

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERAGEM

Irene Souza Prado

**SINTOMAS ESTRESSANTES E QUALIDADE DE VIDA
ENTRE HOMENS COM CÂNCER**

Belo Horizonte

2010

Irene Souza Prado

SINTOMAS ESTRESSANTES E QUALIDADE DE VIDA ENTRE HOMENS COM CÂNCER

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gérias, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde

Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e na Enfermagem

Orientadora: Professora Doutora Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima

Belo Horizonte

Escola de Enfermagem da UFMG

2010

P896s Prado, Irene Souza.
Sintomas estressantes e qualidade de vida entre homens com câncer
[manuscrito]. / Irene Souza Prado. - - Belo Horizonte: 2010.
112f.: il.
Orientadora: Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem.

1. Saúde do Homem. 2. Gênero e Saúde. 3. Sinais e Sintomas. 4.
Qualidade de Vida. 5. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde. 6.
Enfermagem Oncológica. 7. Estudos de Validação. 8. Medidas, Métodos e
Teorias. 9. Dissertações acadêmicas. I. Lima, Elenice Dias Ribeiro de Paula.
II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 300



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM – EE/UFMG
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem:
Mestrado em Enfermagem e Saúde



Dissertação intitulada “**Sintomas estressantes e qualidade de vida entre homens com câncer**”, de autoria da mestranda Irene Souza Prado, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores.

Prof.^a Dr.^a Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima - Orientadora

Prof.^a Dr.^a Daclé Vilma Carvalho – EE/UFMG

Prof. Dr. André Márcio Murad – MEDICINA/UFMG

Belo Horizonte, 24 março 2010

Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – 2º andar - Bairro Santa Efigênia
CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil
Tel.: 3248.9852 TEL-FAX.: 3248.9853

À Professora Prof^a. Doutora Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima, por acreditar e permitir o meu aprendizado acadêmico, e como pessoa, de forma sábia e serena, sempre respeitando minhas limitações.

AGRADECIMENTOS

A Santíssima Trindade e a Virgem Maria por manter minha fé.

A Fernando pela compreensão e promoção que se expressam no mais puro e belo amor.

Aos meus pais pelo amor incondicional

A Luciana Lima e aos colegas oncologista, Caio Heleno e Alexandre Mol, pelo constante apoio e incentivo desde meus primeiros passos como enfermeira oncologista. Hoje amigos.

Aos responsáveis pelos serviços, *campus* desta pesquisa, Prof. Dr André M. Murad, e aos médicos Leonardo F. C. Pimentel e Wellintong M. Azevedo por consentirem prontamente a realização deste estudo.

À "minha equipe" de pesquisa, Marina Torres, Raíssa Souza, Lenize Adriana e Priscilla Zimmermann, cada uma em sua singularidade não deixou que esta caminhada fosse solitária.

Às equipes administrativas e de enfermagem do Núcleo de Hematologia e do Ambulatório de Oncologia do Borges das Costa/HC-UFGM, pela boa vontade que abriu novos caminhos para nossa coleta de dados.

À equipe administrativa, ao físico José Camom e aos técnicos de radiologia do Ambulatório de Radioterapia do Hospital Felício Rocho, por vezes nem sabiam o quanto nos ajudavam.

À Prof.^a Dr.^a Selme S. Matos pelo apoio no Hospital Felício Rocho.

Às Professoras do Departamento de Enfermagem Básica da EE-UFGM, principalmente, a Eline Lima, Flávia Falci e Miguir Danoso por incentivar e apoiar a conciliação deste curso com a docência neste departamento.

A CAPES pelo apoio financeiro.

E, principalmente, a cada um dos homens, sujeitos deste estudo, que nos concederam valiosos minutos de seus tempos para nossa aprendizagem.

"Digo: o real não está na saída nem na chegada, ele se dispõe para a gente é no meio da travessia."

Guimarães Rosa

RESUMO

PRADO, I. S. **Sintomas estressantes e qualidade de vida entre homens com câncer.** 2010, 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). EE/UFGM. Belo Horizonte.

Pacientes oncológicos experimentam ocorrência de múltiplos sintomas, o que gera grande impacto em sua qualidade de vida. Percebemos que pouco influenciámos na qualidade de vida de homens em tratamento oncológico, uma vez que não abordamos a saúde do homem na concepção relacional de gênero, além de, no Brasil, desconhecermos instrumentos válidos e confiáveis que avaliem a experiência de múltiplos sintomas. O *Symptom Experience Index* (SEI) é um instrumento desenvolvido e validado nos EUA que, a partir de 41 itens, em escala de Likert, identifica as **ocorrências de sintomas** e as **intensidades de estresses** a eles relacionados para avaliação das **experiências de sintomas**. Neste estudo, esse instrumento foi validado para versão em português (SEI-P), junto a 40 pessoas saudáveis, quanto à confiabilidade e consistência interna (*Alfa de Cronbach* = 0,96 e Coeficiente de Correlação Intraclassa = 0,93) para posterior investigação da **experiência de sintomas** e qualidade de vida entre homens com câncer de próstata (n=73), colorretal (n=45) e pulmão (n=20). A população estudada (n=138) estava na faixa etária de 32 a 88, a maioria apresentava as seguintes características sociodemográficas: residia em Belo Horizonte, casada, baixa escolaridade, baixa renda familiar e era aposentada. Quanto às características clínicas apresentou desempenho clínico pessoal de 0 a 1 na escala ECOG (n=129/93,7%), relatou ser ex-fumantes (n=76/56%) e ter parado de consumir bebida alcoólica (n=58/42%), possuía comorbidades (n=96/70%) e metástase (n=72/53%). As **ocorrências de sintomas** (média/desvio padrão) foram mais intensas para: os homens com câncer de colorretal nos domínios da fadiga ($2,08 \pm 2,41$), distúrbios alimentares e gástricos ($2,04 \pm 2,54$); os com câncer de próstata envolveram os sintomas da fadiga ($2,38 \pm 2,69$) e dificuldades no controle de micções ($1,87 \pm 2,05$); para os com câncer de pulmão as maiores ocorrências encontraram-se no domínio neurológico ($3,42 \pm 3,10$), vindo, a seguir, dor e desconforto ($3 \pm 1,52$), problemas respiratórios ($2,14 \pm 1,77$) e insatisfação com mudanças na aparência física ($1,14 \pm 1,06$). A medida da **intensidade de estresse** para cada sintoma seguiu essa distribuição em alguns domínios, determinando as **experiências de sintomas**. Os homens com câncer de pulmão apresentaram maior média de ocorrência de sintomas, bem como do estresse a eles relacionados. A dor foi avaliada, também, com o McGill reduzido. A dor sensorial foi mais acentuada nos grupos de câncer de próstata ($9,52 \pm 6,88$) e pulmão ($9,41 \pm 5,14$), enquanto a dor afetiva foi mais presente no grupo de câncer colorretal ($6,00 \pm 3,82$). Os sujeitos do estudo apresentaram qualidade de vida prejudicada, porém não de forma acentuada, avaliada pelo WHOQOL-bref. O domínio com pior escore foi o físico, principalmente para os homens com câncer de pulmão ($13,89 \pm 2,89$). A qualidade de vida apresentou significativa correlação com a experiência de sintomas para os grupos de câncer colorretal ($r = -0,40/p = 0,01$) e de pulmão ($r = -0,58/p = 0,009$). A questão de gênero e saúde revelou-se de maneira acentuada neste estudo, sugerindo que é preciso ir além de avaliações clínicas para nos aproximar da subjetividade masculina na tentativa de implementar intervenções preventivas, educativas e paliativas para promoção de uma melhor qualidade de vida para homens com câncer.

Palavras - chave: Saúde do Homem. Gênero e Saúde. Sinais e Sintomas. Qualidade de Vida. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde. Enfermagem Oncológica. Estudo de Validação. Medidas, Métodos e Teorias.

ABSTRACT

PRADO, I. S. **Symptom distress and quality of life in men with cancer. 2010. 112f.** Thesis (Master of Science in Nursing) - School of Nursing. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

Oncology patients experience the occurrence of multiple symptoms impacting their quality of life. In Brazil, little is done to improve oncology patients' quality of life, since we do not have valid and reliable instruments to evaluate multiple symptoms and we do not approach men's health considering the relational nature of gender. The Symptom Experience Index (SEI), developed and validated in the United States, is a 41-item Likert scale which measures **symptom experience** by providing symptom experience scores, **symptom occurrence** scores and **symptom distress** scores. The instrument was translated into Portuguese (SEI-P) and validated in this study in a sample of 40 healthy people and was used in 138 oncology male patients to assess **symptom experience** and investigate its relation with quality of life. The SEI-P showed good internal consistency (Cronbach alpha=0.96, Intraclass correlation=0.93). Sample was composed by 73 men with prostate cancer, 45 with colon rectal cancer, and 20 men with lung cancer. Age varied from 32 to 88 years old, the majority lived in Belo Horizonte, was married, presented low educational level, low income and was retired. ECOG performance status varied from 0 to 1 in 129 men (93.7%), 76 (56%) were ex-smokers and 58 (42%) were avoiding any alcohol intake. Seventy percent (n=96) presented comorbidities and 53% (n=72) had metastasis. Men with colon rectal cancer scored higher for occurrence of fatigue (M=2.08, SD=2.41) and gastric problems (M=2.04, SD=2.54); men with prostate cancer scored higher for occurrence of fatigue (M=2.38, SD=2.69) and urinate problems (M=1.87, SD=2.05); and men with lung cancer scored higher for neurologic symptoms (M=3.42, SD=3.10), pain and discomfort (M=3, SD=1.52), respiratory problems (M=2.14, SD=1.77) and appearance dissatisfaction (M=1.14, SD=1.06). Distress severity was worse for the symptoms which occurred more often. Total mean scores for **symptom occurrence** and **distress** were higher in lung cancer patients. Pain was assessed using the Short McGill questionnaire. Sensitive pain was worse in prostate cancer patients (M=9.52, SD=6.88) and lung cancer patients (M=9.41, SD=5.14), while affective pain scores were higher in patients with prostate cancer (M=6, SD=3.82). Quality of life was moderately low, as evaluated by the WHOQOL-bref. Physical domain had the worst score in all groups, especially for men with lung cancer (M=13.89, SD=2.89). Quality of life was significantly correlated to symptom experience for colon rectal cancer patients ($r = -0.40/p=0.01$) and lung cancer patients ($r = -0.58/p=0.009$). Gender and health issues showed an important influence in this study, suggesting that healthcare professionals need to consider male subjective when assessing symptom distress in order to adequately intervene promoting male oncology patients' quality of life.

Key words: Man's Health. Gender and Health. Signs and Symptoms. Quality of Life. Oncology Nurse. Validation Studies. Measures, Methods and Theories. Health Care Needs Determinants.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 -	Modelo de experiência de sintomas, ocorrência de sintomas e sintomas estressantes.....	38
GRÁFICO 1 -	Representação em porcentagem, dos homens com câncer colorretal (n = 45), próstata (n = 73), pulmão (n = 20), e amostra total (n = 138), segundo prática do tabagismo.....	56
GRÁFICO 2 -	Representação em porcentagem, dos homens com câncer colorretal (n=45), próstata (n=73), pulmão (n=20) e amostra total (n=138), segundo consumo de bebida alcoólica.....	58
GRÁFICO 3 -	Distribuição em valor numérico da ocorrência dos tratamentos cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos em homens com câncer colorretal, próstata, pulmão.....	65
GRÁFICO 4 -	Distribuição em valor numérico da ocorrência de outros tratamentos oncológicos, em homens com câncer colorretal, próstata e pulmão.....	69
QUADRO 1 -	Domínios do SEI	40

LISTA DE TABELAS

1 -	Características demográficas da amostra para validação do SEI-P (n = 40).....	46
2 -	Coefficiente de consistência interna do SEI-P (n = 40).....	47
3 -	Coefficiente de consistência interna do SEI, versão original (n = 63).....	47
4 -	Consistência interna por domínio do SEI-P.....	48
5 -	Coefficiente de correlação intraclasse, teste reteste, do SEI-P (n = 40).....	49
6 -	Distribuição da idade entre os grupos de homens com câncer colorretal, pulmão e próstata.....	51
7 -	Distribuição da procedência regional e estado civil de homens com câncer, segundo grupos de câncer colorretal, de pulmão e de próstata	52
8 -	Escolaridade, atividade laboral e renda mensal familiar de homens com câncer.....	53
9 -	Distribuição da amostra em grupos a partir da avaliação desempenho clínico pessoal – Escala ECOG.....	55
10 -	Distribuição das ocorrências de comorbidades, segundo relatos de homens com câncer e registro de prontuários.....	59
11 -	Distribuição por grupos e amostra total de acordo com o estadiamento e presença de metástase.....	61
12 -	Localização da metástase, segundo grupos e amostra total.....	63
13 -	Distribuição da finalidade dos tratamentos oncológicos, segundo grupos e amostra total.....	67
14 -	Distribuição dos momentos de tratamento oncológico, segundo grupos e amostra total.....	68
15 -	Distribuição da ocorrência de sintomas, estresse por sintomas e experiência de sintomas por domínios SEI-P, segundo grupos de câncer colorretal, próstata e pulmão.....	71

LISTA DE TABELAS

16 -	Experiência de sintomas, segundo grupos de câncer colorretal, próstata, pulmão e amostra total.....	73
17 -	Experiência de dor de homens com câncer.....	75
18 -	Qualidade de vida, por domínios do WHOQOL-bref.....	77
19 -	Qualidade de vida, por grupos e o amostra total.....	78
20 -	Correlação entre experiência de sintomas e qualidade de vida, por grupos e amostra total.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS

COEP UFMG -	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
ECOG -	<i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>
EVA -	Escala Visual Analógica
McGill reduzido -	Questionário reduzido de avaliação de dor McGill
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PS -	<i>Performance Status</i> - desempenho clínico pessoal
PSA -	<i>Prostate Specific Antigen</i>
SEI -	<i>Symptom Experience Index</i>
SEI-P -	Índice de Experiência de Sintomas - versão em português
SF-MPQ -	<i>Short form McGill Questionnaire</i>
SNC -	Sistema Nervoso Central
SPSS -	<i>Statistical Program for Social Sciences</i>
TCLE -	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
WHO QOL 100 -	Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde

WHO QOL-bref -

Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde abreviado

WHO QOL-bref versão em português -

Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde abreviado, versão em português

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
2.	OBJETIVOS	19
3.	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1.	Especificidades do ser homem no processo saúde-doença	20
3.2.	O peso imposto pelo câncer.....	23
3.3.	O câncer em homens – dados epidemiológicos.....	24
3.3.1.	Câncer de pulmão	25
3.3.2.	Câncer de próstata	26
3.3.3.	Câncer colorretal	27
3.4.	Qualidade de vida e sintomas estressantes relacionados à doença e seu tratamento .	27
4.	METODOLOGIA	32
4.1.	Tipo de estudo	32
4.2.	Local.....	32
4.3.	Amostra	33
4.4.	Variáveis do estudo	34
4.4.1.	Variável dependente	34
4.4.2.	Variáveis independentes.....	35
4.5.	Coleta de dados	35
4.6.	Instrumentos para coleta de dados.....	36
4.6.1.	Instrumento para coleta de dados sociodemográficos e clínicos.....	36
4.6.2.	Índice de Experiência de Sintomas	37
4.6.3.	WHOQOL-bref versão em português	41
4.6.4.	McGill reduzido e Escala Visual Analógica	42
4.7.	Tratamento e Análise dos dados.....	43

5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1.	Validação do Índice de Experiência de Sintomas versão em português (SEI-P).....	46
5.2.	Características da população	50
5.2.1.	Dados sociodemográficos.....	50
5.2.2.	Dados clínicos	54
5.3.	Ocorrência de sintomas, estresse a eles relacionados e experiência de sintomas, por domínios do SEI-P.....	70
5.4.	Ocorrência de sintomas, estresse a eles relacionado e experiência de sintomas, por grupos de homens com câncer.....	72
5.5.	Experiência de dor.....	73
5.6.	Qualidade de vida.....	77
5.7.	Correlação entre qualidade de vida e experiência de sintomas.....	79
6.	CONCLUSÃO	82
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICES	93
	ANEXOS	100

1. INTRODUÇÃO

Há décadas as questões sobre a saúde do homem têm feito parte de discussões acadêmicas e de políticas públicas de saúde internacionais e, mais recentemente, no Brasil. O processo saúde-doença precisa ater-se ao gênero para explicar e propor intervenções satisfatórias que permitam mudar o cenário de morbimortalidade masculina. Além disso, agravos à saúde do homem também têm impactos negativos na saúde da mulher.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), apesar do aumento significativo de sobrevivência da população brasileira de ambos os sexos, o homem apresenta maior mortalidade que as mulheres, independentemente da idade. Considerando-se a idade, os homens apresentam maior percentual de morte em faixas etárias mais baixas. A primeira causa de morte, para ambos os sexos, é a cardiovascular. A segunda apresenta variação entre os sexos, sendo as causas externas entre os homens e as neoplasias entre mulheres, principalmente entre 25 a 59 anos. As neoplasias malignas são a terceira causa de morte em homens, com maior prevalência dos tumores de origem do aparelho respiratório, urinário e digestivo (BRASIL, 2008).

No que diz respeito à morbidade, a população feminina apresenta maior prevalência para quase todas as doenças (PINHEIROS, 2002). Porém essa população assume hábitos de prevenção registrando maior procura aos serviços de saúde, enquanto a masculina tem maior registro de internações hospitalares em estágios mais avançados de doença, o que tem impacto nas chances de sobrevivência (LAURENTI *et al.*, 2005).

Essa diferença de morbimortalidade entre os sexos não deve ser justificada apenas pela variável biológica. Precisam-se considerar, também, os fatores sociais e comportamentais, as variáveis de gênero que nos levam à compreensão de como é construído, no universo

masculino e feminino, o envolvimento com o cuidado e, nas políticas públicas, a iniquidade do acesso aos serviços de saúde.

Existe uma construção histórica e sociocultural de que o homem deve ser forte e provedor familiar, não devendo demonstrar fragilidade, característica tida como feminina, levando-o a ter comportamentos que impactam de maneira negativa em sua saúde e, conseqüentemente, na saúde das mulheres. Para sustentar esse estereótipo, legados da masculinidade hegemônica, os homens negligenciam os cuidados, sinais e sintomas do corpo. A própria estrutura social, principalmente a consolidada nos serviços de saúde, influencia na iniquidade de acesso a esses serviços pela população masculina (GOMES,2008; BRAZ, 2005; PINHEIRO *et al.*, 2002; KORIN, 2001).

Na última década, a Organização Mundial de Saúde enfatiza que se dê atenção integral à saúde do homem, principalmente à do idoso (WHO, 1999) levando em consideração os determinantes biológicos, culturais, espirituais, religiosos, de gênero e comportamento, bem como os determinantes das políticas públicas de saúde.

Com base nessa recomendação e em estudos nacionais epidemiológicos e qualitativos o Ministério da Saúde do Brasil, lançou, em agosto de 2008, princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008) e, em agosto 2009, decreta a Portaria nº 1.944 com as atribuições de cada esfera de governo para essa política nacional que objetiva:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (Brasil, 2008).

É lançado, pois, o desafio aos gestores e profissionais de saúde para o desenvolvimento local dessa política de promoção, prevenção e assistência à saúde do homem. A Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem aponta para a quebra de paradigmas, aproximação da subjetividade masculina e deslocamento do modelo **saúde e mulher** para **gênero e saúde**, em uma abordagem mais holística.

A demanda masculina em oncologia e o tratamento oncológico são carregados por intensos estigmas, eventos adversos, estressores socioeconômicos e psicológicos que permeiam sentimentos de culpa e medo. Antes mesmo de refletirmos sobre a assistência oncológica ao homem na perspectiva de gênero, na construção da subjetividade masculina em sua relação com a saúde, percebemos a “dificuldade” dessa população em expressar suas emoções, sintomas e experiências. Identificar alterações biopsicossociais e espirituais em homens nos parece ser mais difícil que na população feminina, seja pela interferência das acompanhantes (esposas, filhas ou mães) ou pela sua própria “dificuldade de expressão”.

Entender como a questão de gênero interfere na condução dos problemas de saúde e na subjetividade resultante da masculinidade hegemônica nos aproxima de uma abordagem mais integral do paciente oncológico masculino. Permitindo-nos também considerar o comportamento desses e de suas acompanhantes e direcionar nosso próprio comportamento como profissionais de saúde.

Percebemos, a partir do entendimento da subjetividade masculina, porque grande parte dessa população procura, tardiamente, os serviços especializados e tem dificuldade em expressar sinais e sintomas advindos da doença e dos tratamentos, principalmente os que indicam alterações na sexualidade e masculinidade, como os tumores de trato geniturinário.

A escassa abordagem de gênero em pacientes com câncer é refletida no reduzido número de publicações sobre o tema. Dentre os poucos estudos abordando gênero em suas especificidades, encontramos pesquisas a respeito de câncer de mama e de próstata. Porém,

em uma perspectiva relacional de gênero, poucas pesquisas identificam sintomas estressantes e qualidade de vida no paciente oncológico masculino. O estudo encontrado que mais se aproxima dessa perspectiva é o de Gomes (2004) *apud* Gomes (2008), o qual aborda, em uma pesquisa qualitativa, a prevenção do câncer de próstata na tentativa de problematizar as relações entre a masculinidade e os cuidados em saúde.

Atuando como enfermeiras em oncologia clínica, percebemos que pouco influenciamos na qualidade de vida dos homens em tratamento oncológico, uma vez que não abordamos a saúde do homem na concepção relacional de gênero e não intervimos efetivamente. Por vezes, também desconhecemos os sinais e sintomas estressores que, na percepção dos pacientes, prejudicam a qualidade de vida. Assim como evidencia o estudo de Parsaie *et al* (2000) sobre a significativa diferença entre a percepção de pacientes (n = 50), de ambos os sexos, e enfermeiros (n = 21) a respeito da intensidade de alterações físicas e psicossociais desses em tratamento oncológico.

Os pacientes oncológico vivenciam, por vezes, diferentes tratamentos e até mesmo seu emprego concomitante. É comum haver alterações biopsicossociais, espirituais e econômicas que geram elevado estresse e interferem negativamente na qualidade de vida. Dessa forma, é de relevância prática que os profissionais saibam avaliar os sintomas para intervir efetivamente na qualidade de vida dos pacientes, sendo de fundamental importância ter instrumentos que meçam, com precisão, a ocorrência dos múltiplos sintomas e o estresse por eles causado.

Na tentativa de prover um instrumento de medida que permita a avaliação da experiência individual de múltiplos sintomas e os estresses por eles causados, Fu e colaboradores (2007) desenvolveram o *Symptom Experience Index* (SEI), a partir da adaptação de instrumentos também desenvolvidos pelo grupo: o *Symptom Distress Scale* e *Memorial Symptom Assessment Scale*. O SEI consta 41 itens em escala de Likert de 5 pontos para avaliar a ocorrência de 20 sintomas e 21 estresses relacionados aos sintomas. Esses pesquisadores, baseados na teoria de autorregulação e na análise conceitual integrada da avaliação e manejo

de sintomas, enfatizam a diferença entre os fenômenos identificados no SEI: a ocorrência de múltiplos sintomas, estresses (emocional) por eles causados e a experiência de sintomas.

No Brasil, desconhecemos estudos que investiguem os sintomas estressantes experimentados pelos homens em tratamento oncológico, bem como instrumentos confiáveis e devidamente validados que os meçam. Considerando que tal conhecimento é imprescindível para a implementação de melhorias nas intervenções direcionadas a essa população, realizamos este estudo para investigar se:

1. O *Symptom Experience Index* (SEI) é um instrumento válido para utilização entre homens em tratamento oncológico no Brasil?
2. Quais sintomas são relacionados ao estresse em homens brasileiros em tratamento oncológico?
3. Existe correlação entre sintomas estressantes e qualidade de vida nessa população?

Acreditamos que responder a essas perguntas é de relevância social e científica, pois proporciona melhor compreensão do sofrimento dos pacientes oncológicos e instrumentaliza os profissionais de saúde para intervenções preventivas, educativas e paliativas em promover uma qualidade de vida melhor a essa população.

2. OBJETIVOS

Este estudo foi realizado com os seguintes objetivos:

- Traduzir, adaptar e validar para a Língua Portuguesa o instrumento de medida *Symptom Experience Index* (SEI) desenvolvido por Mei Fu e colaboradores, New York University.
- Identificar a ocorrência de sintomas em homens com câncer de pulmão, próstata e colorretal.
- Medir o estresse causado pelos sintomas.
- Analisar a experiência de sintomas.
- Avaliar a qualidade de vida na população estudada.
- Analisar a experiência de sintomas em relação à qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Especificidades do ser homem no processo saúde-doença

A temática homem e saúde começa a ser abordada mais intensamente no século passado desde a década de 70, sendo conduzida pelas discussões acerca da sobremortalidade masculina relacionadas a fatores biológicos, ou seja, as diferenças em termos do sexo. A partir da década de 1990 há um direcionamento para mudança na abordagem, discutindo-se a construção da masculinidade tradicional ou hegemônica sob a perspectiva relacional de gênero, buscando suas repercussões nos determinantes da saúde masculina. A Organização Mundial de Saúde (OMS), nessa época, começa a se posicionar sobre a saúde masculina defendendo o estabelecimento de políticas e estratégias voltadas ao homem nas diferentes fases da vida. Alerta, também, sobre a necessidade de estudos que abordem a posição social e os determinantes da saúde masculina (GOMES e NASCIMENTO, 2006; WHO, 1999).

Índices que diferenciam a saúde do homem e da mulher em termos de sexo – traços biológicos – e gênero – traços comportamentais construídos em contexto social – vêm sendo estudados recentemente no Brasil (LAURENTI *et al.*, 2005; PINHEIRO *et al.*, 2002). Um ponto de partida para esses estudos é a sobremortalidade masculina e a esperança de vida ao nascer que, nas últimas décadas, teve um aumento proporcional em ambos os sexos. A morbidade, quando analisada pelo número de demandas aos serviços, é maior em mulheres; porém quando analisada pelas internações hospitalares em estado grave, a incidência é maior para os homens. Bem como, a procura dos homens por serviços de emergências também é maior (LAURENTI *et al.*, 2005; PINHEIRO *et al.*, 2002).

A morbimortalidade masculina é maior do que a feminina (INCA, 2008), apesar de ser comum a aceitação que isso esteja relacionado ao estilo de vida, além dos fatores genéticos ou hormonais e biológicos (LAURENTI *et al.*, 2005; GOMES, 2003; BRAZ, 2005). Há necessidade de focar no gênero quando se deseja caracterizar a saúde do homem e da mulher (LAURENTI *et al.*, 2005), e de ver a saúde como satisfação das necessidades humanas na perspectiva relacional de gênero (GOMES, 2003).

Nas últimas décadas, as análises de morbimortalidade sob o enfoque de gênero têm sido dirigidas quase que exclusivamente ao sexo feminino (LAURENTI *et al.*, 2005; KORIN, 2001). O movimento feminista, que foi intenso nesse período, conseguiu ocasionar mudanças em diversos campos, inclusive na saúde, levantando importantes questões principalmente a desigualdade entre gêneros. Porém essa discussão pouco evoluiu no campo masculino talvez pela masculinidade tradicional, hegemônica, construída sob uma perspectiva cultural e sob a influência historicosócial. Tal entrave acarreta não só uma relação desigual entre gêneros, mas sérios impactos negativos na saúde masculina (KORIN, 2001; BRAZ, 2005).

Os homens são historicamente criados para aprender a ter a virilidade expressa no corpo e no comportamento, a ser provedores e protetores, além de suportar, sem chorar, suas dores físicas e emocionais, tendo a violência estimulada pela educação. Devem reafirmar, ainda, sua imagem de masculinidade provando que não são homossexuais, mulheres, nem crianças, o que implica descuido com o próprio corpo, colocando-os em desvantagem, principalmente quando a situação socioeconômica é desfavorável. (KORIN, 2001; BRAZ, 2005; PINHEIRO *et al.*, 2002).

A construção da identidade e subjetividade masculina perpassa por barreiras que os expõe a uma vulnerabilidade desde a constituição biológica, transcendendo a existência física, psicológica e sociocultural, levando vários autores a classificarem o sexo masculino como o sexo frágil, diferente do que é considerado pelo senso comum. Segundo Braz (2005):

Esta constante questão de gênero que perpassa a conduta e os hábitos masculinos produz não somente modos de vida, como também modos de adoecer e morrer. No que concerne à mulher no seu imaginário, construído por uma sociedade sob dominação masculina, o homem na doença é mais frágil, suporta menos ou comporta-se como criança (BRAZ, 2005, p.101).

O preconceito, pouco visível e constituído culturalmente, que domina não só os homens como as mulheres, tem reflexo na pauta de prioridades das políticas, as quais só enquadram o homem na saúde reprodutiva. Assim, dificultam a procura dos homens pelos serviços de saúde no Brasil, principalmente por causa dos horários de acesso, conseqüentemente sendo empurrados para os serviços de urgência/emergência quando há agravo da morbidade (BRAZ, 2005; PINHEIRO *et al.*, 2002).

O reflexo de alguns fatores relacionados ao gênero, como biológicos, masculinidade e condutas adquiridas culturalmente são discutidos por Korin (2001) em relação aos riscos à saúde masculina. Segundo esse autor, a interação desses fatores reflete em uma taxa de mortalidade maior para os homens em doenças cardiovasculares e respiratórias, mortes violentas, doenças hepáticas, câncer, além da vulnerabilidade crescente a certas enfermidades, respostas disfuncionais a doenças e deteriorada capacidade de recuperação. Tais reflexões indicam a necessidade de mudança de ações e paradigmas no caminho da igualdade de gêneros, já que as relações atuais de gênero não beneficiam os sexos. “*As mulheres pagam com a desvalorização de seu papel social e, o homem paga com a sua vida*” (BRAZ, 2005, p.103). Eliminar a masculinidade hegemônica, reconhecer a centralidade de gênero para a organização dos serviços, conduta profissional e investigações são exemplos de novos paradigmas a ser alcançados (KORIN, 2001).

A masculinidade hegemônica está em transição, coexistindo múltiplos “ser homens” (GOMES, 2008). Para melhor compreender a experiência de estar doente, os profissionais de saúde devem considerar “essas masculinidades” no paciente homem e em si mesmo, na tentativa de identificar bloqueios e ajudar esses pacientes revisarem e discutirem sua masculinidade, escutando-os na construção da sua própria narrativa (KORIN, 2001).

3.2. O peso imposto pelo câncer

O câncer tem se tornado, cada vez mais, um importante peso mundial. No início do século XXI, o número de novos casos atingiu 10 milhões de pessoas. A incidência do câncer cresce no Brasil, como em todo o mundo, em um ritmo que acompanha o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida. O crescente número de casos oncológicos é consequência, também, do impacto na saúde pela urbanização acelerada, por novos modos de vida e por novos padrões de consumo (WHO, 2008; INCA, 2007).

Apesar dos extraordinários progressos no desenvolvimento e uso de estratégias de prevenção, nas intervenções em estágio inicial e nos tratamentos oncológicos, o câncer ainda permanece como uma das causas que lideram a mortalidade no mundo, sendo que quase 8 milhões de pessoas morrem, anualmente, de câncer – cerca de 13% de todas as mortes no globo. Estima-se que essa taxa de mortalidade continuará a crescer e que, em 2030, estará em torno de 12 milhões de mortes (WHO, 2008).

Nos países desenvolvidos, o câncer é a segunda maior causa de morte, vindo após à doença cardiovascular. Evidências epidemiológicas apontam essa mesma tendência emergindo em países menos desenvolvidos, principalmente os que estão em “transição”, como o Brasil. Em 2005, o câncer matou aproximadamente 190 mil pessoas no Brasil, das quais 113 mil tinham menos de 70 anos de idade (WHO, 2008).

Aproximadamente 20 milhões de pessoas sofrem de câncer hoje, um quadro projetado para se elevar a 30 milhões nos próximos 20 anos. O impacto da doença, porém, ainda é muito maior do que apenas o grande número de casos. Podendo ser profundamente estressante, bem como economicamente devastador para as famílias dos pacientes e para o sistema de saúde (WHO, 2008).

O custo econômico do câncer é substancial e, acrescentado ao sofrimento do paciente e família, constitui grande peso para a sociedade (CHANG *et al.*, 2004). Dados do DATASUS indicam um aumento de 103% entre 2000 e 2005 nos significantes gastos federais em assistência oncológica, retratando não apenas grande disponibilização de tratamento especializado para a população, mas também o crescimento da incidência de câncer no País. Bilhões são gastos anualmente, além dos custos físicos e emocionais. Somente com tratamentos quimioterápicos nos últimos anos, os custos do SUS aumentaram de 450%, indo de 18 milhões para 82 milhões de reais (INCA, 2007).

Além desses gastos, o peso econômico do câncer inclui mais do que o custo da nação associado às despesas com prevenção, rastreamento e serviços de tratamento. O custo econômico é também associado ao tempo e ao esforço gastos pelos pacientes e suas famílias, bem como à perda da produtividade devido à incapacidade relacionada ao câncer ou mesmo à mortalidade prematura (NCI, 2009).

Estima-se que, no Brasil, cerca de 489.270 novos casos de câncer serão detectados em 2010. No sexo masculino, com exceção do câncer de pele, os mais incidentes serão de pulmão, próstata, estômago e colorretal que, mesmo detectados em estágio inicial e possuam melhores prognósticos, dependem de tratamentos que ameaçam a qualidade de vida dos sobreviventes (INCA, 2009). O câncer traz consigo significativo peso para a qualidade de vida da pessoa, para a família, e para a comunidade em geral.

3.3. O câncer em homens – dados epidemiológicos

Os tipos de câncer mais frequentes, mundialmente, entre os homens, bem como os que lideram a mortalidade são de pulmão, esôfago, estômago, colorretal, fígado e próstata (WHO, 2008). No Brasil, o câncer de próstata é de grande incidência, seguido pelo de pulmão, estômago e colorretal, os quais apresentam variação na incidência por região. A maior

mortalidade se registra pelo câncer de pulmão, vindo logo após o de próstata, estômago, esôfago e colorretal (INCA, 2009).

3.3.1. Câncer de pulmão

Atualmente, o câncer de pulmão é a neoplasia mais frequente no mundo, somando-se 1,2 milhão, é também a de maior índice de mortalidade, responsável por 17,8% das mortes por câncer. Para 2008, estimou-se, no Brasil, a ocorrência de 17.810 novos casos entre homens e, para 2010, espera-se 17.800, considerando que, haverá 18 casos para cada 100 mil homens (INCA, 2009). A alta taxa de morbidade é acompanhada por um baixo percentual de sobrevida nos primeiros anos da doença. Nesse tipo de neoplasia a prevenção é possível, mas a detecção precoce não melhora necessariamente o prognóstico (WHO, 2008).

A exposição ao tabaco, de qualquer forma, é o maior fator de risco para o câncer de pulmão, cuja incidência vem aumentando desde o início do século XX, em virtude, principalmente, do aumento da frequência do tabagismo. Mesmo entre os não fumantes, o risco de câncer de pulmão se torna elevado proporcionalmente apenas à sua exposição à fumaça. Exposição a altos níveis de poluição, radiação e asbesto também podem aumentar o risco (WHO, 2008).

O câncer de pulmão é a causa mais comum de mortes por câncer em homens no mundo. Contudo, percebe-se o declínio na incidência em alguns países, como nos EUA e na Inglaterra, onde o tabagismo começou a diminuir nas duas últimas décadas. No Brasil, ainda há aumento de registro de incidência e de mortalidade e, coerente ao cenário mundial, tem apresentado rápida mudança no panorama demográfico desse tipo de câncer, passando de uma maior incidência em homens mais idosos, para uma crescente incidência entre mulheres e jovens (INCA, 2008; YOUNES, 2006).

3.3.2. Câncer de próstata

A incidência de câncer de próstata é mais frequente no sexo masculino, sem considerar o câncer de pele, sendo cerca de seis vezes maior em países desenvolvidos. A estimativa, no ano de 2008, no Brasil, foi de 49.530 novos casos, para 2010 será de 52.350, correspondendo a um risco estimado de 54 novos casos para cada 100 mil homens. Na região Sudeste o risco é maior, chegando a 63 novos casos para cada 100 mil homens (INCA,2009; WHO, 2008).

Com a possibilidade de dosagem do PSA (*prostate specific antigen*, um marcador tumoral) associada a outras várias ações para diagnóstico precoce do câncer de próstata, o número de casos detectados aumentou drasticamente desde o início da década de 1990. No entanto, não houve redução da mortalidade, mas um elevado número de cirurgias desnecessárias, implicando maiores gastos e piora na qualidade de vida (WHO, 2008).

Devido ao bom prognóstico, para a maioria dos diferentes tipos histológicos, a mortalidade global é relativamente baixa, principalmente nos países desenvolvidos, pela alta taxa de detecção precoce. As taxas de mortalidade chegam a ser 2,5 vezes maiores nos países em desenvolvimento. A sobrevida média mundial, em 58% dos casos, é de cinco anos (WHO, 2008).

3.3.3. Câncer colorretal

Estima-se que o câncer colorretal seja a quarta neoplasia maligna mais frequente no mundo. No Brasil, nas regiões Sul e Sudeste, é a terceira mais frequente. Há estimativas que, em países desenvolvidos, chega a ser o segundo câncer em incidência, sendo que atinge cerca de 20% a 50% de homens na maioria das populações. Em 2008, foram registrados aproximadamente 12.490 novos casos em homens, e, em 2010, espera-se 13.310, correspondente a um risco estimado de 14 casos novos para cada 100 mil homens. Na região Sudeste, a estimativa é de 21 novos casos para cada 100 mil homens (INCA, 2009).

A incidência do câncer colorretal está relacionada a diversos fatores, sendo a história familiar e a presença de síndromes genéticas as principais. A adoção de hábitos alimentares ditos "ocidentais", ou seja, um elevado consumo de gordura animal e um menor consumo de fibras na dieta, também é um fator relevante (WHO, 2008).

3.4. Qualidade de vida e sintomas estressantes relacionados à doença e seu tratamento

Independente do prognóstico, o próprio diagnóstico inicial do câncer é frequentemente percebido como uma ameaça à vida. Alguns estudos indicam que quase todos os pacientes experimentam ansiedade e depressão desde o diagnóstico, que podem perdurar por toda a trajetória da pessoa na luta contra a doença (CHANG *et al.*, 2004).

Os pacientes oncológicos podem experimentar uma variedade de sintomas relacionados à doença ou ao tratamento, porém, os sintomas que realmente interferem na qualidade de vida são aqueles que, na percepção do indivíduo, causam estresse. Os sintomas estressantes não

são necessariamente aqueles de maior intensidade e/ou frequência, mas os que o paciente atribui o significado conforme sua própria percepção da vida e da doença. O conhecimento desses sintomas é imprescindível para intervenções eficazes. Apesar de haver casos em que o paciente experimenta apenas um sintoma isolado, a maioria experimenta múltiplos sintomas concomitantemente e essa ocorrência de mais de um sintoma pode resultar em severo estresse (FU; MCDANIEL; RHODES, 2007).

O diagnóstico tardio do câncer, além de aumentar a taxa de mortalidade, leva à necessidade de tratamentos mais agressivos que, por sua vez, agravam os sintomas, aumentam estresse e prejudicam a qualidade de vida do paciente. Sintomas, como náusea e vômito, fadiga, constipação ou diarreia, insônia, dor, anorexia, disfagia, mucosite, perda de concentração ou deficiência na concentração e memória, são observados em vários estudos entre pacientes oncológicos (FU; MCDANIEL; RHODES, 2007; LIMA, 2005).

No cuidado ao paciente, é importante a compreensão de que a experiência de sintomas tem como principais variáveis a ocorrência de sintomas e o estresse a eles associado (FU; MCDANIEL; RHODES, 2007). Esse relacionamento entre a ocorrência de sintomas e seu consequente estresse pode ser melhor compreendido por meio de algumas teorias, como a de estresse e de enfrentamento, dos autores Lazarus e Folkman (1987).

Essa teoria sugere que o estressor (ocorrência de sintomas) inicia uma resposta emocional (estresse) e os mecanismos de enfrentamento. O estresse leva a pessoa a agir, a pedir ajuda e a utilizar mecanismos de enfrentamento para aliviá-lo ou mesmo eliminá-lo. Se os mecanismos de enfrentamento forem adequados, o estresse diminui ou é eliminado. Entretanto, se forem ineficazes ou ausentes, o estresse se eleva a níveis que ameaçam a vida (LAZARUS; FOLKMAN, 1987).

Fu e colaboradores (2007), após análise integrada de conceito e embasados na teoria de autorregulação, procuraram definir sintoma e sua ocorrência, sintoma estressante e a

experiência de sintoma para o desenvolvimento do SEI. Concluíram, então, que sintoma corresponde a um fenômeno subjetivo que denota uma condição individual de desvio da normalidade de funções, de sensações, do cognitivo e da aparência.

A **ocorrência de sintomas** refere-se a uma frequência ou número de vezes que um sintoma é experimentado por um indivíduo em um determinado período. Sintoma estressante – a intensidade do estresse por sintomas – consiste na intensidade individual de sofrimento ou desconforto físico, emocional e/ou mental, em resposta a ocorrência de sintomas corresponde à percepção do estresse e reconhecimento do grau de sofrimento ou desconforto (FU; MCDANIEL; RHODES, 2007).

A **ocorrência de sintoma**, portanto, antecede ao sintoma estressante que é a percepção e reconhecimento do sintoma experimentado. A intensidade do estresse por sintoma, percebido por um indivíduo, determina se há comportamento ou estratégias de enfrentamento para amenizar a resposta emocional ao sintoma ou prevenir ocorrência futura desse. Assim, ocorrência de sintoma e estresse por ele causado são fenômenos separados envolvendo diferentes respostas de um indivíduo (FU; MCDANIEL; RHODES, 2007).

A respeito da **experiência de sintomas** – processo dinâmico – consiste na interação da percepção de um sintoma, da avaliação do significado do sintoma e da resposta ao sintoma. Essa é a expressão do sentimento individual sobre a experiência total de ocorrência de sintomas e intensidade de estresse. A percepção individual da experiência de sintomas pode ser afetada pela idade, sexo, cultura, papel na família, situação financeira, nível educacional, estado de saúde e seu conhecimento há, ainda, o tipo de tratamento, valores, crenças, experiências passadas e capacidade física (FU; MCDANIEL; RHODES, 2007).

A **experiência de sintoma** acentuada influencia negativamente o enfrentamento da doença por corresponder à respostas emocionais, mentais e físicas prejudicadas, situação de doença e tratamento, prejudicando, por sua vez, a qualidade de vida do paciente. A importância de se

manter a boa qualidade de vida ao paciente é imprescindível para maior adesão ao tratamento, melhor e mais rápida recuperação, garantir sobrevida com maximização de integração aos papéis sociais e produtividade (PAIM, 2008).

O termo qualidade de vida tem sido frequentemente usado atualmente, podendo ter definições e interpretações diversas. É um importante conceito nos campos da saúde, da economia, e do desenvolvimento internacional. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL GROUP, 1998 *apud* FLECK *et al.*, 2000, p. 179). Qualidade de vida consiste no bem-estar relacionado às dimensões física, psicológica, social e espiritual e, para avaliá-la, a OMS desenvolveu os instrumentos WHO QOL 100 e o WHO QOL brief, já validados internacionalmente e disponíveis na versão em português (FLECK *et al.*, 1999; FLECK *et al.*, 2000).

Pela sua importância, a avaliação da qualidade de vida passou a ser considerada como um dos critérios de estudos clínicos para comprovação da eficácia terapêutica de drogas e procedimentos. Também permite relacionar variáveis biológicas, psicológicas e sociais, sintomas estressantes, estado funcional e outros componentes. É necessário, ainda, assegurá-la na prática clínica, na tomada de decisão de tratamentos, avaliando cuidadosamente os riscos e benefícios das modalidades terapêuticas disponíveis e no planejamento de cuidados paliativos. (HALYARD; FERRANS, 2008; FLECK *et al.*, 2000).

O câncer, além de ser uma doença biológica, é, também, uma situação pessoal, familiar e socioeconômica. É importante que os profissionais da saúde assegurem que os pacientes oncológicos recebam atenção integral, buscando boa qualidade de vida em todos os estágios da doença e sobrevida. O cuidado ao paciente oncológico deve ser aperfeiçoado, tendo em vista prevenir e minimizar problemas cotidianos ao paciente e sua família.

Nas últimas décadas, percebe-se uma crescente ênfase na necessidade de assegurar a qualidade de vida do paciente oncológico. Identificar e avaliar adequadamente os sintomas estressantes relacionados à doença e seu tratamento é essencial para o seu manuseio eficaz. Neste sentido, estudos têm sido desenvolvidos na tentativa de disponibilizar ao profissional da saúde instrumentos de medida que propiciem essa avaliação e meçam, com consistência, a ocorrência de sintomas estressantes, bem como o estresse por eles causados (FU; MCDANIEL; RHODES, 2007).

A condução de estudos que desenvolvem e promovem a aplicação sadia da ciência para reduzir o sofrimento do paciente e promover sua qualidade de vida é de grande importância. O presente estudo buscou explorar a experiência de sintomas apresentados por homens com câncer de pulmão, próstata e colorretal, assim como investigar relações entre essa e a qualidade de vida desses pacientes. A partir da primeira utilização do Índice de Experiência de Sintomas (SEI) traduzido para o português, este estudo também investigou a validação deste instrumento no Brasil.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Este estudo foi realizado a partir de uma abordagem quantitativa, exploratório, descritivo e analítico – correlacional.

A análise exploratória visa elucidar o problema sem a pretensão de explicá-lo como um todo. O estudo descritivo se ocupa da descrição de fenômenos na intenção de classificá-los e interpretá-los. Enquanto a correlação é definida como a quantificação do grau em que duas variáveis contínuas e aleatórias estão relacionadas de maneira linear, pela determinação do coeficiente de correlação (r), não objetiva estabelecer relação de causa e efeito (PAGANO; GOUVREAU, 2006).

4.2. Local

O estudo foi desenvolvido em três serviços ambulatoriais oncológicos de Belo Horizonte:

- (1) Ambulatório Borges da Costa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – hospital público que atende somente a demanda do Sistema Único de Saúde (SUS);

- (2) Núcleo de Hematologia e Oncologia de Minas Gerais – que atende a uma demanda particular e conveniada às seguradoras de saúde;
- (3) Serviço de Radioterapia do Hospital Felício Rocho – que atende ao SUS, convênios e demanda particular.

O projeto deste estudo foi avaliado e aprovado pelos Comitês Éticos dos três hospitais que foram locais de estudo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Geras (COEP UFMG), parecer nº ETIC 688/08 (ANEXO A). O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Felício Rocho concedeu o parecer nº 288/09 (ANEXO B) e o Núcleo de Hematologia e Oncologia de Minas Gerais acatou o parecer da COEP UFMG.

4.3. Amostra

Participaram do estudo pacientes homens, maiores de 18 anos, em acompanhamento oncológico e em diferentes fases de tratamento. O tipo de sítio primário tumoral também foi fator de inclusão, selecionando-se o câncer de pulmão, colorretal e de próstata para compor a amostra por ser os mais incidentes em homens no Brasil.

Dentre os tumores do aparelho digestivo, deu-se preferência ao câncer colorretal, apesar de ser o segundo mais incidente, julgando-se que os pacientes acometidos por ele estariam mais acessíveis em ambulatórios devido ao tratamento adjuvante e neoadjuvante, com quimioterapia e radioterapia, bastante empregados neste tipo de tumor.

Os pacientes acompanhados nos serviços de oncologia foram convidados a participar do estudo após verificação dos critérios de inclusão, a partir daí, foi explicado os objetivos e métodos de coleta de dados. Três pacientes abordados não consentiram participação no

estudo, e houve exclusão dos que não possuíam condições cognitivas ou clínicas. Esta ocorrência deu-se com três pacientes portadores de câncer de pulmão com metástase em sistema nervoso central ou localmente avançado.

Os que consentiram participar do estudo foram orientados com mais detalhes sobre a proposta do estudo, sobre o caráter voluntário, a garantia de anonimato do sujeito da pesquisa, conforme preceitos éticos em pesquisa da Resolução 196/96. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), os sujeitos foram incluídos no estudo.

O tamanho da amostra foi calculado previamente, considerando-se um intervalo de confiança de 95% e um erro padrão de 0,05. Para se alcançar significância clínica de 80%, o número de sujeitos para pesquisa ficou estabelecido em 135 pacientes.

4.4. Variáveis do estudo

Foram investigadas neste estudo as seguintes variáveis:

4.4.1. Variável dependente

- Qualidade de Vida dos participantes.

4.4.2. Variáveis independentes

- Variáveis sociodemográficas: idade; procedência; estado civil; profissão; escolaridade e renda mensal familiar.
- Variáveis clínicas: desempenho clínico pessoal (*Eastern Cooperative Oncology Group - ECOG*); diagnóstico médico; região da metástase; história do tratamento cirúrgico, quimioterápico, radioterápico entre outros tratamentos oncológicos; história de tabagismo e etilismo; história de comorbidades.
- Experiência de Sintomas: ocorrência de sintomas (21 sintomas) e estresse relacionado.

4.5. Coleta de dados

Após emissão do parecer consubstanciado com aprovação, pelos comitês de ética das instituições envolvidas, iniciou-se a coleta de dados. A equipe de enfermagem e equipe administrativa dos serviços ajudaram na identificação dos pacientes elegíveis para o estudo, os quais eram abordados pela pesquisadora quando compareciam ao serviço para tratamento e acompanhamento médico, conforme sua disponibilidade de tempo.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, uma enfermeira e uma acadêmica de enfermagem, as quais foram previamente treinadas. Os dados foram coletados por meio de entrevista, utilizando-se instrumentos específicos.

Apesar de não ser o objetivo do estudo, após as entrevistas foram dadas orientações de enfermagem conforme necessidades identificadas e, quando não competia à equipe de pesquisa, o paciente era encaminhado para equipe assistencial.

As entrevistas, juntamente com posteriores orientações para saúde variaram de 30 minutos a 1 hora e meia de duração por haver pacientes que se sentiam mais à vontade para expressar seus sentimentos e tirar dúvidas quanto aos sintomas e tratamento. A coleta de dados durou cerca de cinco meses.

4.6. Instrumentos para coleta de dados

4.6.1. Instrumento para coleta de dados sociodemográficos e clínicos

Este formulário (APÊNDICE B), utilizado no início da avaliação, foi construído pela própria pesquisadora para coletar informações de estado sociodemográfico e clínico dos pacientes participantes do estudo. Houve necessidade de consulta aos prontuários para completar as informações relativas à doença e ao tratamento, conforme previsto no TCLE (APÊNDICE A) e informado aos sujeitos do estudo.

Para a avaliação do estado clínico geral da população em estudo, utilizou-se a escala ECOG que é amplamente utilizada em oncologia para avaliar o desempenho clínico pessoal (*Performance Status* – PS). Essa escala permite a graduação do nível de atividade física, sintomas da doença e grau de assistência necessária, permitindo a determinação de um prognóstico de tolerância à indicação e continuidade de tratamentos (BONASSA; SANTANA, 2005). A escala ECOG, classifica os pacientes oncológicos de acordo com a sua

capacidade de realizar tarefas comuns, avaliando a progressão da doença, bem como a interferência da doença nas atividades de vida diária do paciente para que ajudas e intervenções sejam providenciadas.

Na avaliação clínica também se buscou identificar os fatores de risco, como tabagismo e etilismo, fatores de prognósticos com relatos de comorbidades, estadiamento da doença oncológica, presença e localização de metástase, bem como os tipos de tratamento oncológico que esses sujeitos foram submetidos desde o diagnóstico.

4.6.2. Índice de Experiência de Sintomas

O SEI (ANEXO C) foi desenvolvido por Rhodes e colegas, e representa um contínuo esforço desses pesquisadores em construir e refinar um instrumento que meça a ocorrência de sintomas e do estresse causado por eles. A teoria de autorregulação e análises integradas de conceitos foram conduzidas para clarear os conceitos incluídos no SEI. Baseado nessas análises, o termo **sintoma** ficou definido como um fenômeno subjetivo que denota a condição de um desvio de função, sensação, cognição ou aparência normal. A **ocorrência de sintomas** é definida como a frequência ou o número de vezes que um sintoma é experimentado por uma pessoa, em um certo período de tempo. O **estresse causado pelo sintoma** se refere ao grau de sofrimento ou desconforto físico, emocional ou mental, percebido e reconhecido pela pessoa. A **experiência de sintomas** consiste na interação da percepção de um sintoma – ocorrência do sintoma – e o estresse causado por ele, que consiste na avaliação do significado e na resposta ao sintoma (FU; MCDANIEL; RHODES, 2007).

Baseado, portanto, em um modelo teórico e conceitual em que a experiência de sintomas é a somatória da ocorrência de sintomas e do estresse por ele causado – sintoma estressante, em que a ocorrência de sintomas antecede ao sintoma estressante (Figura 1), o SEI é um

instrumento que contém 41 itens, cada um registrado em uma escala de Likert de 5 pontos, que identifica o sintoma e mede o estresse por ele causado.

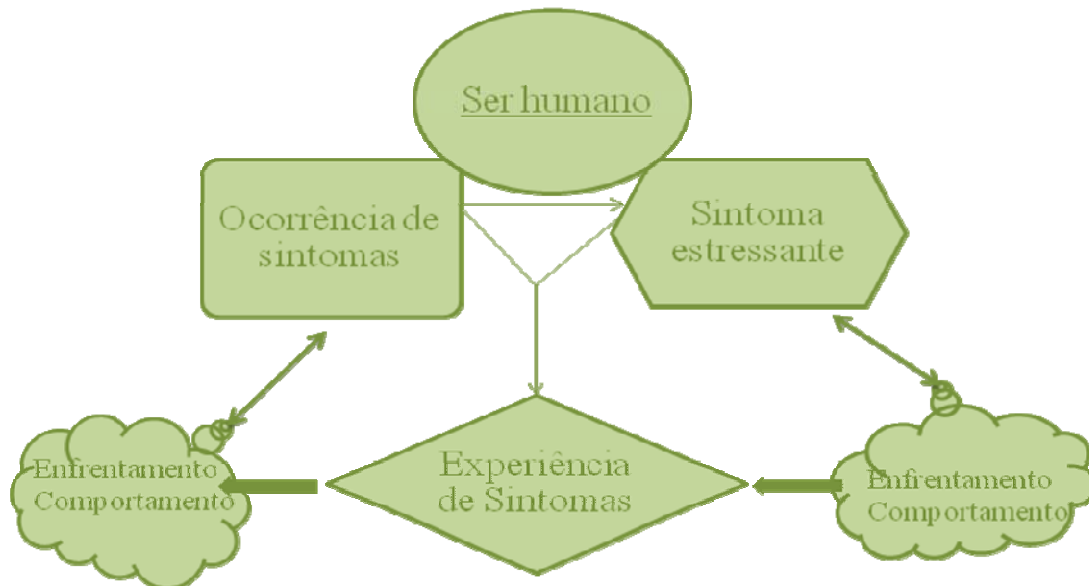


Figura 1 – Modelo de experiência de sintomas, ocorrência de sintomas e sintoma estressante

Fonte: FU; MCDANIEL; RHODES, 2007, p. 627.

Esse instrumento avalia 21 sintomas categorizados em oito subescalas: respiratória, cognitiva, gastrointestinal/alimentação, dor/desconforto, neurológica, fadiga/sono/inquietação, eliminação e aparência. Cada item é classificado na subescala, com pontuação desde 0 - nenhuma ocorrência de sintoma ou de estresse - até 4 - pior ocorrência do sintoma ou do estresse (FU; MCDANIEL; RHODES, 2007).

As propriedades psicométricas do SEI foram testadas quanto à confiabilidade e validade em estudo *cross* seccional, realizado em 2003-2004, com 158 sujeitos divididos em um grupo de pacientes - caso controle - e um grupo teste reteste - composto por adultos saudáveis. O SEI demonstrou razoável consistência interna com o *Crobach's alpha* de 0,91 para experiência de sintomas; 0,85 para ocorrência de sintomas; e, 0,84 para sintomas estressantes. A validade por

teste reteste foi confirmada pelo alto coeficiente de correlação intraclasse (experiência de sintoma $r=0,93$; ocorrência de sintoma $r=0,84$ e sintoma estessante $r=0,92$). Validade de constructos foi confirmada pela diferença de escores, estatisticamente significativa, entre pacientes e adultos saudáveis.

Os escores do SEI são verificados somando-se as pontuações marcadas nas subescalas:

- O escore da **ocorrência de sintomas e da intensidade do estresse** é verificado pela soma total das subescalas de cada item, cujos valores variam de 0 a 4.
- O escore da **ocorrência de sintomas** é avaliado pelas questões 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 28, 30, 32, 34, 36, 38 e 40, e pode ter uma variação de 0 a 84.
- A **intensidade de estresse**, avaliada pelas questões 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 29, 31, 33, 35, 37, 39 e 41, pode apresentar um escore de 0 a 80.
- A **experiência de sintomas** é obtida pela soma dos escores de ocorrência de sintomas e intensidade de estresse. O escore total da Experiência de Sintomas pode variar de 0 até 164.

Os domínios dos sintomas são agrupados conforme descrito no Quadro 1, a seguir:

QUADRO 1

Domínios do SEI

DOMÍNIOS	ITENS (problema específico avaliado)
Problemas respiratórios	9, 10 (respiração); 25 e 26 (tosse)
Problemas cognitivos	13, 14 (concentração); 40, 41 (memória)
Problemas de alimentação e gastrointestinais	1 e 2 (náusea); 7, 8 (vômito); 21, 22 (alimentação); 30, 31 (dificuldade para engolir)
Dor e desconfortos	17, 18 (dor); 5, 6 (alterações nos olhos); 38, 39 (mudança na voz)
Problemas neurológicos	27, 28, 29 (alterações nas extremidades); 36, 37 (tonteira); 34, 35 (alteração na audição)
Fadiga, sono e inquietação	11, 12 (sono); 15, 16 (inquietação); 19, 20 (cansaço)
Problemas de eliminações	23, 24 (intestinais); 32, 33 (urinária)
Mudança na aparência	3, 4 (aparência física)

Para utilizar o *Symptom Experience Index* (SEI), em um estudo brasileiro foi obtida autorização dos autores para realizar a tradução, validação e uso desse instrumento entre homens com diagnósticos oncológicos.

A tradução e adaptação para o português foi realizada pelo método *back translation*, por profissionais da saúde bilíngues, familiarizados com os conceitos utilizados neste instrumento e com experiência em assistência oncológica. Após tradução e revisão, o instrumento foi administrado em uma amostra de 40 adultos saudáveis, em dois momentos distintos, para análises teste reteste. Testes estatísticos de validade e confiabilidade das propriedades psicométricas foram realizados. Somente após validação do Índice de Experiência de Sintomas versão em português (SEI-P), na população saudável, iniciou-se o estudo para avaliação de experiência de sintomas entre homens com câncer.

4.6.3. WHOQOL-bref versão em português

Para avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o instrumento de avaliação de Qualidade de Vida desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na versão abreviada e validada em português, WHOQOL-bref (ANEXO D).

O primeiro instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS foi o WHOQOL-100, que consta de cem questões que avaliam seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais (FLECK *et al.*, 1999).

O WHOQOL-bref é uma versão abreviada composta de vinte e seis questões extraídas do WHOQOL-100 que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos. É composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Essa versão foi desenvolvida para atender à necessidade de um instrumento para avaliação da qualidade de vida que fosse curto, demandasse pouco tempo e atendesse a uma perspectiva internacional (FLECK *et al.*, 2000).

A versão abreviada assegurou a abrangência do constructo qualidade de vida ao preservar cada uma das 24 facetas do instrumento original WHOQOL-100, incluindo itens não só referentes a aspectos físicos e psicológicos, mas também relativos ao meio ambiente e às relações sociais (FLECK *et al.*, 2000). O grupo de estudos sobre qualidade de vida do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul realizou o trabalho de validação da versão brasileira do WHOQOL-100 e do WHOQOL-bref. (FLECK *et al.*, 1999; FLECK *et al.*, 2000).

As características psicométricas do WHOQOL-bref – na versão em português – são semelhantes às da amostra do estudo multicêntrico que deu origem ao instrumento (WHOQOL GROUP, 1998 *apud* FLECK *et al.*, 2000). Assim, os dados do teste de campo da versão abreviada em português do WHOQOL mostraram que o instrumento apresenta características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste reteste (FLECK *et al.*, 2000).

4.6.4. McGill reduzido e Escala Visual Analógica

O sintoma dor foi avaliado mais detalhadamente utilizando o questionário de dor McGill, em sua forma reduzida (*Short Form McGill Questionnaire* – SF-MPQ) (MELZACK, 1987). Trata-se de um método multidimensional de avaliação de dor, amplamente empregado para avaliação de dor crônica em diferentes tipos de pacientes (WRIGHT; ASMUNDSON; MCCREARY, 2001). A versão em português desse instrumento (ANEXO E) foi validada em alguns estudos no Brasil envolvendo pacientes oncológicos, como os estudos de Caffo (2003) e Paim (2007).

O questionário McGill reduzido avalia a qualidade da dor a partir da identificação de aspectos sensoriais (latejante, penetrante/pontada, em pontada, cortada, em câimbra, correndo, queimando, surda, pesada, delicada, dilacerante) e afetivos (dor cansativa, enjoada, assustadora, castigante).

A avaliação da quantidade de dor é realizada pela aplicação da Escala Visual Analógica (EVA) (ANEXO F). Esse instrumento possui escala numérica e de cores que possibilita a indicação da intensidade da dor (leve, moderada e intensa). Descritores verbais também compõem o McGill reduzido, com critérios de identificação dos aspectos avaliativos da experiência dolorosa (dor mínima, desconfortante, penosa, horrível e cruciante) (MELZACK, 1987).

Segundo Pimenta (1996; 2006), indivíduos sem dano cognitivo não apresentam dificuldade para utilizar a EVA, os com dano cognitivo moderado preferem utilizar a escala de descritores verbais, e os doentes com dano severo têm grande dificuldade de compreensão e utilização das escalas, devendo a dor ser avaliada nessa população pela observação do comportamento.

A escala analógica EVA foi também utilizada na aplicação do SEI e do WHOQOL, pela sua semelhança com a escala de Likert, provendo, contudo, uma linguagem mais concreta (preenchimento de copos em esquema de cores). Essa utilização da EVA teve a intenção de ajudar os sujeitos da pesquisa, principalmente os idosos, a responderem cada item dos questionários.

O escore de dor foi calculado segundo critérios estabelecidos pelos autores do questionário (MELZACK, 1987). O índice de dor é calculado pela soma do escore total da dor sensorial e dor afetiva, podendo variar de 0 a 45. A intensidade da dor presente é calculada pelo escore total da EVA (0 a 10). Experiência dolorosa geral verifica a autoavaliação geral da dor, variando de 0 a 5.

4.7. Tratamento e Análise dos dados

Após a coleta dos dados, os dados foram inseridos e tratados no programa SPSS (*Statistical Program for Social Sciences*) versão 13.0, com assessoria de um estatístico. O banco de dados foi assim criado com as variáveis do estudo, de acordo com os instrumentos utilizados para coleta, e, posteriormente, analisados.

A primeira análise foi para caracterização da amostra do estudo, utilizando-se estatística descritiva. Após essa etapa, foram identificadas a ocorrência dos sintomas, o estresse

relacionado a cada sintoma, e, então, verificada a experiência de sintomas. Essas variáveis foram analisadas segundo critérios estabelecidos por Fu e colaboradores (2007).

O sintoma dor foi avaliado mais detalhadamente pelo questionário McGill reduzido, que proporciona a avaliação dos aspectos sensoriais, afetivos, avaliativos e a intensidade na descrição da dor. Critérios de análise seguiram os recomendados por Melzack, 1987; Caffo, 2003; Paim, 2007.

A qualidade de vida foi avaliada calculando-se os escores por domínios físico, psíquico, social e ambiental do questionário WHOQOL-bref, segundo critérios de análise para o SPSS, disponibilizados pelo WHOQOL Group (HAPER; POWER: 1998).

A última etapa da análise estatística foi a verificação de correlações entre experiência de sintomas e a qualidade de vida da população em estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados, aqui apresentados, estão na seguinte ordem:

- Validação do SEI.

- Características da população estudada:
 - Dados sociodemográficos;
 - Dados clínicos.

- Ocorrência de sintomas e intensidade de estresse relacionado, divididos por domínios do SEI.

- Experiência de sintomas.

- Experiência de dor, medida pelo Mc Gill reduzido.

- Qualidade de vida.

- Correlação entre experiência de sintomas e qualidade de vida.

5.1. Validação do Índice de Experiência de Sintomas versão em português (SEI-P)

Para a validação do SEI-P foram selecionados 40 adultos saudáveis, por amostra de conveniência, para respondê-lo de forma autoadministrado, em dois momentos distintos. A utilização desse grupo, nessa etapa de validação, objetivou a realização do teste reteste. O que justifica selecionar pessoas saudáveis devido à inviabilização das correlações – indicarem reprodutividade e estabilidade – se utilizássemos pacientes para responder ao instrumento, em momentos distintos, por causa da provável variação dos sintomas apresentada por esses.

Os participantes foram predominantemente do sexo feminino (75%), adultos jovens (75% entre 18 e 40 anos) e todos apresentavam, pelo menos, 2º grau completo (TABELA 1).

TABELA 1
Características demográficas da amostra para validação do
SEI-P (n = 40)

Idade	Sexo	Escolaridade	
Média (DP)	n (%)	n (%)	
35,10 (12,81)	Mulheres	30 (75)	
	Homens	10 (25)	
	2º grau	12 (30)	
		3º grau	21 (52,5)
		Pós-graduação	7 (17,5)

Para avaliar a confiabilidade/fidedignidade do SEI-P, foi computado o valor *alfa de Cronbach*. Os resultados mostraram boa consistência interna, conforme demonstrado na Tabela 2, e comparado aos resultados do estudo de validação da versão original do SEI, entre os adultos saudáveis, conforme apresentados na Tabela 3.

TABELA 2
Coeficiente de consistência interna do SEI-P (n = 40)

<i>Alfa de Cronbach</i>		
Experiência de Sintomas	Ocorrência de Sintomas	Estresse
0,963	0,945	0,973

TABELA 3
Coeficiente de consistência interna do SEI, versão original (n = 63)

<i>Alfa de Cronbach</i>		
Experiência de Sintomas	Ocorrência de Sintomas	Estresse
0,90	0,81	0,83

Fonte: FU; MCDANIEL; RHODES, 2007, p. 630.

O SEI-P também demonstrou boa consistência interna para cada domínio, separadamente, conforme apresentado na Tabela 4.

TABELA 4

Consistência interna por domínio do SEI-P

DOMÍNIOS	<i>Alfa de Cronbach</i>
Respiratório	0,897
Cognitivo	0,917
Alimentação/gastrointestinal	0,9448
Dor/desconforto	0,912
Neurológico	0,820
Fadiga/sono/cansaço	0,981
Eliminação	0,934
Aparência	0,895

Os coeficientes de correlação intraclasse foram computados para o teste reteste. Para todas as avaliações os valores demonstraram ótima consistência interna do SEI-P (Experiência $r = 0,92$; Ocorrência $r = 0,89$; Estresse $r = 0,94$) (TABELA 5).

TABELA 5

Coeficiente de correlação intraclasse, teste reteste, do SEI-P (n = 40)

Coeficiente de Correlação Intraclasse (<i>r</i>)		
Experiência de Sintomas	Ocorrência de Sintomas	Estresse
0,926	0,892	0,946

O teste de consistência interna realizado no estudo de validação do SEI versão original, apresentou coeficientes de correlação intraclasse semelhantes ao SEI-P (Experiência $r = 0,93$; Ocorrência $r = 0,94$; Estresse $r = 0,92$).

Os resultados demonstraram que o SEI-P é um instrumento válido e confiável, com boa consistência interna – boa reprodutividade e estabilidade. Outras análises estatísticas foram realizadas para avaliação, mais detalhada, da validação do SEI-P, a partir da correlação entre grupo teste reteste (n = 40) – adultos saudáveis e o grupo controle (n = 138) – pacientes sujeitos da segunda fase desse estudo.

Encontra-se no APÊNDICE C o resumo dos resultados preliminares, da segunda fase de validação do SEI-P, que demonstrou confiabilidade adequada, também, para o grupo controle com *alfa de Cronbach* igual a 0,91. Validade discriminativa foi confirmada pela diferença significativa entre os adultos saudáveis e pacientes oncológicos ($p < 0,00$) (FU *et al*, 2010).

A tradução e validação desse instrumento podem instrumentalizar profissionais de saúde nos países de Língua Portuguesa para avaliação do impacto de múltiplos sintomas, direcionando intervenções que visem ao seu manejo, promovendo melhorias na qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

5.2. Características da população

Após a etapa de validação do SEI-P, foi iniciada a segunda fase desse estudo, aplicação desse instrumento junto aos homens com câncer. A amostra global dessa fase foi de 138 homens diagnosticados com câncer: colorretal (n = 45), de próstata (n = 73) e de pulmão (n = 20), em diferentes fases de diagnóstico, tratamento ou acompanhamento.

5.2.1. Dados sociodemográficos

A idade da população variou de 32 a 88 anos (Média = 67, DP = 11,26). Foi realizado o agrupamento da idade, conforme apresentado na Tabela 6. Aproximadamente 65% da população (n = 90) tem idade superior a 65 anos.

TABELA 6

Distribuição da idade entre os grupos de homens com câncer colorretal, pulmão e próstata

	Colorretal (n=45)	Próstata (n=73)	Pulmão (n=20)	Homens com câncer (n=138)
Idade (anos)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
< 50	11 (24,4)	0	2(10)	13(9,4)
50- 64	17 (37,8)	11(15,1)	7(35)	35(25,2)
≥ 65	17 (37,8)	62(84,9)	11(55)	90(65,2)
Mínima	32	55	39	32
Máxima	82	88	82	88
Média (dp)	59,7 ± 12,2	72,2 ± 7,4	65,5 ± 11,1	67,1 ± 11,2

Apesar de também atingir jovens, as chances de se desenvolver o câncer colorretal aumenta, marcadamente, após os 50 anos de idade. Mais de 90% das pessoas diagnosticadas com esse tipo de neoplasia estão acima dos 50 (NCI, 2009).

Em relação à procedência regional, 52,2% dos homens residem em Belo Horizonte, 46% no interior de Minas Gérias, e 2% são de outros estados brasileiros e estavam em Belo Horizonte exclusivamente para o tratamento oncológico. Quanto ao estado civil, 77% afirmaram ser casados ou viver em união estável. Esses resultados distribuídos segundo os grupos de câncer colorretal, pulmão e próstata, não apresentaram grande variação e estão distribuídos na Tabela 7.

TABELA 7

Distribuição da procedência regional e estado civil de homens com câncer, segundo grupos de câncer colorretal, pulmão, próstata

Procedência e Estado Civil	Colorretal (n=45)	Próstata (n=73)	Pulmão (n=20)	Homens com câncer (n=138)
Procedência:	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Belo Horizonte	24(53,3)	36 (49,3)	13 (65)	73 (52,5)
Interior de Minas	21 (46,7)	35 (47,9)	7 (35)	63 (46)
Outras regiões do país	0 (0)	2 (2,8)	0 (0)	2 (1,5)
Estado Civil:	n (%)	n (%)	n (%)	n(%)
Solteiros	3 (6,7)	4 (5,5)	0 (0)	7 (5)
Casados/união estável	37 (82,)	52 (65,8)	17 (85)	106 (77)
Divorciados	1 (2,2)	7 (9,6)	0 (0)	8 (6)
Viúvos	3 (6,7)	10 (13,7)	3 (15)	16 (12)

A maioria dos homens cursou até o ensino fundamental (65%) e está aposentada (60%), porém muitos relataram ter atividade informal para complementar a renda familiar, que para um grupo significativo (43%) está em torno de R\$ 1.400,00. O índice de analfabetismo foi menor entre os homens com câncer colorretal, o que também teve maior índice para o exercício laboral, formalmente, e maior renda familiar. (TABELA 8).

TABELA 8

Escolaridade, atividade laboral e renda mensal familiar de homens com câncer

	Colorretal (n=45)	Próstata (n=73)	Pulmão (n=20)	Homens com câncer (n=138)
Escolaridade	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Analfabeto	1 (2,2)	16 (21,9)	4 (20)	21(15,5)
Ensino Fundamental	27 (60)	48 (65,8)	12 (60)	87(63)
Ensino Médio	11(24,4)	7 (9,6)	3 (15)	21(15,5)
Ensino Superior	5(11,1)	1 (1,4)	1 (5)	7(5)
Pós-graduação	1 (2,2)	0 (0)	0 (0)	1(5)
Atividade Laboral:	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Aposentado	20 (44,4)	50 (68,6)	13 (65)	83(60)
Outras	25 (55,6)	23 (31,4)	7 (35)	55(40)
Renda mensal familiar/Reais	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
450,00	4 (8,9)	14 (19,2)	3 (15)	21(15,5)
até 1.140,00	17 (37,8)	35 (47,9)	7 (53)	59(43)
até 1.900,00	12 (26,7)	14 (19,2)	6 (30)	32(23,5)
até 3.800,00	6 (14,3)	5 (6,8)	1 (5)	12(9)
mais 3.800,00	3 (6,7)	2 (2,7)	3 (15)	8(6)

Estudos sobre o nível socioeconômico e educacional relacionados ao câncer colorretal são inconclusivos. Apesar de algumas pesquisas *cross* seccionais encontrarem risco, aumentado para classe social mais alta e nível mais elevado de educação; outros não encontram qualquer associação significativa, ou acham o oposto, em que a maior incidência se associa à população mais desfavorecida socialmente (NCI, 2009).

5.2.2. Dados Clínicos

O levantamento de dados clínicos objetivou verificar o desempenho clínico pessoal, uso de substâncias tóxicas, como tabaco e álcool, tratamentos realizados e comorbidades dos sujeitos do estudo.

Os pacientes que compuseram a amostra desse estudo foram avaliados, segundo escala ECOG, para identificação do desempenho clínico pessoal. Os resultados estão apresentados, a seguir, na Tabela 9.

Aproximadamente 65% dos homens participantes do estudo indicaram possuir pouca limitação, sentindo-se capazes de realizar tarefas diárias de natureza sedentária. (Tabela 9).

TABELA 9

Distribuição da amostra em grupos a partir da avaliação do desempenho clínico pessoal – Escala ECOG

Nível de atividade	Escores da Escala ECOG	Colorretal (n=45)	Próstata (n=73)	Pulmão (n=20)	Homens com câncer (n=138)
n (%)					
Completamente ativo; capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição	0	37 (73,3)	48 (65,8)	9 (45)	90 (65)
Restrição a atividades físicas rigorosas; é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária	1	9 (20)	20 (27,4)	10 (50)	39 (28,7)
Capaz de realizar todos os autocuidados, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; fica em pé, aproximadamente, 50% das horas em que o paciente está acordado	2	3 (6,7)	4 (5,5)	1 (5)	8 (6)
Capaz de realizar somente autocuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que o paciente está acordado	3	0 (0)	1 (1,4)	0 (0)	1 (0,8)
Completamente incapaz de realizar autocuidados básico, totalmente confinado ao leito ou à cadeira	4	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Os efeitos deletérios do tabagismo na saúde humana é conhecido há décadas, sendo associados a, pelo menos, 15 tipos de cânceres e responsáveis por cerca de 30% da mortalidade por câncer.

Neste estudo, apenas 31% dos homens (n = 41) disseram nunca ter fumado. Contudo, a exposição secundária ao fumo, chamada de tabagismo passivo, atinge basicamente toda a população sendo também associada ao desenvolvimento de neoplasias (NCI, 2009). Do total 13% não abandonaram o hábito de fumar mesmo após o diagnóstico (n = 17) e 56% (n = 76) consideravam-se ex-tabagistas e afirmaram ter abandonado o fumo há vários anos ou após o diagnóstico de câncer (GRÁFICO 1).

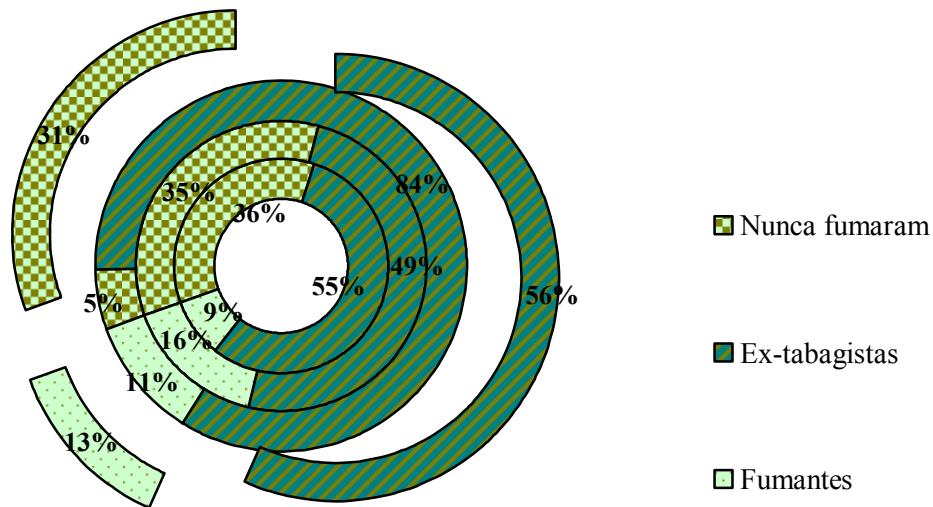


GRÁFICO 1 - Representação em porcentagem, de dentro para fora, dos homens com câncer colorretal (n = 45), próstata (n = 73), pulmão (n = 20), e amostra total (n = 138), segundo prática do tabagismo

O indicador de cessação do tabagismo na população de 15 anos ou mais, a partir de dados de inquérito domiciliar realizado em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal entre os anos de 2002 e 2003, revelou para a população total uma variação de 44% a 58% de ex-fumantes. A divisão de acordo com o sexo, nas regiões Sul e Sudeste, mostrou que o sexo masculino apresenta maior índice de cessação, com exceção de Belo Horizonte, onde o indicador é de 48,3% para homens e 53,1% para mulheres (IBGE, 2009).

Seguindo o cálculo desse índice, o presente estudo apresentou um indicador de 86,5%, devido à mudança de comportamentos de risco destes homens diagnosticados com câncer. O abandono do tabagismo diminui o risco de câncer de pulmão, mas mesmo após 20 anos sem fumar o risco de carcinoma ainda é cerca de duas vezes maior que no indivíduo que nunca fumou.

Os resultados apresentados no Gráfico 1 reforçam a forte associação do tabagismo com o câncer de pulmão. Apenas 5% dos sujeitos com esse tipo de câncer afirmaram nunca ter fumado, porém podem ter sido secundariamente expostos ao fumo.

Younes (2006) discute as sólidas evidências de ligação direta da incidência de câncer de pulmão, principalmente os adenocarcinomas, com o tabagismo e estima que 25% dos casos em não fumantes sejam atribuídos ao tabagismo passivo.

O consumo de bebida alcoólica também é um hábito nessa população e, mesmo com o diagnóstico e tratamento oncológico, 23% afirmam manter esse hábito (GRÁFICO 2). Vários dos homens do estudo afirmaram que consomem bebida alcoólica em caráter social – não ingerem mais de duas doses por dia – sendo esse consumo classificado por não apresentar risco à saúde, segundo critérios da OMS (INCA, 2009).

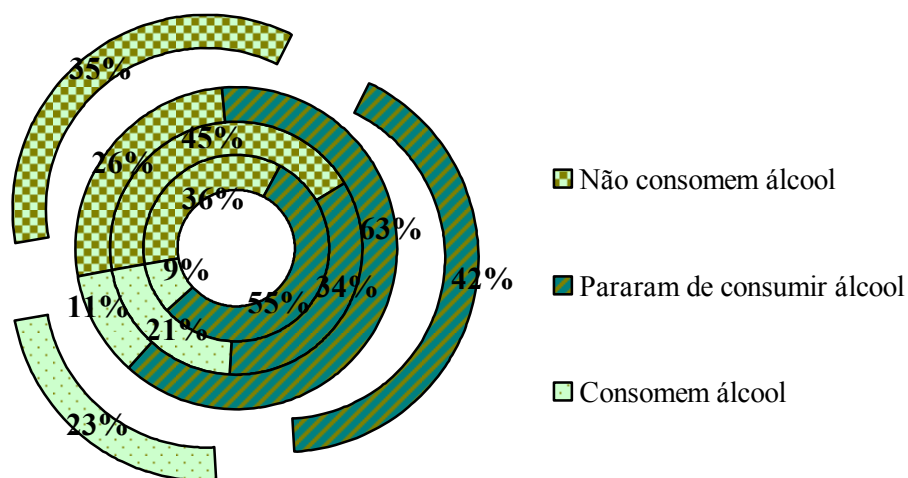


GRÁFICO 2 - Representação em porcentagem, de dentro para fora, dos homens com câncer colorretal (n=45), próstata (n=73), pulmão (n=20) e amostra total (n=138), segundo consumo de bebida alcoólica

O tabagismo e o consumo de bebida alcoólica são fatores de riscos para diferentes tipos de câncer e outros agravos à saúde (INCA, 2009), podendo ser considerados, também, fatores de piora de prognósticos para diferentes morbidades e para o câncer.

Na população em estudo, evidenciou-se elevado índice de comorbidades preexistentes ou que surgiram após o diagnóstico e tratamento oncológico (n = 96/ 69,6% da população), alguns desses homens apresentaram comorbidades associadas. Os relatos e registros de ocorrência das comorbidades por grupos e na população total estão representados na Tabela 9.

A hipertensão, diabetes e preexistências de cardiopatias são as morbidades mais prevalentes nessa população: 11 homens vivenciam mais de um diagnóstico de câncer, e um deles não relatou a existência desse segundo diagnóstico para a pesquisadora (TABELA 10).

TABELA 10
Distribuição das ocorrências de comorbidades, segundo relatos de homens
com câncer e registro de prontuários

Comorbidades	Colorretal	Próstata	Pulmão	Homens com câncer
Negam (n = 42/ 30,4%)				
Nega (relato em conformidade com registros do prontuário)	16	16	7	39
Nega (prontuário com registro de comorbidade)	1 ^(*)	2 ^(#, α)	0	3
Comorbidade relatadas em conformidade com prontuários (n = 96/ 69,6%)				
Hipertensão	10	30	8	48
Diabetes	6	9	2	17
Cardiopatias	3	10	1	15
DPOC	1	2	1	4
Glaucoma	1	1	1	3
Insuficiência vascular periférica	1	1	0	2
Sequela de AVC	2	2	0	4
Dislipidemia	2	2	0	4
Doença de chagas	1	1	0	2
Leishmaniose, condiloma	1	0	0	1
Lesão obstrutiva em orofaringe	0	1	1	2
Enfisema pulmonar	0	2	0	2
Depressão	0	1	0	1
Síndrome do pânico	0	1	0	1
Doença de Parkinson	0	1	0	1
Gota	0	2	0	2
Insuficiência renal crônica	0	2	0	2
Catarata	0	1	0	1
Leucemia Mieloide crônica	0	1	0	1

Além das comorbidades descritas na tabela anterior, pacientes com câncer colorretal apresentavam câncer de pênis (n = 1), câncer de próstata (n = 3) e câncer de pele (n = 1). Dois pacientes com câncer de pulmão estavam, também, acometidos por câncer de próstata, e o câncer de pele foi um dos segundos diagnósticos em um dos pacientes do grupo de câncer de próstata.

A associação do câncer com comorbidades piora os prognósticos, e pode inviabilizar diferentes tipos de tratamentos. Principalmente o citotóxico sistêmico, o quimioterápico, ao qual é inerente inúmeros eventos adversos, que pode mesmo em doses terapêuticas acuradas, agravar patologias como hipertensão, diabetes, insuficiência vascular periférica, cardiopatias, insuficiência renal, neuropatias, entre outras. Neste estudo tivemos registros de contraindicação de tratamento cirúrgico oncológico por causa de comorbidades.

Outros fatores que influenciam nos prognósticos oncológicos são o estadiamento inicial da doença e a presença e localização da metástase. Esses fatores estão apresentados na Tabela 11 e 12, por grupos.

TABELA 11
Distribuição por grupos e amostra total de acordo com o estadiamento
e presença de metástase

Estádios	Colorretal n=45	Próstata n=73	Pulmão n=20	Homens com câncer n=138
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
*Dados não coletados	3(6,7)	40(54,2)	5 (25)	48(35)
I	1 (2,2)	3 (4,1)	0 (0)	4 (3)
II	12 (26,7)	16 (21,9)	0 (0)	28 (20)
III	18 (40)	13 (17,8)	7 (35)	38 (27,5)
IV	11 (24,4)	1 (1,4)	8 (40)	20 (14,5)

Presença de Metástase	Colorretal n=45	Próstata n=70	Pulmão n=20	Homens com câncer n=138
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
* Dados não coletados	1 (2,2)	4 (5,7)	-	5 (3,5)
SIM	25 (56,6)	13(17,8)	14 (70)	52 (37)
MX	8 (17,8)	8 (11)	4 (20)	20 (15,5)
NÃO	11 (24,4)	48 (65,5)	2 (10)	62 (45)

* representa dados não coletados por falta de informação nos prontuários.

Mx: segundo classificação TMN (1998), a presença de metástase não pode ser avaliada.

O estadiamento a partir da classificação TNM, utilizada nos serviços de oncologia desta pesquisa, informa a extensão aparente da doença para cada região anatômica e permite planejar o tratamento, indicar prognósticos e avaliar resultados de tratamentos. A indicação de prognósticos pelo estadiamento tem variações por sítio primário das doenças e presença de metástase. Segundo o INCA (2004), como critério de agrupamento das doenças, deve-se considerar o estado clínico do sujeito e estudos clínicos que determinam taxas de sobrevida, utilizando essa classificação.

Aproximadamente 50% de todos os sujeitos do estudo apresentaram estadiamento III e IV na ocasião do diagnóstico, indicando fases avançadas da doença: metástase esteve presente em 52 homens (37%) e suspeita de metástase em 20 homens, cerca de 16% da população em estudo (TABELA 11).

A falta dos registros de estadiamento prejudicou a análise desse dado e ocorreu, principalmente, nos prontuários dos homens com câncer de próstata, talvez porque a maioria teve diagnóstico e início do tratamento em outros serviços. Outros documentos não foram consultados em busca dessa informação. Vários desses sujeitos possuíam registro da classificação histológica de Gleason, que não foi computada neste estudo.

A presença de metástase e sua localização são indicadores de prognósticos. Os homens com câncer de pulmão apresentaram maiores incidências de metástase na fase de diagnóstico, (n = 8/ 40%), estágio IV. No momento da pesquisa, esse cenário já havia mudado: 70% (n = 14) já tinham metástase confirmada e 20% (n = 4) tinham suspeitas (TABELA 11). Dentre os que tinham metástase confirmada, 21,4% eram óssea e 42,9% localizada na região do Sistema Nervoso Central (TABELA 12).

Segundo Guimarães (2004), alguns dos fatores de piora do prognóstico para o câncer de pulmão são desempenho clínico pessoal baixo, ser do sexo masculino, idade superior a 65 anos, fases avançadas da doença (estádios III e IV) e ter metástase óssea. A sobrevida em cinco anos diminui consideravelmente entre as subclassificações do estágio III, no III A (12,5%) e III B (4,6%); do estágio III para o IV há maior decréscimo, ou seja, a sobrevida é de 1,1% no estágio IV (AMARAL, 2005).

TABELA 12
Localização da metástase, segundo grupos e amostra total

	Localização Metástase	n (%)
Colorretal (n = 25)	Hepática	9 (36)
	Pulmonar	1 (4)
	Hepática + Pulmonar	4 (16)
	Peritonal	2 (8)
	Peritonal + Vesical	1 (4)
	Retoperitonal + Omento	1 (4)
	Locorregional	7 (28)
Próstata (n=13)	Óssea	10 (77)
	Óssea + retopeitonal	1 (7,7)
	Óssea + locorregional	2 (15,3)
Pulmão (n = 14)	Pulmonar	1 (7,1)
	Brônquica	3 (21,3)
	SNC	4 (28,6)
	SNC + Pulmonar	2 (14,3)
	Óssea	2 (14,3)
	Óssea + Hepática	1 (7,1)
	Hepática	1 (7,1)

SNC – Sistema Nervos Central

Quanto às neoplasias de intestino grosso, devemos considerar as diferenças entre as localizações das metástases entre as neoplasias de colón e de reto que foram agrupadas na Tabela 12. A disseminação desse câncer ocorre por meio dos linfonodos regionais e do fígado, via circulação porta. O fígado é o órgão visceral acometido de um terço das neoplasias intestinais, principalmente as de colón (GUIMARÃES, 2004).

O câncer colorretal raramente se dissemina para os pulmões, linfonodos supraclaviculares, ossos e SNC, sem disseminação prévia para o fígado. Com exceção dos tumores primários do reto distal, cujo deslocamento tumoral pode ocorrer diretamente para o pulmão e outras regiões, por meio do plexo venoso vertebral, determinando essas diferenças de localização metastática. Na presença de metástase a distância a sobrevida mediana dos pacientes com câncer colorretal tem variações entre 6 e 9 meses, podendo ser maior nos casos menos agressivos e com nódulos hepáticos ressecáveis cirurgicamente (GUIMARÃES, 2004).

A respeito da metástase na doença avançada de próstata, 85% dos pacientes que falecem por este tipo de neoplasia apresentam comprometimento ósseo associado a complicações, como dor, fratura patológica e compressão espinhais. As indicações de terapias oncológicas, evidenciadas em atuais ensaios clínicos, consideram os diferentes tipos histológicos, fatores prognósticos e as reais chances de melhorar as taxas de sobrevida e qualidade de vida do indivíduo acometido por câncer de próstata, e outros tipos de câncer.

A seguir, representação gráfica da distribuição dos tratamentos cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos entre os homens deste estudo (GRÁFICO 3).

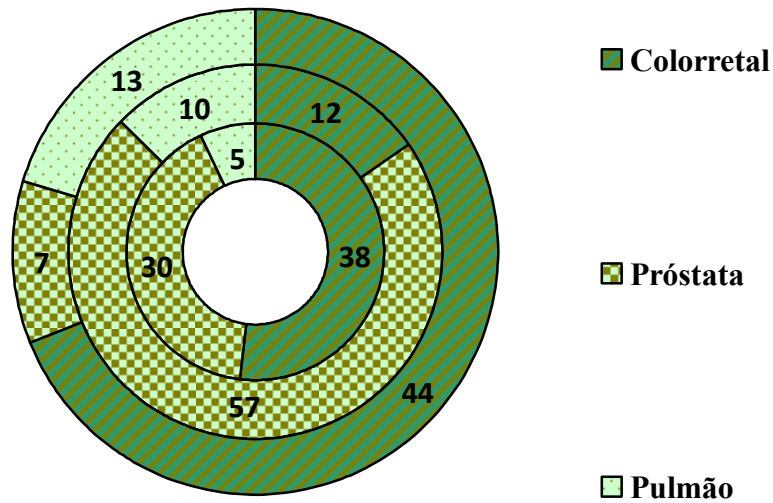


GRÁFICO 3 - Distribuição em valor numérico da ocorrência dos tratamentos, de dentro para fora, cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos em homens com câncer colorretal, próstata, pulmão

Dentre os tratamentos oncológicos experimentados pela população deste estudo, o procedimento cirúrgico foi o mais empregado para os sujeitos com câncer colorretal (84,4%, de $n = 45$). A radioterapia teve aplicação maior aos sujeitos de câncer de próstata (78% de $n = 73$) e de pulmão (50% de $n = 20$). A quimioterapia foi indicada para a maioria dos sujeitos com câncer de pulmão e para 100% dos casos de câncer colorretal. Apenas um sujeito não havia iniciado o tratamento oncológico no momento da entrevista.

O tratamento hormonal realizado por homens com câncer de próstata, por não ser considerado quimioterapia, foi agrupado junto a outros tratamentos oncológicos como dor. Os sete homens com esse tipo de câncer que receberam tratamento quimioterápico faziam uso de inibidor de osteólise associado à droga citotóxica ou hormonioterapia, por apresentarem metástase óssea.

Pelos resultados apresentados no Gráfico 3 e na Tabela 13, vemos que grande parte dos sujeitos da pesquisa foi submetida a mais de um tipo de tratamento. A radioterapia e quimioterapia tiveram emprego concomitante em colorretal (n = 8), próstata (n = 8), pulmão (n = 1). Com finalidade paliativa, foram empregados os tratamentos cirúrgicos em 17 homens, radioterapia em 19, e quimioterapia em 43 (TABELA 13).

TABELA 13

Distribuição da finalidade dos tratamentos oncológicos, segundo grupos e amostra total

Cirúrgico	Colorretal (n = 38)	Próstata (n = 30)	Pulmão (n = 5)	Homens com câncer (n = 73)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Adjuvante	1 (2,6)			1 (1,4)
Paliativo	12 (31,6)	4 (13,4)	1 (20)	17 (23,3)
Principal	23 (60,5)	21 (70)	2 (40)	46 (63)
Exclusivo	2 (5,2)	5 (16,6)	2 (40)	9 (12,3)

Radioterápico	Colorretal (n = 12)	Próstata (n = 57)	Pulmão (n = 10)	Homens com câncer (n = 79)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Adjuvante		12 (21)		12 (15,2)
Neoadjuvante	3 (25)			3 (3,8)
Concomitante	2 (16,6)	8 (14)	1 (10)	11 (14)
Neoadjuvante + Cocomitante	6 (50)			6 (7,6)
Paliativa #	1 (8,4)	9 (16)	9 (90)	19 (24)
Exclusiva		23 (40,3)		23 (29,1)
Principal		5 (8,7)		5 (6,3)

Quimioterápico	Colorretal (n = 44)	Próstata (n = 7)	Pulmão (n = 13)	Homens com câncer (n = 64)
	n (%) * = 1	n (%)	n (%)	n (%)
Adjuvante	10 (23)		1 (7,7)	11 (17,18)
Neoadjuvante	2 (4,4)			2 (3,1)
Paliativo	25 (57)	7 (100)	11 (84,6)	43 (65,6)
Concomitante	2 (2,2)		1 (7,7)	2 (3,1)
Neoadjuvante + Concomitante	6 (6,6)			3 (4,7)
Neoadjuvante + adjuvante	2 (4,4)			2 (3,1)

Dentro dos tratamentos radioterápicos paliativos estão o descompressivo e antálgico.

* informação não coletada

Durante a pesquisa, os homens de cada grupo estavam em fases distintas dos diferentes tipos de tratamento. Agrupamos o tratamento cirúrgico, radioterápico e quimioterápico em: prévio (realizado há mais de 6 meses), tratamento atual (há menos de 6 meses), e tratamento atual e prévio (contempla aqueles que estão fazendo novo tratamento nos último 6 meses). Essa identificação do momento de tratamento que o sujeito estava visou à inferência de possíveis eventos adversos relacionados aos tratamentos aos quais os sujeitos estavam expostos no momento da pesquisa. A distribuição dos momentos de tratamentos está representada na Tabela 14.

TABELA 14

Distribuição dos momentos de tratamento oncológico, segundo grupos e amostra total

Tratamento cirúrgico	Colorretal (n = 38)	Próstata (n = 30)	Pulmão (n = 5)	Amostra (n = 73)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Prévio	21(55,4)	25(83,3)	4 (80)	50 (68,3)
Atual	15(39,4)	5 (16,7)	1(20)	21 (29)
Atual + prévio	2(5,2)			2 (2,7)

Tratamento radioterápico	Colorretal (n = 12)	Próstata (n = 57)	Pulmão (n = 10)	Amostra global (n = 79)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Prévio	4 (33,3)	29 (50,8)	1 (10)	34 (43)
Atual	8 (66,7)	28 (49,2)	8 (80)	44 (55,7)
Atual + prévio			1 (10)	1 (1,3)

Tratamento quimioterápico	Colorretal (n = 44)	Próstata (n = 7)	Pulmão (n = 13)	Amostra global (n = 64)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Prévio	4 (9) * = 2	1 (14,3)	1 (7,7)	5(7,8)
Atual	27 (61,4)	5 (71,4)	8 (61,5)	40 (62,5)
Atual + prévio	12 (27,3)	1 (14,3)	4 (30,8)	17 (26,6)

* informação não coletada

Além da investigação quanto às variações dos tratamentos cirúrgico, radioterápico e quimioterápico foram identificados também as realizações atuais de outros tipos de tratamento oncológico, como hormonioterapia e tratamento da dor oncológica, que estão representados no Gráfico 4.

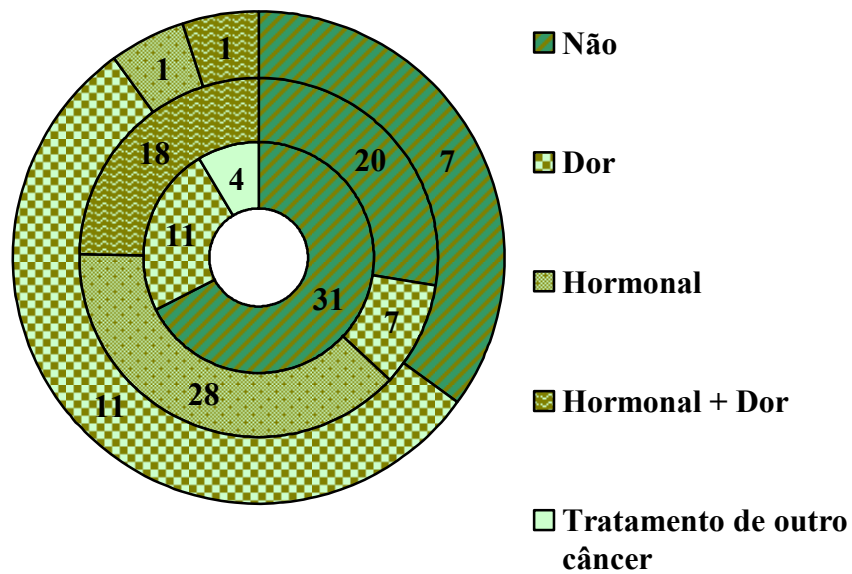


GRÁFICO 4 - Distribuição em valor numérico da ocorrência de outros tratamentos oncológicos, de dentro para fora, em homens com câncer colorretal, próstata e pulmão

5.3. Ocorrência de sintomas, estresse a eles relacionados e experiência de sintomas, por domínios do SEI-P

A experiência de sintomas foi avaliada pelo SEI-P, que busca, primeiramente, identificar as ocorrências de 21 sintomas e as intensidades do estresse a eles relacionados (20 itens), categorizados em oito domínios. A **experiência de sintomas** resulta da somatória dos escores de ocorrência sintomas e intensidade do estresse. Seu valor é alto se também forem altos os escores de ocorrência de sintomas e intensidade de estresse.

Os principais sintomas para cada grupo, segundo a doença e avaliação clínica, estão descritos na Tabela 15. Os sintomas respiratórios, neurológicos, dor e desconforto, e os relacionados a alterações na aparência foram mais acentuados entre os homens com câncer de pulmão. Os sintomas alimentares e gástricos, a fadiga, o sono e a inquietação foram mais incidentes naqueles com câncer colorretal. Entre os homens com câncer de próstata houve maior incidência de sintomas relacionados à eliminação, como o controle de micções. À intensidade de estresse seguiu-se essa distribuição, em alguns domínios, determinando a severidade da experiência de sintoma.

Os homens com câncer de pulmão tiveram a experiência de sintoma mais intensa nos domínios: neurológico ($5,57 \pm 6,65$), mudanças na aparência ($3,57 \pm 2,63$), dor e desconforto ($3,42 \pm 3,10$) e respiratório ($3,28 \pm 3,40$).

A experiência de sintoma mais acentuada entre os homens com câncer colorretal foram nos domínios fadiga, sono, inquietação ($3,68 \pm 4,49$) e alimentar e gástrico ($3,44 \pm 4,21$).

TABELA 15

Distribuição da ocorrência de sintomas, estresse por sintomas e experiência de sintomas por domínios do SEI-P, segundo grupos de câncer colorretal, próstata e pulmão

Domínios	Colorretal			Próstata			Pulmão		
	média (dp)			média (dp)			média (dp)		
	Ocorrência 0 a 4	Estresse 0 a 4	Experiência 0 a 8	Ocorrência 0 a 4	Estresse 0 a 4	Experiência 0 a 8	Ocorrência 0 a 4	Estresse 0 a 4	Experiência 0 a 8
Problemas respiratórios	0,51 ± 0,94	0,3 ± 0,87	0,84 ± 1,6	0,69 ± 1,43	0,56 ± 1,46	1,26 ± 2,78	2,14 ± 1,77	3,28 ± 0,71	3,28 ± 3,40
Problemas cognitivos	0,71 ± 1,4	0,53 ± 1,1	1,24 ± 2,35	1,12 ± 1,66	0,0 ± 0	1,12 ± 1,66	0,71 ± 0,75	0,71 ± 0,75	1,0 ± 1,34
Problemas de alimentação e gástrico	2,04 ± 2,54	1,04 ± 2,04	3,44 ± 4,21	1,12 ± 1,66	0,67 ± 2,64	1,79 ± 4,84	1,85 ± 1,77	1,14 ± 1,34	3,0 ± 2,88
Dor e Desconforto	1,46 ± 1,79	0,91 ± 1,57	2,37 ± 3,09	1,61 ± 2,20	0,84 ± 1,4	2,46 ± 3,46	3 ± 1,52	1,57 ± 1,61	3,42 ± 3,10
Problemas neurológicos	1,46 ± 2,00	0,57 ± 1,21	2,04 ± 3,07	1,79 ± 2,2	0,59 ± 1,17	1,87 ± 2,05	3,42 ± 3,10	2,14 ± 3,67	5,57 ± 6,65
Fadiga, sono e inquietação	2,08 ± 2,41	1,6 ± 2,29	3,68 ± 4,49	2,38 ± 2,69	0,0 ± 0	2,38 ± 2,69	2,14 ± 1,95	0,0 ± 0	2,14 ± 1,95
Problemas de eliminação	1,11 ± 1,69	1 ± 1,74	2,11 ± 3,27	1,87 ± 2,05	1,12 ± 1,47	3,00 ± 3,41	1,28 ± 2,21	0,57 ± 1,51	1,85 ± 3,48
Mudança na aparência	0,64 ± 1,11	0,13 ± 0,45	0,77 ± 1,29	0,37 ± 0,77	0,05 ± 0,36	0,42 ± 1,43	1,14 ± 1,06	0,71 ± 1,49	3,57 ± 2,63

Entre os homens com câncer de próstata, o domínio que apresentou maior escore na experiência de sintomas foi o de eliminações ($3,00 \pm 3,41$). O domínio de problemas cognitivos não apresentou significativa variação entre os grupos.

As médias gerais de ocorrência de sintomas foram baixas, o escore dessa variável foi de 0 a 80, tivemos médias entre 11,68 e 13,76, com desvio padrão de 9,48 a 11,17, o que não era esperado a partir da avaliação clínica (ECOG), associação com comorbidades e eventos adversos inerentes aos tratamentos oncológicos identificados nesta população.

5.4. Ocorrência de sintomas, estresse a eles relacionado e experiência de sintomas, por grupos de homens com câncer

A amostra apresentou um nível, em geral, baixo de experiência de sintomas (TABELA 16). A experiência de sintomas foi maior entre os homens com câncer de pulmão ($30,21 \pm 19,52$) seguido pelos câncer de próstata ($22,00 \pm 20,44$) e colorretal ($19,05 \pm 16,71$), essa sequência foi coerente com a avaliação clínica, levantamento da presença e localização de metástases, e avaliação da dor. Mais da metade (60%) dos pacientes com câncer de pulmão faziam tratamento contínuo para dor crônica.

TABELA 16
Experiência de sintomas, segundo grupos de homens com câncer colorretal,
próstata, pulmão e amostra total

	Ocorrência de sintomas	Estresse por sintomas	Experiência de sintomas
	Média (dp)		
Colorretal	11,68 ± 9,58	7,38 ± 8,06	19,05 ± 16,71
Próstata	13,83 ± 11,17	8,17 ± 9,93	22,00 ± 20,44
Pulmão	17,89 ± 9,49	12,32 ± 10,55	30,21 ± 19,52
Homens com câncer	13,76 ± 10,55	8,54 ± 9,54	22,30 ± 19,39

5.5. Experiência de Dor

O sintoma dor foi avaliado mais detalhadamente por ser considerado um dos mais incapacitantes e que mais trazem estresse psicológico ao paciente oncológico. Seu controle inadequado é inaceitável, não ético, clinicamente insalubre e economicamente prejudicial. Quando adequado, o controle da dor resulta em recuperação clínica mais rápida, menos dias de hospitalização, redução de readmissões e melhor qualidade de vida, levando à maior produtividade. Apesar de ser subjetiva, a dor pode ser avaliada objetivamente por meio de instrumentos de medida que a avaliam, permitindo, assim, medidas adequadas para seu controle (WHO, 2009; PHILLIPS 2000; PIMENTA, 1996, 2006).

Dor é um fenômeno complexo e multidimensional no qual componentes fisiológicos, sensoriais, comportamentais, sociais, culturais, afetivos e cognitivos interagem para

determinar a percepção e expressão da dor. A dor persistente relacionada ao câncer e seu tratamento é percebida como uma constante lembrança de que a pessoa enfrenta o diagnóstico de uma doença grave. A presença da dor pode instigar o medo da: morte, recorrência e perda de controle da doença, tornando-se um peso adicional ao paciente que já tem de lidar com tantos estressores psicossociais, emocionais e físicos (PRICE, 2002; MELZACK 1987).

O Questionário de Dor McGill-reduzido (SF-MPQ)-português foi utilizado na avaliação da dor para identificar, também, os aspectos sensitivos, afetivos e avaliativos. Os resultados estão apresentados na Tabela 17, a seguir.

TABELA 17

Experiência de dor de homens com câncer

McGill abreviado	Colorretal (n=10)	Próstata (n =25)	Pulmão (n=12)	Homens com câncer (n = 47)	
Índice de dor	Sensorial (0-33)				
	Média (dp):	7,80 ± 7,06	9,52 ± 6,88	9,41± 5,14	9,12 ± 6,42
	Mínimo:	3	0	3	0
	Máximo:	26	21	20	26
	Afetiva (0 -12)				
	Média (dp):	6,00 ± 3,82	5,00 ± 3,60	5,00 ± 3,41	5,21± 3,54
	Mínimo:	0	0	1	0
	Máximo:	10	12	11	12
	Total (0 - 45)				
Média (dp):	13,80 ± 3,83	14,52 ± 9,68	14,41 6,62	14,34 ± 8,67	
Mínimo:	4	0	4	0	
Máximo	34,0	30,0	28	34	
Intensidade de dor presente	EVA (0 – 10)				
	Média (dp):	5,50 ± 2,50	5,28 ± 2,57	5,28 ± 2,57	5,40± 2,40
	Mínimo:	3	1	2	1
Avaliação da experiência de dor	Descrição verbal (0 – 5)				
	Média (dp):	2,40 ± 1,26	2,24 ± 1,30	2,08 ± 1,24	2,23± 1,25
	Mínimo:	1	0	1	0
	Máximo	5	5	5	5
Experiência de Dor	21,70±11,65	22,04± 11,80	22,08 ± 8,58	21,98± 10,81	

A intensidade da dor, medida pela EVA, foi bastante semelhante entre os três grupos, bem como a avaliação geral da experiência total de dor. O valor total indicou grau de dor médio para a amostra em geral. A experiência total de dor é verificada pela avaliação geral que o paciente faz de sua experiência de dor, indo desde o 0 (zero), que indica ausência de dor, até o 5, que indica a pior dor possível, excruciante. Lembramos, contudo, que os pacientes que apresentavam dor estavam em medicação analgésica contínua e a presente avaliação deve ser considerada nessas circunstâncias.

O grupo de câncer colorretal apresentou grau maior de dor afetiva, enquanto os de câncer de próstata e de pulmão indicaram maior intensidade de dor sensorial. Classificada como dor afetiva está a que traz consigo a sensação de cansaço/exaustão, adoecimento/náusea/enjoo, medo, ou cruel/punitiva.

Como dor sensorial, o SF-MPQ considera: a sensibilidade dolorosa latejante, em pontada, punhalada, cortante, como câimbras, corroendo, queimando, sensível/dolorida, pesada/profunda, ou dilacerante. A soma dessas duas classificações de dor provê o índice total de dor que, neste estudo, foi ligeiramente menor para o grupo de pacientes com câncer colorretal.

É de grande importância que os profissionais da saúde reúnam esforços para aliviar a dor do paciente oncológico, sendo um sintoma comum e destrutivo entre os pacientes com câncer. Cerca de um terço dos pacientes oncológicos sofrem de dor quando a doença é diagnosticada e mais de dois terços quando ela se encontra em estágio avançado. A dor pode ser causada pelo próprio câncer ou pelo seu tratamento, o qual, muitas vezes, deixa a pessoa curada, mas com significativa dor crônica (DAHL, 2004).

As consequências da dor não bem tratada podem ser devastadoras, pois afeta a função física, o bem-estar psicológico e as interações sociais. A dor não tratada afeta os pacientes, suas famílias, o sistema de cuidado à saúde e a sociedade como um todo. A dor é consistentemente uma das consequências mais temidas do câncer, tanto para os pacientes como para suas famílias. O medo de morrer em dor severa, não controlada, pode inclusive induzir ao suicídio. Nas últimas décadas, temos desfrutado de grandes avanços no manuseio da dor oncológica, inclusive o desenvolvimento de melhores meios para avaliá-la, que é o primeiro passo para um tratamento adequado (BRUERA; KIM, 2003).

5.6. Qualidade de vida

A necessidade de se avaliar o impacto da doença e do tratamento na qualidade de vida tem sido, cada vez mais, reconhecida como crucial para avaliação geral da efetividade do tratamento oncológico. Utilizando o questionário abreviado de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-bref) neste estudo, verificamos que os homens com câncer colorretal, de próstata e de pulmão apresentaram semelhantes níveis de qualidade de vida, ou seja, não houve diferenças significantes entre os três grupos (TABELA 18).

TABELA 18

Qualidade de vida, por domínios do WHOQOL-bref

Domínios (Escala: 4-20)	Geral	Físico	Psicológico	Social	Ambiente
	Media (dp)				
Colorretal	14,45 ± 3,34	14,23 ± 2,57	15,48 ± 2,57	15,50 ± 3,41	14,57 ± 2,62
Próstata	15,45 ± 2,95	14,42 ± 2,88	15,50 ± 2,55	15,11 ± 3,50	14,59 ± 2,51
Pulmão	14,00 ± 3,40	13,89 ± 2,89	15,16 ± 2,26	15,16 ± 3,75	15,53 ± 2,18

O domínio físico foi o que apresentou pior escore relacionado à qualidade de vida dos pacientes, principalmente para os homens com câncer de pulmão, cujo escore médio foi menor (13,89 ± 2,89) do que os apresentados pelos dois outros grupos.

Para os homens com câncer de próstata ou colorretal, a qualidade de vida relacionada ao ambiente foi inferior à percebida pelo grupo de câncer de pulmão. Sem dúvida muitas variáveis, além do tipo de neoplasia primária, influenciaram nesse resultado, contudo elas não foram avaliadas por não ser o objetivo do estudo.

A qualidade de vida global conforme medida pelo WHOQOL-bref em todos os seus domínios, foi de $14,92 \pm 2,93$ (TABELA 19). Verificamos, assim, que os homens que participaram deste estudo apresentaram uma qualidade de vida prejudicada, porém não de forma acentuada.

TABELA 19
Qualidade de vida, por grupos e o amostra total

Qualidade de Vida Colorretal	Qualidade de Vida Próstata	Qualidade de Vida Pulmão
Media (dp)		
$14,84 \pm 2,94$	$15,01 \pm 2,97$	$14,74 \pm 2,97$
Qualidade de vida geral da amostra do estudo		
$14,92 \pm 2,93$		

5.7. Correlação entre qualidade de vida e experiência de sintomas

A verificação da associação linear entre a qualidade de vida e a experiência de sintomas foi realizada segundo análise de Correlação de *Pearson* e de *Spearman*. Houve significativa correlação negativa para os grupos com câncer colorretal e de pulmão, ou seja, a maior severidade da experiência de sintomas nesses dois grupos foi significativamente correlacionada a uma pior qualidade de vida. Para os homens com câncer de pulmão a correlação foi especialmente forte ($r \approx 0,7$) (TABELA 20).

TABELA 20

Correlação entre experiência de sintomas e qualidade de vida, por grupos e amostra total

	Experiência de sintomas	Qualidade de Vida	Correlação (<i>r</i>)	
	Media (dp)		<i>Pearson</i>	<i>Spearman</i>
Colorretal	19,05 ± 16,79	14,84 ± 2,94	- 0,40 <i>p</i> = 0,01	- 0,48 <i>p</i> =0,002
Próstata	22,00 ± 20,45	15,01 ± 2,97	0,14 <i>p</i> =0,263	0,16 <i>p</i> =0,211
Pulmão	30,21 ± 19,53	14,74 ± 2,97	- 0,58 <i>p</i> =0,009	- 0,66 <i>p</i> =0,02
Homens com câncer	22,30 ± 19,39	14,92 ± 2,93	- 0,1 <i>p</i> =0,275	- 0,13 <i>p</i> =0,154

$p < 0,05$ é estatisticamente significativa
 $p > 0,05$ não tem significância estatística

Devido à maior porcentagem de homens com câncer de próstata neste estudo (50%), a correlação entre experiência de sintomas e qualidade de vida para a amostra total do estudo não obteve significância estatística. Contudo, observamos que, apesar dos homens com câncer de próstata terem apresentado baixos escores na experiência de sintomas, a qualidade de vida foi semelhante à dos demais, tendo mostrado uma média apenas levemente mais alta.

Vários estudos entre pacientes com câncer de pulmão apontam morbidade psicológica e sintomas estressantes como fatores preditivos de qualidade de vida prejudicada (MONTAZERI; GILLIS; MCEWEN; 1998). Mais do que apenas investir no aumento da sobrevivência dos pacientes, os profissionais da saúde precisam prover intervenções visando o alívio dos sintomas, ajustes psicossociais e compreensão dos sentimentos e preocupações, as quais têm demonstrado contribuir para com a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

Os pacientes com câncer colorretal podem apresentar suas funções intestinal e sexual prejudicadas. Os pacientes com tumor situado na parte mais baixa do reto geralmente requerem cirurgia abdominal, resultando em permanente colostomia. Além disso, nos homens, fibras nervosas vitais para o sistema genital podem ser destruídas, prejudicando a função sexual. A função sexual é uma questão relevante para os pacientes com câncer colorretal. Estudos mostram que a disfunção física e sexual, tão comum nesses pacientes, leva a distúrbios psicológicos e danifica grandemente sua qualidade de vida (SPRANGERS *et al.*, 1995).

Entre os homens com câncer de próstata, as opções de tratamento têm sido bem sucedidas nas últimas décadas, seja cirurgia, radioterapia ou tratamento hormonal. Contudo, são acompanhadas de implicações deletérias para a qualidade de vida. Os benefícios da regressão do tumor e melhora sintomática são seguidos por mudanças na aparência e função física, afetando o desejo sexual e mesmo a aparência dos órgãos reprodutivos.

Mudanças na aparência física incluem perda de massa muscular, ganho de peso, aumento na adiposidade e nas mamas e, em alguns casos, perda de volume e comprimento peniano e de massa testicular. Mudanças funcionais incluem ondas de calor, declínio da função cognitiva, fadiga e depressão.

Além disso, mudanças metabólicas induzidas pelo tratamento hormonal incluem osteoporose, anemia e decréscimo no colesterol de alta densidade, podendo, também, aumentar o risco para diabetes e doenças cardiovasculares. Essas mudanças influenciam significativamente a autoimagem, aspecto de extrema importância para a percepção de qualidade de vida (HARRINGTON J. M.; BADGER, 2009).

6. CONCLUSÃO

O SEI foi utilizado, no Brasil, pela primeira vez neste estudo, a partir da tradução e validação deste para a versão em português (SEI-P), e sua reprodutividade e estabilidade foram verificadas pelo método teste reteste. As análises psicométricas demonstraram que esse instrumento é válido e apresenta ótima confiabilidade e consistência interna, disponibilizando para os profissionais de saúde do Brasil um instrumento de medida da experiência de sintomas (FU *et al*, 2010).

A identificação dos sintomas que mais incomodam, angustiam e causam estresses ao paciente oncológico, segundo percepção deste, é fundamental, principalmente, quanto à percepção do homem, que em seu comportamento há fortes fatores relacionados ao gênero e à saúde. Portanto, considerar essa percepção na determinação das necessidades de cuidados é permitir ao próprio **sujeito** nortear as intervenções que serão priorizadas e nos aproximar de abordagens holísticas.

Após validação do SEI-P foi realizado um estudo com 138 homens em diferentes fases de diagnóstico, tratamento ou acompanhamento devido ao câncer colorretal (n = 45), de próstata (n = 73) e de pulmão (n = 20). Esse instrumento foi preciso na identificação dos sintomas esperados para cada grupo deste estudo.

Os domínios de maior ocorrência de sintomas entre os homens com câncer colorretal foram: fadiga, sono e inquietação ($2,08 \pm 2,41$); e, alimentares e gástricos ($2,04 \pm 2,54$). Entre os sujeitos com câncer de próstata encontramos: fadiga, sono e inquietação ($2,38 \pm 2,69$); e, eliminação – controle de micções ($1,87 \pm 2,05$). Os domínios de sintomas mais alterados nos homens com câncer de pulmão foram: problemas neurológicos ($3,42 \pm 3,10$), problemas respiratórios ($2,14 \pm 0,71$); e, fadiga, sono e inquietação ($2,14 \pm 1,95$).

Ainda que a identificação dos sintomas seguisse o esperado para cada tipo de câncer da população estudada, as ocorrências não foram acentuadas como o esperado pela avaliação clínica: presença de metástase, comorbidades e os tipos de tratamentos a que foram submetidos, porém, consideramos que o resultado desse escore permitiu uma análise valiosa das experiências de sintomas dos sujeitos do estudo a partir dos escores de intensidade de estresse.

As medidas das intensidades de estresses seguiram a distribuição das ocorrências de sintomas em alguns domínios. As diferenças entre os escores de ocorrências de sintomas e intensidade do estresse permitiram evidenciar que nem sempre os sintomas que acontecem mais vezes são os que mais incomodam, angustiam o paciente, determinando sua experiência negativa. Variações sutis desses escores podem não ser percebidas pelo profissional de saúde se não avaliadas a partir da percepção do **sujeito** e por meio de instrumentos confiáveis.

Analisar a experiência por cada domínio de sintomas nos evidenciou os domínios das necessidades mais afetadas em cada grupo, reforçando que temos que considerar as medidas de intensidade do estresse por cada domínio para classificar as experiências, uma vez que essa é a avaliação do significado e a resposta ao sintoma. A análise da experiência por grupo de homens com câncer aponta para qual grupo, segundo tipo de câncer, tem pior experiência de sintoma e, conseqüentemente, os prováveis impactos negativos na qualidade de vida.

Apesar dos escores de ocorrência de sintomas, de intensidade de estresses a eles relacionados e de experiências de sintomas apresentarem valores baixos, foram considerados relevantes por contarmos com a interferência do fator gênero – masculinidade hegemônica. Percebermos, ao longo da coleta de dados, certa dificuldade dos homens se expressarem, ou mesmo admitirem que apresentavam determinados efeitos colaterais da doença e tratamento, bem como as insatisfações com algumas condições determinadas pela doença ou posição socioeconômica atual.

Isso foi evidenciado por alguns relatos de acompanhantes sobre a fraqueza física, mal-estar e outros sintomas, além dos aborrecimentos vivenciados por seu familiar que participava do estudo. Outro fator que evidenciou essa dificuldade de expressão foi durante a coleta de dados no prontuário, no qual havia registros de sintomas e condições que não foram relatados pelos sujeitos às pesquisadoras, principalmente os sintomas e insatisfações relacionadas aos distúrbios urinários e sexuais.

Consideramos, portanto, a análise de experiência de sintomas válida, mesmo com escores relativamente baixos, especialmente quando comparamos as avaliações da experiência dor pelo SEI-P e pelo McGill reduzido. O SEI-P evidenciou a experiência no domínio dor/desconforto como um dos quatro domínios mais afetados e os resultados do McGill reduzido mostrou escores de intensidade média a alta. Esses escores foram identificados mesmo que muitos estavam fazendo tratamento analgésico contínuo, enquanto alguns estavam utilizando medicamentos e dosagens indicados para o último degrau da escada de analgesia, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde. O SEI-P conseguiu reproduzir a experiência da dor, avaliada pelo McGill reduzido, um dos sintomas que mais afeta a qualidade de vida do paciente oncológico.

Os pacientes apresentaram uma qualidade de vida prejudicada, apesar de não ser de forma acentuada. O domínio com pior score foi o físico, principalmente para os homens com câncer de pulmão em consequência das experiências: de dor, de fadiga, sono e inquietação, como também de problemas respiratórios, domínios mais afetados nesse grupo. Isso foi comprovado pela correlação entre qualidade de vida e a experiência de sintomas.

A correlação da qualidade de vida com a experiência de sintomas foi significativa para os grupos de câncer colorretal e de pulmão, ou seja, maior severidade na experiência de sintomas esteve relacionada à piora na qualidade de vida desses sujeitos. Não houve correlação significativa entre essas duas variáveis para os homens com câncer de próstata, maioria dos sujeitos da amostra.

A experiência de sintomas dos homens com câncer de próstata teve baixo escore e a qualidade de vida teve alteração semelhante à dos demais, tendo mostrado uma média levemente mais alta. Como visto, não houve correlação significativa, acreditamos que neste grupo houve maior influência da masculinidade hegemônica, uma vez que a maioria desses sujeitos, apesar de fazer tratamento hormonal, apresentou outras necessidades afetadas.

O estudo apresentou algumas limitações como ter sido *cross* seccional o que não permitiu a avaliação das variáveis estudadas em momentos diferentes, ao longo do curso da doença ou tratamento. Outra limitação foi que verificamos grande dificuldade dos homens se expressarem, ou mesmo admitirem que apresentavam determinados efeitos colaterais da doença e tratamento. Essa dificuldade pode ter sido devido ao baixo nível educacional que, evidentemente, estava associado à baixa capacidade de compreensão e expressão desses pacientes. Associado a esse fator, a construção da masculinidade hegemônica na mente desses pacientes pôde, também, ter influenciado nas respostas. A masculinidade hegemônica é construída em relações de poder de forma diferenciada nas relações de homem com mulheres e de homens com outros homens, levando os homens a tentar *limpar o espaço discursivo e prático* para demonstrar e provar sua masculinidade (SCHULTZ, 2007).

Dessa forma, o fato das pesquisadoras serem jovens e do sexo feminino pôde ter influenciado os pacientes a darem respostas que tendiam a uma imagem masculina que lhes fosse aceitável. Essa, talvez, seja a maior limitação deste estudo. As limitações citadas poderão ser supridas em estudos futuros.

No entanto, a avaliação dos sintomas e da qualidade de vida é subjetiva, ainda que inclinada pela masculinidade hegemônica entre esses sujeitos. A questão de gênero e saúde se revelou, neste estudo, de maneira acentuada, sugerindo que é preciso ir além de avaliações clínicas para nos aproximarmos da subjetividade masculina, em sua necessidade de afirmação de virilidade no corpo e no comportamento.

Portanto, consideramos válido investigar, com o auxílio de instrumentos de medidas, a ocorrência, a intensidade de estresse e a experiência de sintoma, bem como sua relação com a qualidade de vida de homens com câncer. Isso permite valorizar quaisquer manifestações de necessidades afetadas, por mais que sejam evidenciadas em escores que representam pequena intensidade, também auxilia determinar as necessidades de cuidados a partir da percepção do próprio sujeito e considerar as diferentes masculinidades, tanto do sujeito quanto nossa, enquanto profissionais de saúde responsáveis pelo gerenciamento do cuidado.

REFERÊNCIAS

AMARAL, N. F. Câncer de Pulmão avançado estratégias para tratamento cirúrgico. In: Simpósio Mineiro de Oncologia, 7, 2005, Belo Horizonte. Trabalhos apresentados. *Edição Especial Prática Hospitalar*, jul-ago 2005. P. 25-31.

BONASSA, A. E. M.; SANTANA, R.T. *Enfermagem em terapêutica oncológica*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *TNM: classificação de tumores malignos*. 6. ed. Tradução de Ana Lúcia Amaral Eisenberg. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254p. Original inglês.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Pesquisa Nacional por amostra em domicílio – tabagismo, 2008*. Rio de Janeiro: IBGE/INCA, 2009. 128 p. Disponível em < http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=471 >. Acesso em: 15 nov de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003*. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em < <http://www.inca.gov.br/inquerito/>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*, ago de 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *PORTARIA N°1944, agosto de 2009*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_22_08_2009.html>. Acesso em: 15 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas 2008: incidência de Câncer no Brasil*. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/>>. Acesso em: 25 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas 2010: incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *A situação do câncer no Brasil, 2007*. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/situacao/>>. Acesso em: 25 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor*. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Manuais técnicos, 124p.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.1, p. 97-104, 2005.

BRUERA E.; KIM, H. N. Cancer pain. *JAMA*, v. 290, p. 2476–2481, 2003. CHANG. S *et al.* Estimating the Cost of Cancer: Results on the Basis of Claims Data Analyses for Cancer Patients Diagnosed With Seven Types of Cancer During 1999 to 2000. *J. Clin Oncol* . v.22, n.17, p.3524-3530, 2004.

CAFFO, O. *et al.* Pain and Quality of after surgery for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, v.80, p. 39-48, 2003.

CHANG, S. *et al.* Estimating the Cost of Cancer: Results on the Basis of Claims Data Analyses for Cancer Patients Diagnosed With Seven Types of Cancer During 1999 to 2000. *Journal Clin. Oncol* . v.22, n.17, p.3524-3530, 2004.

DAHL, J. L. Pain: Impediments and Suggestions for Solutions. *JNCI Monographs*. v.32, p. 124-126, 2004.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo v.34, n.2, p. 178-183, abr.2000.

FLECK, M. P. A *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.33, n. 2, p.198-205, abr.1999.

FRANÇA, J. L. Manual para normalização de publicações técnico-científicas. 8. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007. 255p.

FU, M. R.; MCDANIEL, R. W.; RHODES, V. A. Measuring symptom occurrence and symptom distress: development of the Symptom Distress Index. *Journal of Advanced Nursing*, New York, p. 623-634, 2007.

FU, M. R. *et at.* Validation of the symptom experience index in Brazil. *Annual Oncology Nursing Society Congress*, v. 35. San Diego, 2010. Resumo.

GOMES, R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 183p.

GOMES, R; NASCIMENTO E. F. Produção do conhecimento sobre a relação homem-saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p.901-911, mai, 2006.

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

GUIMARÃES, J. R. Q. *Manual de Oncologia*. São Paulo: BBS Editora, 2004.

HALYARD, M. Y.; FERRANS, C. E. Quality of life assessment for routine oncology clinical practice. *The Journal of supportive oncology*, v.6, n.5, may/jun 2008.

HAPER, A.; POWER, M. *Steps for checking and cleaning data and computing facet and domain scores for the whoqol-bref*. WHOQOL group: 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/Sintaxe.pdf>>. Acesso em: 20 nov 2008.

HARRINGTON, J. M.; BADGER, T. A. Body Image and Quality of Life in Men with Prostate Cancer. *Cancer Nursing*, vol. 32, n. 2, p. E1-E7, 2009.

KORIN, D. Nuevas perspectivas de género en salud. *Adolescencia Latinoamericana*, v.1414-7130, n.2, p.67-79, 2001.

LAURENTI, R. *et al.* Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.1, p.35-46, 2005.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York. Springer, 3. ed. 1987. 456 p.

LIMA, E. D. R. P. *Psychosocial adjustment of brazilian women with breast cancer*. 2005 140p. Tese (Doutorado em Pesquisa e Teoria do Desenvolvimento) Unidade de Enfermagem da New York University. 2005.

MELZACK, R. The short – from McGill Pain Questionnaire. *Pain*, v.30, p. 191 – 197. 1987.

MONTAZERI, A.; GILLIS, C. R.; MCEWEN, J. Quality of Life in patients with Lung cancer. *Chest*, 1998, vol. 113, n. 2, p. 467-481, 1998.

PAGANO, M.; GOUVREAU, K. *Princípios de bioestatística*. Tradução de Luiz Sérgio de Castro Paiva. São Paulo: Thomson Learning, 2006. 506 p. Original inglês.

PAIM, C. R. *Qualidade de vida e complicações pós-tratamento cirúrgico em pacientes com câncer de mama: comparação entre linfadectomia axilar e biópsia de linfonodo sentinela*. 2007. 105f. Dissertação (Mestrado em patologia) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

PAIM, C. *et al.* Postlymphadenectomy Complications and Quality of Life Among Breast Cancer Patients in Brazil. *Cancer Nursing*, v. 31, p. 302-309, 2008.

PARSAIE, F. A. *et al.* A comparison of nurse and patient perceptions of chemotherapy treatment stressors. *Cancer Nursing*. v.32(5), p. 371-374, 2000.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, v.30, n.3, p. 473 - 483, 1996.

PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M., *Dor e Cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia*. Barueri, SP: Manole, 2006. 498p.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.7, n.4. p. 687-707, 2002.

PHILLIPS, D. M. Pain Management Standards are Unveiled. *JAMA*, vol. 284, n. 4, p. 428-429. 2000.

PRICE, D. D. Central neural mechanisms that interrelate sensory and affective dimensions of pain. *Molecular Interventions*. v. 2, p. 392-403. 2002.

SHULTZ, A. *Masculinidades e masculinidade hegemônica*. São Leopoldo, RS: CEBI. 2007.

SPRANGERS, M. A. G.; TAAL B. G.; AARONSON, N. K.; VELDE, A. T. E. Quality of life in colorectal cancer. *Diseases of the colon and rectum*, v. 38, n. 4, p. 361-369, 1995.

UNION STATES AMERICAN. National Cancer Institute [NCI]. *Reports and data 2009*. Disponível em: <<http://www.cancer.gov/statistics/finding#report>>. Acesso em: 15 ago 2009.

UNION STATES AMERICAN. National Institute of Cancer [NCI]. *Cancer topics*. Colon and rectal cancer. Disponível em <<http://www.cancer.gov/cancertopics>>. Acesso em: 10 dez 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Men Ageing And Health: Achieving health across the life span*. Geneva: 1999. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/HQ/2001/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf>. Acesso em: 20 out 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Infobase*. 2008. Disponível em: <www.who.infobase>. Acesso em: 15 nov. 2008.

WRIGHT, K. D.; ASMUNDSON, G.J.G.; MCCREARY, D.R. Factorial validity of the shortform McGill pain questionnaire (SF-MPQ). *European Journal of Pain*. 2001. v. 5, p. 279-284.

YOUNES, R. N. *Câncer de pulmão: atualizações 2006*. 1.ed. São Paulo: MBC Marketing e editora, 2006. 147p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 3º andar - Bairro Santa Efigênia
 CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
 Tel.: 3248.9852 TEL-FAX.: 3248.9853



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Projeto: “Experiência de Sintomas em homens com câncer:
 sintomas relacionados a estresse e qualidade de vida”**

Pesquisadores Responsáveis : Prof.^a Dr.^a Elenice D. R. P. Lima e Enf.^a Irene Souza Prado

Instituição a que pertence as Pesquisadoras: Escola de Enfermagem da UFMG

Telefones para contato: (31) 9208-2945

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos R.G. _____

O senhor está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “Sintomas relacionados a estresse e qualidade de vida em homens com câncer”, de responsabilidade da pesquisadora Prof.^a Dr.^a Elenice D. R. P. Lima, cujo objetivo é avaliar os sintomas estressantes e correlacioná-los à qualidade de vida na população masculina em tratamento oncológico às neoplasias de pulmão, próstata e colorretal.

A realização deste estudo justifica-se por haver poucos estudos que apontam à identificação dos sintomas estressantes e qualidade de vida do homem nos diferentes tipos de câncer, em uma perspectiva relacional de gênero. De relevância social e científica,

proporcionará uma melhor compreensão do estresse sofrido pelos homens em tratamento oncológico e instrumentalizará os profissionais de saúde para intervenções preventivas, educativas e paliativas na promoção de uma melhor qualidade de vida.

Os critérios utilizados para que o senhor participe desta pesquisa são: ser do sexo masculino, ter diagnóstico de uma das seguintes neoplasias: pulmão, próstata ou coloretal, e conseguir compreender o conteúdo dos questionários.

A sua participação no referido estudo será por meio de uma entrevista guiada por três questionários: o primeiro questionário buscará registrar dados de sua situação social e econômica, bem como o histórico de seu estado de saúde. O outro questionário à medir os sintomas e o estresse apresentados pelo senhor durante o tratamento oncológico, segundo seu relato, e o terceiro questionário tem o objetivo de avaliar a sua qualidade de vida neste momento em que está passando pelo tratamento oncológico. Havendo necessidade de completar informações sobre a história da sua doença, seu prontuário será consultado.

Sua privacidade será mantida durante o estudo e na publicação dos resultados da pesquisa, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, o identificar será mantido em sigilo.

A entrevista será conduzida pela pesquisadora, tendo uma variação média de 40 minutos e será realizada em um local que garanta privacidade e silêncio. O senhor não terá auxílios financeiros com a sua participação, ou seja, a sua participação é de caráter voluntário. A demanda de tempo será seu principal desconforto em participar deste estudo, não havendo outros riscos decorrentes.

O livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois de sua participação, lhe são garantidos.

O senhor pode recusar-se a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, não sendo necessário justificar-se, e, se desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo na instituição na qual foi entrevistado.

Eu, _____, RG nº _____, tendo sido orientado quanto ao teor de tudo aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____

Nome e assinatura do sujeito de pesquisa

Nome e assinatura do responsável em obter o consentimento

APÊNDICE B – Formulário para coleta de dados sociodemográficos e clínicos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 3º andar - Bairro Santa Efigênia
 CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
 Tel.: 3248.9852 TEL-FAX.: 3248.9853

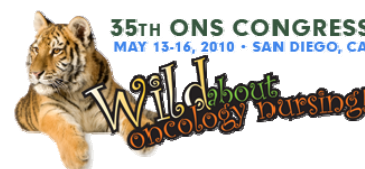


Projeto: “Experiência de Sintomas em homens com câncer: sintomas relacionados a estresse e qualidade de vida”

HISTÓRIA SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

HISTÓRIA SOCIODEMOGRÁFICA	Nº do prontuário:				
	Nome:				
	Data de Nascimento: / /		Idade:	Telefone: ()	
	Naturalidade:				
	Endereço:				
	Estado civil: () solteiro () casado () união estável () divorciado () viúvo				
	Profissão:				
	Escolaridade : () analfabeto () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau completo () 2º grau incompleto () 3º grau incompleto () 3º grau completo () Pós – graduação				
	Renda mensal da família em reais: () 450,00 () até 1.140,00 () até 1.900,00 () até 3.800,00 () mais 3.800,00				
	HISTÓRIA CLÍNICA	Estado funcional (P S) escala <i>Eastern Cooperative Oncology Group</i> (ECOG)			
ECOG		Nível de atividade			
0		Completamente ativo; capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição			
1		Restrição a atividades físicas rigorosas; é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária			
2		Capaz de realizar todos os autocuidados, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; em pé aproximadamente 50% das horas em que o paciente está acordado			
3		Capaz de realizar somente autocuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que o paciente está acordado			
4	Completamente incapaz de realizar autocuidados básico, totalmente confinado ao leito ou à cadeira				

**APÊNDICE C – Resumo da Validação do SEI-P, aceito para sessão de pôster
35 th Annual Oncology Nursing Society Congress**



Title: VALIDATION OF THE SYMPTOM EXPERIENCE INDEX IN BRAZIL

Focus Area: Reasearch study

Authors:

Mei Fu, RN, PhD

New York University, New York

Irene Souza Prado, RN, MS

Federal University of Minas Gerais, Brazil

Marina Quadros Torres, Nursing student

Federal University of Minas Gerais, Brazil

Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima, RN, PhD

Federal University of Minas Gerais, Brazil

Significance/Background: Many oncology patients experience multiple symptoms concurrently. Assessment and management of multiple symptom experience is vital in patient care. In Brazil, there is lack of valid and reliable instruments to assess symptoms. One effective way for instrument development is to translate well-established, accurate, efficient, and research-based instruments developed in another country and conduct a study on evaluating the reliability and validity of the translated version in the target country. The Symptom Experience Index (SEI) is a valid, reliable, research-based instrument developed in the US. SEI consists of 41 Likert scale items assessing 20 symptom occurrence and the distress (emotional response) to the symptom occurrence.

Purpose: The purpose of this study was to translate and validate the Portuguese version of Symptom Experience Index (SEI-P) in Brazil.

Conceptual Framework: An integrative conceptual model based on self-regulation theory was used in the study to clarify the concept of symptom occurrence from the distress (emotional) response to the symptom occurrence.

Methods/Analysis: An integrative translation method was used to translate SEI from English to Portuguese language. A team of experts evaluated the content, semantic, technical, criterion

and conceptual equivalence for cross-cultural validation. Using a contrasted-group and test-retest method, reliability and validity was examined with a sample of 178 adult participants consisting healthy adults and oncology patients in Brazil in 2009. Descriptive statistics, Cronbach's coefficient alpha, intra-class correlation coefficients, correlations, and a multitrait scaling analysis, chi-square, and t-tests were performed.

Findings and Implications: Test-retest with 40 healthy adults revealed strong reliability and stability of SEI-Portuguese with Cronbach's alphas 0.92. The SEI-Portuguese was then administered to 138 oncology patients, including colon-rectal (n=45), prostate (n=73), and lung (n=20). The SEI-Portuguese demonstrated adequate reliability for oncology patients with Cronbach's alphas 0.91. Discriminant validity was supported by significant difference between healthy adults and oncology patients ($p < 0.00$). Among the oncology patients, significant difference existed between patients with prostate and lung cancer ($p < 0.00$), indicating higher symptom experience for the patients with lung cancer. The SEI- Portuguese is a valid and reliable instrument that Brazilian healthcare providers and patients can use to assess the experience of symptoms so that to improve quality patient care.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Geras (COEP)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 688/08

Interessado(a): Profa. Elenice Dias Ribeiro Paula Lima
Depto. de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 03 de março de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Sintomas relacionadas a estresse e qualidade de vida em homens com câncer**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria Teresa Marques Amaral".

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

**ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital Felício Rocho**

(Continua)



Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Felício Rocho

Telefax: (31) 3514-7001 / Ramal: 3415-7626

Coordenadora Dra. Selme Silqueira de Matos



**PARECER CONSUBSTANCIADO REFERENTE AO
PROJETO DE PESQUISA**

DATA DO PARECER: 26/03/2009

No. DO PROTOCOLO NO CEP: 288/09

PROJETO DE PESQUISA:

**“Sintomas relacionados a estresse e qualidade de vida em homens com
câncer”**

**INVESTIGADORES: Profa. Dra. Elenice Ribeiro de Paula Lima
Mestranda Irene Souza Prado**

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- 1) Universidade Federal de Minas Gerais – Hospital das Clínicas -
Ambulatório Borges da Costa**
- 2) Núcleo de Hematologia e Transplante de Minas Gerais – Unidade de
Oncologia**
- 3) Hospital Felício Rocho - Serviço de Radiologia**

PATROCINADOR: CAPES e os pesquisadores.

**ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital Felício Rocho**

(Conclusão)



Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Felício Rocho

Telefax: (31) 3514-7001 / Ramal: 3415-7626

Coordenadora Dra. Selme Silqueira de Matos



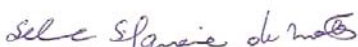
Ao proceder-se à análise ao projeto, considera-se que:

O projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções CNS 196/96 sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde/Conselho Nacional de Ética em Pesquisa/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária e as Boas Práticas Clínicas do ICH-GCP. Possui Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em linguagem simples e adequada.

CONCLUSÃO:

O projeto possui relevância epidemiológica e grande repercussão na assistência de enfermagem ao homem portador de câncer. Não necessita de adequações para que seja iniciado imediatamente. Com base no exposto e considerando a relevância do estudo **SMJ** dos demais membros do CEP/HFR pela aprovação imediata do projeto.

Atenciosamente,


Dra. Selme Silqueira de Matos
Coordenadora do CEP/HFR

ANEXO C – Índice de Experiência de Sintomas (SEI- versão em português)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 3º andar - Bairro Santa Efigênia
 CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
 Tel.: 3248.9852 TEL-FAX.: 3248.9853



**Projeto: “Experiência de Sintomas em homens com câncer:
 sintomas relacionados a estresse e qualidade de vida”**

Por favor, marque a opção que melhor descrever sua experiência em cada item.

Nas últimas três semanas, eu senti:

1	Estômago enjoado	Não	Raramente	Com frequência	Geralmente	Sempre
2	Estressado quando fico com enjoo	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Muito	Extremo
3	Minha aparência tem mudado	Não	Um pouco	Moderado	Muito	Drasticamente
4	Estressado pela mudança em minha aparência	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Muito	Extremamente
5	Alguma alteração em meus olhos (ressecamento, lacrimejamento, vermelhidão, coceira).	Não	Um pouco	Moderado	Severo	Extremo
6	Estressado por causa da alteração em meus olhos	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Severo	Extremo
7	Vômito	Não	Raramente	várias vezes na semana	Quase todo dia	Várias vezes quase todo dia
8	Estressado quando vomito	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Muito	O máximo possível
9	Dificuldade em respirar	Não	Às vezes	Com frequência	Geralmente	Sempre

Por favor, marque a opção que melhor descrever sua experiência em cada item.

Nas últimas três semanas, eu senti:

10	Estressado quando fico com dificuldade em respirar	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Muito	O máximo possível
11	Dormindo mal	Não	Às vezes	Com frequência	Geralmente	Sempre
12	Estressado quando durmo mal	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Muito	Extremamente
13	Dificuldade em me concentrar	Não	Raramente	Com frequência	Quase sempre	Sempre
14	Estressado pela dificuldade em me concentrar	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Muito	Extremamente
15	Inquieto, sem tranquilidade	Não	Um pouco	Moderado	Muito	Extremamente
16	Estressado por causa da minha inquietação	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Muito	Extremamente
17	Alguma dor	Não	Às vezes	Com frequência	Geralmente	Sempre
18	Estressado por causa da dor	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Muito	Extremamente
19	Cansado	Não	Às vezes	Com frequência	Geralmente	Sempre
20	Estressado quando sinto cansaço	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Muito	Extremamente
21	Sem vontade de comer	Não	Raramente	Com frequência	Quase sempre	Sempre

Por favor, marque a opção que melhor descrever sua experiência em cada item.

Nas últimas três semanas, eu senti:

22	Estressado porque não consigo comer	Não se aplica	um pouco	Moderado	Muito	Extremamente
23	Alteração nos hábitos de meu intestino	Não	um pouco	Moderado	Muito	Drasticamente
24	Estressado por causa das alterações nos hábitos de meu intestino. (intestino preso, diarreia, gases, cólica).	Não se aplica	um pouco	Moderado	Muito	Extremamente
25	Tosse	Não	Às vezes	Com frequência	Geralmente	Sempre, severa, com persistência
26	Estressado quando tusso	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Muito	Extremamente
27	Dormência, queimação ou sensação de agulhamento nas extremidades (mãos, pernas, ou pé)	Não	Um pouco	Moderado	Severo	Extremo
28	Fraqueza nas pernas	Não	Um pouco	Moderado	Severo	Extremo
29	Estressado por causa das alterações em minhas extremidades (mãos, pernas, ou pé)	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Severo	Extremo
30	Dificuldades em engolir ou engasgando	Não	Um pouco	Moderado	Severo	Extremo
31	Estressado quando tenho dificuldades em engolir ou engasgo	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Severo	Extremo

Por favor, marque a opção que melhor descrever sua experiência em cada item.

Nas últimas três semanas, eu senti:

32	Dificuldades em controlar a urina	Não	Às vezes	Com frequência	Geralmente	Sempre
33	Estressado por não conseguir controlar bem a urina	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Muito	Extremamente
34	Dificuldade em escutar	Não	Às vezes	Com frequência	Geralmente	Sempre
35	Estressado quando não escuto bem	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Muito	Extremamente
36	Tonteira	Não	Às vezes	Com frequência	Geralmente	Sempre
37	Estressado por causa da tonteira	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Muito	Extremamente
38	Mudanças na minha voz	Não	Um pouco	Moderado	Severo	Extremo
39	Estressado por causa da minha voz	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Muito	Extremamente
40	Mudanças na minha memória	Não	Um pouco	Moderado	Severo	Extremo
41	Estressado por causa da minha memória	Não se aplica	Um pouco	Moderado	Muito	Extremamente

ANEXO D – WHOQOL-abreviado, versão em português



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 3º andar - Bairro Santa Efigênia
 CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
 Tel.: 3248.9852 TEL-FAX.: 3248.9853



**Projeto: “Experiência de Sintomas em homens com câncer:
 sintomas relacionados a estresse e qualidade de vida”**

WHOQOL - ABREVIADO Versão em Português

Nº de registro no estudo: _____ **Data:** _____

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebeu dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebeu dos outros o apoio de que necessitou nessas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio, como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebeu dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

	muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	boa muito
1) Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2) Você está satisfeito com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algo nas últimas duas semanas.

	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3) Você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? Quanto?	1	2	3	4	5
4) Você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? Quanto?	1	2	3	4	5
5) O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6) Você acha que a sua vida tem sentido? Quanto?	1	2	3	4	5
7) O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8) Você se sente seguro(a) em sua vida diária? Quanto?	1	2	3	4	5
9) O seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) é saudável?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nas últimas duas semanas.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10) Você tem energia suficiente para seu dia a dia? Quanto?	1	2	3	4	5
11) O quanto você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12) Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13) Você acha que as informações que precisa no seu dia a dia estão disponíveis? Quanto?	1	2	3	4	5
14) Você tem oportunidades de realizar uma atividade de lazer? Quanto?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	bom muito
15) Você é capaz de se locomover bem? Quanto?	1	2	3	4	5

	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16) O quanto você está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17) Você está satisfeito(a) com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia? Quanto?	1	2	3	4	5
18) Você está satisfeito(a) com sua capacidade para o trabalho? Quanto?	1	2	3	4	5
19) Você está satisfeito(a) consigo mesmo? Quanto?	1	2	3	4	5
20) Você está satisfeito(a) com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? Quanto?	1	2	3	4	5
21) Você está satisfeito(a) com sua vida sexual? Quanto?	1	2	3	4	5
22) Você está satisfeito(a) com o apoio que você recebe de seus amigos? Quanto?	1	2	3	4	5
23) Você está satisfeito(a) com as condições do local onde mora? Quanto?	1	2	3	4	5
24) Você está satisfeito(a) com o seu acesso aos serviços de saúde? Quanto?	1	2	3	4	5
25) Você está satisfeito(a) com o seu meio de transporte? Quanto?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26) Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO

ANEXO E – McGill reduzido versão em português



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 3º andar - Bairro Santa Efigênia
 CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
 Tel.: 3248.9852 TEL-FAX.: 3248.9853



Projeto: “Sintomas estressantes e qualidade de vida entre homens com câncer”

Short McGill Pain (Versão em Português)

I. Índice de dor:

As palavras abaixo descrevem o índice de dor. Marque a coluna que melhor representa o nível de como você percebe cada característica da dor. Por favor, limite-se na descrição da dor em uma só área.

		Ausência		Mínima		Moderada		Severa
Latejante	0		1		2		3	
Pontada	0		1		2		3	
Em pontada	0		1		2		3	
Cortante	0		1		2		3	
Câimbra	0		1		2		3	
Corroendo	0		1		2		3	
Queimando	0		1		2		3	
Doendo/surda	0		1		2		3	
Pesada	0		1		2		3	
Sensível	0		1		2		3	
Dilacerante	0		1		2		3	
Cansativa	0		1		2		3	
Enjoada	0		1		2		3	
Assustadora	0		1		2		3	
Castigante	0		1		2		3	

II. Intensidade da dor presente – Escala Visual Analógica.

Marque na escala abaixo a intensidade da dor.

I-----I
Ausência de dor **Pior dor possível**

III- Avaliação de toda experiência da dor

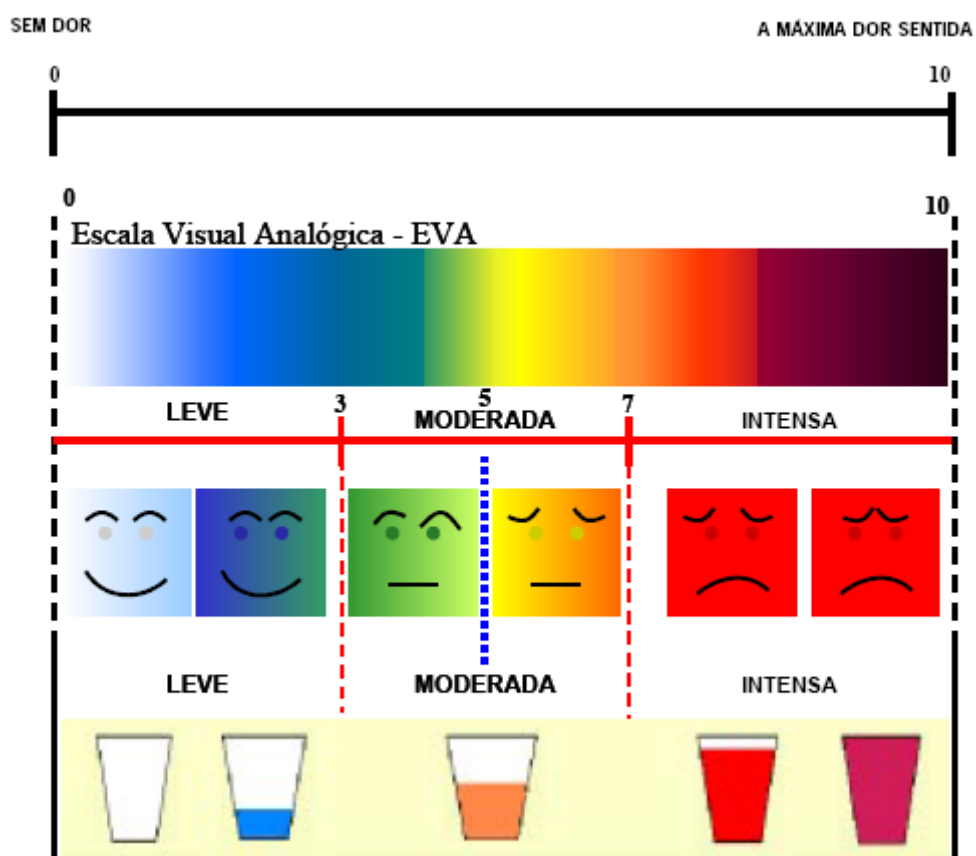
Por favor, limite-se a descrever a dor na área especificada. Marque na coluna apropriada.

Avaliação		
0	Ausência de Dor	
1	Mínima	
2	Desconfortante	
3	Penosa	
4	Horrível	
5	Cruciante	

IV- Escore

I (1 a 11)	Índice de dor sensível	
I (12-15)	Índice de dor afetiva	
I (Soma)	Índice total	
II	Intensidade de dor presente - EAV	
III	Avaliação de toda experiência da dor	

ANEXO F – Escala Visual Analógica



Fonte: INCA, 2001, 64p.