



Influência de sintomas depressivos na qualidade de vida em homens diagnosticados com câncer de próstata

Influence of symptoms of depression on the quality of life of men diagnosed with prostate cancer

Taysi Seemann¹
Fernanda Pozzobom¹
Melissa de Carvalho Souza Vieira¹
Leonessa Boing¹
Zenite Machado¹
Adriana Coutinho de Azevedo Guimarães¹

Resumo

Objetivo: Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em homens com diagnóstico de câncer de próstata e a associação com *scores* de qualidade de vida e fatores relacionados ao tratamento. **Métodos:** Estudo transversal composto por 85 homens, com média de idade de 66 ± 8 anos, diagnosticados com câncer de próstata; utilizou-se um questionário com instrumentos previamente validados onde investigaram-se as características sociais, demográficas, econômica, história da doença, qualidade de vida (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30 - EORTC QLQ-C30/QLQ-PR25*) e sintomas depressivos (Inventário de Depressão de Beck). Foi considerado como desfecho a presença de sintomas depressivos, sendo realizadas análises estatísticas por meio do teste qui-quadrado, teste Exato de Fisher, teste U de Mann Whitney e Regressão de Poisson ($p < 0,05$). **Resultados:** Foram encontrados resultados significativos para a qualidade de vida na escala funcional, saúde global e sintomática ($p < 0,001$), em relação aos sintomas depressivos. Demonstrando que a presença de sintomas depressivos está relacionada à qualidade de vida mais negativa. **Conclusões:** Para a melhor compreensão sobre o câncer prostático e suas consequências na qualidade de vida dos pacientes faz-se necessário levar em consideração as possíveis alterações nos aspectos psicológicos ocorridos diante da realidade dessa doença, uma vez que os sintomas depressivos têm sido frequentes em pacientes no tratamento do câncer de próstata.

Palavras-chave: Neoplasia da Próstata. Qualidade de Vida. Sintomas Depressivos.

Abstract

Objective: to evaluate the prevalence of symptoms of depression among men diagnosed with prostate cancer and their association with quality of life and treatment-related factors. **Methods:** a cross-sectional study of 85 men with a mean age of 66 ± 8 years who were diagnosed with prostate cancer was performed. The survey was based on a questionnaire with previously validated instruments which investigated social, demographic and economic characteristics, the history of the disease, quality of life (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Questionnaire C30 - EORTC QLQ-C30 / QLQ-PR25*) and symptoms of depression (Beck Depression Inventory). The presence

Keywords: Prostate Neoplasm. Quality of Life. Depression Symptoms.

¹ Universidade do Estado de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Ciência do Movimento Humano. Florianópolis, SC, Brasil.

of symptoms of depression was considered an outcome, and statistical analyzes were performed using the Chi-square test, Fisher's exact test, Mann Whitney U test and Poisson regression ($p < 0.05$). *Results:* significant results were found for quality of life in relation to symptoms of depression in the functional, global and symptomatic health scale ($p < 0.001$). This demonstrates that the presence of symptoms of depression is related to a negative quality of life. *Conclusions:* for a greater understanding of prostate cancer and its consequences on the quality of life of patients it is important to consider possible disorders in psychological aspects caused by the illness, as symptoms of depression are frequent in patients undergoing treatment for prostate cancer.

INTRODUÇÃO

Tendo aumentado sua incidência desde a década de 60, o câncer de próstata é considerado um problema de saúde pública em nível mundial¹, sendo o sexto tipo de câncer mais comum no mundo, representando cerca de 10% do total de cânceres². No Brasil, é o segundo tipo de câncer mais comum entre os homens e estima-se que no biênio de 2016-2017, dos 600 mil novos casos de câncer, 61 mil sejam de câncer de próstata³. A Sociedade Brasileira de Urologia⁴ salienta que Santa Catarina está entre os estados brasileiros com maior incidência de casos.

O aumento dessa incidência ao longo dos anos pode ser elucidado pela evolução dos métodos diagnósticos e a melhora da qualidade dos sistemas de informação do país⁵. Diante dessa maior incidência, é preciso estar atento, não apenas ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, mas também ao pós-tratamento e a percepção que o indivíduo tem sobre sua qualidade de vida⁶, uma vez que todas as modalidades terapêuticas apresentam riscos significativos e efeitos colaterais aos pacientes⁵.

Dentre as modalidades de tratamento para o câncer de próstata, a prostatectomia radical é a mais antiga e possivelmente a mais eficaz⁷, no qual o paciente é submetido a retirada total da próstata. Tal método pode causar diversos efeitos colaterais, tais como a estenose uretral, incontinência urinária, disfunção erétil⁸, além de fadiga, angustia geral, incapacidade funcional e depressão^{8,9}, fatores que podem afetar consideravelmente a qualidade de vida desses homens⁵.

A depressão é apontada, em estudos que avaliaram a qualidade de vida e o câncer de próstata, como um dos principais problemas psicológicos mais apresentados¹⁰⁻¹², estando presente em um a cada cinco pacientes¹³. O quadro de depressão pode

desencadear problemas relacionados à recuperação e diminuição da imunidade, minimizando as chances de sobrevivência dos pacientes¹⁴, além disso o tratamento do câncer, por meio da quimioterapia adjuvante pode aumentar ainda mais o risco a depressão¹⁵. O paciente convive diariamente com a dor, mutilações físicas e ameaça de morte, que por vezes não são cessadas com a cirurgia ou o final do tratamento convencional, pois existe o fantasma da metástase e da recorrência da doença, levando a estados de depressão e qualidade de vida negativa¹³.

Investigações que abordem a relação dos sintomas depressivos com a qualidade de vida de pacientes com câncer de próstata são de extrema importância, uma vez que o maior conhecimento acerca do tema pode auxiliar no tratamento e pós-tratamento dessa doença, bem como a promoção do bem-estar social e mental desses pacientes, tão necessário ao seu dia-a-dia. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência de sintomas depressivos em homens com diagnóstico de câncer de próstata e a associação com *escores* de qualidade de vida e fatores relacionados ao tratamento.

MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como observacional analítico de delineamento transversal, composto por 85 homens diagnosticados com câncer de próstata em tratamento ou após tratamento no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) da cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. O recrutamento desses homens ocorreu nos setores do CEPON; no centro de quimioterapia, radioterapia, fisioterapia e salas de espera dos consultórios médicos. A seleção destes foi feita a partir dos critérios de inclusão, ou seja, ter entre 40 e 80 anos e encontrar-se durante

a fase de tratamento ou pós-tratamento clínico. Como critérios de exclusão, determinou-se o nível de escolaridade na classificação analfabeta devido à necessidade de compreensão do questionário, o tratamento oncológico prévio em outra instituição que não o CEPON ou apresentar diagnóstico de metástase, para evitar viés do tipo de tratamento e prognóstico. O tamanho do cálculo amostral foi realizado, com nível de significância de 5%, poder do teste de 80% e tamanho do efeito médio de 0,5 considerando o teste de comparação de médias, desta maneira, foram necessários 102 pacientes para compor a amostra.

Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, aplicado por três pesquisadoras capacitadas para a coleta. Todos os pacientes que aceitaram participar voluntariamente do estudo foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O questionário estruturado contemplou as variáveis de caracterização geral da amostra, medidas antropométricas (massa corporal e estatura), sintomas depressivos e qualidade de vida. As características gerais e da doença (idade, estado conjugal, escolaridade, nível econômico, presença de doenças, intervenção cirúrgica), assim como as medidas antropométricas foram autorreferidas.

A classificação do *status* de peso, foi feita por meio do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e categorizada de acordo com a OMS¹⁶, a qual sugere: magreza (IMC<18,4); eutrofia (IMC 18,5-24,9); sobrepeso (IMC 25,0-29,9); pré-obesidade e obesidade (IMC>30,0), sendo que para o presente estudo, para fins estatísticos, optou-se por agrupar as categorias em peso normal (magreza e eutrofia) e acima do peso (sobrepeso, pré-obesidade e obesidade) devido aos menores números nas referidas categorias.

O nível econômico foi verificado por meio do critério do IBGE classificando os sujeitos em estratos econômicos A, B, C, D e E, de acordo com o número de salários mínimos contabilizados na renda familiar mensal, tendo como base o salário mínimo de 2014 de R\$ 724,00. Em função do menor número de homens nas categorias, agrupou-se os sujeitos em classe alta (A+B), classe média (C), e classe baixa (D+E).

A qualidade de vida foi investigada por meio do questionário *European Organization for Research and*

*Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30 - EORTC QLQ-C30*¹⁷, validado no Brasil com alfa de cronbach de 0.72 para a escala de saúde global, 0.86 para a escala funcional e 0,81 para a escala sintomática^{1,18}. Esse questionário tem por base verificar a qualidade de vida de pacientes com câncer nas últimas quatro semanas, nas escalas: funcional (física, funcional, emocional, social e cognitiva), sintomática (fadiga, dor e náuseas/vômitos, dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras) e de saúde global. A pontuação das questões resulta em *escores* de 0 a 100, sendo que para as escalas funcional e de saúde global, quanto maior o valor encontrado melhor qualidade de vida, diferentemente, para a escala sintomática, o maior valor representa maior presença de sintomas, determinando uma pior qualidade de vida. O EORTC QLQ-C30 é complementado por módulos específicos para diversos tipos de câncer e, especificamente, para o câncer de próstata utilizou-se o QLQ-PR25. Tal instrumento possui 25 questões incorporadas em escalas multi-itens, com a finalidade de mensurar os sintomas do tratamento referentes à semana antecedente, sintomas ocorridos nas últimas quatro semanas e função sexual.

Para a investigação dos sintomas depressivos utilizou-se o Inventário de Depressão de Beck (BDI), desenvolvido originariamente por Beck¹⁹. Trata-se de um instrumento de autorrelato, com 21 questões objetivas de múltipla escolha que apontam os sintomas depressivos (falta de esperança, irritação, cognições, culpa e sentimentos de punição, assim como sintomas de ordem física, como fadiga, perda de peso e do interesse sexual). Validado no Brasil por Cunha²⁰, que manteve a escala original de 21 itens, com *escores* de zero a três, sendo quatro alternativas de respostas, as quais correspondem a níveis crescentes de gravidade de depressão. O BDI vem sendo utilizado em estudos com homens com câncer com êxito^{21,22}. Os *escores* dos itens individuais são somados e resultam em um *score* total, com pontuação máxima de 63 pontos, que indica alto grau de depressão e o *score* mais baixo é o zero, que corresponde a ausência de depressão. A categorização foi realizada de acordo com a padronização utilizada em estudos com pacientes com câncer, *escores* de zero a 10, sem depressão ou depressão mínima; *escores* de 11 a 18, depressão leve; *escores* de 19 a 29, depressão moderada; *escores* de 30 a 63 depressão grave²³. Sendo que para fins estatísticos e de análise, categorizou-se

em ausência de sintomas depressivos (*escores* de zero a 10) e presença de sintomas depressivos (*escores* ≥ 11). Optou-se pelo não uso do termo depressão, uma vez que esse termo é apenas recomendado para uso em pacientes com diagnóstico clínico concomitante²⁴.

A fim de comparar as características gerais de doença e a qualidade de vida entre os grupos com presença e ausência de sintomas depressivos, aderiu-se ao uso do teste qui-quadrado ou Exato de Fisher. Utilizou o teste U de Mann Whitney para comparação entre os grupos nos *escores* da qualidade de vida, uma vez que por meio do teste Kolmogorov Smirnov ($p > 0,05$), não se identificou a normalidade dos dados, exceto na variável da escala funcional. Para estimar as razões de prevalência (RP) bruta e ajustada com seus respectivos IC95%, utilizou-se a Regressão de Poisson. A variável dependente (desfecho) foi a presença de sintomas depressivos, desta maneira, para análise de regressão a amostra foi dividida em dois grupos, aqueles homens com presença de sintomas depressivos e aqueles com ausência de sintomas depressivos. A análise ajustada foi feita para todas as variáveis demográficas, sociais, econômicas e clínicas. Determinou-se como critério para permanecer na análise ajustada o valor de $p \leq 0,20$.

Os dados foram coletados entre outubro de 2014 e julho de 2015. O estudo foi realizado conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado o no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da UDESC, protocolo nº 688.548 em 16 de junho de 2014 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CEPON (CEP), protocolo nº 818.174, em 03 de outubro de 2014.

RESULTADOS

Apesar de não terem sido verificadas diferenças significativas nas variáveis, foi observado que os homens com presença de sintomas depressivos eram, em sua maioria, mais velhos – 61 a 80 anos (76,9%), cursaram até o ensino fundamental (53,8%), estavam desempregados, aposentados ou na perícia, (84,6%), possuíam classe econômica baixa (88,5%), eram casados (80,8%) e estavam acima do peso (61,5%). Dados não apresentados em tabela.

São apresentados na tabela 1 os dados referentes à comparação entre os grupos com ausência e presença de sintomas depressivos em relação às características demográficas, sociais e econômicas dos participantes do estudo.

A caracterização clínica dos participantes demonstrou que 64,7% possuíam outras doenças, 48,2% relataram a presença de incontinência urinária, 54,1% não realizaram a cirurgia de prostatectomia radical como forma de tratamento, sendo que a maioria (56,8%) realizou radioterapia e não havia terminado o tratamento (43,5%). Além disso, 89,4% não foram indicados a realizar a fisioterapia como parte do tratamento (dados não apresentados em tabela).

São apresentadas na tabela 2, as características da doença em relação à ausência ou presença de sintomas depressivos. Foi encontrado resultado significativo na categoria fisioterapia ($p < 0,021$), na qual os homens com maior presença de sintomas depressivos são os que não realizaram a mesma (76,9%).

Tabela 1. Comparação entre os grupos com ausência e presença de sintomas depressivos em relação às características demográficas, sociais e econômicas dos homens após o diagnóstico do câncer de próstata (N=85). Florianópolis, SC - CEPON 2014/2015.

| Variáveis | Sintomas depressivos | | p valor | RRP (IC95%)*** |
|-------------------------|----------------------|------------------|---------|---------------------|
| | Ausente n(%) | Presente n(%) | | |
| Idade (anos) | | | 0,222* | |
| 40 a 60 | 11(18,6) | 6(23,1) | | 1,061 (0,825-1,364) |
| 61 a 80 | 48(81,4) | 20(76,9) | | 1 |
| Escolaridade | | | 0,315* | |
| Ensino Fundamental | 35(60,3) | 14(53,8) | | 1 |
| Ensino Médio e Superior | 23(39,7) | 12(46,2) | | 1,059 (0,865-1,296) |

continua

Continuação da Tabela 1

| Variáveis | Sintomas depressivos | | p valor | RRP (IC95%)*** |
|---------------------------------|----------------------|------------------|---------|---------------------|
| | Ausente n(%) | Presente n(%) | | |
| Profissão atual | | | 0,210** | |
| Desempregado/Aposentado/Perícia | 43(72,9) | 22(84,6) | | 1,149 (0,931-1,416) |
| Até dois vínculos | 16(27,1) | 4(15,4) | | 1 |
| Estado conjugal | | | 0,307* | |
| Com companheiro | 41(69,5) | 21(80,8) | | 1,129 (0,919-1,387) |
| Sem companheiro | 18(30,5) | 5(19,2) | | 1 |
| Classe econômica | | | 0,769** | |
| Classe Alta (A+B) | 2(3,4) | 1(3,8) | | 1,158 (0,899-1,492) |
| Classe Média (C) | 9(15,5) | 2(7,7) | | 1 |
| Classe Baixa (D+E) | 47(81,0) | 23(88,5) | | 1,164 (0,651-2,078) |
| Status de peso | | | 0,689* | |
| Acima do peso | 41(70,7) | 16(61,5) | | 1 |
| Peso normal | 17(29,3) | 10(38,5) | | 1,094 (0,881-1,358) |

*Teste qui-quadrado; **Teste Exato de Fisher; ***Razão de prevalência - Regressão de Poisson.

Tabela 2. Comparação entre os grupos com ausência e presença de sintomas depressivos em relação às características da doença e tratamento dos homens após o diagnóstico do câncer de próstata (N=85). Florianópolis, SC - CEPON 2014/2015.

| Variáveis | Sintomas depressivos | | p valor | RP (IC95%)*** |
|------------------------|----------------------|------------------|---------|---------------------|
| | Ausente n(%) | Presente n(%) | | |
| Possui outras doenças | | | 0,562* | |
| Sim | 37(62,6) | 18(69,2) | | 1,062 (0,869-1,299) |
| Não | 22(37,3) | 8(30,8) | | 1 |
| Incontinência urinária | | | 0,247* | |
| Sim | 15(44,1) | 26(57,7) | | 1,123 (0,924-1,365) |
| Não | 11(55,9) | 33(42,3) | | 1 |
| Prostatectomia radical | | | 0,973* | |
| Não realizou | 14(54,2) | 32(53,8) | | 1 |
| Realizou | 12(45,8) | 27(46,2) | | 1,003 (0,824-1,221) |
| Tipo de tratamento | | | 0,528** | |
| Quimioterapia | 5(21,7) | 2(14,3) | | 1 |
| Radioterapia | 14(60,9) | 7(50,0) | | 1,049 (0,710-1,55) |
| Hormonoterapia | 4(17,4) | 5(35,7) | | 1,310 (0,822-2,088) |
| Terminou o tratamento | | | 0,154* | |
| Sim | 12(20,3) | 7(26,9) | | 1,217 (0,941-1,573) |
| Não | 23(39,0) | 14(53,8) | | 1,229 (0,998-1,513) |
| Ainda não iniciou | 24(40,7) | 5(19,2) | | 1 |
| Fisioterapia | | | 0,021* | |
| Sim | 3(5,1) | 6(23,1) | | 1,497 (1,083-2,069) |
| Não | 56(94,9) | 20(76,9) | | 1,00 |

*Teste qui-quadrado (N=85); **Teste Exato de Fisher; ***Razão de prevalência - Regressão de Poisson.

No instrumento EORTC QLQ C30 quanto mais próximo do *score* 100, melhor a qualidade de vida, exceto na escala sintomática; onde quanto mais próximo de 100 pior a qualidade de vida, sendo assim, são apresentados na tabela 3 os resultados da comparação da qualidade de vida entre os grupos ausência e presença de sintomas depressivos. Foram observados resultados significativos na maioria das variáveis, exceto na perda de apetite ($p=0,078$) e funcionamento sexual ($p=0,068$).

Nos componentes da escala funcional, os homens com sintomas depressivos encontraram-se com uma qualidade de vida mais negativa em relação aqueles com ausência de sintomas depressivos, com $p<0,001$ para a função emocional, função física e função social e $p=0,025$ para a função

cognitiva. O mesmo foi identificado na escala de saúde global ($p<0,001$). Na escala sintomática foi observado significância na maioria das variáveis, nomeadamente, fadiga ($p<0,001$), insônia ($p<0,003$), dor ($p<0,003$), náusea e vômito ($p<0,011$), dispneia ($p<0,041$), constipação ($p<0,014$), diarreia ($p<0,050$) e dificuldades financeiras ($p<0,011$), exceto na variável perda de apetite, sendo que piores resultados foram observados entre os homens com presença de sintomas depressivos.

Quando observado o instrumento específico para homens com câncer de próstata (EORTC- PR25), foi identificado na escala funcional, no módulo atividade sexual resultados significativos ($p<0,039$), assim como para todas as variáveis da escala sintomática, sendo que o grupo presença de sintomas depressivos apresentou piores resultados para a qualidade de vida.

Tabela 3. Comparação entre os grupos com ausência e presença de sintomas depressivos em relação à qualidade de vida dos homens após o diagnóstico do câncer de próstata (N=85). Florianópolis, CEPON 2014/2015.

| Variáveis | Total Média (\pm dp) | Sintomas depressivos | | p valor |
|--------------------------|--|--|--|---------|
| | | Ausente Média (\pm dp) | Presente Média (\pm dp) | |
| EORTC-C30 | | | | |
| Escala funcional* | 78,77 \pm 18,48 Mediana (Q25-Q75) | 86,10 \pm 10,07 Mediana (Q25-Q75) | 62,13 \pm 22,30 Mediana (Q25-Q75) | <0,001 |
| Função cognitiva | 83,33(66,66-100,00) | 100,00(83,88-100,00) | 75,00(66,66-100,00) | 0,025 |
| Função emocional | 75,00(54,16-91,66) | 83,33(66,67-100,00) | 50,00(25,00-75,00) | <0,001 |
| Função física | 93,33(73,33-93,33) | 93,33(80,00-100,00) | 70,00(36,67-93,33) | <0,001 |
| Função social | 100,00(66,66-100,00) | 100,00(100,00-100,00) | 75,00(66,66-100,00) | <0,001 |
| Escala de saúde global** | 75,00(15,38-35,89) | 83,33(66,67-91,66) | 54,16(47,91-66,66) | <0,001 |
| Escala sintomática** | 23,07(15,38-35,89) | 20,51(12,85-28,20) | 42,30(23,07-62,17) | <0,001 |
| Fadiga | 11,11(0,00-33,33) | 0,00(0,00-22,22) | 44,44(19,44-100,00) | <0,001 |
| Perda de apetite | 0,00(0,00-0,00) | 0,00(0,00-0,00) | 0,00(0,00-33,33) | 0,078 |
| Insônia | 0,00(0,00-66,67) | 0,00(0,00-66,66) | 66,66(0,00-100,00) | 0,003 |
| Dor | 0,00(0,00-33,33) | 0,00(0,00-16,66) | 25,00(0,00-66,66) | 0,003 |
| Náusea e vômito | 0,00(0,00-0,00) | 0,00(0,00-0,00) | 0,00(0,00-33,33) | 0,011 |
| Dispneia | 0,00(0,00-0,00) | 0,00(0,00-0,00) | 0,00(0,00-0,00) | 0,041 |
| Constipação | 0,00(0,00-33,33) | 0,00(0,00-33,33) | 16,66(0,00-100,00) | 0,014 |
| Diarreia | 0,00(0,00-0,00) | 0,00(0,00-0,00) | 0,00(0,00-33,33) | 0,050 |
| Dificuldades financeiras | 0,00(0,00-33,33) | 0,00(0,00-0,00) | 33,33(0,00-100,00) | <0,001 |
| EORTC- PR25 | | | | |
| Escala funcional** | 84,21(64,91-93,85) | 91,22(78,94-96,49) | 71,05(59,64-84,21) | <0,001 |
| Atividade sexual | 66,66(33,33-66,66) | 50,00(33,33-83,33) | 75,00(50,00-100,00) | 0,039 |
| Funcionamento sexual | 75,00(54,16-75,00) | 75,00(41,66-75,00) | 58,33(50,00-100,00) | 0,068 |

continua

Continuação da Tabela 3

| Variáveis | Total Média (±dp) | Sintomas depressivos | | p valor |
|----------------------|----------------------|------------------------|-------------------------|---------|
| | | Ausente Média (±dp) | Presente Média (±dp) | |
| Escala sintomática** | 15,78(6,14-35,08) | 8,77(3,5-21,05) | 28,94(15,78-40,35) | <0,001 |
| Sintomas urinário | 25,00(12,50-50,00) | 20,83(4,16-37,50) | 43,75(21,87-57,29) | 0,001 |
| Sintomas intestinais | 0,00(0,00-12,50) | 0,00(0,00-8,33) | 8,33(0,00-16,66) | 0,017 |
| Tratamento hormonal | 11,11(0,00-30,55) | 11,11(16,67-38,88) | 22,22(16,66-38,88) | <0,001 |
| Incontinência | 0,00(33,33-100,00) | 0,00(0,00-100,00) | 33,33(0,00-100,00) | 0,041 |

*Teste T independente, valores apresentados em média e desvio-padrão; **Teste U de Mann Whitney, valores apresentados em mediana e intervalo interquartil. Md – Mediana; IQ – Interquartil.

DISCUSSÃO

Apesar dos aumentos nas taxas de sobrevida e dos avanços no diagnóstico e tratamento²⁴, o câncer ainda é recebido como uma sentença de morte e traz consigo consequências psicológicas, como medo, tristeza e depressão¹. A literatura aponta que os principais problemas psicológicos apresentados por pacientes diagnosticados com câncer de próstata são a depressão e a ansiedade^{13,24}. Desta forma, objetivou-se neste estudo investigar a relação entre a presença ou ausência de sintomas depressivos e a qualidade de vida de homens em tratamento e pós-tratamento do câncer de próstata.

Os resultados apontaram que homens com sintomas depressivos apresentam pior qualidade de vida na escala funcional, escala de saúde global e escala sintomática. Resultados que corroboram com o que vem sendo apresentado na literatura nacional e internacional^{13,25}. No que se refere à escala funcional da qualidade de vida, é possível observar que esta é relacionada às questões físicas, funcionais, emocionais, sociais e cognitivas. Como observado no presente estudo, esses aspectos foram mais afetados em pacientes com sintomas depressivos. Sabe-se que a depressão tem um impacto substancial na saúde de pacientes com diferentes doenças crônicas, incluindo o câncer²⁶. É evidenciado que a presença de sintomas depressivos está diretamente relacionada ao declínio físico, psicológico e social, tendo características que impactam na qualidade de vida e sua funcionalidade^{5,27}. Diante de uma doença como o câncer, esses fatores podem ser exacerbados, uma vez que a doença pode trazer sentimentos de inferioridade e medo de rejeição no relacionamento social²⁸, além de efeitos colaterais como o declínio

no funcionamento físico^{29,30}. Além disso, estudos internacionais têm demonstrado que o tratamento do câncer somado a fatores psicológicos como a depressão pode afetar também algumas funções cognitivas, como memória de curto e longo prazo, capacidade de atenção, concentração e habilidades de linguagem^{6,31}.

Os hábitos de vida estão intimamente relacionados ao câncer³² e influenciam na qualidade de vida no que diz respeito à saúde física e emocional¹⁴. Os resultados apresentados neste estudo identificaram que os pacientes com presença de sintomas depressivos apresentaram pior qualidade de vida na escala de saúde global. O que pode ter ocorrido em virtude dos possíveis efeitos colaterais provenientes do tratamento de câncer, tais como: a redução da densidade óssea, diminuição da massa muscular e força, aumento de peso e gordura corporal e declínio no funcionamento físico^{29,30}. Um estudo com sessenta pacientes, que passaram pelo tratamento do câncer de próstata, mostrou que o funcionamento físico dos mesmos foi significativamente reduzido após o tratamento, além do aumento de peso e diminuição da massa muscular⁶. Van den Bergh et al.³³ em estudo com pacientes, no término do tratamento, encontraram baixa pontuação para a saúde física, ansiedade e qualidade de vida em geral.

É possível verificar que no período do tratamento da doença existem algumas consequências para a saúde física do paciente, como fadiga, insônia, náuseas e vômitos, dor, dispnéia, constipação, diarreia, sintomas urinários e intestinais e incontinência urinária^{8,9}. Assim, verificou-se nos achados deste estudo que a escala sintomática, tanto do questionário geral quanto do específico para homens com câncer de próstata,

demonstrou que os piores resultados apresentaram uma relação com a presença de sintomas depressivos. Tais resultados podem ter sido verificados uma vez que a maior parte dos pacientes ainda se encontra em tratamento e são afetados pelas consequências deste, citadas anteriormente.

Outros sintomas bastante incômodos para os pacientes são a incontinência urinária e a disfunção na atividade sexual¹, aspectos da escala funcional do instrumento específico para o câncer de próstata que demonstraram relações significativas com a presença de sintomas depressivos. Estudo internacional realizado com quatrocentos e trinta e sete pacientes com câncer de próstata constatou que, dois anos após o tratamento, a incontinência urinária permaneceu presente em 48,8% dos homens, assim como a disfunção sexual em 82,8%³⁴. As modalidades de tratamento para o câncer de próstata são as principais causas para esses dois sintomas, que podem persistir mesmo após o término do tratamento^{3,35}, o que pode ser encarado como uma diminuição da masculinidade por parte dos pacientes, uma vez que a próstata faz parte da identidade masculina¹⁰. A literatura aponta que os principais sentimentos expressos pelos pacientes com câncer de próstata são a depressão, fracasso, impotência frente à doença, medo da impotência sexual, angústia da perda de controle urinário e de autonomia, dor pela perda da capacidade de ter ereções satisfatórias e medo de ser traído ou abandonado pela parceira sexual^{27,35}.

Faz-se necessário destacar algumas limitações do presente estudo, tais como o uso de questionário como ferramenta de coleta de dados, assim como o autorrelato de alguns dados das características da

doença pelos pacientes, pois não houve acesso dos pesquisadores aos prontuários; também, por tratar-se de um estudo de corte transversal, não proporciona relações de causa e efeito. Ainda, a impossibilidade de atingir tamanho amostral esperado, com 17 participantes a menos. Tal limitação pode ter ocorrido principalmente pela negativa de alguns homens em fazer parte do estudo, provavelmente pelas dificuldades que acompanham o tratamento do câncer, uma vez que as coletas aconteceram no âmbito hospitalar, e também por tratar de um tema considerado um tabu para a população masculina, por afetar um órgão simbólico da masculinidade. No entanto, ressalta-se que dentre as vantagens do estudo, é relevante citar o maior conhecimento do homem com câncer de próstata de outros aspectos da saúde, além de alertar sobre outros fatores, como a depressão, que podem ser afetados com o tratamento do câncer.

CONCLUSÕES

Diante dos resultados encontrados pode-se perceber que a presença de sintomas depressivos afeta significativamente a qualidade de vida de homens com câncer de próstata; assim, percebe-se a necessidade de mais subsídios sobre a população masculina com a doença. Portanto, esses achados apoiam a ideia de que é necessário prover uma maior atenção psicológica a esses pacientes, a fim de oferecer qualidade de informações, auxílio psicológico, formação de grupos de apoio e outras medidas, já que, em muitos casos, a sobrevivência, que não é acompanhada de boa qualidade de vida, pode não ser a melhor opção para o paciente, causando mais sofrimento.

REFERÊNCIAS

1. Zajdlewicz L, Hyde MK, Lepore SJ, Gardiner RA, Chambers SK. Health-related quality of life after the diagnosis of locally advanced or advanced prostate cancer: a longitudinal study. *Cancer Nurs.* 2017;40(5):412-9.
2. Bo Y, Jiansheng W. Effects of exercise on cancer-related fatigue and quality of Life in prostate cancer patients undergoing androgen deprivation therapy: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Chin Med Sci J.* 2017;32(1):13-21.
3. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
4. Sociedade Brasileira de Urologia. Recomendações sobre o câncer de próstata. Rio de Janeiro: SBU; 2016.
5. Goulart DMM, Miranzi MAS, Goulart PEN. Qualidade de vida em pacientes submetidos à prostatectomia radical. *Rev Eletr Enferm.* 2014;16(3):625-34.

6. Phillips SM, Stampfer MJ, Chan JM, Giovannucci EL, Kenfield SA. Physical activity, sedentary behavior, and health-related quality of life in prostate cancer survivors in the health et professionals follow-up study. *J Cancer Surviv.* 2015;9(3):500-11.
7. Ward JF, Slezak JM, Blute ML, Bergstralh EJ, Zincke H. Radical prostatectomy for clinically advanced (cT3) prostate cancer since the advent of prostate specific antigen testing: 15 year outcome. *BJU Int.* 2015;95(6):751-6.
8. Mundell NL, Daly RM, Macpherson H, Fraser SF. Cognitive decline in prostate cancer patients undergoing ADT: a potential role for exercise training. *Endocr Relat Cancer.* 2017;24(4):145-55.
9. Taaffe DR, Newton RU, Spry N, Joseph D, Chambers SK, Gardiner RA, et al. Effects of different exercise modalities on fatigue in prostate cancer patients undergoing androgen deprivation therapy: a year-long randomised controlled trial. *Eur Urol.* 2017;72(2):293-9.
10. Watson E, Shinkins B, Frith E, Neal D, Hamdy F, Walter F, et al. Symptoms, unmet needs, psychological well-being and health status in survivors of prostate cancer: implications for redesigning follow-up. *BJU Int.* 2016;117:10-9.
11. Daniel K, Liz F, Sylvie ML, White I. Co-constructing sexual recovery after prostate cancer: a qualitative study with couples. *Transl Androl Urol.* 2015;4(2):131-8.
12. Parahoo K, McDonough S, McCaughan E, Noyes J, Semple C, Halstead EJ, et al. Psychosocial interventions for men with prostate cancer: a Cochrane Systematic Review. *BJU Int.* 2015;116(2):174-83.
13. Bourke L, Smith D, Steed L, Hooper R, Carter A, Catto J, et al. Exercise for men with prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol.* 2016;69(2):693-703.
14. Nikbakhsh N, Moudi S, Abbasian S, Khafri S. Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *J Intern Med.* 2014;5(3):167-70.
15. Michael A, Hoyt, Kristen M. Carpenter. Sexual self-schema and depressive symptoms after prostate cancer. *Psycho-Oncol.* 2015;24(4):395-401.
16. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 2004.
17. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst.* 1993;85:365-76.
18. Michels FAS, Latorre MRDO, Maciel MS. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(2):352-63.
19. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr.* 1961;4:561-71.
20. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
21. Santos MIC. Qualidade de vida em pacientes portadores de câncer de próstata com metástase óssea [dissertação]. Fortaleza: Fundação Antônio Prudente e Escola Cearense de Oncologia; 2010.
22. Soares IC. Qualidade de vida de homens com cancer de próstata [dissertação]. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2012.
23. Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín.* 1998;25(5): 245-50.
24. Carlsson S, Drevin L, Loeb S, Widmark A, Lissbrant IF, Robinson D, et al. Population-based study of long-term functional outcomes after prostate cancer treatment. *BJU Int.* 2016;117(6B):36-45.
25. Pirl WF, Greer JA, Goode M, Smith MR. Prospective study of depression and fatigue in men with advanced prostate cancer receiving hormone therapy. *Psycho-oncol* 2008;17(2):148-53.
26. Dinh KT, Reznor G, Muralidhar V, Mahal BA, Nezoslosky MD, Choueiri TK, et al. Association of androgen deprivation therapy with depression in localized prostate cancer. *J Clin Oncol.* 2016;34(16):1905-12.
27. Donovan KA, Walker LM, Wassersug RJ, Thompson LM, Robinson JW. Psychological effects of androgen-deprivation therapy on men with prostate cancer and their partners. *Cancer.* 2015;121(24):4286-99.
28. Sharpley CF, Christie DRH, Bitsika V, Agnew LL, Andronicos NM, McMillan ME, et al. Limitations in the inverse association between Psychological Resilience and depression in prostate cancer patients experiencing chronic physiological stress. *Psycho-oncol.* Epub 2017.
29. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010. p. 23-9.
30. Magnabua MJ, Richman EL, Sosa EV, Jones LW, Simko J, Shinohara K, et al. Physical activity and prostate gene expression in men with low-risk prostate cancer. *Cancer Causes Control.* 2014;25(4):515-23.

31. Vashistha V, Singh B, Kaur S, Prokop LJ, Kaushik D. The Effects of Exercise on Fatigue, Quality of Life, and Psychological Function for Men with Prostate Cancer: Systematic Review and Meta-analyses. *Eur Urol Focus*. 2016;2(3):284-95.
32. Center MM, Jemal A, Lortet-Tieulent J, Ward E, Ferlay J, Brawley O, et al. International variation in prostate cancer incidence and mortality rates. *Eur Urol*. 2012;61(6):1079-92.
33. Van den Bergh RC, Essink-bot, ML, Roobol, MJ, et al. Anxiety and distress during active surveillance for early prostate cancer. *Cancer*. 2009;115(17):3868-78.
34. 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 65years old. *Bull Cancer*. 2016;103(10):829-40.
35. Benedict C, Traeger L, Dahn JR, Antoni M, Zhou ES, Bustillo N, et al. Sexual bother in men with advanced prostate cancer undergoing androgen deprivation therapy. *J Sex Med*. 2014;11(10):2571-80.

Recebido: 24/07/2017

Revisado: 30/10/2017

Aprovado: 11/12/2017