos consumo de alimentos tais como tomate e algumas leguminosas, que contém compostos protetores contra o câncer de próstata.

Srougi (1995) aponta em relação ao histórico familiar e a etnia, que indivíduos com antecedentes familiares de câncer de próstata têm maior probabilidade de desenvolver a doença ao longo da vida, bem como, indivíduos caucasianos e negros apresentam maiores índices de ocorrência da doença quando comparados a orientais e índios.

Como afirmado anteriormente, para o rastreamento do câncer de próstata são realizados os exames de toque retal e a dosagem do PSA (Baroni, et al., 2009). Utiliza-se o toque retal para avaliar o tamanho, a forma e a consistência da próstata, a fim de perceber alterações na mesma. Entretanto, este exame apresenta algumas limitações, uma vez que somente possibilita a palpação das porções posterior e lateral da próstata, fazendo com que 40% a 50% dos tumores fiquem fora do seu alcance (Amorim, 2011).

Apesar desta limitação, o toque retal é um exame de baixo custo e alta especificidade, porém ainda rejeitado por parte da população masculina devido, em grande parte, às crenças vinculadas a ele, podendo ser interpretado como uma violação ou um comprometimento da masculinidade (Gomes, et al., 2008). A divulgação sobre características do exame, o apoio da mídia e mudança cultural da sociedade auxiliam na redução de tal rejeição e ampliando o sucesso de um diagnóstico precoce para o câncer de próstata (Amorim, 2011).

O exame do PSA trata-se de uma detecção do nível da glicoproteína de origem prostática, que quando elevada na corrente sanguínea, pode sinalizar

alguma alteração na próstata, como no caso do câncer. Este exame complementa o diagnóstico da neoplasia de próstata já indicado pelo exame do toque retal, uma vez que os exames, isoladamente, não garantem o diagnóstico concreto da patologia. Importante destacar, que este antígeno não é produzido especificamente pela célula cancerosa, e sim pelas células epiteliais da próstata, podendo dessa forma estar alterado em outras patologias (Amorim, 2011).

O diagnóstico da doença é finalmente estabelecido após a realização da biópsia da próstata e o estudo histológico do material coletado. Após a confirmação do diagnóstico são realizados exames como a radiografia do tórax, mapeamento ósseo e em alguns casos a ressonância magnética com bobina endorectal, que possibilitam a definição da extensão da doença, localmente e à distância. Deve-se ressaltar a importância do diagnóstico precoce da doença, uma vez que quando a mesma se encontra restrita à próstata há maior probabilidade de cura quando comparado com a doença já disseminada, o qual o tratamento torna-se paliativo (Hallak, Coruzza, Nahas, 2008). A realização dos exames de toque retal, PSA e biópsia têm como objetivo possibilitar o tratamento da doença de maneira oportuna, com ações menos agressivas, proporcionando maior possibilidade de cura e diminuição dos custos financeiros despendidos às doenças nos estágios mais avançados (Santiago, 2013).

No Brasil, é recomendado pelo INCA (2014), que os serviços de saúde forneçam informações sobre as limitações, riscos e benefícios da detecção precoce da doença aos homens de 50 a 70 anos de idade, para que os mesmos possam optar pela realização ou não desses exames.

Como o histórico familiar de câncer de próstata constitui um fator de risco reconhecido para o desenvolvimento da doença, recomenda-se que nessa situação o rastreamento seja iniciado em torno dos 40 anos de idade (Santiago, 2013). Para a definição do prognóstico da doença é necessário levar em consideração alguns parâmetros como o estágio inicial do tumor, o escore histológico, o volume da neoplasia, as medidas de PSA e o número de fragmentos de biópsia (Srougi, 1995).

Em relação ao tratamento para o câncer de próstata destacam-se a vigilância ativa, a intervenção cirúrgica por meio da prostatectomia radical,

terapia hormonal e/ou a radioterapia/ braquiterapia (Couper et al., 2009; Haab, et al., 2010; Ribeiro et al. 2010; Lee, et al., 2014).

Quando a neoplasia encontra-se localizada, pode ser realizada a intervenção cirúrgica, radioterapia ou até mesmo a observação vigilante, entretanto, quando se encontra localmente avançada o tratamento oferecido consiste na radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal. Para doença metastática (quando o tumor original espalhou para outras partes do corpo), o tratamento de eleição é a terapia hormonal (INCA, 2014).

Segundo Couper et al., (2009), na vigilância ativa o indivíduo não realiza o tratamento ativo, mas repetidos exames retais, dosagens de PSA e repetições de biopsias de próstata. Essa conduta expectante depende de fatores como o estado clínico da doença, da avaliação de agressividade do tumor, das comorbidades e da expectativa de vida do paciente (Ribeiro et al., 2010). Ela é considerada uma importante opção para que ocorra a redução dos tratamentos que são realizados de forma excessiva (Klotz, 2013).

1.5. Tratamentos para a neoplasia prostática

A prostatectomia radical é o tratamento com intenção curativa mais comum entre os homens com câncer de próstata localizado, ou seja, sem metástase, e consiste na remoção cirúrgica da próstata, vesícula seminal, ampola de vasos deferentes e possíveis linfonodos pélvicos (Couper et al., 2009). Este tratamento é considerado de excelência, sendo altamente recomendado para esse tipo de neoplasia (Hallak et al., 2008; Park et al., 2014). Ele possibilita que o tecido doente seja removido e que a extensão do local da doença seja definida por meio do estudo histológico, o que colabora para uma previsão mais consistente da evolução da doença e consequentemente permite a avaliação de medidas complementares (Bianco et al., 2005; Hallak et al., 2008).

Dentre as consequências adversas da realização da cirurgia de próstata, destaca-se o risco de incontinência urinária e o de impotência sexual, o que pode afetar a qualidade de vida do paciente (Neulander e Soloway, 2003; Hallak et al., 2008; Seklehner et al., 2013).

Um dos riscos desta cirurgia refere-se ao comprometimento dos nervos que se encontram ao lado da próstata e que são responsáveis pela ereção. Quando isso ocorre, o indivíduo pode recorrer a métodos de ereção artificial, como medicação por via oral, substância injetada diretamente no corpo cavernoso ou realizar a cirurgia eletiva para a colocação de prótese peniana, sendo essa considerada de melhor adaptação e eficácia (Hallak et al., 2008; Bozkurt, 2014). A sensação de orgasmo é invariavelmente preservada, mesmo quando ambos os feixes são lesados, o que possibilita relações sexuais adequadas com o uso desses métodos (Hallak et al., 2008). Apesar disso, a realização da prostatectomia radical, no geral é bem tolerada pelos indivíduos, apresentando um baixo índice de morbidade (Bianco et al., 2005; Hallak et al., 2008).

O tratamento radioterápico é realizado por meio da administração de várias doses de radiação, as quais são aplicadas à glândula da próstata a partir de uma fonte externa ao longo de várias semanas (Wilt e Thompson, 2006; Hallak, et al., 2008). Os bons resultados para esse tipo de tratamento dependem da aparelhagem utilizada, sendo importante ressaltar que, quando se trata de um campo amplo, as complicações são proporcionais ao volume irradiado, podendo acarretar sintomas específicos no paciente tais como diarreia e cistite/ uretrite transitórios (Hallak et. al., 2008).

Também pode ser realizada a braquiterapia que, de acordo com Wilt e Thompson (2006), refere-se à introdução de implantes radioativos na próstata, com utilização de uma dose baixa de radiação quando o implante é permanente e uma dose elevada quando temporário. O uso de implantes de material radioativo pode servir apenas como reforço de dose no alvo tumoral, sendo então necessária a complementação de uma radioterapia externa que envolva campos amplos e inclua a drenagem pélvica. Importante ressaltar que após a cirurgia prostática, não há condição para a fixação adequada do material radioativo, sendo contraindicada essa forma de tratamento (Hallak, et al., 2008).

Além dessas modalidades terapêuticas também pode ser realizada a hormonioterapia, a qual consiste na administração de drogas via oral ou intravenosa tendo como objetivo a menor circulação de níveis de androgênio ou a realização do bloqueio de sua ação (Couper et al., 2009).

1.6. Aspectos psicológicos dos pacientes com diagnóstico de câncer de próstata durante o período pré-operatório

1.6.1. Ansiedade

A ansiedade consiste em uma vivência comum do ser humano, sendo natural que o indivíduo a apresente durante a vida. Dentre essas vivências se inclui a situação de adoecimento, na qual é comum que o indivíduo apresente sentimento de medo ou ansiedade, principalmente diante do contexto de um exame invasivo, comunicado de diagnóstico ou de internação (Cabrera e Sponholz Jr, 2002; Kaplan et al. 2003).

A ansiedade é entendida como uma reação emocional apresentada pelo indivíduo frente a um estímulo, que é interpretado por ele como um perigo. É caracterizada por sentimentos subjetivos que intensificam a atividade do sistema autônomo, como é o caso da tensão, apreensão, nervosismo e preocupação. Nessa condição, o indivíduo pode apresentar algumas respostas fisiológicas como a taquicardia, aumento da sudorese, mudanças no padrão respiratório e na pressão arterial, inquietação e tremores (Spielberger, 1979; Cabrera e Sponholz Jr., 2002).

Segundo Nosow e Peniche (2007), ela consiste em uma resposta fisiológica do organismo desencadeada por eventos estressores, cuja existência é necessária para que o indivíduo possa enfrentar as situações de risco às quais é exposto. Os comportamentos apresentados pelo indivíduo diante tais ameaças são influenciados por experiências anteriores, que podem determinar a sua forma de agir diante dessas situações. Além disso, a maneira com que o indivíduo interpreta esse perigo é mais importante que o perigo em si, já que pode variar de acordo com a sua percepção (Spielberger, 1979).

De acordo com Cabrera e Sponholz Jr (2002), quando em intensidade elevada, a ansiedade pode torna-se patológica, resultando em prejuízos para o indivíduo, no que diz respeito ao seu desenvolvimento normal. Diante disso, tal sentimento pode interferir na autoestima, socialização, aquisição de

conhecimentos e memória, além de predispor o indivíduo à maior vulnerabilidade, com perdas tanto físicas quanto psíquicas.

1.6.2. Depressão

A depressão consiste em um transtorno afetivo caracterizado tanto por uma alteração psíquica quanto orgânica global, interferindo na forma como o indivíduo compreende a realidade e a vida. É caracterizada pela presença de sintomas como humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa, baixa autoestima, alterações no sono e apetite, perda de energia e concentração. Tais sintomas, quando cronificados, podem acarretar em prejuízos significativos na rotina de atividades do indivíduo (Kaplan et al., 2003; Souza, 2012).

De acordo com Bottino (2009), o desencadeamento da depressão pode ocorrer mediante níveis elevados de estresse e angústia emocional relacionadas ao recebimento de diagnóstico clínico aversivo, bem como após a dificuldade de ajustamento às mudanças causadas pelo mesmo. Tanto a presença de ansiedade, quanto de depressão, destacam-se entre as alterações mais comuns apresentadas pelos pacientes com o diagnóstico de uma doença, podendo persistir durante o tratamento, o que resulta em grande impacto para os sujeitos (Jadoon, et al., 2010). Segundo Graner, et al. (2008), a associação entre câncer e quadros depressivos (e outros transtornos de humor) é muito frequente e é constantemente relacionada a piora da evolução clínica e qualidade de vida dos pacientes.

Apesar da depressão se tratar de um transtorno comumente apresentado por pacientes oncológicos, seu diagnóstico e tratamento muitas vezes não é realizado (Souza, 2012), uma vez que ambas as doenças apresentam sintomas em comuns, tais como o humor deprimido, falta de prazer, fadiga e perda de peso. Além disso, pode ocorrer a subestimação dos sintomas apresentados por parte do corpo clínico que julga ser normal que pacientes com câncer sejam deprimidos (Kaplan et al., 2003; Fagner et al., 2010).

Apesar de sintomas depressivos serem uma reação esperada em pacientes com diagnóstico de câncer, dado o forte agente estressor, não se pode permitir sua banalização, ou seja, a ocorrência de um sub-diagnóstico. Devem-se considerar o impacto significativo da multimodalidade de tratamentos (cirurgia, radioterapia, quimioterapia, entre outros) bem como a lentidão do processo e a dificuldade de adaptação à nova situação, como elementos de risco de síndrome psiquiátrica (Pasquini e Biondi, 2007).

Uma opção de tratamento para a depressão é a intervenção psicológica por meio de uma avaliação inicial e eventualmente psicoterapia individual ou grupal associadas ao tratamento medicamentoso, podendo promover melhoria no ânimo, aumento da vontade de viver e, conseqüentemente, melhora na qualidade de vida (Teng et al., 2005; Pasquini e Biondi, 2007).

1.6.3. Enfrentamento

A palavra enfrentamento advém da tradução do termo inglês *coping*, que é utilizado para designar qualquer tipo de ações ou comportamentos apresentados pelo indivíduo para lidar com um perigo iminente, seja ele um inimigo, situações ameaçadoras ou problemáticas, entre outras. Ele ocorre apenas quando a pessoa não pode se comportar diante da exigência da sua vida da mesma forma que havia feito anteriormente, necessitando apresentar novos repertórios de comportamento (Gimenes, 1997).

De acordo com Gimenes (1997), o enfrentamento pode ser compreendido como um processo, sofrendo mudanças ao longo do tempo de acordo com as exigências do contexto em que ocorre. Pode-se considerar que um mesmo indivíduo é capaz de apresentar diferentes estratégias de enfrentamento, diante de um contexto particular. Segundo Lazarus & Folkman (1984), o enfrentamento consiste em estratégias desenvolvidas pelo indivíduo para enfrentar as situações de estresse. É um esforço cognitivo e comportamental realizado com o objetivo de tolerar, dominar ou reduzir as demandas internas e externas, assim como o conflito entre elas. Para que o indivíduo possa lidar com o estresse considerável decorrente do adoecimento é

necessário que ele mobilize recursos psicossociais num esforço adaptativo, o que caracteriza esse processo.

É possível considerar que além do enfrentamento representar os recursos utilizados pelo indivíduo para superar o problema e reduzir sua ansiedade, ele ainda consiste na tentativa do sujeito em exercer algum controle sobre o ambiente no qual está inserido, de forma a comportar-se de forma mais adaptativa (Peniche e Chaves, 2000). É esperado que o processo de enfrentamento auxilie o indivíduo, em sua adaptação psicossocial, proporcionando um nível satisfatório de qualidade de vida e permitindo que o indivíduo apresente um bom funcionamento psicológico podendo reassumir as atividades exercidas antes do surgimento do evento estressor, bem como minimizar seu estresse psicológico (Gimenes, 1997).

Para verificar se as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo foram ou não eficazes, é possível utilizar como critério a redução de níveis de estresse psicológico. Ou seja, quando os níveis de ansiedade e depressão do indivíduo são reduzidos ao ponto que ele apresente bem estar emocional, considera-se que as estratégias de enfrentamento foram eficazes (Gimenes, 1997). Existem duas categorias que classificam as estratégias de enfrentamento de acordo com suas funções. A primeira classificação consiste no enfrentamento focalizado no problema e a segunda no enfrentamento focalizado na emoção. Essas estratégias não são necessariamente excludentes, já que diferentes estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas simultaneamente para lidar com determinada situação estressora (Seidl, Tróccoli e Zannon, 2001).

No enfrentamento focalizado no problema, o indivíduo geralmente faz uso de estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, como solução de problemas e planejamento, havendo o engajamento no manejo ou modificação do problema/situação causadora de estresse, a fim de controlar ou lidar com a ameaça. Quando o enfrentamento é classificado como focalizado na emoção, o indivíduo pode apresentar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva. Sua principal função consiste na regulação da resposta emocional causada pelo problema/estressor com a qual o indivíduo se defronta (Seidl, Tróccoli e Zannon, 2001).

De acordo com Seidl, Tróccoli e Zannon, (2001) as estratégias de enfrentamento apresentadas pelo indivíduo podem ser caracterizadas por quatro fatores que consistem em estratégias de enfrentamento focalizados no problema e pensamentos positivos, estratégias focalizadas na emoção, pensamentos e comportamentos religiosos e presença de suporte social.

Desta forma, pode-se considerar que diante da situação de adoecimento, o indivíduo é exposto a uma variedade de estressores que exigem dele respostas adaptativas. O câncer além de se tratar de uma enfermidade socialmente relacionada ao sofrimento e a morte, também é responsável por trazer ao indivíduo importantes alterações físicas e psicológicas, constituindo um estressor ambiental e psicofísico. Além do adoecimento em si, o tratamento cirúrgico e a anestesia são situações que exigem do indivíduo estratégias de enfrentamento para lidar com a ansiedade e o estresse provocados por esses eventos (Peniche e Chaves, 2000; Peçanha, 2008).

Diante do exposto acima, verifica-se a necessidade de ampliação de estudos na área a fim de compreender a forma com que a população masculina lida com as questões referentes ao processo de adoecimento por câncer de próstata. É de grande relevância a identificação de possíveis estressores presentes no contexto que antecede o procedimento cirúrgico, para que intervenções possam ser realizadas com o objetivo de facilitar o enfrentamento do sujeito diante da situação problema. Para isso, é importante se atentar aos aspectos psicológicos dos pacientes com câncer de próstata e verificar os impactos psíquicos resultantes dessa patologia, com o objetivo de aprimorar as intervenções psicológicas.

2. OBJETIVOS

2.1.–Objetivos Gerais

Verificar aspectos sócio-demográficos e psicológicos de pacientes com diagnóstico de câncer de próstata que se encontram no momento pré-cirúrgico, para realização de prostatectomia radical.

2.2. – Objetivos Específicos

- a) Caracterização sócio-demográfica da amostra atendida;
- b) Avaliar os níveis de ansiedade e depressão nos pacientes no momento pré-cirúrgico;
- c) Verificar o modo de enfrentamento dos participantes diante do momento pré-cirúrgico;
- d) Verificar possíveis relações entre a incidência de sintomas ansiosos e depressivos e a estratégia de enfrentamento utilizada pelo paciente.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Participantes

Participaram do estudo 21 pacientes do sexo masculino, maiores de 18 anos de idade, com diagnóstico de neoplasia prostática, em momento pré-operatório para a realização da cirurgia de prostatectomia radical e que nunca realizaram atendimento psicológico no presente serviço.

Critérios de exclusão: pacientes que apresentam alguma deficiência cognitiva que pudesse comprometer a sua compreensão e resposta verbal aos instrumentos ou que não aceitassem participar do presente estudo.

3.2. Local

A coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Psicologia do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento e no Ambulatório de Urologia Oncológica, ambos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

3.3. Considerações Éticas

O presente trabalho é parte do projeto “*Aspectos Psicológicos de Pacientes com Câncer Urológico Submetidos a Tratamento Cirúrgico*” que se encontra em andamento no Ambulatório de Urologia do HCFMRP-USP, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (ANEXO I).

Os participantes foram livres para participar, recusar ou desistir da participação do estudo. Àqueles que concordaram com a participação assinaram, no momento da coleta, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO II), que foi entregue a todos como objetivo de protegê-los quanto a seus direitos de acordo com as resoluções da CONEP.

Foi orientado que quando necessário, os prontuários dos pacientes poderiam ser consultados com o objetivo de obtenção de maiores dados, podendo nesse caso ocorrer quebra do sigilo das informações contidas nos mesmos. Contudo, todo o material utilizado para o estudo permanecerá protegido de identificação em divulgações científicas, garantindo o anonimato do sujeito da pesquisa.

3.4. Procedimento de coleta de dados

A amostra da pesquisa foi selecionada pela listagem de pacientes que haviam passado em consulta médica e que haviam recebido diagnóstico confirmado de neoplasia prostática com indicação cirúrgica. Os pacientes

foram convidados, por telefone, para a pesquisa e avaliação psicológica referente ao momento de pré-operatório, e ao aceitarem, o agendamento ocorria em dia e horário convenientes aos pacientes.

Durante o atendimento, foi apresentado ao participante o TCLE para a anuência do mesmo, sendo realizada então a avaliação psicológica com a aplicação de uma entrevista semi estruturada, escalas e testes.

Quando identificadas demandas psicológicas durante a avaliação, o participante recebia a orientação quanto à possibilidade de acompanhamento psicológico pela psicóloga do Ambulatório de Urologia, bem como suporte psicológico durante período de internação hospitalar para a realização da cirurgia, na enfermaria da Urologia, ou caso preferisse, o participante poderia receber encaminhamento para serviço de psicologia de sua cidade de origem.

3.5. Instrumentos Utilizados na Coleta de Dados

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram:

3.5.1. Questionário Sócio demográfico (QS) (ANEXO III)

Através do roteiro de entrevista semi estruturada foram coletadas informações referentes à identificação do paciente e dados sócio demográficos.

3.5.2. Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) (ANEXO IV)

Desenvolvida por Zigmond & Snaith (1983) e validada por Botega et al., (1995), e trata-se de um instrumento para aplicação em pacientes não psiquiátricos que avalia os níveis de ansiedade e depressão não incluindo sintomas vegetativos manifestos. É considerada de fácil aplicação, contendo 14 questões de múltipla escolha que contemplam sete itens para avaliação de

ansiedade e sete para depressão, sendo que cada subescala apresenta pontuação geral que pode variar de 0 a 21 pontos.

3.5.3. Escala Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP (ANEXO V)

A escala desenvolvida por Vitaliano e cols. (1985) foi adaptada para o português por Gimenes e Queiroz (1997) e submetida à análise fatorial por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001). Ela é composta por 45 itens que permitem avaliar os modelos de enfrentamento de problemas utilizados pelo participante, contendo ainda uma pergunta aberta ao final, para listar outros modos de enfrentamento de acordo com o relato do participante.

O instrumento possui oito sub-escalas para classificação dos modelos de enfrentamentos indicados pelo participante e os classificam em: focalização no problema (15 itens), pensamento positivo (6 itens), busca de apoio social (6 itens), religiosidade (3 itens), esquiva (10 itens), pensamento fantasioso/desiderativo (8 itens), autculpa (3 itens) e culpabilização de outros (6 itens). Na correção das respostas do questionário as respostas são classificadas em “nunca faz isso” (1), “faz isso um pouco” (2), “faz isso às vezes” (3), “faz isso muito” (4) e “faz isso sempre” (5) e os resultados são graduados em quatro Fatores, que segundo Seidl et al., (2001) são caracterizados como:

Fator 1 - Focalização no problema e pensamentos positivos: contempla itens que representam condutas desempenhadas pelo indivíduo que o aproximam do estressor. Tal atitude é despendida com o objetivo de resolução do problema, lidar ou manejar a situação estressora. Além disso, estão inclusos itens que envolvem esforços ativos cognitivos que são voltados para a reavaliação do problema, de modo a percebê-lo de forma positiva e busca por suporte social.

Fator 2- Focalização na emoção: Nesse fator estão agrupados itens que contemplam esquiva, pensamento fantasioso/desiderativo, autculpa e culpabilização dos outros, além de reações emocionais negativas, como tensão e raiva. Nesse grupo estão inclusas estratégias cognitivas e comportamentais

que podem resultar no afastamento do estressor, já que muitas vezes desempenha função paliativa no enfrentamento.

Fator 3 - Pensamentos e comportamentos religiosos: Esse fator contempla itens relativos a pensamentos e comportamentos religiosos que possam favorecer o enfrentamento do problema. Nele alguns itens podem corresponder a uma postura de esquiva no plano cognitivo, ou seja, pensamentos direcionados a fé predominariam em detrimento de pensamentos direcionado à situação de estresse, os quais diminuiriam de frequência.

Fator 4 – Presença de suporte social: Contempla itens relativos à procura de apoio instrumental, emocional ou de informações diante da situação causadora de estresse como estratégia de enfrentamento. Um de seus itens assume sentido negativo que representa significado de afastamento social no que diz respeito à expressão de sentimentos.

O uso desta escala foi autorizado para esta pesquisa pelas autoras do instrumento (ANEXO VI).

3.6. - Análises de resultados

Foi realizada análise quantitativa dos resultados apresentados pelos instrumentos questionário sócio demográfico, HAD e EMEP.

Para a realização da análise dos dados foi utilizada a estatística não-paramétrica e o software SPSS versão 17.0 para Windows.

Para analisar as variáveis categóricas (dados sócio-demográficos e resultado dos instrumentos – adequado/ inadequado/ ansiedade possível/ provável), foi empregado o teste de Qui-quadrado. Para os casos nos quais mais do que 25% das células das tabelas cruzadas apresentavam uma frequência menor do que 5 foram considerados os valores do teste de Fisher.

O coeficiente de V de Cramer foi empregado como indicador da força das associações observadas. Como critérios foram adotados os seguintes valores: $\leq 0,3$ = fraca; $0,3 > V < 0,6$ = moderada, e $\geq 0,6$ = forte.

Para as variáveis numéricas, como número de cuidadores, escore de ansiedade e depressão foi utilizado o teste U de Mann-Whitney.

O nível de significância considerado para todos os testes foi $p \leq 0,05$.

4. RESULTADOS

4.1. Dados sócio-demográficos

Como resultado inicial destaca-se na tabela 1 os dados demográficos gerais dos participantes da amostra.

Tabela 1. Dados sócio-demográficos da amostra

<u>Idade</u>	
50 a 60 anos	33,3% (N=7)
61 a 70 anos	38,1% (N=8)
71 a 80 anos	28,6% (N=6)
<u>Estado Civil</u>	
Solteiro	4,8% (N=1)
Casado/Amasiado	90,5% (N=19)
Separado/Divorciado	4,8% (N=1)
<u>Procedência</u>	
Ribeirão Preto	28,6% (N=6)
Outra Cidade	71,4% (N=15)
<u>Escolaridade</u>	
Analfabeto	9,5% (N=2)
Ensino Fundamental	66,7% (N=14)
Ensino Médio	14,3% (N=3)
Ensino superior	9,5% (N=2)
<u>Profissão</u>	
Serviços Manuais	25% (N=5)
Comércio	20% (N=4)
Aposentado	55% (N=11)
<u>Fonte de Renda</u>	
Emprego	38,1% (N=8)
Aposentadoria	61,9% (N=13)
<u>Renda em Salários</u>	
Até 1 SM	14,3% (N=3)
Entre 1 e 2 SM	14,3% (N=3)
Entre 2 e 3 SM	47,6% (N=10)
Acima de 4 SM	23,8% (N=5)

<u>Religião</u>		(Continuação)
Católico	71,4% (N=15)	
Evangélico	4,8% (N=1)	
Outras	23,8% (N=5)	
<u>Praticante</u>		
Sim	52,4% (N=11)	
Não	47,6% (N=10)	
<u>Cuidadores</u>		
Familiares	95% (N= 19)	
Outros	5% (N=1)	
<u>Histórico Psiquiátrico</u>		
Sim	14,3% (N=3)	
Não	85,7% (N=18)	
<u>Diagnóstico Psiquiátrico</u>		
Nenhum	90,5% (N=19)	
Depressão	4,8% (N=1)	
Outros transtornos	4,8% (N=1)	
<u>Tratamento Psiquiátrico</u>		
Sim	19% (N=4)	
Não	81% (N=17)	

Observou-se que a idade média dos participantes da pesquisa foi de 65 anos, variando entre 52 e 75 anos, sendo que 90,5% (n=19) deles se declararam como casado/amasiado. Apenas 4,8% (n=1) se declarou divorciado/separado e 4,8% (n=1) se declarou solteiro. Verificou-se que a maioria da amostra contava com a presença de suporte da companheira.

Devido ao caráter terciário do hospital, local da coleta de pesquisa, identificou-se que 71,4% (n=15) procediam de alguma outra cidade pertencente à regional de Ribeirão Preto, enquanto que 28,6% (n=6) eram provenientes da cidade do estudo e apenas um participante (4,8%) procedia de outro estado.

Observou-se ainda que 57% da amostra (n=12) possuíam ensino fundamental incompleto, enquanto que o restante da amostra declarou nível instrucional que variou entre analfabetismo (n=2) e ensino superior completo (n=1).

Em relação à profissão, 55% (N=5) dos participantes eram aposentados, e os demais desempenhavam atividades envolvendo serviços manuais 25% (N=4) e atividades comerciais, cerca de 20% (N=11).

Dentre os participantes que apresentavam cuidadores, 95% (N=19) contavam com o auxílio de familiares e 5% (N=1) contavam com pessoas que não são da família. Em relação à fonte de renda, 14,3% (N=3) declararam apresentar até 1 SM, 14,3% (N=3) entre 1 e 2 SM, 47,6% (N=10) entre 2 e 3 SM e 23,8% (N=5) acima de 4 SM. Quanto à obtenção da renda, 38,1% (N=8) dependiam do emprego e 61,9% (N=13) da aposentadoria.

Sobre a religiosidade, 71,4% (N=15) dos participantes consideraram-se católicos, 4,8% (N=1) evangélicos e 23,8% (N=5) outras religiões. Do total da amostra, 52,4% (N=11) mencionaram ser praticantes e 47,6% (N=10) não praticantes.

Do total dos participantes, 14,3% (N=3) afirmou apresentar histórico psiquiátrico, sendo que 9,5% (N=2) relataram presença de diagnóstico específico que se configura em transtorno depressivo e outros transtornos. Apesar disso, 19% (N=4) da amostra afirmaram já ter realizado algum tipo de tratamento psiquiátrico prévio.

4.2. Ocorrência de Ansiedade e Depressão na amostra estudada

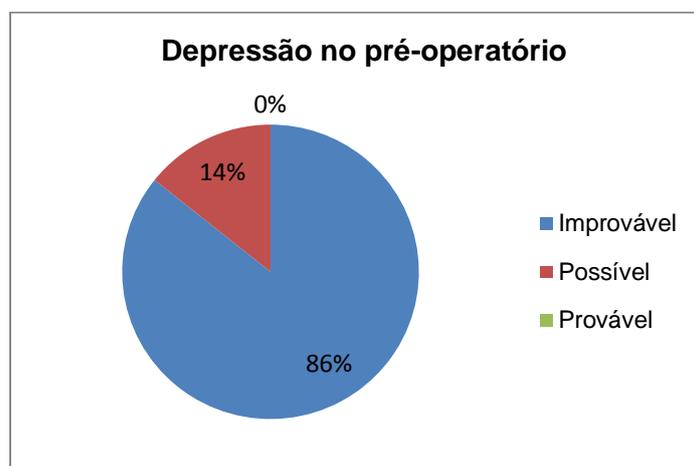


Gráfico 1. Ocorrência de depressão em participantes em pré-operatório

Os resultados obtidos por meio da aplicação da escala HAD mostram que 14,28% (N= 03) apresentou indicação possível para ocorrência de depressão.

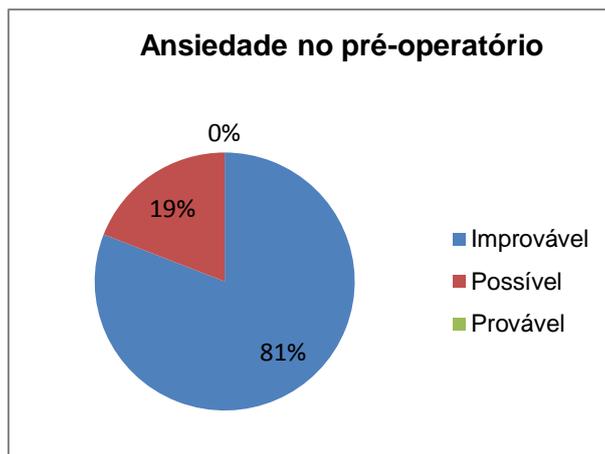


Gráfico 2. Ocorrência de ansiedade em participantes em pré-operatório

Em relação à presença de sintomas ansiosos, o resultado obtido indicou que 19,06% (N= 04) apresentou indicação para possível ansiedade.

4.3. Repertórios de enfrentamento utilizados pela amostra

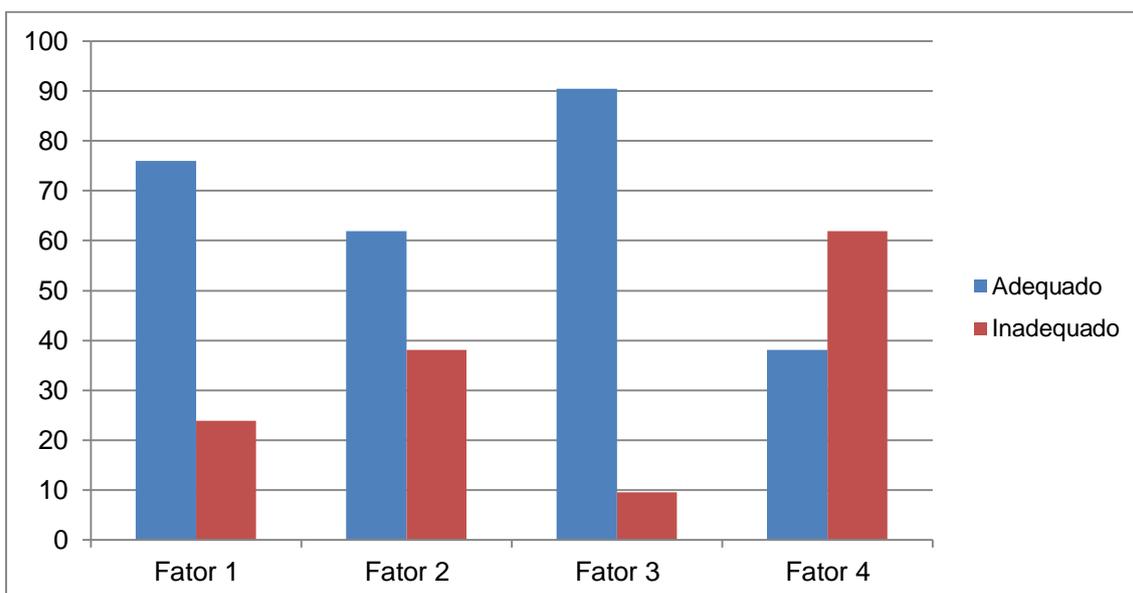


Gráfico 3. Ocorrência de enfrentamento, segundo os Fatores classificados pelo instrumento EMEP, para a presente amostra

No presente estudo as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes foram categorizadas como enfrentamento adequado e inadequado. A primeira categoria indica as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo não trazem prejuízos ao mesmo, não sendo então consideradas passíveis de intervenção psicológica. Já a segunda categoria são

as estratégias utilizadas de forma a trazer prejuízos ao indivíduo sendo então passíveis de intervenção. As categorias foram criadas com base na análise fatorial realizada por Seidl, 2001, com o objetivo de facilitar a análise dos dados.

Os resultados obtidos por meio da aplicação da escala EMEP indicaram que em relação ao Fator 1, que representa estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e pensamentos positivos, 76,2% (n=16) da amostra total utilizaram estratégias adequadas enquanto que 23,8% (n=5) fizeram uso de estratégias consideradas inadequadas para o enfrentamento se situações aversivas.

Para o Fator 2 que consiste em estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, a maior parte da amostra, 61,9% (n=13), apresentou estratégias adequadas enquanto que 38,1% (n=8) utilizaram estratégias inadequadas.

Para Fator 3, que representa pensamentos e comportamento religiosos, do total da amostra, 90,5% (n=19) apresentou estratégias consideradas adequadas e 9,5% (n=2) inadequadas.

Os resultados obtidos para o Fator 4, que indica comportamentos de busca de suporte social, demonstram que a maioria da amostra, 61,9% (n=13), fez uso de estratégias inadequadas enquanto que a minoria, 38,1% (n=8), utiliza estratégias adequadas.

Verificou-se ainda a existência de correlações entre os modos de enfrentamento e a ocorrência de ansiedade e depressão nos participantes, tais dados podem ser nos gráficos a seguir.

4.4. Associações entre níveis de ansiedade e repertórios de enfrentamento da amostra

4.4.1. Fator 1 e níveis de ansiedade

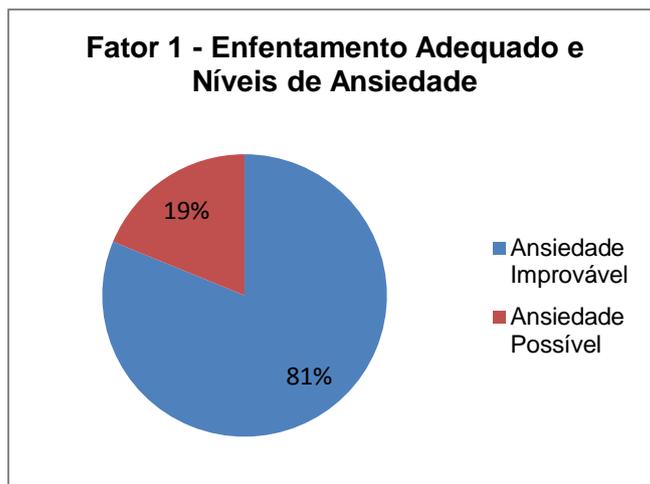


Gráfico 4. Associação entre presença de repertório de enfrentamento adequado do modelo Fator 1 e os níveis de ansiedade da amostra

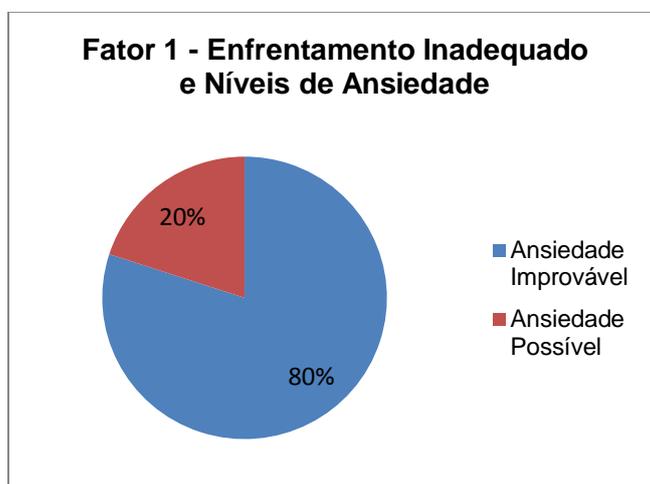


Gráfico 5. Associação entre presença de repertório de enfrentamento inadequado do modelo Fator 1 e os níveis de ansiedade da amostra

No grupo de participantes que apresentaram estratégias de enfrentamento adequadas para Fator 1 (76,2%), 81,3% apresentou nível de ansiedade improvável e 18,8% possível. Dentre os indivíduos que apresentaram estratégias de enfrentamento inadequadas para Fator 1 (23,8%), 80% apresentou nível de ansiedade improvável e 20% possível.

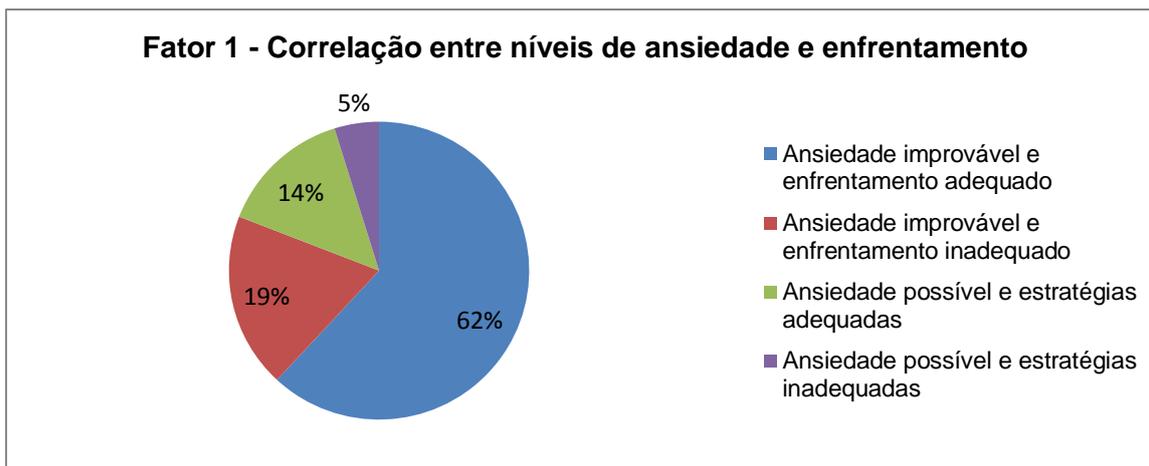


Gráfico 6. Correlação entre os níveis de ansiedade e os repertórios de enfrentamento do modelo Fator 1 apresentados pela amostra.

A correlação entre as variáveis que correspondem aos resultados referentes ao nível de ansiedade classificados como improvável e possível e variáveis referentes a estratégias de enfrentamento adequadas e inadequadas para o Fator 1 do EMEP indicam que 61,9% do total da amostra apresentaram nível de ansiedade improvável e estratégias de enfrentamento adequadas, 19% apresentou nível de ansiedade improvável e estratégias de enfrentamento inadequadas, 14,3 % apresentou nível de ansiedade possível e estratégias de enfrentamento adequadas e 4,8% apresentou nível de ansiedade possível e estratégias de enfrentamento inadequadas para o Fator 1.

4.4.2. Fator 2 e níveis de ansiedade

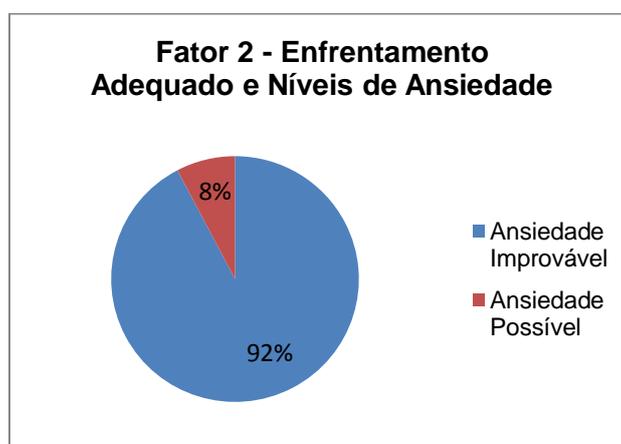


Gráfico 7. Associação entre presença de repertório de enfrentamento adequado do modelo Fator 2 e os níveis de ansiedade da amostra

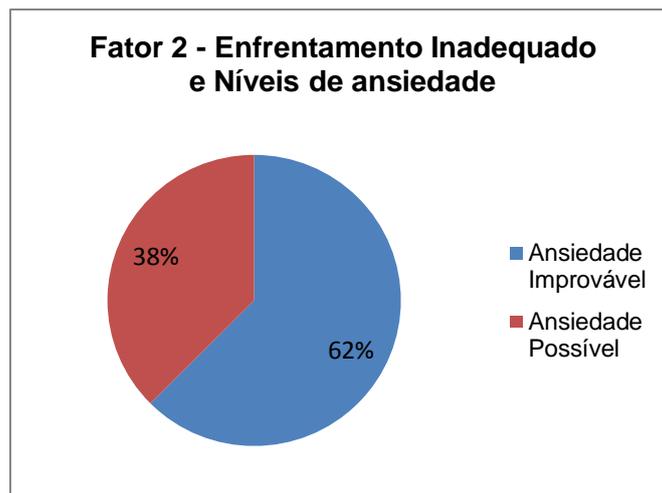


Gráfico 8. Associação entre presença de repertório de enfrentamento inadequado do modelo Fator 2 e os níveis de ansiedade da amostra

No grupo de pacientes que apresentaram estratégias de enfrentamento adequadas para Fator 2 (61,9%), 92,3% apresentou nível de ansiedade improvável e 7,7% possível. Entre os indivíduos que apresentaram estratégias de enfrentamento inadequadas para Fator 2 (38,1%), 62,5% apresentou nível de ansiedade improvável e 37,5% possível.

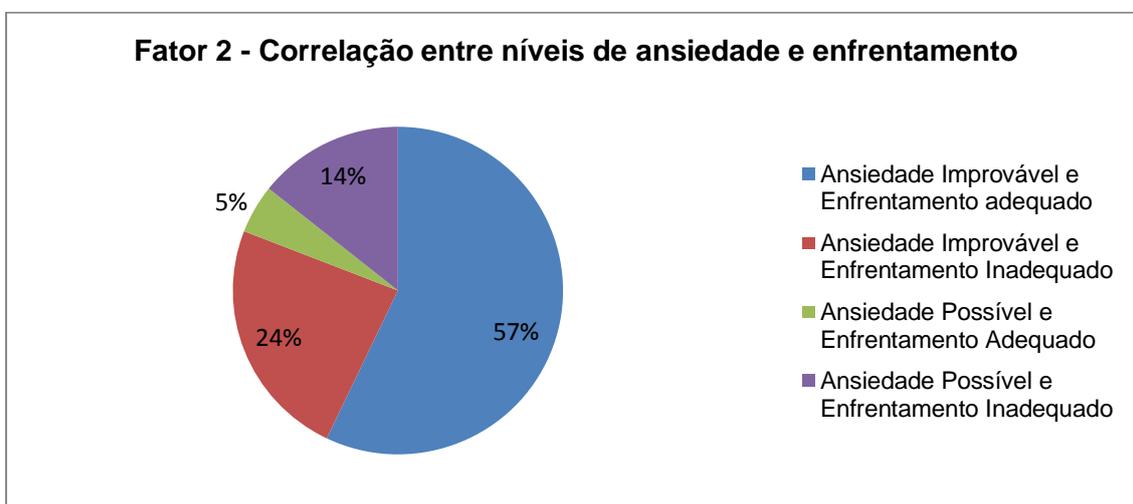


Gráfico 9. Correlação entre níveis de ansiedade e os repertórios de enfrentamento do modelo Fator 2 apresentados pela amostra

A correlação entre as variáveis que correspondem aos resultados referentes ao nível de ansiedade classificados como improvável e possível e variáveis referentes a estratégias de enfrentamento adequadas e inadequadas para o Fator 2 do EMEP indicaram que 57,1% do total da amostra

apresentaram nível de ansiedade improvável e estratégias de enfrentamento adequadas, 23,8% apresentou nível de ansiedade improvável e estratégias de enfrentamento inadequadas, 4,8 % apresentou nível de ansiedade possível e estratégias de enfrentamento adequadas e 14,3% apresentou nível de ansiedade possível e estratégias de enfrentamento inadequadas.

4.4.3. Fator 3 e os níveis de ansiedade

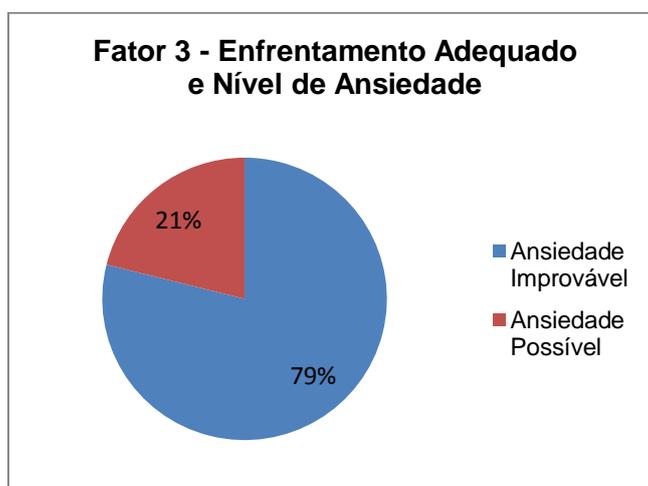


Gráfico 10. Associação entre presença de repertório de enfrentamento adequado do modelo Fator 3 e os níveis de ansiedade da amostra

No grupo de pacientes que apresentaram estratégias de enfrentamento adequadas para Fator 3 (90,5%), 78,9% apresentou nível de ansiedade improvável e 21,1% possível. Dentre os pacientes que apresentaram estratégias de enfrentamento inadequadas para Fator 3 (9,5%), 100% apresentou nível de ansiedade improvável.

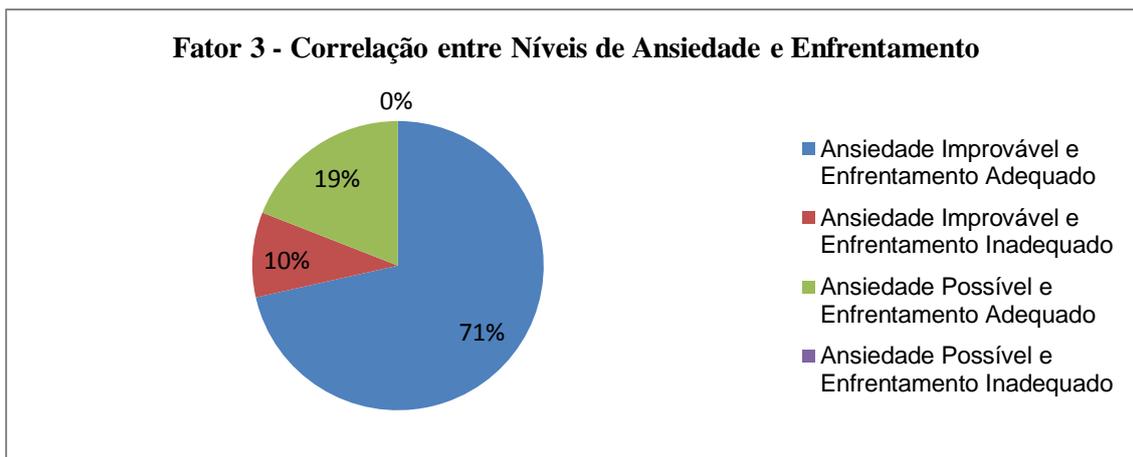


Gráfico 11. Correlação entre níveis de ansiedade e os repertórios de enfrentamento do modelo Fator 3 apresentados pela amostra

A correlação entre as variáveis que correspondem aos resultados referentes ao nível de ansiedade classificados como improvável e possível e variáveis referentes a estratégias de enfrentamento adequadas e inadequadas para o Fator 3 do EMEP indicaram que 71,4% do total da amostra apresentaram nível de ansiedade improvável e estratégias de enfrentamento adequadas, 19,5% apresentou nível de ansiedade improvável e estratégias de enfrentamento inadequadas, 9,5 % apresentou nível de ansiedade possível e estratégias de enfrentamento adequadas e 0% apresentou nível de ansiedade possível e estratégias de enfrentamento inadequadas.

4.4.4. Fator 4 e os níveis de ansiedade

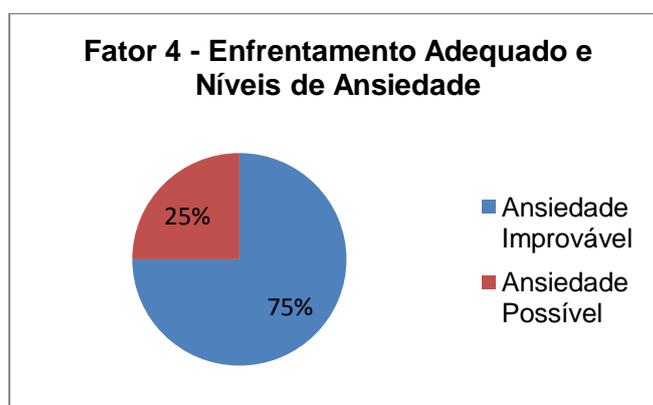


Gráfico 12. Associação entre presença de repertório de enfrentamento adequado do modelo Fator 4 e os níveis de ansiedade da amostra

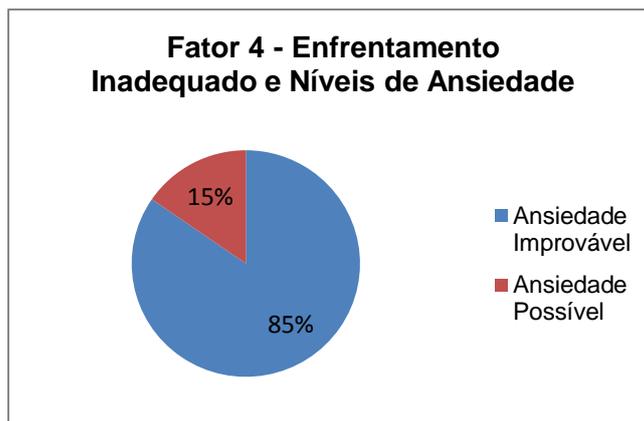


Gráfico 13. Associação entre presença de repertório de enfrentamento inadequado do modelo Fator 4 e os níveis de ansiedade da amostra

No grupo de participantes que apresentaram estratégias de enfrentamento adequadas para Fator 4 (38,1%), 75% apresentou nível de ansiedade improvável e 25% possível. Já no grupo que apresentou estratégias de enfrentamento inadequadas para Fator 4 (61,9%), 84,6% apresentou nível de ansiedade improvável e 15,4% possível.

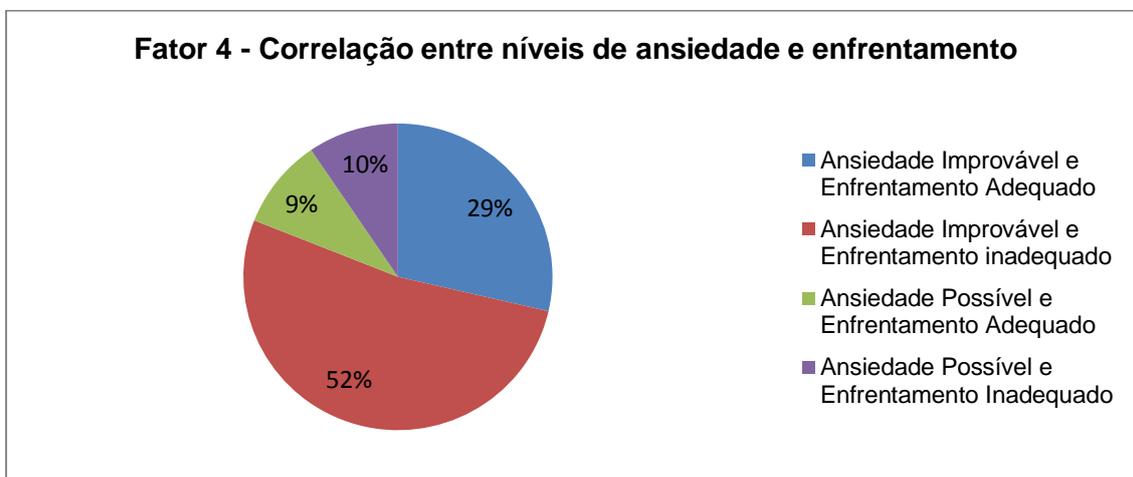


Gráfico 14. Correlação entre os níveis de ansiedade e os repertórios de enfrentamento do modelo Fator 4 apresentados pela amostra

A correlação entre as variáveis que correspondem aos resultados referentes ao nível de ansiedade classificados como improvável e possível e variáveis referentes a estratégias de enfrentamento adequadas e inadequadas para o Fator 4 do EMEP indicaram que 28,6% do total da amostra apresentou nível de ansiedade improvável e estratégias de enfrentamento adequadas,

52,4% apresentou nível de ansiedade improvável e estratégias de enfrentamento inadequadas, 9,5% apresentou nível de ansiedade possível e estratégias de enfrentamento adequadas e 9,5% apresentou nível de ansiedade possível e estratégias de enfrentamento inadequadas.

4.5. Associações entre níveis de depressão e repertórios de enfrentamento da amostra

4.5.1. Fator 1 e níveis de depressão

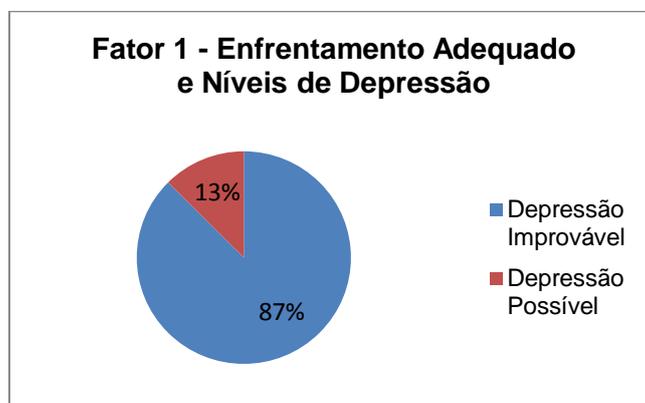


Gráfico 15. Associação entre presença de repertório de enfrentamento adequado do modelo Fator 1 e os níveis de depressão da amostra

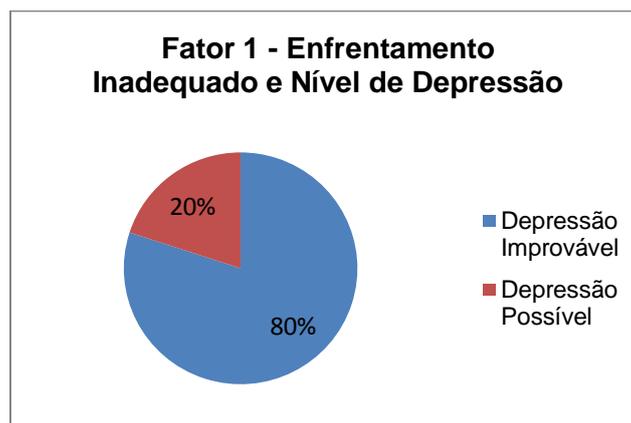


Gráfico 16. Associação entre presença de repertório de enfrentamento inadequado do modelo Fator 1 e os níveis de depressão da amostra

No grupo de participantes que apresentaram estratégias de enfrentamento adequadas para Fator 1 (76,2%), 87,5% apresentou nível de depressão improvável e 12,5% possível. Dentre os participantes que

apresentaram estratégias de enfrentamento inadequadas para Fator 1 (23,8%), 80% apresentou nível de depressão improvável e 20% possível.

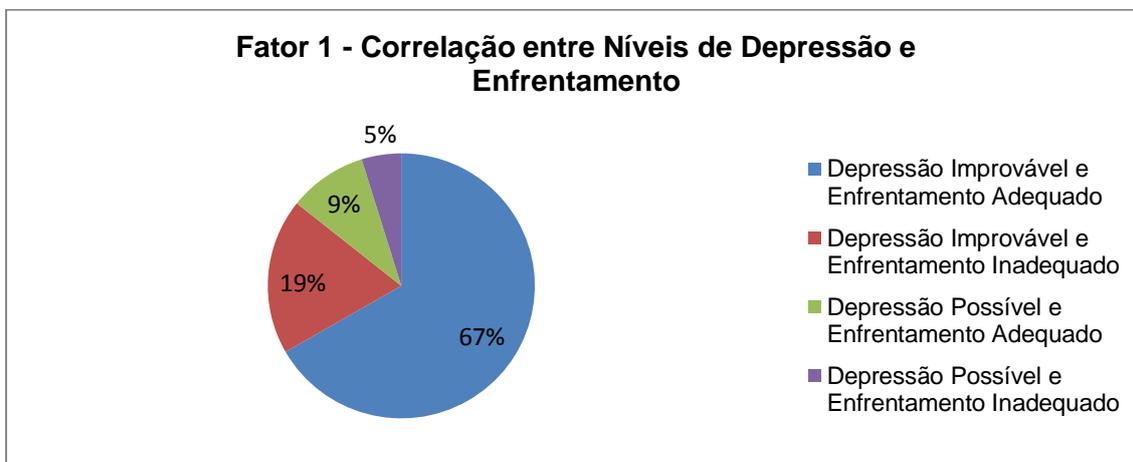


Gráfico 17. Correlação entre níveis de depressão e repertório de enfrentamento do modelo Fator 1 apresentadas pela amostra

A correlação entre as variáveis que correspondem aos resultados referentes ao nível de depressão classificados como improvável e possível e variáveis referentes a estratégias de enfrentamento adequadas e inadequadas para o Fator 1 do EMEP indicaram que 66,7% do total da amostra apresentou nível de depressão improvável e estratégias de enfrentamento adequadas, 19% apresentou nível de depressão improvável e estratégias de enfrentamento inadequadas, 9,5 % apresentou nível de depressão possível e estratégias de enfrentamento adequadas e 4,8% apresentou nível de depressão possível e estratégias de enfrentamento inadequadas.

4.5.2. Fator 2 e níveis de depressão

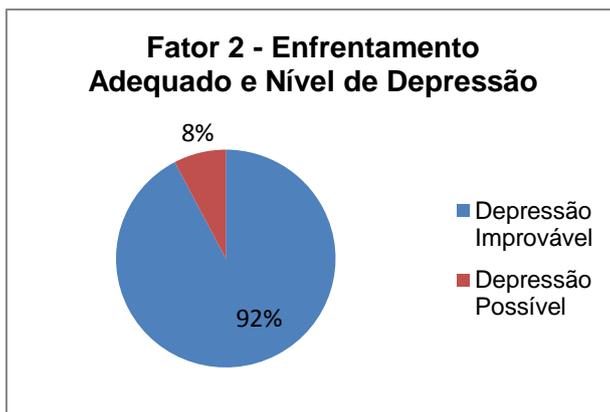


Gráfico 18. Associação entre presença de repertório de enfrentamento adequado do modelo Fator 2 e os níveis de depressão da amostra

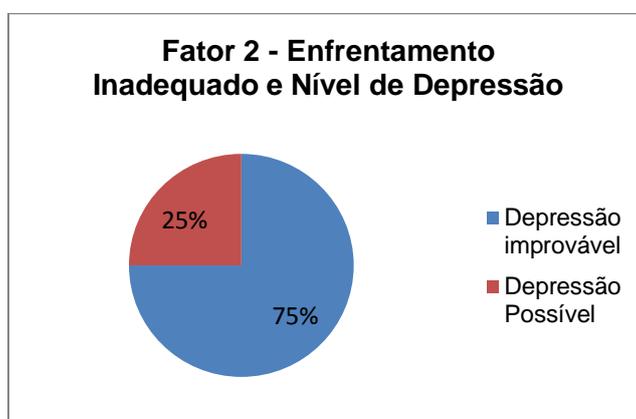


Gráfico 19. Associação entre presença de repertório de enfrentamento inadequado do modelo Fator 2 e os níveis de depressão da amostra

No grupo de pacientes que apresentaram estratégias de enfrentamento adequadas para Fator 2 (61,9%), 7,7% apresentou possíveis sintomas depressivos, enquanto que dentre os pacientes que relataram estratégias de enfrentamento inadequadas para Fator 2 (38,1%),25% apresentou possível sintoma depressivo.

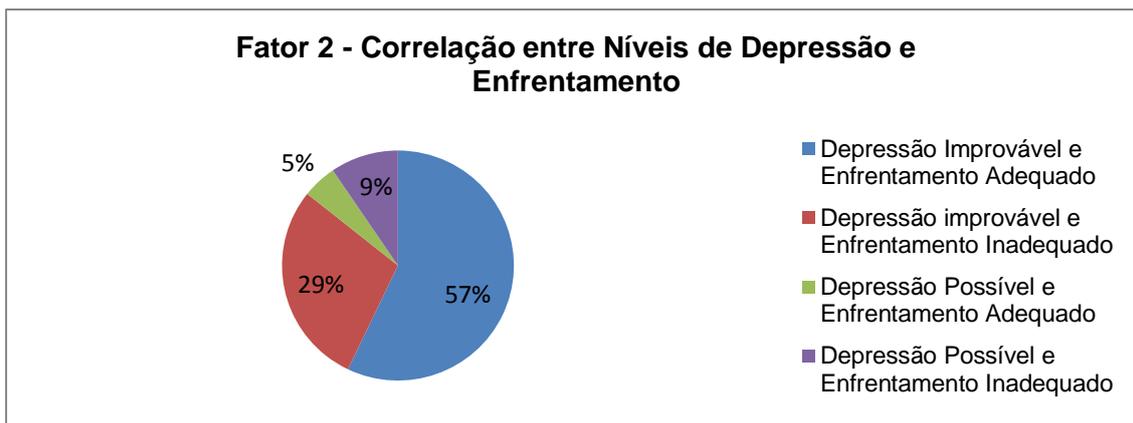


Gráfico 20. Correlação entre níveis de depressão e repertório de enfrentamento do modelo Fator 2 apresentadas pela amostra

A correlação entre as variáveis que correspondem aos resultados referentes ao nível de depressão classificados como improvável e possível e variáveis referentes a estratégias de enfrentamento adequadas e inadequadas para o Fator 2 do EMEP indicaram que 57,1% do total da amostra apresentou nível de depressão improvável e estratégias de enfrentamento adequadas, 28,6% apresentou nível de depressão improvável e estratégias de enfrentamento inadequadas, 4,8% apresentou nível de depressão possível e estratégias de enfrentamento adequadas e 9,5% apresentou nível de depressão possível e estratégias de enfrentamento inadequadas.

4.5.3. Fator 3 e níveis de depressão

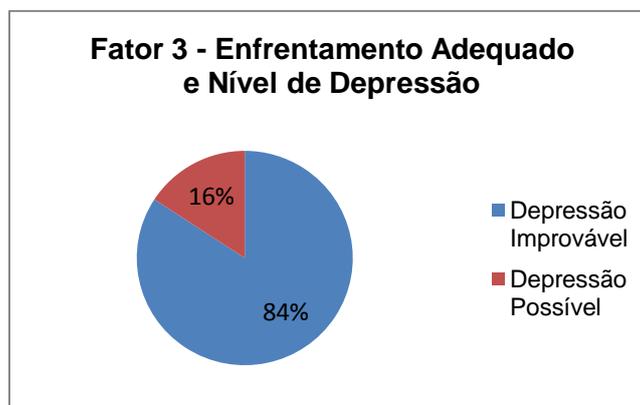


Gráfico 21. Associação entre presença de repertório de enfrentamento adequado do modelo Fator 3 e os níveis de depressão da amostra

No grupo de participantes que apresentaram estratégias de enfrentamento adequadas para Fator 3 (90,5%), 15,8% apresentou nível de depressão possível, enquanto que dos participantes que apresentaram estratégias de enfrentamento inadequadas para Fator 3 (9,5%), nenhum apresentou possíveis sintomas de depressão.

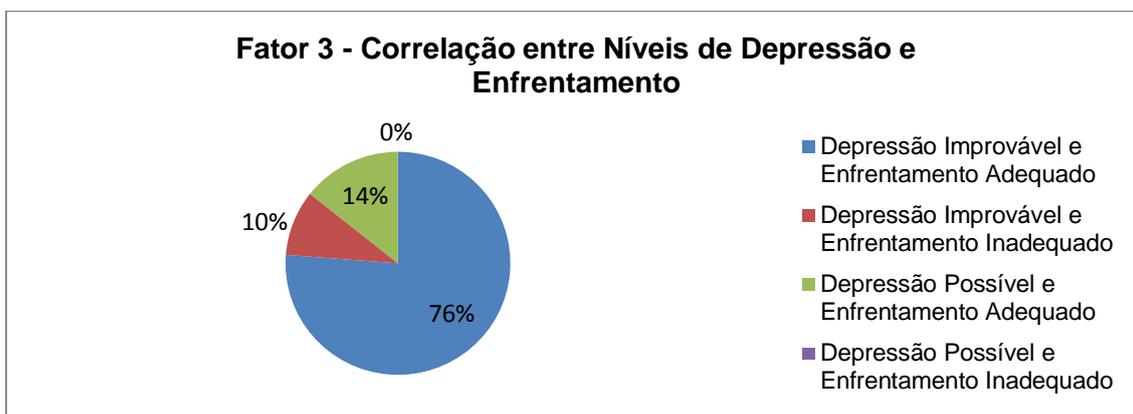


Gráfico 22. Correlação entre níveis de depressão e repertório de enfrentamento do modelo Fator 3 apresentadas pela amostra

A correlação entre as variáveis que correspondem aos resultados referentes ao nível de depressão classificados como improvável e possível e variáveis referentes a estratégias de enfrentamento adequadas e inadequadas para o Fator 3 do EMEP indicaram que 76,2% do total da amostra apresentou nível de depressão improvável e estratégias de enfrentamento adequadas, 9,5% apresentou nível de depressão improvável e estratégias de enfrentamento inadequadas, 14,3% apresentou nível de depressão possível e estratégias de enfrentamento adequadas e nenhum apresentou nível de depressão possível e estratégias de enfrentamento inadequadas.

4.5.4. Fator 4 e níveis de depressão

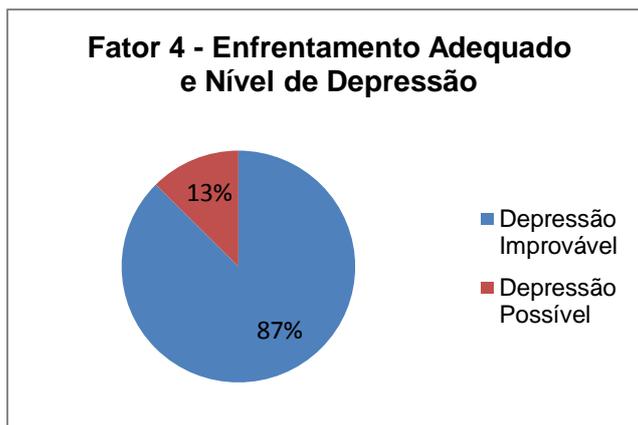


Gráfico 23. Associação entre presença de repertório de enfrentamento adequado do modelo Fator 4 e os níveis de depressão da amostra

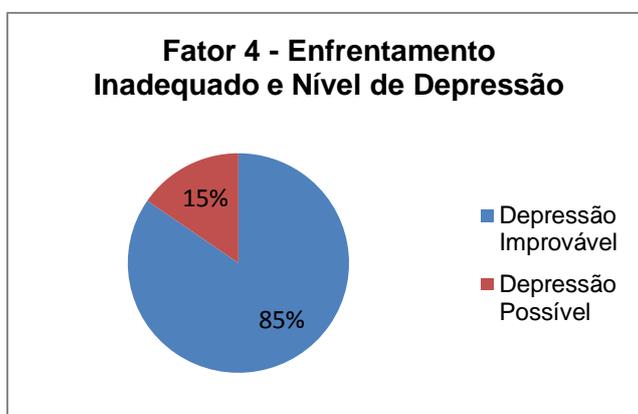


Gráfico 24. Associação entre presença de repertório de enfrentamento inadequado do modelo Fator 4 e os níveis de depressão da amostra

No grupo de participantes que apresentaram estratégias de enfrentamento adequadas para Fator 4 (38,1%), 12,5% apresentou nível de depressão possível. Entre os participantes que apresentaram estratégias de enfrentamento inadequadas para Fator 4 (61,9%), 84,6% apresentou nível de depressão improvável e 15,4% possível.

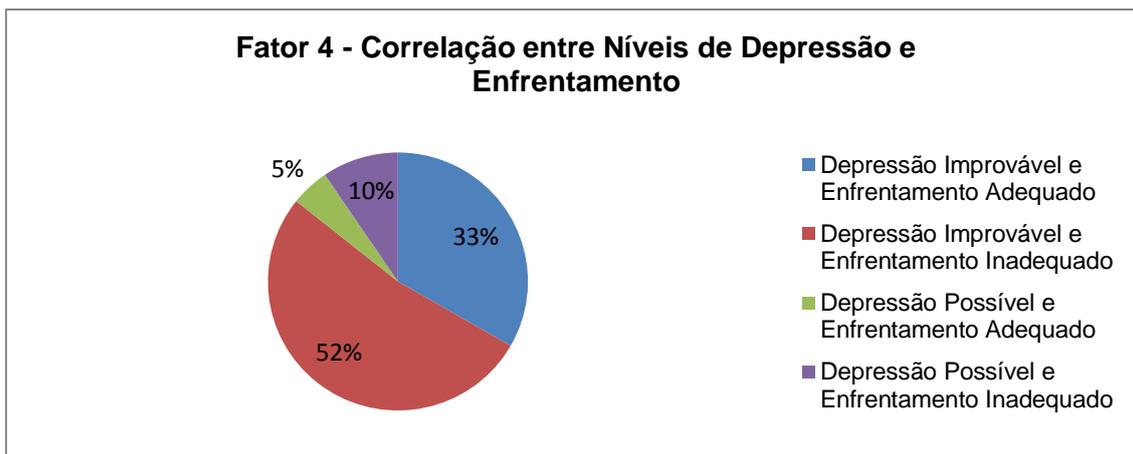


Gráfico 25. Correlação entre níveis de depressão e repertório de enfrentamento do modelo Fator 4 apresentadas pela amostra

A correlação entre as variáveis que correspondem aos resultados referentes ao nível de depressão classificados como improvável e possível e variáveis referentes a estratégias de enfrentamento adequadas e inadequadas para o Fator 4 do EMEP indicaram que 33,3% do total da amostra apresentou nível de depressão improvável e estratégias de enfrentamento adequadas, 52,4% apresentou nível de depressão improvável e estratégias de enfrentamento inadequadas, 4,8% apresentou nível de depressão possível e estratégias de enfrentamento adequadas e 9,5% apresentou nível de depressão possível e estratégias de enfrentamento inadequadas.

4.6. Comparação entre ocorrência de ansiedade e depressão em relação aos fatores de enfrentamento apresentados pela amostra

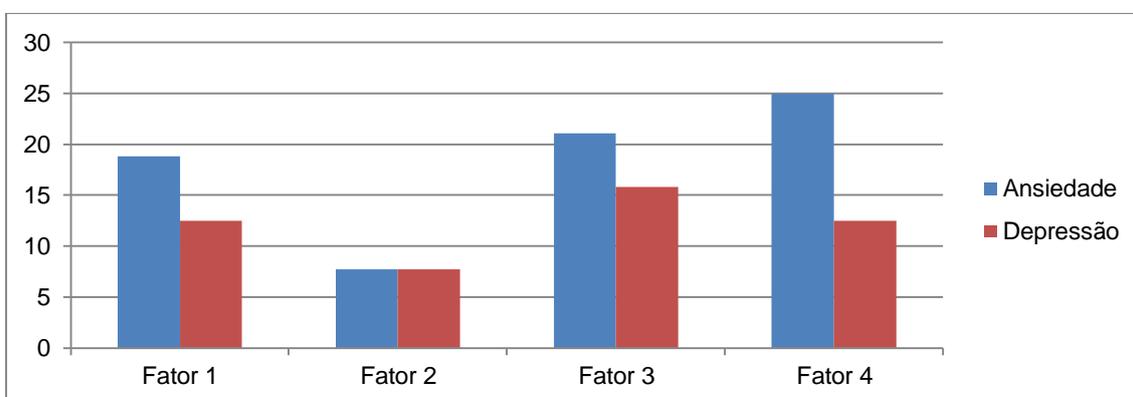


Gráfico 26. Níveis de ansiedade e depressão no grupo de participantes que apresentaram estratégias de enfrentamento adequadas para os Fatores 1, 2, 3 e 4.

As informações representadas no gráfico acima apontam que dentre os participantes que apresentaram estratégias de enfrentamento adequadas para Fatores 1, 3 e 4 foi evidenciado maior nível de ansiedade em relação ao nível de depressão. No caso dos participantes que apresentaram enfrentamento adequado para Fator 2 o nível de ansiedade e depressão foram similares.

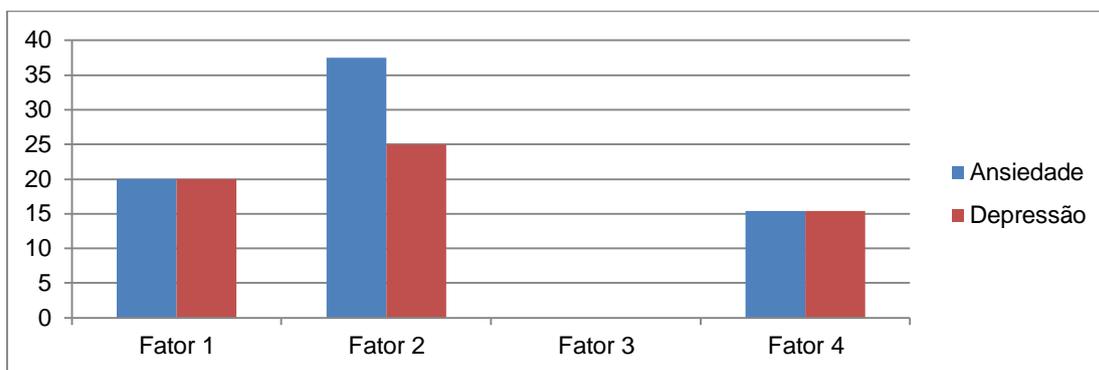


Gráfico 27. Níveis de ansiedade e depressão no grupo de participantes que apresentaram estratégias de enfrentamento inadequadas para os Fatores 1, 2, 3 e 4.

As informações representadas no gráfico acima apontam que dentre os participantes que apresentaram estratégias de enfrentamento inadequadas para Fator 2 foi evidenciado maior nível de ansiedade em relação ao nível de depressão, para Fator 1 e 4 não houve diferença entre níveis de ansiedade e depressão e para Fator 3, não foi evidenciada presença de ansiedade e depressão.

4.7. Correlações estatisticamente significativas entre resultados do EMEP e demais variáveis

4.7.1. Correlação Fatores do EMEP e Dados sócio demográficos:

Foi observada associação entre as variáveis: nível de escolaridade, histórico psiquiátrico, realização de tratamento psiquiátrico prévio e número de cuidadores com o enfrentamento focalizado na emoção adequado.

Houve associação de força moderada (V de Cramer= 0,568), com indicativo de possível tendência, entre a variável nível de escolaridade e o

Fator 2 do EMEP (Fisher $p=0,054$), o que evidenciou a ocorrência de maior proporção de participantes com escolaridade fundamental entre os indivíduos que apresentam enfrentamento focado na emoção adequado.

Foi obtida diferença estatisticamente significativa, com força de associação moderada (V de Cramer= 0,520) entre a variável histórico psiquiátrico e Fator 2 do EMEP, que indicou ocorrência de maior proporção de participantes sem história de transtorno psiquiátrico entre os indivíduos com enfrentamento focado na emoção adequado (Fisher $p=0,042$).

Quanto à realização de tratamento psiquiátrico prévio, foi obtida diferença estatisticamente significativa com força de associação forte (V de Cramer= 0,618) com o Fator 2 do EMEP, que indicou a ocorrência de maior proporção de participantes sem tratamento prévio entre os com enfrentamento focado na emoção adequado (Fisher $p=0,012$).

Também foram observadas correlações estatisticamente significativas entre variáveis que indicaram que participantes com enfrentamento adequado para Fator 2 possuem número maior de cuidadores do que os de inadequado ($U=15,00$; $p=0.018$). Todos os participantes com enfrentamento inadequado tem apenas um cuidador e participantes com enfrentamento adequado para Fator 3 tem número menor de cuidadores do que os de inadequado ($U=2,00$; $p=0.026$).

4.7.2. Correlação entre fatores do EMEP:

Foi observada diferença estatística significativa com força de associação moderada (V de Cramer=0,482) entre as variáveis Fator 1 e Fator 2 do EMEP, indicando que há proporção maior de participantes com enfrentamento focado no problema adequado e enfrentamento focado na emoção adequado (Fisher $p=0,047$). Também foi observado que participantes com enfrentamento adequado para Fator 2 tem escore maior para Fator 1 do que os de inadequado ($U=19,50$; $p=0.019$).

4.7.3. Correlação entre as variáveis fatores do EMEP e nível de ansiedade e depressão:

Foi observada correlação estatisticamente significativa entre as variáveis Fator 2, nível de ansiedade e depressão, indicando que os participantes com enfrentamento adequado para este Fator tem escore total de ansiedade menor do que os de inadequado ($U=10,50$; $p=0.002$) e participantes com enfrentamento adequado para Fator 2 tem escore total de depressão menor do que os de inadequado ($U=20,00$; $p=0.019$).

5. DISCUSSÃO

Com base nos resultados obtidos por meio da aplicação do questionário socioeconômico foram observadas algumas características presentes na amostra.

A idade média dos participantes da pesquisa foi de 65 anos, variando entre 52 e 75 anos, podendo indicar que a população que realiza o tratamento para o câncer de próstata é configurada em grande maioria por idosos. Isto pode estar relacionado com a faixa etária estipulada para a realização dos exames de rastreamento, como exame de toque e PSA, sendo que os indivíduos devem realizar os exames a partir dos 40 anos de idade (Santiago, 2013). Outro aspecto que pode estar relacionado é o fato da população masculina adiar ou até mesmo não buscar o serviço de saúde, o que é justificado por aspectos culturais e ao tabu envolvido com a realização do exame de toque retal que é entendido como prática que fere a masculinidade (Gomes, et al. 2008). A literatura aponta que a população masculina busca o serviço de saúde tardiamente, em estágios já avançados do adoecimento, sendo que esse fato está relacionado à resistência dos homens em relação à procura por cuidados preventivos e primários devido a questões culturais que estabelecem uma dissociação entre os valores masculinidade e fragilidade representada pela doença. Outro aspecto que pode justificar a dificuldade na procura por tais serviços é o horário de funcionamento dos estabelecimentos,

que coincide com o horário de trabalho desta população (Ferraz e Kraiczuk, 2010).

A maioria dos participantes se declarou Casado/amasiado, sendo verificado que contavam com a presença de suporte por parte da companheira, além de referirem possuir como principais cuidadores os membros da família. Essa informação pode indicar possível relação entre a presença de suporte e a busca por cuidados e serviços de saúde. Dados da literatura mostram que a rede de suporte familiar é considerada de grande importância para o indivíduo diante do adoecimento, favorecendo o enfrentamento de possíveis mudanças vivenciadas nessa situação (Voerman, et al. 2007).

Em relação à procedência dos participantes constatou-se que a maioria residia em outra cidade pertencente à regional de Ribeirão Preto, o que pode ser justificado pelo caráter terciário do hospital aonde foi realizada a coleta dos dados. Foi ainda observado que a maioria da população apresentou baixo nível de escolaridade e renda, o que é compatível com o perfil da população que utiliza o serviço público de saúde. Quanto à fonte de renda, grande parcela da amostra referiu ser aposentado, o que remete à característica da população do estudo que se configurou em grande maioria por idosos.

Pequena parcela dos participantes afirmou apresentar histórico psiquiátrico e presença de diagnóstico específico que englobou transtorno depressivo e outros transtornos. Um número pequeno, porém superior ao que relatou ter histórico psiquiátrico referiu realização de tratamento nesta área. A literatura estima que a presença de transtornos psiquiátricos menores, que englobam quadros neuróticos de depressão, ansiedade e somatoformes, ocorre em maior índice na população do sexo feminino, possivelmente pelo fato dos homens relatarem menos sintomas do que as mulheres o que também colabora para esse achado do presente estudo. (Lima, 1999)

Quando realizado o rastreamento de sintomas de ansiedade e depressão, na presente amostra, por meio da aplicação da escala HAD, essa indicou a presença de nível de ansiedade e depressão possível em pequena parcela da amostra. Entretanto, foi verificada a ocorrência de maior porcentagem de sintomas ansiosos em relação aos sintomas depressivos.

Estudos com a temática de transtornos psiquiátricos indicam uma maior prevalência de depressão e ansiedade em indivíduos adultos quando

comparados a jovens e idosos, possivelmente pelas variáveis que tal grupo estaria exposto, como cobranças culturais, carga de trabalho, manutenção familiar entre outros. Contudo, situações aversivas pontuais como adoecimento e hospitalizações podem contribuir para ampliar a incidência de sintomas ansiosos nestes momentos (Lima, 1999; Carvalho, 2008).

Em relação aos modos de enfrentamento apresentados pelos participantes, analisados por meio da aplicação do instrumento EMEP e por meio da sua análise fatorial, foi observado que a maioria dos participantes fez uso do enfrentamento Fator 3 (enfrentamento com comportamento religioso/fantasiado), seguido pelo Fator 1 (enfrentamento focalizado no problema) e pelo Fator 2 (estratégia de enfrentamento focalizada na emoção), sendo todos emitidos adequadamente. Em contrapartida foi observado que a maioria dos participantes que apresentou estratégia do Fator 4 (enfrentamento de busca por suporte social) foi considerado uma emissão de enfrentamento inadequado.

Pode-se observar que o Fator 3 sendo o modo de enfrentamento mais utilizado pela amostra é coerente com a literatura da área, que aponta que o emprego desta estratégia de enfrentamento é muito frequente entre os indivíduos que se encontram em situação de adoecimento, podendo trazer benefícios aos mesmos diante da situação de estresse. Isso ainda corrobora com o achado do presente estudo em que se verificou que 100% da amostra referiu ser praticante de alguma religiosidade refletindo desta forma na adequação e na utilização de seu modo de enfrentamento predominante (Costa e Leite, 2008).

O fato de possuir indicações de sintomas ansiosos e depressivos nos participantes que utilizaram o Fator 3 como enfrentamento adequado, enquanto que isto não foi observado em participantes com tal enfrentamento inadequado, corrobora com o estudo de Nunes et al (2013) que aponta que pacientes com a presença de enfrentamento religioso obtiveram, em seu estudo, maior nível de depressão quando comparados aos que não fizeram uso de tal estratégia de enfrentamento. Isso ocorre possivelmente pela relação de que participantes com nível elevado de depressão se utilizem desta estratégia de enfrentamento religioso por já se encontrarem deprimidos. Na mesma direção, supõe-se a análise da ocorrência da ansiedade, uma vez que, participantes apresentam os

comportamentos religiosos como estratégia para lidar com a ansiedade prévia existente, e não a exatamente a um novo evento aversivo, no caso do adoecimento.

Quanto ao uso de estratégias de enfrentamento do Fator 1, os participantes tendem a apresentar posturas mais ativas frente ao adoecer, buscando a resolução do problema (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001). Dessa forma pode ser considerado que o indivíduo buscaria com mais facilidade o serviço de saúde, com o objetivo de manejo da situação vivenciada e consequente aproximação do estressor (Santana, Zanin e Maniglia, 2008).

Importante destacar que quando em falta ou em inadequação da emissão do Fator 1 como modo de enfrentamento, a possibilidade de ocorrer uma interferência negativa tanto no tratamento quanto no prognóstico da doença se abrange. Isto acontece uma vez que por o adoecimento ser geralmente assintomático, a ausência de busca por um tratamento ou prevenção contribui para um diagnóstico tardio (Cormier et al, 2002; Lucuimi-Cuesta e Cabrera Arana, 2005; Gomes et al, 2008).

Os resultados obtidos no presente estudo indicaram ainda que a porcentagem de indivíduos que utilizaram a estratégia de enfrentamento do Fator 1 apresentaram, em sua grande maioria, nível de ansiedade e depressão improváveis. Isso se justifica através de uma possível associação positiva entre essas variáveis, que indica a prevalência de indivíduos que apresentam condutas que visam à aproximação ao estressor e buscam estratégias de resolução de problemas lidam com a situação de forma mais adaptativa, sendo consequentemente menos susceptíveis a presença destes transtornos psiquiátricos.

Segundo a literatura, neste sentido, o modo de enfrentamento Fator 1 é considerado adaptativo na situação de adoecimento (Rowland, 1990), sendo observada uma relação positiva entre o uso de tal estratégia e menores índices de ansiedade e depressão (Nunes et al., 2013). Isso explicaria o fato de pequena porcentagem de participantes terem apresentado nível de ansiedade e depressão possíveis, enquanto a maioria apresentou nível improvável para esses transtornos.

Em relação à estratégia de enfrentamento Fator 2, considerado o menos adaptativo para o indivíduo, foi observado que grande parcela dos participantes

não a utilizou, uma vez que apresentaram um enfrentamento adequado quanto a isto. Foi observada uma diferença estatisticamente significativa, com força de associação moderada, entre as variáveis de enfrentamento do Fator 1 e as variáveis de enfrentamento adequado do Fator 2, o que comprova a relação mencionada acima (Seidl, 2001). Esses resultados indicam que os indivíduos que apresentam condutas focadas na resolução de problemas e manejo da situação estressora apresentam menor probabilidade de utilizarem comportamentos de esquiva, auto culpa, tensão e raiva, que é indicativo do enfrentamento paliativo, característico do enfrentamento Fator 2. Essa associação confirma o que é apresentado na literatura que o enfrentamento Fator 1 é mais adaptativo que o enfrentamento Fator 2 (Rowland, 1990).

Os resultados obtidos por meio da associação entre nível de ansiedade e depressão e estratégia de enfrentamento Fator 2 indicaram correlação estatisticamente significativa entre tais variáveis, mostrando que os participantes com enfrentamento adequado, ou seja, que emitem menos este modelo de enfrentamento tem escore total de ansiedade menor do que os participantes com o enfrentamento inadequado, ou seja, aqueles que emitem mais este modelo de comportamento, o mesmo também ocorre quando se analisa a variável sobre índice de depressão.

De acordo com estudo realizado por Nunes et al. (2013), em que foi avaliada a correlação entre ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral, foi observada associação significativa entre as variáveis nível de ansiedade e depressão corroborando para o presente achado. Em ambos os estudos foi observada uma correlação positiva entre o enfrentamento Fator 2 e presença de sintomas ansiosos e depressivos. Esses dados indicam que os indivíduos que utilizam tal estratégia de enfrentamento tendem a estar mais susceptíveis a presença de tais transtornos psiquiátricos.

Ainda em relação ao enfrentamento Fator 2 adequado, foram observadas associações significativas com as variáveis, a saber, nível de escolaridade, histórico psiquiátrico, realização de tratamento psiquiátrico prévio e número de cuidadores. Em relação ao nível de escolaridade, houve associação de força moderada com indicativo de possível tendência, mostrando que há proporção maior de participantes com escolaridade

fundamental entre os que apresentam enfrentamento Fator 2 adequado. Esse resultado relaciona-se a característica da população que usufrui do serviço público de saúde e com o fato de que a maioria da mostra apresentou esse tipo de enfrentamento. Existem autores que relacionam a falta de informação sobre a prevenção e o tratamento do câncer de próstata e níveis de escolaridade, mostrando que a falta de informação atinge em grande maioria a população masculina com baixo nível instrucional e renda (Hegarty et al, 2000; Wahnefried et al, 2004).

Foi obtida diferença estatisticamente significativa, com força de associação moderada entre a variável sobre histórico psiquiátrico e a emissão de enfrentamento Fator 2 adequado, indicando maior proporção de participantes sem história de transtorno psiquiátrico entre os indivíduos com esse tipo de enfrentamento.

Quanto à realização de tratamento psiquiátrico prévio, foi obtida diferença estatisticamente significativa com força de associação forte com a estratégia de enfrentamento Fator 2 adequada, indicando maior proporção de pacientes sem transtorno prévio entre os que utilizam esse estilo de enfrentamento. Esses resultados vão de encontro com os dados apresentados neste estudo, onde foi observada correlação entre o uso de estratégia de enfrentamento Fator 2 e a presença de sintomas de depressão e ansiedade, também obtidos no estudo realizado por Nunes et al. (2013).

Também foram observadas correlações estatisticamente significativas entre variáveis que indicam que participantes com enfrentamento Fator 2 adequado tem número maior de cuidadores do que os com mesmo enfrentamento, porém inadequado. Ressalta-se que todos os participantes com este último modo de enfrentamento possuem apenas um cuidador.

Esse resultado pode indicar que quanto maior o número de cuidadores maior seria a probabilidade de o indivíduo contar com o suporte emocional no momento do adoecimento. Também foi observada relação entre o número de cuidadores e àqueles participantes que apresentaram o modo de enfrentamento do Fator 3, indicando que estes indivíduos, por contarem com um número menor de cuidadores se utilizam mais desta estratégia de enfrentamento. Essa relação pode indicar que os indivíduos passam a buscar outras fontes de suporte no momento do adoecimento. De acordo com Seeman

(1996), a rede social consiste no grupo de pessoas que o indivíduo tem vínculo, o que inclui os relacionamentos mais próximos como a família e os amigos e relacionamentos formais, no caso de outros grupos. É importante ressaltar que apesar da existência de uma rede social, o indivíduo pode não receber necessariamente apoio desta rede e passa a buscá-la por meio de comportamentos religiosos (Santana, et al., 2008).

Em relação ao modo de enfrentamento do Fator 4 foi observado que a maioria dos participantes apresentou comportamentos que correspondem a afastamento social no que diz respeito à expressão de sentimentos e baixa procura por apoio instrumental, emocional ou de informações sobre a situação vivenciada, embora a maioria conte com a presença de suporte familiar. Esse dado pode estar relacionado a questões culturais, nas quais o homem tende a não buscar ajuda diante de situações problema, adotando uma postura autossuficiente seguido pelo estereótipo do homem que não expressa sentimentos (Gianini, 2004). Estudos mostram que pequena parcela dos homens busca os serviços de saúde, sendo que culturalmente a identidade masculina relaciona-se à desvalorização do auto cuidado e a despreocupação em relação à saúde (Gianini, 2004; Araújo e Leitão, 2005).

Foi observado que a porcentagem de participantes que apresentaram nível de ansiedade possível foi maior no grupo que buscava por suporte social. Esse dado pode ser justificado se considerarmos que os indivíduos que se mostraram mais ansiosos tendiam a buscar mais suporte se comparado aos que não apresentam nível improvável de ansiedade. Esse resultado também pode estar relacionado à possibilidade dos participantes terem omitido sintomas, o que pode ter dificultado o acesso a tais informações. Santana et al., 2008 mencionou em seu trabalho, um estudo realizado por Van der Molen (1999), com pacientes com câncer, que revelou que a tensão e ansiedade decorrentes da vivência do adoecimento por câncer, podem ser reduzidas por meio da obtenção de informações a respeito do tratamento e recursos assistenciais oferecidos pela comunidade.

Já em relação aos níveis de depressão, foi observado que os participantes que apresentaram uma busca por suporte social de forma inadequado apresentaram maior porcentagem de nível de depressão possível enquanto que os participantes que apresentaram uma busca por suporte de

maneira adequada apresentaram em sua maioria, nível de depressão improvável. Carneiro et al, 2007, mencionou estudos que apontam relação inversa entre relacionamentos sociais, qualidade de vida e capacidade funcional com a depressão, ressaltando a importância do convívio social e qualidade da rede de suporte social para saúde mental do indivíduo. Destaca-se ainda a importância das habilidades sociais sendo que a mesma relaciona-se a melhor qualidade de vida e saúde dos indivíduos. Dessa forma, fica evidente no presente estudo a possível relação entre a busca por suporte social de forma inadequada com maiores índices de depressão considerando-se que os participantes apresentaram dificuldades relacionadas à expressão de sentimentos e busca por tal suporte que pode refletir um possível déficit de habilidades sociais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer trata-se de uma doença crônica com grande impacto social e que está cada vez mais presente na atualidade, como pode ser evidenciado pelos dados recentes divulgados pelo Instituto Nacional do Câncer que mostram a crescente incidência da doença tanto a nível nacional quanto a nível mundial.

Dessa forma, é de grande relevância que novas pesquisas sejam realizadas com o objetivo de compreender o impacto dessa vivência na população que compartilha dessa realidade de adoecimento buscando compreender o impacto do diagnóstico e tratamento do câncer na vida do indivíduo, levando-se em consideração a influência dos mesmos na saúde mental do paciente.

É evidente o impacto que o diagnóstico de neoplasia traz para o indivíduo, uma vez que o câncer é visto culturalmente como uma sentença de morte sendo permeado de crenças que muitas vezes prejudicam o enfrentamento do paciente diante dessa realidade. Soma-se a isto o fato de o paciente deparar-se com mudanças importantes na sua rotina, passando a estruturar-se em função dos tratamentos necessários, que também trazem em si outras inúmeras crenças e estigmas, as quais merecem atenção e cuidado

no sentido de auxiliar o paciente a ampliar a sua compreensão sobre o adoecimento e fortalecer as estratégias de enfrentamento adequadas à situação.

Deste modo, o presente estudo visou identificar a incidência de sintomas ansiosos, depressivos e sua relação com os modos de enfrentamento emitidos por pacientes com neoplasia de próstata.

Constatou-se a influência de tais modos de enfrentamento na rotina, compreensão e tratamento do paciente, bem como a manutenção ou não de sua saúde mental, uma vez que o mesmo encontra-se em um momento de vulnerabilidade dado adoecimento inesperado.

Diante disto, observam-se a necessidade de ampliar os conhecimentos na área, visando refletir e programar novos modos de avaliação e intervenção psicológicas que busquem a ampliação do bem estar biopsicossocial do paciente oncológico, em especial os portadores de câncer de próstata.

Ao atentar-se aos aspectos psicológicos e sociais envolvidos no fenômeno do adoecer e identificá-los com o objetivo de promover melhor qualidade de vida ao paciente e seus familiares, que também compartilham de tais mudanças, o ambiente do adoecer pode se tornar mais ameno e humanizado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, V. L. et al. Câncer e Agentes Antineoplásicos Ciclo – Celular Específicos e Ciclo – Celular não Específicos que Interagem com o DNA: Uma Introdução. **Química Nova**, v. 28, n. 1, p. 118-129, 2005.
- AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores Associados à Realização dos Exames de Rastreamento para o Câncer de Próstata: Um Estudo de Base Populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.2, p. 347-356, 2011.
- ARAÚJO, M. A. J.; LEITÃO, G. C. M. Acesso à Consulta a Portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis: Experiência de Homens em uma Unidade de Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 396-403, 2005.
- BALLATORI, E.; ROILA, F. Impact of Nausea and Vomiting on Quality of Life in Cancer Patients During Chemotherapy. **Health and Quality of Life Outcomes**, 2003.
- BARBOSA, F. P.; MENDONÇA, S. B. Câncer de Próstata – Atualizações. **Sinopse de Urologia**, v. 7, n. 1, p. 04-10, 2003.
- BARONI, R. H. et al. Ressonância Magnética da Próstata: Uma Visão Geral para o Radiologista. **Radiologia Brasileira**, v. 42, n. 3, p. 185-192, 2009.
- BERGKVIST, K.; WENGSTROM, Y. Symptom Experiences During Chemotherapy Treatment With Focus on Nausea and Vomiting. **European Journal of Oncology Nursing**, 2006.
- BIANCO JR, F. J.; SCARDINO, P. T.; EASTHAM, J. A. Radical Prostatectomy: Long-Term Cancer Control and Recovery of Sexual and Urinary Function (“Trifecta”). **Urology**, v. 66, n. 5, p. 83-94, 2005.
- BOTEGA, N. J., et al. Transtornos do Humor em Enfermaria de Clínica Médica e Validação de Escala de Medida (HAD) de Ansiedade e Depressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 355-365, 1995.
- BOTTINO, S. M. B.; FRÁGUAS, R.; GATTAZ, W. F. Depressão e Câncer. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 109-15, 2009.
- BOZKURT, I. H., et al. Does the etiology affect the outcome and satisfaction rates of penile prosthesis implantation surgery?. **Kaohsiung Journal of Medical Sciences**, v. 30, n. 11, p. 570-3, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer**. 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>
- CABRERA, C. C.; SPONHOLZ-JR, A. Ansiedade e Insônia. In: BOTEGA, N. J. (Org). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**. Porto Alegre: Artemed Editora Ltda, 2002.

CARNEIRO, et.al. Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2007.

CARVALHO, M. M. Imunologia, Estresse, Câncer e o Programa Simonton de Auto-ajuda. **Boletim da Academia Paulista de Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 27-30, 2000.

CORDEIRO, A. C.; STABENOW, E. Câncer de Cabeça e Pescoço. In: CARVALHO, V. A. et al. (Orgs.). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

CORMIER, L. et al. Knowledge and Beliefs among Brothers and Sons of Men with Prostate Cancer. **Urology**, v. 59, n. 6, p. 895-900, 2002.

COSTA, P.; LEITE, R. C. B. O. Estratégias de Enfrentamento Utilizadas Pelos Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias Mutiladoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 355-364, 2009.

COUPER, J. W., et al. The Psychological Aftermath of Prostate Cancer Treatment Choices: A Comparison of Depression, Anxiety and Quality of Life Outcome over the 12 Months Following Diagnosis. **MJA**, v. 190, n. 7, 2009.

CZERESNIA, D. **Ações de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças: o Papel da ANS**. 2003. Disponível em: <[www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/tt as 02 dszeresnia acoespromoca osauade.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/tt%20as%20dszeresnia%20acoespromoca%20saude.pdf)> Acesso em: 20 Jan. 2015.

FAGNER, P. C., et al. Depressão e Comportamento Suicida em Pacientes Oncológicos Hospitalizados: Prevalência e Fatores Associados. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 2, p. 173-178, 2010.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas de Saúde – Construindo Respostas para o Enfrentamento das Desigualdades no Âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2010.

GIANINI, M. M. S. Câncer e Gênero: Enfrentamento da Doença. 2007. **Dissertação (Mestrado)** – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos/22/TDE-2008-08-26T06:57:07Z-6254/Publico/Marcelo%20Marcio%20Siqueira%20Gianini.pdf> Acesso em: 24/01/2015.

GIMENES, K. G. G. A Teoria do Enfrentamento e suas Implicações para Sucessos e Insucessos em Psiconcologia. In:_____. **A Mulher e o Câncer**. Campinas: Editorial Psy, 1997.

GLOBOCAN – **Estimated Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Disability – adjusted life years (DALYs) Worldwide in 2008**. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>

GOMES, R., et al. A Prevenção do Câncer de Próstata. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 235-246, 2008.

GRANER, K. M.; CESAR, L. T. S.; TENG, C. T. Transtornos de Humor e Psico-Oncologia. In: CARVALHO, V. A. et al. (Orgs.). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

HAAB, F. et al. Séquelles Fonctionnelles de la Prise en Charge du Cancer de Prostate Localisé. **Bulletin du Cancer**, v. 97, n. 12, p. 1537-1549, 2010.

HALLAK, J.; CORUZZA, M.; NAHAS, W. C. In: CARVALHO, V. A. et al. (Orgs.). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

HEGARTY, V., et al. Racial Differences in Use of Cancer Preventions Services among Older Americans. **Journal of the Geriatrics Society**, v. 48, n. 5, p. 735-740, 2000.

HELLMAN, S. Principles of Câncer Management: RaditionTherapy. In: DEVITA, V.; HELLMAN, S.; ROSENGERG, S. A. **Câncer: Principles and Practice of Oncology**. 6.ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002, p. 265-88.

INSTITUTE OF MEDICINE. **From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition**. The National Academies Press: Washington, 2007.

JOHNSTON, P. G., SPENCE, R. A. J. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

JADOON, N. A., et al. Assessment of Depression and Anxiety in Adult Cancer Outpatients: A Corss-sectional Study. **BMC Cancer**, v. 10, n. 594, p. 01-07, 2010.

KALIKS, R. A.; DEL GIGLIO, A. Prevenção do Câncer. In: CARVALHO, V. A. et al. (Orgs.). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; & GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

KAWALSKI, L. P. **Manual de Condutas Diagnósticas e Terapêuticas em Oncologia**. 2. ed. São Paulo: Âmbito, 2002.

KLOTZ, L. Prostate Cancer Overdiagnosis and Overtreatment. **Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity**, v. 20, n. 3, p. 204-209, 2013.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Cognitive Appraisal Processes. In: LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress Appraisal and Coping**. New York: Springer, 1984.

LEE, M., et al. Depressive Symptomatology in Men Receiving Androgen Deprivation Therapy for Prostate Cancer: A Controlled Comparison. **Psychooncology**, 2014.

LIMA, M. S. Epidemiologia e Impacto Social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 1-5, 1999.

LUCUMI-CUESTA, D. I.; CABRERA-ARANA, G. A. Creencias de Hombres de Cali, Colombia, sobre el Examen Digital Rectal: Hallazgos de un Estudio Exploratorio. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1491-1498, 2005.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer no Período de Quimioterapia. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 600-7, 2012.

MANZANO, J. Imunoterapia no Câncer de Próstata. **Sinopse de Urologia**, Ano 12, n. 2, p. 55-56, 2008.

MOORE, K, L.; SOLOWAY, M. S. **Clinically Oriented Anatomy**. 5.ed. Philadelphia: Lippencott Williams & Wekins, 2005.

NEULANDER, E. Z.; SOLOWAY, M. S. Failure after Radical Prostatectomy. **Urology**. v. 61, p. 30-36, 2003. (checar)

NOSOW, V.; PENICHE, A. C. G. Paciente Cirúrgico Ambulatorial: Calatonia e Ansiedade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 161-167, 2007.

NUNES, S., et al. Ansiedade, Depressão e Enfrentamento em Pacientes Internados em um Hospital Geral. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 14, n. 3, p. 382-388, 2013.

PARK, B., et al. Interval from Prostate Biopsy to Radical Prostatectomy Does not Affect Immediate Operative Outcomes for Open or Minimally Invasive Approach. **Journal of Korean Medical Science**, v. 29, n. 12, p. 1688-1693, 2014.

PASQUINI, M.; BIONDI, M. Depression in Cancer Patients: A Critical Review. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**, v. 3, n.2, p. 01-09, 2007.

PEÇANHA, D. L. N. Câncer: Recursos de Enfrentamento na Trajetória da Doença. In: CARVALHO, V. A. et al. (Orgs.). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

PENICHE, A. C. G.; CHAVES, E. C. Algumas Considerações Sobre o Paciente Cirúrgico e a Ansiedade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 45-50, 2000.

PERDICARIS, A. A. M. A Cirurgia de Câncer e suas Fronteiras. In: CARVALHO, V. A. et al. (Orgs.). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

RIBEIRO, A. F., et al. Riscos Cardiovasculares do Bloqueio Androgênico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 3, p. 412-415, 2010.

ROWLAND, J. H. Intrapersonal resources: coping. In: J. C. Holland & J. H. Rowland (orgs.). **Handbook of psychology: Psychological care of the patients with cancer**. pp. 44-57. New York: Oxford University Press, 1990.

SALVAJOLI, J. V.; SILVA, M. L. G. Radioterapia. In: CARVALHO, V. A., et al. (Orgs.). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

SANDA, M. G., et al. Quality of Life and Satisfaction on With Outcome Among Prostate Cancer Survivors. **The New England Journal of Medicine**, v. 358, n. 12, p. 1250-1261, 2008.

SANTANA, J. J. R. A.; ZANIN Z. R.; MANIGLIA, J. V. Pacientes com Câncer: Enfrentamento, Rede Social e Apoio Social. **Paidéia**, v. 18, n. 40, p. 371-384, 2008.

SANTIAGO, L. M. et al. Prevalência e Fatores Associados à Realização de Exames de Rastreamento para Câncer de Próstata em Idosos de Juiz de Fora, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18 n. 12 p. 3535-3542, 2013.

SANTOS, H. S.; CRUZ, W. M. S. A Terapia Nutricional com Vitaminas Antioxidantes e o Tratamento Quimioterápico Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 47, n. 3, p. 303-308, 2001.

SEEMAN, T. E. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. **Annals of Epidemiology**, 6, 442-451.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise Fatorial de uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 17, n. 3, p. 225-234, 2001.

SEKLEHNER, et al. Psychological Stress Assessment of Patients Suffering from Prostate Cancer. **Scandinavian Journal of Urology**, v. 47, n. 2, p. 101-107, 2013.

SILVA, P. F., et al. Associação entre Variáveis Sócio-demográficas e Estadiamento Clínico Avançado das Neoplasias da Mama em Hospital de Referência no Estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 361-367, 2013.

SOUZA, B. F., et al. Pacientes em Uso de Quimioterápicos: Depressão e Adesão ao Tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 61-68, 2013.

SPENCE, R. A. J.; JONHSTON, P. G. Oncology. In: JONHSTON, P. G. (Ed.). **Oncology**. Oxford University Press: Oxford, 2001.

SPIELBERGER, C. **Tensão e Ansiedade**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1979.

SROUGI, M. Câncer de Próstata. In: SROUGI, M.; SIMON, S. D. (Ed). **Câncer Urológico**. 2. ed. São Paulo: Platina, 1995. p. 281-359.

SROUGI, M. et al. Doenças da Próstata. **Revista de Medicina**, v. 87, n. 3, p. 166-177, 2013.

STEIN, A. T., et al. Rastreamento do Câncer de Mama: Recomendações Baseadas em Evidências. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v.53, n. 4, p. 438-446, 2009.

STRAUB, R. O. Câncer de Próstata. In:_____. **Psicologia da Saúde**. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2005.

_____. Permanecendo Saudável. In: _____. **Psicologia da Saúde**. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TENG, C. T.; HUMES, E. D. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e Comorbidades Clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

VOERMAN, B., et al. Determinants of Participation in Social Support Groups for Prostate Cancer Patients. **Psychooncology**, v. 16, n. 12, p. 1092-1099, 2007.

YAMAGUCHI, N. H. Imunoterapia e Tratamentos Biológicos do Câncer. In: CARVALHO, V. A. et al. (Orgs.). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

YAMAGUCHI, N. H. O Câncer na Visão da Oncologia. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Coord.). **Introdução à Psicooncologia**. São Paulo: Ed. Editorial Psy II, 1994.

WAHNEFRIED, W. D., et al. Pilot Study to Explore Effects of Low-fat, Flaxseed-supplemented Diet on Proliferation of Benign Prostatic Epithelium and Prostate - specific Antigen. **Urology**, v. 63, n. 5, p. 900-904, 2004.

WILT, T. J.; THOMPSON, I. M. Clinically Localized Prostate Cancer. **BMJ**, v. 333, n. 7578, p. 1102-1106, 2006.

ANEXOS

ANEXO I – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Ribeirão Preto, 09 de outubro de 2013

Ofício nº 3717/2013
CEP/MGV

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado **“ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE PACIENTES COM CÂNCER UROLÓGICO SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO” – versão 2 de 25/09/2013**, foi analisado “AD REFERENDUM” pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão 2 de 25/09/2013**, de acordo com o Processo HCRP nº 11275/2013.

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.


DR^a. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
VANESSA FERNANDES
Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: **Aspectos psicológicos de pacientes com câncer urológico submetidos a tratamento cirúrgico.**

Pesquisadores Responsáveis:

Vanessa Fernandes (CRP 06/103139)

Prof. Dr. Ricardo Gorayeb (CRP 06/05558)

Prezado paciente,

Estudos têm mostrado que pessoas com diagnóstico de câncer passam por grandes mudanças em sua vida seja na rotina, no humor, nos sentimentos, no estado de ânimo e nos níveis de distress. Distress é a dificuldade que a pessoa, que esta passando por eventos estressores possui em lidar e superar o problema prejudicando seu bem estar físico e emocional. Ao se deparar com tais mudanças, o paciente se utiliza de estratégias de pensamento e comportamentos para conseguir lidar com o estresse psicológico causado pelo câncer. Em vista disso, o objetivo deste estudo é avaliar Distress Psicológico, Ansiedade, Depressão, Desesperança e Enfrentamento de pacientes com diagnóstico de câncer urológico, em atendimento no Ambulatório de Urologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Portanto, estamos convidando você, como paciente deste ambulatório, a participar desta pesquisa, que consiste em responder a uma entrevista e alguns questionários.

Antes de decidir se aceita participar do presente estudo, precisa saber que:

1. Você responderá, antes e após sua cirurgia, a uma entrevista com algumas questões sobre você (idade, onde mora, profissão, etc.), questões relativas à sua doença e à sua compreensão e enfrentamento do diagnóstico.
2. Também responderá, nestes dois momentos, a dois testes: 1) avaliação da intensidade de Distress, com perguntas do tipo: se tem dores, náuseas e se isto tem sido um problema para você na última semana; 2) investigação dos Modos de Enfrentamento, por exemplo: se diante de um problema você se culpa, pensa em coisas positivas, entre outros.
3. Responderá ainda a dois questionários: 1) sobre depressão e ansiedade, com perguntas do tipo: se sente o gosto pelas mesmas coisas de antes; 2) sobre índice de desesperança, por exemplo: se pensa no futuro com esperança e entusiasmo.
4. Não será necessário que você venha ao hospital mais vezes apenas por causa de sua participação na pesquisa. A mesma ocorrerá em dias de

seus retornos regulares ao ambulatório. A duração média é de 60 minutos.

5. Seu prontuário médico poderá ser consultado para obter informações sobre seu quadro clínico e tratamento e dessa forma haverá quebra de sigilo de informações obtidas no mesmo.
6. Todas as informações serão mantidas em sigilo e poderão ser utilizadas apenas para este estudo. Desta forma, não será possível identificá-lo, o que garante seu completo anonimato.
7. Você é livre para não participar deste estudo, o que não compromete o seu atendimento no HCFMRP-USP.
8. A participação neste estudo não implica em nenhum gasto para a paciente.
9. Os riscos deste estudo são considerados mínimos, caso seja verificada a necessidade de acompanhamento psicológico, você poderá ser atendido pela psicóloga contratada do Serviço de Psicologia do HCFMRP, que atua no Ambulatório de Urologia.
10. Como benefícios, você contribuirá para a melhoria do serviço de psicologia oferecido, bem como terá a oportunidade de acompanhamento psicológico caso seja identificada demanda.
11. O participante poderá entrar em contato com os pesquisadores caso tenham dúvidas a respeito da pesquisa, bem como, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e caso de dúvidas, recursos ou reclamações.

Eu, _____
_____, aceito participar desta pesquisa, declaro que li e compreendi as informações acima descritas, que minha participação é voluntária e que fui informado que posso entrar em contato com a pesquisadora responsável em qualquer momento.

(Assinatura e RG do participante) **Data:** ___/___/___

Vanessa Fernandes
CRP: 06/103139
Pesquisadora responsável **Data:** ___/___/___

Ricardo Gorayeb e Vanessa Fernandes, Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, 3900 – 3º andar – Ribeirão Preto-SP. Fone: (16) 3602-2547

E-mail: fernandes.vanessa@live.com

ANEXO III – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO (QS)

Roteiro de entrevista – Momento Pré-Cirúrgico

___/___/___

I. Identificação e dados Sócio Demográficos:

Nome:	
RGHC:	
Procedência:	Tel: () ()
Nasc: ___/___/___	Idade:
Sexo: () F () M	
Grau de instrução: () Analfabeto () Fund. Incom. () Fund. Completo () Médio Incom. () Médio Completo () Sup. Incomp. () Sup. Completo () Pós Graduação Anos de estudo:	
Profissão:	
Fonte de renda: () Emprego: () Auxílio doença () Outros:	
Estado Civil: () Solteiro () Amasiado () Casado () Viúvo () Separado/Divorciado () Outro:	
Religião:	Reside com quantas pessoas:
Praticante: () S () N	Principais Cuidadores:
Renda média familiar: R\$ () Até 1 SM () Entre 1 e 2 SM () Entre 2 e 3 SM () Acima de 4 SM () Não sabe	
Nº de pessoas que dependem dessa renda:	
Histórico Psiquiátrico: () Sim () Não Qual: Quando ocorreu: Realizou tratamento: () Sim () Não Onde: Como Foi:	
Hipótese Diagnóstica: () Ca Próstata () Ca Bexiga () Ca Pênis () Ca Rim () Outro:	

ANEXO IV – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD)**Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar - HAD**

*Este questionário nos ajudará a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA**. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.*

Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca

- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

ANEXO V – ESCALA MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS – EMEP

Inicialmente, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade neste atual momento e concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar um problema desta sua atual condição de saúde. Assinale a alternativa que melhor corresponde ao que você faz hoje para enfrentar seu problema de saúde de acordo com a frequência que ocorre:

1 – Eu **NUNCA** faço isso.

2 – Eu faço isso **UM POUCO**.

3 – Eu faço isso **ÀS VEZES**.

4 – Eu faço isso **MUITO**.

5 – Eu **SEMPRE** faço isso.

		1 - NUNCA	2 - UM POUCO	3 - ÀS VEZES	4 - MUITO	5 - SEMPRE
1	Eu levo em conta o lado positivo das coisas					
2	Eu me culpo					
3	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação					
4	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo					
5	Procuro um culpado para a situação					
6	Espero que um milagre aconteça					
7	Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite					
8	Eu rezo, faço uma oração					
9	Converso com alguém sobre o que estou sentindo					
10	Eu insisto e luto pelo que quero					
11	Eu me recuso a acreditar no que está acontecendo					
12	Eu brigo comigo mesmo, eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer					
13	Desconto em outras pessoas					
14	Encontro diferentes soluções para o meu problema					
15	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista					
16	Eu tento evitar que meus sentimentos atrapalhem em outras coisas da minha vida					
17	Eu me concentro em coisas boas da minha vida					
18	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto					
19	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém					
20	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema					
21	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema					

		1 - NUNCA	2 - UM POUCO	3 - ÀS VEZES	4 - MUITO	5 - SEMPRE
22	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim					
23	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema					
24	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido					
25	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo					
26	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou					
27	Tento esquecer o problema todo					
28	Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente					
29	Eu culpo os outros					
30	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores					
31	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema					
32	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia					
33	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo					
34	Procuo me afastar das pessoas em geral.					
35	Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer					
36	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.					
37	Descubro quem mais é ou foi responsável					
38	Penso em coisas fantásticas ou irreais (como achar muito dinheiro ou fazer uma vingança perfeita) que me fazem sentir melhor					
39	Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela					
40	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui					
41	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo					
42	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e estou cumprindo					
43	Converso com alguém para obter informações sobre a situação					
44	Eu me apego à minha fé para superar esta situação					
45	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.					

Você tem feito alguma outra coisa para lidar e enfrentar sua enfermidade? O que?

ANEXO VI - AUTORIZAÇÃO DO USO DA ESCALA EMEP PELAS AUTORAS DO INSTRUMENTO

EMEP
Eliane Seidl (eliane.seidl@gmail.com) Adicionar contato
20/03/2013 17:27

Para: Vanessa Fernandes (fernandes.vanessa@live.com);

 ANÁLISE DA EMEP.pdf
 EMEP- problema de saúde.doc
 Seidl 2005, enfrentamen...
 Faria e Seidl, 2006 „Religiosidad...
 Faustino e Seidl. Inter cog+comptal...

Esta mensagem está sinalizada.

Cara Vanessa,

Fiquei contente ao receber seu e-mail e saber do interesse pelo instrumento. Ele tem sido solicitado e aplicado em estudos da psicologia da saúde. A EMEP ainda não está sendo comercializada, eu a disponibilizo qdo a solicitam. Esse trabalho é parte de minha Tese de Doutorado, defendida em 2001. [Autorizo a utilização do instrumento.](#)

Em primeiro lugar, é importante ter acesso ao artigo sobre a análise fatorial da escala, que foi publicado na Psicologia: Teoria e Pesquisa (2001, v. 17, 225-234), que envio em anexo. Dependendo do problema de interesse, é possível adequar as instruções (folha de instruções) focalizando o tipo de problema em foco.

Na aplicação, sugiro que as orientações sejam lidas pelo pesquisador em voz alta, acompanhadas pelo participante (o pesq. e o sujeito com uma escala à frente) e que o sujeito responda o exemplo, para ver se ficou claro. Recomendo ainda que o pesquisador acompanhe e observe o preenchimento dos dois primeiros itens, para constatar se o participante entendeu as instruções.

Em seguida, o pesquisador pode se retirar durante o preenchimento ou ficar próximo ao sujeito, se preferir, mas deixar que ele responda sozinho, se possível. Ao final, é importante verificar se itens foram deixados em branco. Neste caso,