

Preditores de bem-estar e qualidade de vida em homens submetidos à prostatectomia radical: estudo longitudinal¹

Adilson Edson Romanzini²
Maria da Graça Pereira³
Caroline Guilherme⁴
Aduino José Cologna⁵
Emilia Campos de Carvalho⁶

Objetivo: identificar fatores preditores sociodemográficos, clínicos e psicológicos para o bem-estar e a qualidade de vida de homens submetidos à prostatectomia radical, em seguimento de 360 dias. Método: trata-se de um estudo longitudinal, com 120 homens submetidos à prostatectomia radical. Foram utilizados questionários para caracterização e avaliação clínica do participante, bem como os instrumentos Escala Visual Analógica de Dor, Inventário de Estratégias de Coping, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Escala de Satisfação com o Suporte Social, Escala de Satisfação Conjugal, Escala de Bem-estar Subjetivo e o Expanded Prostate Cancer Index. Para análise dos dados, utilizou-se o modelo linear de efeitos mistos. Resultados: fatores sociodemográficos idade e raça não se mostraram preditores das variáveis dependentes; tempo de cirurgia, enfrentamento focado no problema e ansiedade foram preditores para bem-estar subjetivo; dor, ansiedade e depressão foram preditores negativos de qualidade de vida; estratégia de enfrentamento focado na emoção, positivo. A não satisfação conjugal foi preditora para ambas variáveis. Conclusões: foram identificados fatores preditores distintos da literatura: desejo de mudança nos níveis de satisfação conjugal apresentou relação positiva com qualidade de vida e bem-estar; modo de enfrentamento focado na emoção foi preditor de qualidade de vida; e ansiedade foi preditor de bem-estar subjetivo.

Descritores: Prostatectomia; Qualidade de Vida; Bem-Estar; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Cuidados Pós-Operatórios; Neoplasias da Próstata.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Processo de recuperação cirúrgica em pacientes submetidos à prostatectomia radical: estudo longitudinal de variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas", apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo nº 142167/2014-2, Brasil.

² PhD.








³ PhD, Professor Associado, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

⁴ PhD, Professor Adjunto, Curso de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, RJ, Brasil.

⁵ PhD, Professor Sênior, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁶ PhD, Professor Sênior, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Romanzini AE, Pereira MG, Guilherme C, Cologna AJ, Carvalho EC. Predictors of well-being and quality of life in men who underwent radical prostatectomy: longitudinal study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3031. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2601.3031>   

URL

Introdução

O câncer de próstata, uma das neoplasias mais prevalentes em todo o mundo⁽¹⁾, é visto como evidente problema de saúde pública mundial. Causa impactos na sociedade em termos tanto do sofrimento humano de pacientes ou familiares como dos aspectos econômicos, além de requerer esforços substanciais dos sistemas e profissionais de saúde⁽²⁾.

A escolha do melhor tratamento para o câncer de próstata localizado depende de fatores como o risco de progressão, mortalidade, funções urinária, sexual e intestinal de base, preferências do paciente e perspectivas de bem-estar e de qualidade de vida⁽³⁾. A prostatectomia radical (PR) não é isenta de complicações, dado que podem ocorrer perda de sangue intraoperatório, linfocele, infecção, incontinência urinária no pós-operatório, reoperação e disfunção erétil⁽³⁻⁴⁾. Quando realizada por acesso suprapúbico, a cirurgia tem duração média de 02:47 horas⁽⁵⁾.

O maior bem-estar subjetivo ajuda as pessoas a gerarem mais energia e serem mais ativas. Assim, constitui-se em componente vital na recuperação, tratamento e qualidade de vida de pacientes com câncer de próstata⁽⁶⁻⁸⁾. Tal conceito refere-se à avaliação cognitiva global do ser humano sobre seus aspectos biológicos, psicológicos, socioculturais e espirituais, e sobre como vivencia tais sentimentos, o que determina um componente afetivo. Esse componente, por sua vez, pode ser representado por sentimentos positivos ou negativos em face aos padrões e referências do indivíduo, que resulta em percepção de satisfação ou insatisfação com a vida⁽⁹⁻¹¹⁾.

A qualidade de vida relacionada à saúde é considerada tão importante quanto o próprio controle do câncer de próstata, visto que a satisfação com o resultado do tratamento mostrou-se afetada por mudanças na qualidade de vida⁽¹²⁾. Tal conceito é reconhecido como sentimento de satisfação e grau de prosperidade no contexto das necessidades e capacidades do ser humano. Entretanto, o papel da qualidade de vida relacionada à saúde para a melhor seleção de terapia sistêmica em pacientes com câncer de próstata permanece incerto⁽¹³⁾.

Estudos apontam que fatores relacionados à saúde do indivíduo e ao ato cirúrgico⁽¹⁴⁻¹⁷⁾, assim como aos aspectos socioculturais, emocionais e físicos^(9,13), além das condições de desenvolvimento de atividades da vida cotidiana⁽¹⁸⁾, determinam as perspectivas de bem-estar e de qualidade de vida para a recuperação cirúrgica de pacientes submetidos à prostatectomia radical, tendo como parâmetro o alcance de condições superiores ou equivalentes às do período pré-operatório.

Fatores como o aumento de idade⁽¹⁹⁻²⁰⁾, tempo maior de cirurgia com exposição prolongada ao procedimento anestésico-cirúrgico e aos agentes anestésicos⁽²¹⁾, complicações no processo de recuperação do paciente⁽²²⁻²³⁾ e dor após prostatectomia radical⁽²⁴⁻²⁶⁾, assim como resultados desfavoráveis quanto à função sexual⁽²⁷⁾, foram relacionados a impactos na percepção do bem-estar e da qualidade de vida do paciente.

Em relação aos fatores psicológicos, a alta capacidade de enfrentamento de estresse resultou em menor intensidade dos sintomas pós-operatórios. Os pacientes com menor capacidade de enfrentamento do estresse apresentaram maiores problemas de recuperação após a cirurgia⁽²⁸⁾. O enfrentamento focado no problema foi preditor positivo para o bem-estar psicológico e qualidade de vida, enquanto o enfrentamento focado na emoção foi negativo⁽²⁹⁻³⁰⁾.

O suporte social teve efeito positivo sobre a vida humana nos momentos difíceis, nas atividades de recuperação, no bem-estar, na saúde e no ajuste aos fatores de estresse, o que resultou em melhor qualidade de vida⁽³¹⁻³³⁾. Sintomas psicológicos como ansiedade e depressão foram relacionados com menores resultados de qualidade de vida e bem-estar, com aumento da dor e sensibilidade aos sintomas. Esses sintomas podem influenciar negativamente a motivação dos pacientes, a energia, o enfrentamento da doença, a adesão ao tratamento e o seu processo de recuperação⁽³⁴⁻³⁶⁾. Da mesma forma, o apoio conjugal foi relacionado a níveis mais elevados de qualidade de vida, saúde física e mental e recuperação após prostatectomia radical⁽³⁷⁻³⁹⁾.

A compreensão do processo de recuperação cirúrgica em homens submetidos à prostatectomia pode favorecer o uso de abordagens direcionadas às suas características. Nesse sentido, o objetivo foi identificar fatores preditivos sociodemográficos, clínicos e psicológicos para o bem-estar e qualidade de vida de homens submetidos à prostatectomia radical, em seguimento de até 360 dias.

Método

Trata-se de um estudo observacional descritivo longitudinal⁽⁴⁰⁾, realizado na divisão de Urologia de uma instituição hospitalar pública de ensino, do estado de São Paulo, referência no atendimento oncológico em urologia. Participaram homens submetidos à prostatectomia que, após a indicação médica de cirurgia, foram convidados para o estudo pelo pesquisador principal. Os que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tiveram seus dados coletados, respeitando-se a dinâmica de atendimento ambulatorial e sem que ocorressem prejuízos ao tratamento médico.

A inserção na pesquisa ocorreu de forma consecutiva e foram acompanhados por período de até 360 dias (T0 = linha de base ou pré-operatório; T1 = 30 dias; T2 = 90 dias; T3 = 180 dias; T4 = 360 dias de seguimento pós-operatório). O período de janela de seguimento para o preenchimento dos instrumentos variou, respeitando-se o agendamento estabelecido para o atendimento médico: T1 compreendeu coleta de dados com média de 15,9 dias (DP=7,2); T2 com média de 91,4 dias (DP=21,7); T3 com média de 203 dias (DP=46,3); e T4 com média de 322,7 dias (DP=48,6) após cirurgia. Quanto ao processo de coleta, o estudo apresenta perda de seguimento de 6,5% a 12,2%, nos diferentes períodos.

A coleta de dados em T0 ocorreu na unidade de internação cirúrgica e, nos demais momentos, no setor ambulatorial. A presença ou não de acompanhantes ou cuidadores no ambiente ficou a critério do participante.

O pesquisador observou a capacidade de compreensão e de resposta aos itens dos instrumentos pelo participante. Para tanto, utilizou questões como: Qual a data atual? Qual o motivo da internação? Qual a data e período de agendamento da cirurgia? Em seguida, os participantes analisaram os instrumentos quanto à capacidade de resposta aos itens apresentados.

Foram incluídos nesta pesquisa homens com câncer de próstata (estágio T1-T3), selecionados para o tratamento cirúrgico (PR) pela equipe médica, que não apresentavam sinais clínicos de metástases, com idade \geq 18 anos e que referiram ser capazes de ler e escrever em português. Foram excluídos aqueles com antecedentes de cirurgia prévia na bexiga ou próstata, diagnóstico de doença neurológica com provável repercussão sobre o controle urinário (por exemplo: doença de Parkinson, doença psiquiátrica, Alzheimer e patologias da medula espinhal) e os submetidos à quimioterapia ou radioterapia prévia.

Foram abordados pelo pesquisador 125 homens com indicação de cirurgia de próstata. Destes, dois não atenderam aos critérios (um havia realizado quimioterapia e outro cirurgia prévia) e outros três tiveram a indicação de cirurgia suspensa. Foram examinados os dados de 120 homens submetidos à prostatectomia.

Nesta pesquisa, não houve interferência do pesquisador no tratamento ou atendimento ao paciente. Se necessário, o paciente seria direcionado à equipe multidisciplinar responsável, mas não foram observadas tais situações.

Os instrumentos de coleta de dados foram preenchidos mediante a leitura das instruções e dos itens pelo pesquisador. O tempo de aplicação dos instrumentos foi de aproximadamente 40 minutos.

Para a caracterização do participante, foram consideradas as variáveis idade, raça/cor, tipo de cirurgia, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, tempo de anestesia e escore ASA. Já para a avaliação clínica no pós-operatório precoce (T1), consideraram-se as variáveis tempo de uso de cateter uretral e presença de complicações. Além disso, foram utilizados no seguimento (T0-T4) sete instrumentos:

- *Escala Visual Analógica de Dor (EVA)* - escala unidimensional de autopreenchimento utilizada para avaliar a intensidade da dor, por meio de uma linha de 10 centímetros, sendo que nas extremidades se qualificam "nenhuma dor" e "pior dor imaginável" e na parte mediana "dor moderada"⁽⁴¹⁻⁴²⁾;
- *Inventário de Estratégias de Coping (Wayss of Coping)*⁽⁴³⁾ - instrumento adaptado para a cultura brasileira⁽⁴⁴⁾, com 66 itens compondo 8 fatores, respondidos em uma escala do tipo Likert, com quatro possibilidades: 0) não usei essa estratégia, 1) usei um pouco, 2) usei bastante, 3) usei em grande quantidade. Na análise fatorial realizada na adaptação para a cultura brasileira⁽⁴⁴⁾, foram identificados oito fatores (confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceite da responsabilidade, fuga/esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva), sendo que a maioria dos itens encontrados em cada fator apresentou carga fatorial semelhante às obtidas pelos autores do instrumento⁽⁴³⁾. Na presente pesquisa, foram incluídos todos os itens da escala original, a exemplo de outros estudos⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾, e adotados os oito fatores classificatórios inicialmente propostos pelos autores do instrumento⁽⁴³⁾, mas compostos pelos itens indicados pelos autores que adaptaram o instrumento para a cultura brasileira⁽⁴⁴⁾. Os modos de enfrentamento foram classificados em duas categorias: enfrentamento focado no problema e enfrentamento focado nas emoções. A primeira é uma combinação dos itens de quatro fatores (confronto, busca de suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva) e a segunda trata-se de uma combinação dos itens de três fatores: afastamento, aceitação de responsabilidade e fuga/esquiva. O fator autocontrole é considerado independente, uma vez que pontua igualmente em ambas as categorias⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾. As pontuações mais elevadas do instrumento indicam maior capacidade de enfrentamento^(43,49). Nesta pesquisa, a categoria de enfrentamento focado no problema apresentou

- alfa de Cronbach de 0,87 e o enfrentamento focado nas emoções apresentou alfa de Cronbach de 0,85;
- *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)*⁽⁵⁰⁾ - instrumento adaptado para a população brasileira⁽⁵¹⁾, contendo 14 questões de múltipla escolha, composta de duas subescalas, sendo ansiedade (HADS-A) e depressão (HADS-D), com sete itens em cada uma. A pontuação de cada item varia de zero a três, com pontuação total em cada subescala de zero a 21. Resultados entre 0 e 7 são considerados normais, de 8 a 10 sugerem a possibilidade de perturbação e superiores a 11 indicam provável perturbação. Considera-se escore 8 o ponto de corte entre a presença ou ausência de sintomatologia⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾. Nesta pesquisa, a escala HADS obteve escore total de Cronbach de 0,71;
 - *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*⁽⁵²⁾ - tal escala é constituída por 15 afirmações relativas à percepção de suporte e apoio que os respondentes recebem dos amigos, família e comunidade. Encontram-se distribuídas em quatro fatores, sendo que 6 itens devem ser revertidos para a análise. A escala possui formato de resposta Likert com 5 pontos (5 – Concordo totalmente, 4 – Concordo na maior parte, 3 – Não concordo nem discordo, 2 – Discordo na maior parte e 1– Discordo totalmente), sendo que quanto mais elevado for o valor obtido, maior a satisfação com o suporte social⁽⁵²⁾. Nesta pesquisa, a escala apresentou o alfa de Cronbach de 0,77;
 - *Escala de Satisfação Conjugal* - o instrumento foi validado para a população brasileira⁽⁵³⁾. Possui três opções de resposta para cada item, que permitem qualificar o nível de satisfação do indivíduo com relação aos aspectos conjugais: 1) eu gosto de como tem sido, 2) eu gostaria que fosse um pouco diferente, 3) eu gostaria que fosse muito diferente. Dessa forma, quanto maiores os escores, piores são os resultados quanto à satisfação conjugal. Tal escala é composta de 24 itens distribuídos em três domínios da união conjugal, cada um correspondendo a uma subescala: (a) satisfação com a interação conjugal, (b) satisfação com os aspectos emocionais do cônjuge e (c) aspectos estruturais, satisfação com a forma de organização e de estabelecimento e cumprimento de regras pelo cônjuge. Nesta pesquisa, a escala apresentou alfa de Cronbach de 0,95;
 - *Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES)*⁽¹²⁾ - tal escala foi construída e validada para a população brasileira, contendo duas subescalas. A primeira é composta por 54 itens, representa sentimentos e emoções e avalia a dimensão do afeto (positivos e negativos), que constitui o bem-estar. A pessoa responde como tem se sentido ultimamente em escala, na qual 1 significa nem um pouco, 2 um pouco, 3 moderadamente, 4 bastante e 5 extremamente. A segunda subescala é composta por 15 sentenças que buscam representar a satisfação com a vida, com o indivíduo respondendo em escala, na qual 1 significa discordo plenamente, 2 discordo, 3 não sei, 4 concordo e 5 concordo plenamente. Quanto maior o escore, melhor o bem-estar subjetivo. Nesta pesquisa, o alfa apresentado foi de 0,93;
 - *Expanded Prostate Cancer Index (EPIC)* - instrumento que avalia a qualidade de vida (funções e incômodo) do paciente após o tratamento do câncer de próstata⁽⁵⁴⁾. Inclui 50 questões, de quatro domínios: urinário, que se subdivide em quatro subescalas (Função, Incômodo, Incontinência e Irritativa/Obstrutiva); domínio intestinal, que subdivide em duas subescalas (Função e Incômodo); domínio sexual, que se subdivide em duas subescalas (Função e Incômodo); e domínio hormonal, que subdivide em duas subescalas (Função e Incômodo). As opções de resposta para cada item do EPIC formam uma escala de resposta do tipo Likert de 0-5 pontos. As pontuações obtidas são transformadas para uma escala de 0-100, sendo que pontuações mais altas representam melhor qualidade de vida relacionada à saúde⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾.
- Em relação à análise dos dados, os resultados obtidos pelas variáveis quantitativas contínuas ou discretas foram descritos por medida de tendência central (média) e pela respectiva medida de dispersão (desvio-padrão). Os resultados das variáveis categóricas foram descritos por seus valores absolutos ou porcentagem.
- Para avaliar se as variáveis sociodemográficas, condições intraoperatórias, variáveis clínicas e psicológicas eram preditoras de bem-estar e de qualidade de vida nos períodos estudados, utilizou-se a metodologia de análise de regressão. Portanto, foi realizado o teste de modelo linear de efeitos mistos ou efeitos aleatórios (Generalized Linear Mixed Models)⁽⁵⁶⁾, que permite descrever a tendência temporal levando em consideração a correlação que existe entre médias sucessivas e estimar a variação na medida basal e a taxa de mudança ao longo do tempo.

As variáveis dependentes do estudo foram os escores totais das escalas EBES e EPIC. Foram consideradas variáveis independentes os escores totais dos domínios da HADS (ansiedade e depressão), os totais dos domínios do Inventário de Estratégias de Enfrentamento (Enfrentamento Focado no Problema e Enfrentamento Focado na Emoção), os totais das demais escalas do estudo (EVA, Escala de Satisfação com o Suporte Social, Escala de Satisfação Conjugal), além das variáveis sociodemográficas (idade e raça) e clínicas (tempo de anestesia e de cirurgia). Efetuou-se o teste de aderência de Kolmogorov-Smirnov com o intuito de se obter uma distribuição para as variáveis respostas, de modo que foi testada a aderência com a distribuição Gama. Assim, verificou-se que para a escala EBES a adequação ocorreu em todos os tempos analisados enquanto que para a EPIC a rejeição ocorreu apenas no período T0.

Com o intuito de ajudar na identificação da melhor forma funcional, foi aplicado um ajuste polinomial local (método não paramétrico 'loess'). Nos primeiros ajustes dos modelos de regressão, testou-se o modelo com todas as variáveis e a inclusão dos termos polinomiais de ordem quadrática para as variáveis com sugestão de ajuste polinomial. Em seguida, efetuou-se a retirada das variáveis que não possuíam significância estatística de forma manual. Após a retirada, um novo ajuste foi realizado com as variáveis remanescentes. Procedeu-se dessa forma até que restassem apenas variáveis significantes.

Para todos os ajustes e testes realizados, foi adotado o nível de significância de 5% (alfa = 0.05) e

o programa utilizado foi o R versão 3.3.0. As análises de modelos mistos foram realizadas usando-se as bibliotecas MASS (função 'glmmpQL') e ggplot2 para a elaboração dos gráficos.

Resultados

O número inicial de participantes (T0) no estudo foi de 120 (Figura 1).

Em relação às variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas dos participantes, a média de idade na primeira observação foi de 63,8 (DP = 7,7) anos, o número médio de filhos foi 3,1 (DP = 2,0) e a escolaridade foi de 5,1 (DP = 3,7) anos. A maioria (59,1%) era de cor branca, casados/união estável (89,1%), aposentados (61,6%) e moradores da zona urbana (91,6%).

O tempo médio de cirurgia foi de 03:57 horas (DP = 1:00) e o de anestesia de 04:44 horas (DP=01:15). Predominaram a anestesia geral balanceada (62,8%), a cirurgia prostatectomia radical aberta supra púbica (97,4%) e pacientes classificados com ASA II (79,5%), isto é, com doença sistêmica leve. O uso do cateter uretral variou de 11 a 48 dias (média=14,7; DP=5,5). Em T1, 92,8% dos participantes não referiram complicações ou intercorrências. As complicações presentes foram infecção do trato urinário (n=2), fistula (n=2), deiscência e paresia de membros inferiores (n=1), além de uma retirada não programada de cateter uretral. Além disso, 96,4% apresentaram incisão cirúrgica limpa e seca.

As médias dos escores das demais variáveis, nos períodos T0-T4, constam a seguir (Tabela 1).

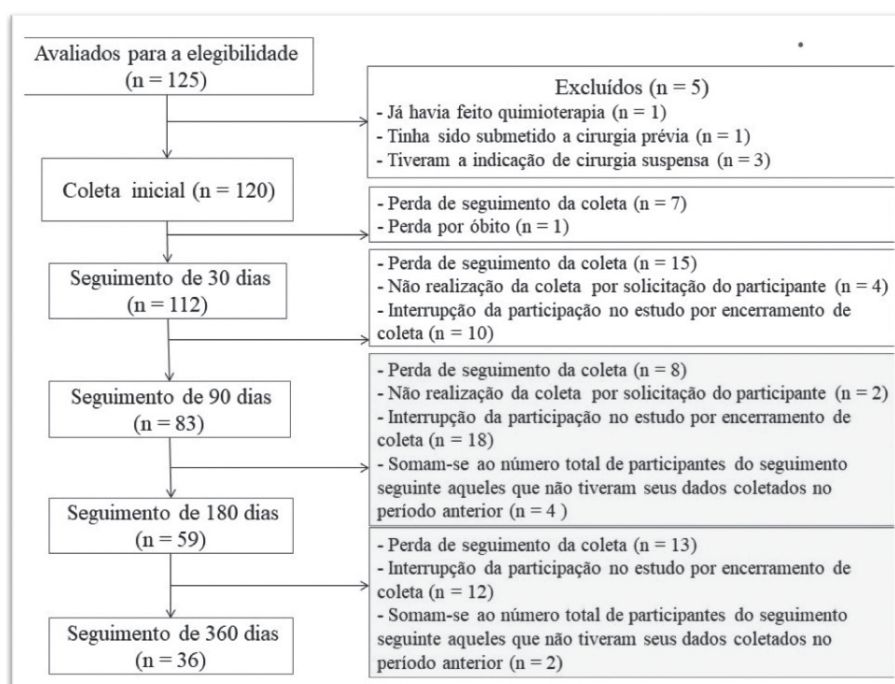


Figura 1 – Fluxo de participantes na pesquisa nos diferentes períodos de coleta de dados Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016

Tabela 1 – Distribuição das variáveis Dor, Enfrentamento, Morbidade Psicológica, Satisfação com o Suporte Social, Satisfação Conjugal, Bem-estar Subjetivo e Qualidade de Vida de homens submetidos à prostatectomia, nos períodos estudados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016

Variável	T0*	T1†	T2‡	T3§	T4
	M [¶] (DP**)	M [¶] (DP**)	M [¶] (DP**)	M [¶] (DP**)	M [¶] (DP**)
Dor	120 0,6(1,67)	112 2,4(2,7)	83 1,7(2,5)	59 1,0(2,1)	36 0,8(1,6)
Enfrentamento Focado no Problema	120 1,6(0,5)	112 1,5(0,6)	83 1,6(0,6)	59 1,5(0,6)	36 1,2(0,7)
Enfrentamento Focado na Emoção	120 1,2(0,6)	112 1,2(0,7)	83 1,3(0,7)	59 1,2(0,8)	36 1,4(0,6)
Morbidade Psicológica	120 10,1(5,7)	112 8,6(5,3)	83 9,2(6,5)	59 8,3(6,0)	36 8,8(6,2)
Escore Ansiedade	120 6,0(3,5)	112 5,0(3,5)	83 5,0(3,5)	59 4,4(3,6)	36 4,6(3,5)
Escore Depressão	120 4,1(3,2)	112 3,5(2,7)	83 4,2(3,7)	59 3,8(3,1)	36 4,1(3,3)
Satisfação com Suporte Social	120 3,8(0,6)	112 3,8(0,5)	83 3,8(0,5)	59 3,9(0,6)	36 3,8(0,6)
Satisfação Conjugal	108 1,7(0,5)	102 1,7(0,5)	71 1,8(0,6)	59 1,7(0,6)	36 1,9(0,5)
Bem-estar Subjetivo	120 2,7(0,5)	110 2,7(0,5)	83 2,6(0,4)	59 2,6(0,4)	36 2,5(0,5)
Qualidade de Vida	120 81,8(11,1)	110 70,2(8,6)	83 68,6(9,5)	59 69,6(12,0)	36 74,5(11,7)
Função Urinária	120 89,5(13,4)	110 75,2(15,4)	83 69,7(16,6)	59 77,6(18,9)	36 83,1(14,1)
Hábitos Intestinais	120 92,2(10,9)	110 88,6(9,9)	83 92,5(9,7)	59 92,1(11,7)	36 94,4(11,9)
Função Sexual	120 57,0(22,6)	110 29,0(12,4)	83 23,9(17,8)	59 23,4(19,4)	36 32,9(24,9)
Função Hormonal	120 89,2(14,6)	110 90,2(12,4)	83 90,1(11,3)	59 86,7(17,7)	36 89,1(12,0)

*T0 - linha de base; †T1 - 30 dias; ‡T2 - 90 dias; §T3 - 180 dias; ||T4- 360 dias de pós-operatório; ¶ M - média; ** (DP) - desvio-padrão.

No modelo inicial de regressão, idade, raça, tempo de anestesia, dor, enfrentamento focado na emoção, depressão e satisfação com suporte social não foram preditores de bem-estar subjetivo ($p > 0,05$). No modelo final da análise de regressão, observou-se que as variáveis tempo de cirurgia ($p \cong 0,000$), enfrentamento focado no problema ($p \cong 0,000$), ansiedade ($p = 0,007$) e satisfação conjugal ($p = 0,010$) foram preditoras de bem-estar subjetivo (Tabela 2).

Espera-se, para cada aumento de um ponto no enfrentamento focado no problema, que haja aumento relativo na média de bem-estar subjetivo de 5,9%. Para cada aumento de um ponto no escore de ansiedade, espera-se um aumento relativo na média de bem-estar de 0,6%. Já para cada aumento de um ponto no escore (da escala) de satisfação conjugal, espera-se um aumento relativo na média de bem-estar de 3,8%, sugerindo que quanto mais insatisfeito em relação ao

relacionamento conjugal maior o bem-estar subjetivo. Os participantes desta pesquisa não apresentaram diferença entre as médias de bem-estar dentre os diferentes períodos analisados, quando comparadas com T0.

Quando avaliadas as possíveis variáveis preditoras sociodemográficas, psicológicas e clínicas em relação à qualidade de vida, evidenciou-se que dor ($p \cong 0,000$), enfrentamento focado na emoção ($p = 0,013$), ansiedade ($p = 0,004$), depressão ($p = 0,009$) e satisfação conjugal ($p = 0,018$) foram preditoras de qualidade de vida (Tabela 3).

Espera-se, para cada aumento de um ponto nos escores de dor, que haja uma redução relativa de 1,4% na pontuação de qualidade de vida, bem como para cada aumento de um ponto no escore de depressão tenha-se redução relativa de 0,6% na pontuação de qualidade de vida.

Tabela 2 – Análise dos preditores de bem-estar subjetivo usando modelos lineares de métodos mistos. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016

Efeitos Fixos	Modelo Inicial			Modelo final			95% IC [†]
	β^*	Erro Padrão	p-valor	β^*	Erro Padrão	p-valor	
(Intercept)	0,713	0,216	0,001	0,810	0,036	0,000	2,094-2,414
Idade	0,000	0,001	0,913				
Raça Negra	0,022	0,036	0,548				
Raça Parda	-0,002	0,037	0,950				
Tempo de Cirurgia	-0,191	0,732	0,794	0,183	0,260	0,482	0,721-1,999
Tempo de Cirurgia 2 [‡]	0,573	0,032	0,030	0,865	0,253	0,000	1,444-3,907
Tempo de Anestesia	0,027	0,032	0,390				
Dor	-0,002	0,003	0,413				
Enfrentamento Focado no Problema	0,053	0,025	0,038	0,058	0,014	0,000	1,028-1,090
Enfrentamento Focado na Emoção	0,004	0,023	0,843				
Ansiedade	0,006	0,002	0,022	0,006	0,002	0,007	1,001-1,011
Depressão	0,001	0,003	0,728				
Satisfação com o Suporte Social	-0,013	0,015	0,387				
Satisfação Conjugal	0,037	0,015	0,015	0,037	0,014	0,010	1,009-1,068

* β - beta; [†]IC - intervalo de confiança; [‡]2 - Termos polinomiais de ordem quadrática.

Tabela 3 – Análise dos preditores de qualidade de vida usando modelos lineares de métodos mistos. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016

Efeitos Fixos	Modelo Inicial			Modelo final			95% IC [†]
	β^*	Erro Padrão	p-valor	β^*	Erro Padrão	p-valor	
(Intercept)	4,369	0,118	0,000	4,441	0,016	0,000	82,175-87,679
Idade	0,000	0,001	0,886				
Raça Negra	-0,017	0,028	0,537				
Raça Parda	0,006	0,028	0,814				
Tempo de Cirurgia	0,028	0,029	0,338				
Tempo de Anestesia	-0,022	0,024	0,371				
Dor	-0,013	0,003	0,000	-0,014	0,002	0,000	0,979-0,991
Enfrentamento Focado no Problema	0,272	0,254	0,284				
Enfrentamento Focado no Problema 2 [‡]	0,023	0,186	0,898				
Enfrentamento Focado na Emoção	-0,319	0,273	0,243	-0,149	0,155	0,336	0,635-1,167
Enfrentamento Focado na Emoção 2 [‡]	0,399	0,187	0,033	0,341	0,136	0,013	1,076-1,839
Ansiedade	-0,513	0,168	0,002	-0,472	0,164	0,004	0,452-0,860
Ansiedade2 [‡]	-0,436	0,130	0,001	-0,425	0,132	0,001	0,503-0,847
Depressão	-0,005	0,002	0,047	-0,006	0,002	0,009	0,988-0,998
Satisfação com o Suporte Social	0,010	0,013	0,432				
Satisfação Conjugal	-0,054	0,148	0,712	-0,061	0,147	0,676	0,703-1,255
Satisfação Conjugal 2 [‡]	0,294	0,140	0,037	0,330	0,139	0,018	1,058-1,829

* β - beta; [†]IC - intervalo de confiança; [‡]2 - Termos polinomiais de ordem quadrática.

Quando comparada com T0, a qualidade de vida foi inferior em todos os períodos no pós-operatório ($p < 0,05$). Portanto, espera-se uma redução relativa de 12,6% em T1, de 15,9% em T2, de 16,03% em T3 e de 7,5% em T4 nos escores de qualidade de vida em relação ao T0.

Discussão

A literatura aponta a ocorrência frequente de desbalanceamento ou desigualdade no número de

participantes em estudos longitudinais⁽⁵⁶⁾. Na presente pesquisa, houve variação do número de participantes nos tempos de avaliação. A perda de seguimento pode prejudicar a validade interna e conclusão do estudo⁽⁵⁷⁾, mas a saída de um participante pode ser reversível. Assim, considerar um único episódio de não resposta como não participação pode ser prematuro⁽⁵⁸⁾. Isso pressupõe que as análises podem incluir perdas temporárias em momentos anteriores, como ocorreu nesta pesquisa em T2 e T3 (Figura 1). Para ajustar os

dados às características do delineamento do estudo, foram realizadas análises por modelos de efeitos mistos, que aceitam que as medidas dos indivíduos não precisam ser iguais em todos os momentos⁽⁵⁶⁾.

Em relação às variáveis sociodemográficas, idade e raça/cor não foram preditoras, resultados similares apresentados em outros estudos^(55,59). Contudo, estudos apontam que idade superior a 60 anos propiciou maiores impactos na qualidade de vida⁽⁶⁰⁾ e que indivíduos de cor branca apresentaram melhor sobrevida quando comparados a negros⁽⁶¹⁻⁶²⁾.

Quanto às condições do procedimento cirúrgico, o tempo de cirurgia no presente estudo foi preditor de bem-estar subjetivo. Há relatos na literatura que tempo maior de cirurgia de prostatectomia radical relaciona-se com mais complicações, longos períodos de internação e custos mais elevados, o quais prejudicam o bem-estar do paciente^(21,63). O mecanismo pelo qual a alta hospitalar é prolongada e o processo de recuperação é afetado pode ser explicado pela complexidade da patologia que exigiu a intervenção cirúrgica e pela exposição prolongada ao procedimento anestésico-cirúrgico e aos agentes anestésicos⁽²²⁾. Estudo apontou que um aumento no tempo operatório de 30 a 60 minutos em cirurgia de prostatectomia radical foi associado a 1,6 e 2,8 vezes maior risco de eventos tromboembólicos venosos sintomáticos⁽²¹⁾. A relação do tempo de cirurgia e o bem-estar, na presente pesquisa, pode ser explicada pela avaliação cognitiva (positiva) do participante sobre ter passado com sucesso pelo procedimento anestésico cirúrgico, com expectativa de cura para o câncer de próstata.

O tratamento cirúrgico para o câncer de próstata envolve potenciais benefícios e riscos^(3,64-65). Fatores inerentes ao paciente e ao processo cirúrgico podem influenciar o desenvolvimento de problemas relacionados ao tratamento do câncer e ao seu tempo de duração. Muitos problemas persistem por anos, afetando a qualidade de vida e o bem-estar do paciente⁽⁶⁶⁻⁶⁸⁾.

Em relação às variáveis clínicas, a dor foi variável preditora de qualidade de vida, no presente estudo. Esse sintoma foi apontado como fator comum pós-prostatectomia radical, relacionado à redução da qualidade de vida dos pacientes, particularmente quanto ao funcionamento social, interferência na caminhada e no trabalho, mas o impacto nessas atividades diminuiu com o tempo⁽²⁴⁻²⁵⁾.

No presente estudo, em relação às variáveis emocionais, cabe destacar que ansiedade foi preditora de bem-estar subjetivo, como também de qualidade de vida. Já a depressão foi preditora apenas de qualidade de vida. Contudo, tanto na predição de ansiedade em relação ao bem-estar, assim como na de depressão em

relação à qualidade de vida, os resultados apontaram relação direta, isto é, quando se estima o aumento da primeira variável preditora, também se estima o da variável desfecho.

Sintomas psicológicos como ansiedade e depressão, segundo a literatura, foram relacionados a piores resultados no pós-operatório e qualidade de vida, bem como a sensibilidade de sintomas após a cirurgia, como a dor. Esses sintomas podem influenciar negativamente a motivação, o nível de energia, o enfrentamento da doença e a adesão dos pacientes ao tratamento⁽³⁴⁾.

O sofrimento emocional, vivenciado pelo paciente com câncer de próstata, pode estar relacionado ao medo das limitações inerentes à doença, tratamento e medo da morte. O estresse emocional também pode ser gerado por interpretações distorcidas da realidade, por avaliações reais ou recordações desagradáveis, bem como por projeções pessimistas frente às necessidades do tratamento⁽⁶⁹⁾. A ansiedade e depressão podem influenciar negativamente a motivação, a energia, o enfrentamento da doença, adesão ao tratamento e, conseqüentemente, o bem-estar dos pacientes⁽³⁴⁾.

Quanto ao tipo de enfrentamento, no presente estudo, aquele focado no problema foi preditor apenas de bem-estar subjetivo, enquanto que enfrentamento focado na emoção foi preditor de qualidade de vida. Um estudo apontou que a intensidade dos sintomas pós-operatórios foi inversamente relacionada com a capacidade de lidar com situações estressantes⁽²⁸⁾. Outra pesquisa mostrou que pacientes possuíam tendências para lidar por estilos focados em problemas em vez dos focados na emoção⁽³⁰⁾. Nesse sentido, o enfrentamento focado no problema foi capaz de prever positivamente o bem-estar psicológico, enquanto que o enfrentamento focado na emoção, negativamente⁽²⁹⁾. Pacientes submetidos à prostatectomia radical, que usaram o enfrentamento focado no problema, experimentaram menos ansiedade e sintomas depressivos quando comparados aos que usaram o enfrentamento centrado na emoção⁽⁷⁰⁾. O enfrentamento focado no problema foi preditor de qualidade de vida, no período de seis e doze meses de pós-operatório de prostatectomia radical⁽⁶⁸⁾.

Entretanto, em nossa pesquisa, o modo de enfrentamento focado na emoção foi preditor de qualidade de vida. Tal resultado traz uma nova reflexão sobre os modos de enfrentamento, uma vez que se contrapõem aos apontados na literatura^(30,68).

Em relação à variável satisfação com o suporte social, em que pese sua relevância em situações de doenças crônicas na qual o apoio da rede social se faz presente, neste estudo não foi preditor de bem-estar ou qualidade de vida.

A satisfação conjugal, entretanto, foi preditora tanto de bem-estar subjetivo quanto de qualidade de vida. Os resultados apontaram que para o aumento do escore da medida de satisfação conjugal, isto é, maior o desejo de mudança no relacionamento conjugal, era esperado aumento da qualidade de vida, assim como de bem-estar. Cabe supor que o tipo e o tempo de relacionamento conjugal podem ter influenciado tais resultados. É possível que o manejo de situações, tais como as enfrentadas por homens submetidos à prostatectomia radical, resulte em insatisfação conjugal. Por outro lado, o afastamento das cobranças exigidas pelo cônjuge pode resultar em aumento do bem-estar do paciente. O suporte marital é relatado na literatura como preditor de qualidade de vida⁽³⁷⁻³⁹⁾.

No tratamento do câncer de próstata, os cônjuges assumem o papel de manter o equilíbrio emocional, internalizando seus sentimentos para tentar manter uma perspectiva positiva para seus parceiros. A resposta dos cônjuges aos resultados do tratamento pode afetar sua própria qualidade de vida e a dos pacientes^(38,71). Um estudo apontou que o apoio conjugal foi associado a níveis mais elevados de qualidade de vida e foi essencial para o ajuste conjugal⁽⁷²⁻⁷³⁾.

Ao se considerar as variáveis desfecho do presente estudo, cabe reiterar a associação do bem-estar subjetivo aos aspectos da saúde mental e, em menor grau, às variáveis físicas⁽⁷⁴⁾. O bem-estar subjetivo pode ser afetado por vários fatores, tais como características de personalidade, condição de saúde, capacidade de gerenciar a vida econômica, presença de relacionamentos de apoio, local onde mora, liberdade de fazer escolhas de vida e gostar do que faz⁽⁷⁻⁸⁾. No presente estudo (Tabela 2), foram fatores preditores de bem-estar o tempo de cirurgia, a ansiedade, o enfrentamento focado no problema e o desejo de mudanças na satisfação conjugal.

A distribuição das médias de bem-estar de T1 a T4 não sugeriu diferenças em relação a T0. Tal resultado pode estar relacionado ao período de observação (360 dias), o qual pode ter sido insuficiente para que houvesse a recuperação dos efeitos psicológicos inerentes às frustrações, bem como à não aceitação de mudanças exigidas pela doença e tratamento. Por conseguinte, o nível de bem-estar manteve-se estável, diferentemente do estudo que relata que, nos primeiros meses após a prostatectomia radical, esse fator permaneceu estável mas aumentou após três meses⁽⁶⁾.

No presente estudo, como exposto, o aumento do bem-estar apresentou relação com maior desejo de alterar a condição conjugal. Dessa forma, esses resultados podem ser considerados díspares, pois a literatura relata que o aumento do bem-estar está relacionado ao aumento da satisfação conjugal^(38,71).

O aumento da ansiedade também apresentou relação positiva com aumento de qualidade de vida. Por outro lado, a literatura destaca que é considerada preditora de diversos resultados indesejáveis após cirurgia, embora tenha sido considerada preditora de qualidade de vida em estudo com homens prostatectomizados⁽⁷⁰⁾

A relevância em identificar o nível de bem-estar apoia-se nas evidências de estudos que apontaram ter o alto nível de bem-estar subjetivo contribuído no processo de recuperação cirúrgica, uma vez que elevou o nível de energia do paciente e favoreceu o desenvolvimento das atividades de vida diária⁽⁶⁻⁸⁾, além de ter atuado como fator protetor contra doenças mentais, sintomas psicopatológicos e marcadores biológicos de saúde física⁽⁷⁵⁾. Por outro lado, bem-estar baixo influenciou de forma negativa os resultados funcionais e emocionais do paciente no pós-operatório⁽⁷⁶⁾. O impacto negativo no bem-estar psicológico e no estado de saúde geral após prostatectomia radical foi relacionado a problemas fisiológicos, como incontinência urinária e/ou disfunção erétil, derivados do tratamento cirúrgico⁽⁷⁷⁻⁷⁸⁾.

Em relação à outra variável desfecho deste estudo, a qualidade de vida, cabe apontar que em todos os períodos do pós-operatório os escores médios obtidos foram inferiores ao de T0, sugerindo que em T4 os participantes não haviam recuperado ainda a condição da linha de base. Contudo, um estudo apontou que cerca de 90% dos pacientes chegaram à linha de base, em domínios de qualidade de vida, em um período médio de cinco meses⁽²⁷⁾. Outro identificou que a qualidade de vida, tanto no período de três como no de seis meses, foi inferior à linha de base, principalmente os resultados referentes à função urinária⁽⁷⁹⁾. Autores relatam que a persistência de efeitos adversos como impotência sexual e incontinência urinária podem perdurar por período de dois⁽⁴⁾ a quatro anos⁽⁸⁰⁾, o que reforça os achados do presente estudo.

Frente aos fatores que podem influenciar a qualidade de vida, estudados nesta pesquisa, nota-se que dor, ansiedade e depressão foram fatores preditores negativos para qualidade de vida, enquanto que estratégia de enfrentamento focado na emoção e altos escores na escala de satisfação conjugal foram preditores positivos (Tabela 3).

Os desafios gerados pelo câncer de próstata não só afetam a qualidade de vida do indivíduo, mas também prejudicam a qualidade da relação entre os pacientes e seus cônjuges. Estudos apontam que o estresse geral associado ao cuidado e às preocupações evidenciaram perturbação do sono e da sensação de bem-estar, além de diminuir a qualidade de vida do cônjuge⁽⁷¹⁾. Além disso, os casais que usaram estratégias para evitar ou se defenderem das preocupações com o câncer e com

as mudanças sexuais lidaram melhor com perdas e transformações relacionadas à prostatectomia⁽³⁹⁾. Nesse sentido, os resultados desta pesquisa são díspares, uma vez que desejo de alterar a condição conjugal vivenciada, ou seja, a não satisfação conjugal, resultou em relação positiva com qualidade de vida, a exemplo do que já havia sido descrito para bem-estar. Além disso, o enfrentamento focado na emoção relacionado positivamente à qualidade de vida diverge do esperado, mas pode representar as expectativas de que os esforços cognitivos e comportamentais direcionados para reduzir estresse emocional resultem em melhor qualidade de vida.

Não se identificou na literatura pesquisas com as mesmas características que expliquem as relações positivas da condição de desejo de mudança nos níveis de satisfação conjugal com o bem-estar e a qualidade de vida. Tais relações poderão ser explanadas por novos estudos que considerem as possíveis variáveis mediadoras ou moderadoras deste resultado, tais como estratégia de enfrentamento, padrões sociais, valores, expectativas do papel do cônjuge, condições de saúde, dentre outras.

Os resultados apresentados reforçam algumas relações de predição descritas na literatura, mas, para outras variáveis, tais relações não se sustentam, nas condições deste estudo. No tocante a tais divergências, esta pesquisa fornece suporte para investigações futuras, em especial por ter empregado medidas válidas, com valores alfas de Cronbach adequados, para obtenção dos dados. Além disso, contribui para despertar a atenção da equipe de saúde sobre a influência de tais variáveis na recuperação do paciente ao ser submetido à prostatectomia.

Entretanto, algumas limitações podem ser apontadas: o preenchimento dos instrumentos mediante leitura das instruções e dos itens pelo pesquisador; a operacionalização da coleta de dados, que contou com importante perda de seguimento; e a variação do tempo de janela para coleta de dados, condicionada à dinâmica do ambulatório ou à necessidade clínica dos participantes.

Conclusão

Os resultados desta pesquisa apontam que as variáveis tempo de cirurgia, enfrentamento focado no problema, ansiedade e desejo de mudança nos níveis de satisfação conjugal foram preditores para o bem-estar subjetivo. Já as variáveis dor, ansiedade e depressão foram preditores negativos, enquanto estratégia de enfrentamento focado na emoção, e o desejo de mudança nos níveis de satisfação conjugal foram preditores positivos de qualidade de vida para homens

submetidos à prostatectomia radical, no período de um ano. Dessa forma, esta pesquisa apresenta alguns resultados de predição distintos dos apresentados na literatura: a satisfação conjugal apresentou relação inversa como preditor de qualidade de vida e bem-estar, o modo de enfrentamento focado na emoção foi preditor de qualidade de vida e a ansiedade foi preditora positiva de bem-estar social.

Referências

1. Klein J, Ludecke D, Hofreuter-Gatgens K, Fisch M, Graefen M, Von Dem Knesebeck O. Income and health-related quality of life among prostate cancer patients over a one-year period after radical prostatectomy: a linear mixed model analysis. *Qual Life Res.* 2017;1(1):1-11. doi: <http://doi.org/10.1007/s11136-017-1582-9>.
2. World Health Organization (WHO). Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020. [Internet]. [cited May 31, 2017]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/>.
3. Novara G, Ficarra V, Rosen RC, Artibani W, Costello A, Eastham JA, et al. Systematic review and meta-analysis of perioperative outcomes and complications after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2012;62(3):431-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2012.05.044>.
4. Bessaoud F, Orsini M, Iborra F, Rebillard X, Faix A, Soulier M, et al. [Urinary incontinence and sexual dysfunction after treatment of localized prostate cancer: Results from a population aged less than 65 years old]. *Bull Cancer.* 2016;103(10):829-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bulcan.2016.09.011>.
5. Amorim GLCC, Cruz GMG, Veloso DFM, Kartabil JD, Vieira JC, Alves PR. Análise comparativa das técnicas de prostatectomia radical perineal e suprapúbica na abordagem do câncer de próstata localizado. *Einstein.* 2010;8(2):200-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010ao1592>.
6. Lee WR, Hall MC, McQuellon RP, Case LD, McCullough DL. A prospective quality-of-life study in men with clinically localized prostate carcinoma treated with radical prostatectomy, external beam radiotherapy, or interstitial brachytherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2001;51(3):614-23. doi: [http://doi.org/10.1016/S0360-3016\(01\)01707-2](http://doi.org/10.1016/S0360-3016(01)01707-2).
7. Ngamaba KH. Determinants of subjective well-being in representative samples of nations. *Eur J Public Health.* 2016;1(1):1-6. doi: <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckw103>.
8. Wang M, Wang S, Zhang X, Xia Q, Cai G, Yang X, et al. Analysis on the situation of subjective well-being and its influencing factors in patients with ankylosing

- spondylitis. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14(1):118. doi: <http://doi.org/10.1186/s12955-016-0522-7>.
9. Albuquerque SA, Troccoli BT. Development of a subjective well-being scale. *Psicologia: Teor Pesq*. 2004;20(2):153-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000200008>.
10. Giacomoni, HC. Subjective well-being: the search for quality of life. *Temas Psicol*. [Internet]. 2004 June [cited Sept 19, 2017];12(1):43-50. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v12n1/v12n1a05.pdf>.
11. Kuykendall L, Tay L, Ng V. Leisure engagement and subjective well-being: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2015;141(2):364-403. doi: <http://doi.org/10.1037/a0038508>.
12. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL).. In: *Quality of life assessment: international Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-642-79123-9_4.
13. Adamowicz K. Assessment of quality of life in advanced, metastatic prostate cancer: an overview of randomized phase III trials. *Qual Life Res*. 2016;26(4):813-22. doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1429-9>.
14. Aarts MA, Okrainec A, Glicksman A, Pearsall E, Victor JC, McLeod RS. Adoption of enhanced recovery after surgery (ERAS) strategies for colorectal surgery at academic teaching hospitals and impact on total length of hospital stay. *Surg Endosc*. 2012;26(2):442-50. doi: <http://doi.org/10.1007/s00464-011-1897-5>.
15. Mortensen K, Nilsson M, Slim K, Schafer M, Mariette C, Braga M, et al. Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Br J Surg*. 2014;101(10):1209-29. doi: <http://doi.org/10.1002/bjs.9582>.
16. Nanavati AJ, Prabhakar S. Fast-track surgery: Toward comprehensive peri-operative care. *Anesth Essays Res*. 2014;8(2):127-33. doi: <http://doi.org/10.4103/0259-1162.134474>.
17. Romanzini AE, Carvalho EC, Galvão CM. Delayed surgical recovery: a concept analysis. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(05):956-60. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680526i>.
18. Katter JK, Greenglass E. The influence of mood on the relation between proactive coping and rehabilitation outcomes. *Can J Aging*. 2013;32(1):13-20. doi: <http://doi.org/10.1017/S071498081200044X>.
19. Ding Y, Wu H, Warden C, Steele L, Liu X, Iterson MV, et al. Gene Expression Differences in Prostate Cancers between Young and Old Men. *PLoS Genet*. 2016;12(12):e1006477. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pgen.1006477>.
20. Ferrer M, Guedea F, Suarez JF, de Paula B, Macias V, Marino A, et al. Quality of life impact of treatments for localized prostate cancer: cohort study with a 5 year follow-up. *Radiother Oncol*. 2013;108(2):306-13. doi: <http://doi.org/10.1016/j.radonc.2013.05.038>.
21. Abel EJ, Wong K, Sado M, Levenson GE, Patel SR, Downs TM, et al. Surgical operative time increases the risk of deep venous thrombosis and pulmonary embolism in robotic prostatectomy. *JSLs*. 2014;18(2):282-7. doi: <http://doi.org/10.4293/JSLs.2014.00101>.
22. Harrison OJ, Smart NJ, White P, Brigid A, Carlisle ER, Allison AS, et al. Operative time and outcome of enhanced recovery after surgery after laparoscopic colorectal surgery. *JSLs*. 2014;18(2):265-72. doi: <http://doi.org/10.4293/108680813X13753907291918>.
23. Gainsburg DM, Wax D, Reich DL, Carlucci JR, Samadi DB. Intraoperative management of robotic-assisted versus open radical prostatectomy. *JSLs*. 2010;14(1):1-5. doi: <http://doi.org/10.4293/108680810X12674612014266>.
24. Sall M, Madsen FA, Rhodes PR, Jonler M, Messing EM, Bruskewitz RC. Pelvic pain following radical retropubic prostatectomy: a prospective study. *Urology*. 1997;49(4):575-9. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295\(96\)00570-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295(96)00570-5).
25. Haythornthwaite JA, Raja SN, Fisher B, Frank SM, Brendler CB, Shir Y. Pain and quality of life following radical retropubic prostatectomy. *J Urol*. 1998;160(5):1761-4. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347\(01\)62400-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347(01)62400-5).
26. Khan RS, Ahmed K, Blakeway E, Skapinakis P, Nihoyannopoulos L, Macleod K, et al. Catastrophizing: a predictive factor for postoperative pain. *Am J Surg*. 2011;201(1):122-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2010.02.007>.
27. Kirschner-Hermanns R, Jakse G. Quality of life following radical prostatectomy. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2002;43(2):141-51. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1040-8428\(02\)00026-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1040-8428(02)00026-4).
28. Kjolhede P, Borendal Wodlin N, Nilsson L, Fredrikson M, Wijma K. Impact of stress coping capacity on recovery from abdominal hysterectomy in a fast-track programme: a prospective longitudinal study. *BJOG*. 2012;119(8):998-1006. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03342.x>.
29. Mayordomo T, Viguer P, Sales A, Satorres E, Melendez JC. Resilience and Coping as Predictors of Well-Being in Adults. *J Psychol*. 2016;150(7):809-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2016.1203276>.
30. Asuzu CC, Elumelu TN. Assessing cancer patients' quality of life and coping mechanisms in Radiotherapy

- Department of the University College Hospital, Ibadan. *Psychooncology*. 2013;22(10):2306-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3290>.
31. Scholz U, Knoll N, Roigas J, Gralla O. Effects of provision and receipt of social support on adjustment to laparoscopic radical prostatectomy. *Anxiety Stress Coping*. 2008;21(3):227-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10615800801983759>.
32. Mehnert A, Lehmann C, Graefen M, Huland H, Koch U. Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *Eur J Cancer Care*. (Engl). 2010;19(6):736-45. doi: <https://doi.org/10.1080/10615800801983759>.
33. Yilmaz M, Sezer H, Gurler H, Bekar M. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *J Clin Nurs*. 2012;21(7-8):956-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03799.x>.
34. Duivenvoorden T, Vissers MM, Verhaar JA, Busschbach JJ, Gosens T, Bloem RM, et al. Anxiety and depressive symptoms before and after total hip and knee arthroplasty: a prospective multicentre study. *Osteoarthr Cartil*. 2013;21(12):1834-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joca.2013.08.022>.
35. Punnen S, Cowan JE, Dunn LB, Shumay DM, Carroll PR, Cooperberg MR. A longitudinal study of anxiety, depression and distress as predictors of sexual and urinary quality of life in men with prostate cancer. *BJU Int*. 2013;112(2):E67-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/bju.12209>.
36. Tavlarides AM, Ames SC, Diehl NN, Joseph RW, Castle EP, Thiel DD, et al. Evaluation of the association of prostate cancer-specific anxiety with sexual function, depression and cancer aggressiveness in men 1 year following surgical treatment for localized prostate cancer. *Psychooncology*. 2013;22(6):1328-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3138>.
37. Pereira RF, Daibs YS, Tobias-Machado M, Pompeo ACL. Quality of life, behavioral problems, and marital adjustment in the first year after radical prostatectomy. *Clin Genitourin Cancer*. 2011;9(1):53-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clgc.2011.05.005>.
38. Zhou ES, Kim Y, Rasheed M, Benedict C, Bustillo NE, Soloway M, et al. Marital satisfaction of advanced prostate cancer survivors and their spousal caregivers: the dyadic effects of physical and mental health. *Psychooncology*. 2011;20(12):1353-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1855>.
39. Wittmann D, Northouse L, Crossley H, Miller D, Dunn R, Nidetz J, et al. A pilot study of potential pre-operative barriers to couples' sexual recovery after radical prostatectomy for prostate cancer. *J Sex Marital Ther*. 2015;41(2):155-68. doi: <http://doi.org/10.1080/092623X.2013.842194>.
40. Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. Research designs. *Acta Cir Bras*. 2005;20(Supl.2):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>.
41. Webster G, Ikino CMY, Salles BW, Lino AR, Manoel EN, Carreirão W Filho. Evaluating the effect of the temporomandibular disorder treatment over tinnitus. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2011;15(3):327-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-48722011000300010>.
42. Martinez EJ, Grassi DC, Marques LG. Analysis of the applicability of different pain questionnaires in three hospital settings: outpatient clinic, ward and emergency unit. *Rev Bras Reumatol*. 2011;15(4):299-308. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042011000400002>.
43. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol*. 1985;48(1):150-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>.
44. Savóia MG, Santana PR, Mejias N. The adaptation of Coping Strategies Inventory by Folkman and Lazarus into Portuguese. *Psicol USP*. [Internet]. 1996 [cited 19 Sept, 2017];7(1-2):183-201. Available from: <http://www.periodicos.usp.br/psicosp/article/view/34538>.
45. Nunes TS, Abrahão AR. Maternal repercussions of fetal anomaly pre-natal diagnosis. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(5):565-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600078>.
46. Pompeo DA, Carvalho A, Olive AM, Souza MGG, Galera SAF. Strategies for coping with family members of patients with mental disorders. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24(e2799):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1311.2799>.
47. Dunkel-Schetter C, Folkman S, Lazarus RS. Correlates of social support receipt. *J Pers Soc Psychol*. 1987;53(1):71-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.71>.
48. Cormier-Daigle M, Stewart M. Support and coping of male hemodialysis-dependent patients. *Int J Nurs Stud*. 1997;34(6):420-30. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489\(97\)00035-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(97)00035-7).
49. Lev EL, Eller LS, Gejerman G, Lane P, Owen SV, White M, et al. Quality of life of men treated with brachytherapies for prostate cancer. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2(28):1-11. doi: <http://doi.org/10.1186/1477-7525-2-28>.
50. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.

51. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia CJ, Pereira WAB. Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). *Rev Saúde Pública*. 1995;29(5):355-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>.
52. Ribeiro JLP. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Anal Psicológica*. [Internet]. 1999 [Acesso 19 set 2017]; 17(3):547-58. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>.
53. Dela Coleta MF. Locus of control and marital satisfaction. *Psicol: Teor Pesq*. [Internet]. 1992 [Acesso Sept 19, 2017]; 8(2):243-52. Available from: <http://periodicos.unb.br/index.php/revistatp/article/view/20470/14576>.
54. Wei JT, Dunn RL, Litwin MS, Sandler HM, Sanda MG. Development and validation of the expanded prostate cancer index composite (EPIC) for comprehensive assessment of health-related quality of life in men with prostate cancer. *Urology*. 2000;56(6):899-905. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295\(00\)00858-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295(00)00858-X).
55. Alves E, Medina R, Andreoni C. Validation of the Brazilian version of the Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) for patients submitted to radical prostatectomy. *Int. Braz J Urol*. 2013;39(3):344-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2013.03.07>.
56. Fausto MA, Carneiro M, Antunes CMF, Pinto JA, Colosimo EA. Mixed linear regression model for longitudinal data: application to an unbalanced anthropometric data set. *Cad Saúde Pública*. 2008;4(3):513-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300005>.
57. Oliveira MAP, Parente RCM. Cohort and Case-Control Studies in the Evidence-Based Medicine Era. *Bras. J Video-Sur*. [Internet]. 2010 [cited April 5, 2018];3(3):115-25. Disponível em: https://www.sobracil.org.br/revista/jv030303/bjvs030303_115.pdf.
58. Barreto SM, Ladeira RM, Bastos MSCBO, Diniz MFHS, Jesus IA, Kelles SMB, et al. ELSA-Brasil strategies for outcome identification, investigation and ascertainment. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(supl.2):79-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003836>.
59. Mata LRF, Carvalho EC, Gomes CRG, Silva AC, Pereira MG. Postoperative self-efficacy and psychological morbidity in radical prostatectomy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(5):806-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0456.2618>.
60. Ji G, Huang C, Song G, Xiong G, Fang D, Wang H, et al. Are the Pathological Characteristics of Prostate Cancer More Aggressive or More Indolent Depending upon the Patient Age? *Biomed Res Int*. 2017;2017(1):1-6. doi: <https://doi.org/10.1155/2017/1438027>.
61. Cohen JH, Schoenbach VJ, Kaufman JS, Talcott JA, Schenck AP, Peacock S, et al. Racial differences in clinical progression among Medicare recipients after treatment for localized prostate cancer (United States). *Cancer Causes Control*. 2006;17(6):803-11. doi: <https://doi.org/10.1007/s10552-006-0017-7>.
62. Pietro GD, Chornokur G, Kumar NB, Davis C, Park JY. Racial Differences in the Diagnosis and Treatment of Prostate Cancer. *Int Neurourol J*. 2016;20(Suppl.2):112-9. doi: <https://doi.org/10.5213/inj.1632722.361>.
63. Saldanha OR, Salles AG, Llaverias F, Saldanha OR Filho, Saldanha CB. Predictive factors for complications in plastic surgery procedures - suggested safety scores. *Rev Bras Cir Plást*. 2014;29(1):105-13. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/2177-1235.2014RBCP0018>.
64. Eisemann N, Nolte S, Schnoor M, Katalinic A, Rohde V, Waldmann A. The ProCaSP study: quality of life outcomes of prostate cancer patients after radiotherapy or radical prostatectomy in a cohort study. *BMC Urol*. 2015;15(28):1-11. doi: <http://doi.org/10.1186/s12894-015-0025-6>.
65. Chambers SK, Ferguson M, Gardiner RA, Aitken J, Occhipinti S. Intervening to improve psychological outcomes for men with prostate cancer. *Psychooncology*. 2013;22(5):1025-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3095>.
66. He F, Cao R, Feng Z, Guan H, Peng J. The impacts of dispositional optimism and psychological resilience on the subjective well-being of burn patients: a structural equation modelling analysis. *PLoS ONE*. 2013;8(12):e82939. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0082939>.
67. McDonough MH, Sabiston CM, Wrosch C. Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psychooncology*. 2014;23(1):114-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3380>.
68. Lev EL, Eller LS, Gejerman G, Kolassa J, Colella J, Pezzino J, et al. Quality of life of men treated for localized prostate cancer: outcomes at 6 and 12 months. *Support Care Cancer*. 2009;17(5):509-17. doi: <http://doi.org/10.1007/s00520-008-0493-2>.
69. Pereira MG, Ponte M, Ferreira G, Machado JC. Quality of life in patients with skin tumors: the mediator role of body image and social support. *Psychooncology*. 2017;26:815-21. doi: <http://doi.org/10.1002/pon.4236>.
70. Lafaye A, Petit S, Richaud P, Houede N, Baguet F, Cousson-Gelie F. Dyadic effects of coping strategies on emotional state and quality of life in prostate cancer patients and their spouses. *Psychooncology*. 2014;23(7):797-803. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3483>.

71. Harden JK, Sanda MG, Wei JT, Yarandi H, Hembroff L, Hardy J, et al. Partners' long-term appraisal of their caregiving experience, marital satisfaction, sexual satisfaction, and quality of life 2 years after prostate cancer treatment. *Cancer Nurs.* [Internet]. 2013 [cited Sept 19, 2017]; 36(2):104-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3814170/>.
72. Pereira RF, Daibs YS, Tobias-Machado M, Pompeo AC. Quality of life, behavioral problems, and marital adjustment in the first year after radical prostatectomy. *Clin Genitourin Cancer.* 2011;9(1):53-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clgc.2011.05.005>.
73. Zhou ES, Kim Y, Rasheed M, Benedict C, Bustillo NE, Soloway M, et al. Marital satisfaction of advanced prostate cancer survivors and their spousal caregivers: the dyadic effects of physical and mental health. *Psycho-Oncology.* 2011;20(12):1353-7. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.1855>.
74. Mandel P, Preisser F, Graefen M, Steuber T, Salomon G, Haese A, et al. High Chance of Late Recovery of Urinary and Erectile Function Beyond 12 Months After Radical Prostatectomy. *Eur Urol.* 2017;71(6):848-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2016.09.030>.
75. Weiss LA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. Can We Increase Psychological Well-Being? The Effects of Interventions on Psychological Well-Being: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE.* 2016;11(6):e0158092. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0158092>.
76. Barlesi F, Doddoli C, Loundou A, Pillet E, Thomas P, Auquier P. Preoperative psychological global well being index (PGWBI) predicts postoperative quality of life for patients with non-small cell lung cancer managed with thoracic surgery. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2006;30(3):548-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcts.2006.05.032>.
77. Ficarra V, Righetti R, D'Amico A, Piloni S, Balzarro M, Schiavone D, et al. General state of health and psychological well-being in patients after surgery for urological malignant neoplasms. *Urol Int.* 2000;65(3):130-4. doi: <http://doi.org/10.1159/000064857>.
78. Sopko NA, Burnett AL. Erection rehabilitation following prostatectomy--current strategies and future directions. *Nat Rev Urol.* 2016;13(4):216-25. doi: <http://doi.org/10.1038/nrurol.2016.47>.
79. Wagner AA, Cheng PJ, Carneiro A, Dovirak O, Khosla A, Taylor KN, et al. Clinical Use of Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice to Assess Patient Reported Prostate Cancer Quality of Life Following Robot-Assisted Radical Prostatectomy. *J Urol.* 2016;197(1):1-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2016.07.080>.
80. Lee TK, Breau RH, Mallick R, Eapen L. A systematic review of expanded prostate cancer index composite (EPIC) quality of life after surgery or radiation treatment. *Can J Urol.* [Internet]. 2015 [cited Sept 19, 2017]; 22(1):7599-606. Available from: <http://www.canjurol.com/abstract.php?ArticleID=2860&PMID=&version=1.0>.

Recebido: 02.02.2018

Aceito: 06.05.2018

Correspondência:

Emilia Campos de Carvalho
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: ecdcava@eerp.usp.br

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.