
CÂNCER DE PRÓSTATA: QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DOS PACIENTES**PROSTATE CANCER: QUALITY OF LIFE AND PHYSICAL ACTIVITY LEVEL OF PATIENTS****Thuane Demarco Silva¹, Leonessa Boing¹, Mirella Dias², Jóris Pazin¹ e Adriana Coutinho de Azevedo Guimarães¹**¹Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil.²Centro de Pesquisas Oncológicas CEPON, Florianópolis-SC, Brasil.**RESUMO**

O estudo analisou a relação entre a atividade física e a qualidade de vida de pacientes diagnosticados com câncer de próstata atendidos no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON). Participaram 85 homens com média de idade de 65,9±7,6 anos. Fez-se uso de um questionário estruturado contemplando: informações gerais; características da doença; estrato socioeconômico (IBGE); atividade física (IPAQ - versão curta); qualidade de vida geral (QLQ-C30) e; qualidade de vida – câncer de próstata (QLQ-PR25). A maioria indicou ser insuficientemente ativo com uma boa qualidade de vida geral. Houve significância em subitens da escala funcional, com melhores escores nos homens ativos, e menores sintomas na escala sintomática. Houve correlação positiva entre atividade física e qualidade de vida na escala geral e funcional e itens função física e emocional, e negativa na escala sintomática e itens náusea e vômito, constipação e dificuldades financeiras. Conclui-se que os participantes, eram insuficientemente ativos, sendo que o grupo dos ativos apresentou na escala funcional, melhor função física, emocional e menor presença de sintomas na escala sintomática, náusea e vômito, constipação e dificuldades financeiras, indicativos estes de melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Atividade motora. Qualidade de vida. Neoplasia da próstata.

ABSTRACT

The study examined the relationship between physical activity and quality of life of patients diagnosed with prostate cancer treated at the Oncology Research Center (CEPON). The study involved 85 men with a mean age of 65.9 ± 7.6 years. It made use of a structured questionnaire covering: general information; characteristic of the disease; socioeconomic status (IBGE); physical activity (IPAQ - short version); overall quality of life (QLQ-C30) and; quality of life - prostate cancer (QLQ-PR25). Most indicated to be insufficiently active with a good overall quality of life. There was significance in sub-items of the functional scale, with higher scores in active men, and those who practiced physical activity had fewer symptoms in symptomatic scale. There was a positive correlation between physical activity and quality of life in general and functional scale and items physical and emotional function, and negative in symptomatic scale and nausea items and vomiting, constipation and financial difficulties. In conclusion, the participants were insufficiently active, and the group of assets presented in the functional scale, better physical function, emotional and lower presence of symptoms in symptomatic scale, nausea and vomiting, constipation and financial difficulties, indicative these best quality of life.

Keywords: Physical activity. Quality of life. Prostatic Neoplasms.

Introdução

O câncer de próstata (CP) é considerado o sexto tipo de câncer de maior incidência entre os homens no mundo¹, sendo visto como um problema de saúde pública mundial². Estima-se para o biênio de 2016/2017³ 61 mil novos casos, 2 mil em Santa Catarina a cada 100 mil homens e 130 novas manifestações em Florianópolis.

Conhecido como o câncer da terceira idade⁴ por acometer, em sua maioria, homens com mais de 50 anos⁵, tem fatores de risco com origem étnica e hereditária⁴. Homens que possuem casos diagnosticados na família, tendem a aumentar o risco de desenvolver a doença antes dos 60 anos⁴. Crenças sobre o seu prognóstico e o preconceito contra exames preventivos, também são fatores relacionados ao aumento da incidência da doença⁶.

Nomeadamente, 76% dos homens não tem conhecimento sobre o exame para detecção da doença e apenas 32% já realizaram o procedimento, sendo a televisão com canais abertos, a sua principal fonte de informação⁷. Hábitos de vida não saudáveis também estão associados ao diagnóstico do câncer, dessa maneira, recomenda-se a prática de atividade física (AF) a fim de minimizar estes fatores de risco¹.

O CP afeta especificamente uma localização anatômica responsável pelas funções sexuais do homem, desencadeando uma série de conflitos ligados a sua sexualidade², podendo também apresentar incapacidades que se agravam antes, durante ou após o tratamento⁸. Considerando que a maioria dos homens apresenta funções físicas, psicológicas, cognitivas e sociais afetadas pela doença⁹, esses fatores podem interferir negativamente na sua qualidade de vida (QV), e com isso, tem-se observado a necessidade de conhecer e avaliar condições de vida dos pacientes, aumentando a sobrevida destes e acrescentando QV para estas pessoas¹⁰.

A prática de AF, considerada qualquer movimento corporal que promova gasto energético, pode ser uma opção a fim de se melhorar o estilo de vida do paciente após o diagnóstico do CP, uma vez que pode auxiliar em fatores físicos e psicológicos, melhorando sua QV^{11,12}. Em uma recente revisão sistemática¹¹, aponta-se a relação da AF na diminuição da taxa de mortalidade de pacientes com CP, especialmente na prática da caminhada, bem como em relação à diminuição de sintomas específicos associados ao diagnóstico e tratamento do CP, como fadiga e incontinência urinária¹¹. O exercício físico, por sua vez, sistematizado e acompanhado por profissional da área, pode ser inserido em três momentos da vida do paciente: no período de pré tratamento, durante o período de tratamento clínico e após a finalização deste tratamento, sempre com o objetivo de auxiliar na recuperação do paciente¹².

Indica-se que um estilo de vida ativo adotado pelo paciente com CP pode influenciar sua QV durante e após o tratamento¹³. A partir do exposto, este estudo objetivou analisar a relação entre a atividade física e a qualidade de vida de pacientes diagnosticados com CP atendidos no CEPON na cidade de Florianópolis – Santa Catarina.

Métodos

Participantes

Composto por uma amostra não probabilística intencional, de 85 homens com média de idade de 65,9±7,6 anos, diagnosticados com CP no CEPON em Florianópolis – SC, caracterizado este como referência do serviço público no tratamento de pacientes oncológicos em Santa Catarina, bem como um centro de referência da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Medicina Paliativa no Brasil. Para cálculo do tamanho amostral optou-se pelo uso do software G*Power 3.1.9.2, considerando nível de significância de 5% e poder do teste de 80%, resultando em uma amostra de 102 indivíduos.

Procedimentos

Realizou-se uma entrevista, por meio de questionário, de aproximadamente 20 minutos, com os pacientes que se encontravam nas salas de espera dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia, ou aqueles que aguardavam suas consultas médicas. Ao total, foram identificados 102 homens com câncer de próstata nestes locais de coleta, no entanto, 7 destes não tinham nível de escolaridade mínima, 2 possuíam mais de 80 anos e 8 apresentaram diagnóstico de metástase. Os pacientes foram convidados a participar do estudo voluntariamente, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido garantindo assim os direitos dos pesquisados, conforme prescrito na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta foi realizada no CEPON por três pesquisadoras previamente treinadas, tendo a orientação e supervisão de uma pesquisadora responsável, e ocorreu no período de outubro de 2014 a julho de 2015.

Foram incluídos homens que apresentaram diagnóstico do CP, com idade entre 40 e 80 anos, que encontravam-se em período de tratamento clínico (quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia), que já haviam finalizado o tratamento, e também por aqueles em acompanhamento médico sem ter iniciado o tratamento. Foram excluídos os que não apresentaram nível de escolaridade mínima - classificação analfabeta, que fizeram tratamento clínico fora do CEPON e, por fim, os que apresentaram outros tipos de câncer, metástase ou estadiamento IV da doença.

O questionário foi dividido em quatro blocos, composto de instrumentos previamente validados. O primeiro bloco sobre informações gerais dos pacientes, incluindo a caracterização dos participantes quanto à idade, estado conjugal, escolaridade, presença de doenças, método de tratamento da doença, consequência física – incontinência urinária ou anal (autorreferido) e peso e estatura (autorreferidos) para o cálculo do Índice de Massa Corporal-IMC. Utilizou-se o protocolo da OMS¹⁴ para a classificação do IMC (estado nutricional), ou seja, magreza (IMC<18,5); eutrofia (IMC 18,5-24,9); sobrepeso (IMC 25,0-29,9); pré-obesidade e obesidade (IMC≥30,0). Para fins estatísticos, uniu-se os itens magreza e eutrofia em peso normal, e sobrepeso e obesidade em acima do peso.

De acordo com o IBGE (2010)¹⁵, o estrato socioeconômico foi dividido em: classe A, tendo como mínimo 20 salários mínimos (SM); classe B, de 10 a 20 SM; classe C, de 4 a 10 SM; classe D, de 2 a 4 SM e classe E - até 2 SM, calculando o valor do SM de acordo com o valor correspondente ao ano de 2014 (R\$724,00). Agruparam-se as categorias (A+B), (C) e (D+E) para fins estatísticos.

Obteve-se o nível de AF a partir do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ - versão curta)¹⁶, que se refere ao número de vezes de prática de atividades laborais, domésticas, de lazer, recreativas e desportivas, por pelo menos 10 minutos contínuos na última semana – distribuindo em caminhada, AF moderada e vigorosa do entrevistado. Poderia ser classificado como: sedentário, por não realizar nenhuma AF por pelo menos 10 minutos contínuos ou; insuficientemente ativo, por praticar AF por pelo menos 10 minutos contínuos. Para classificação ativo, foi realizada a soma da duração e frequência das diferentes atividades (caminhadas + moderada + vigorosa). Sendo assim: ativo - completou as recomendações - 1) AF vigorosa ≥ 3 dias/semana e ≥ 20 minutos/sessão; 2) moderada ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 minutos /sessão; 3) qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/semana e ≥ 150 min/semana. Para ter sido classificado como muito ativo, seguiu as seguintes indicações: 1) vigorosa ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 min/sessão; 2) vigorosa ≥ 3 dias/semana e ≥ 20 min/sessão + moderada ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 min/sessão. Devido ao baixo número de participantes nas categorias, foram agrupados em: a) suficientemente ativos os ativos + muito ativos e b) insuficientemente ativos.

A QV foi definida pelo questionário European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30 (EORTC QLQ – C30)¹⁷ que avalia a QV dos pacientes com câncer nas quatro últimas semanas. Composta por 30 questões, apresenta respostas na escala tipo Likert, e possui validação para língua portuguesa¹⁸. Dividiu-se em três escalas: funcional, com subitens relacionados à questão física, funcional, emocional, social e cognitiva; estado de saúde global e; sintomática, com questões relacionadas à fadiga, dor, náuseas/vômitos, dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras.

O questionário EORTC QLQ – C30 foi complementado por um módulo específico para pacientes com CP, o módulo do EORTC – QLQ PR – 25, também validado para a língua portuguesa¹⁹. O QLQ PR – 25 consta de 25 questões que mensuram a QV do paciente em relação aos sintomas do sistema urinário, intestinal, relacionados ao tratamento pós-cirúrgico, radioterápico e terapia hormonal e função sexual. A classificação das escalas e seus subitens varia de zero a 100, tanto no EORTC QLQ – C30 quanto no módulo específico PR – 25. Para

a escala sintomática, valores mais próximos de 100 indicam pior QV, enquanto nas escalas funcional e de saúde global, valores mais próximos de 100 indicam melhor QV.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada por meio do pacote estatístico IBM-SPSS, versão 20.0. Fez-se uso das análises descritivas para calcular média, desvio padrão, mediana, diferença interquartil e percentual da amostra. A fim de verificar associações entre as características gerais e da doença com a prática de AF dos pacientes optou-se pelo Teste Qui-Quadrado ou Exato de Fisher. Para cálculo da normalidade, utilizou-se o Teste Kolmogorov Smirnov. Uma vez que não foi encontrada normalidade dos dados, aderiu-se ao uso do Teste U de Mann Whitney para comparação dos grupos ativos e insuficientemente ativos, no que diz respeito à QV. Por fim, utilizou-se a Correlação de Spearman para verificar a relação entre as intensidades da AF com a QV. Nível de significância adotado de 5%.

Resultados

Em relação à AF, como pode-se observar na Tabela 1, um total de 56,5% dos homens apresentou-se como insuficientemente ativo enquanto apenas 43,5% apresentaram-se como ativos. A maioria encontrava-se em idade superior a 60 anos (80%), com companheira (72,9%), renda mensal de até quatro salários mínimos estando no estrato D+E (83,3%), acima do peso (67,9%), e com o ensino fundamental (58,3%). Anteriormente ao diagnóstico, grande parte possuía até dois vínculos empregatícios (64,7%) e após o diagnóstico da doença, encontravam-se aposentados, em perícia ou desempregados (76,5%). Não houve diferenças significativas entre os grupos de AF para nenhuma das características gerais dos pacientes.

Tabela 1. Características gerais dos pacientes de acordo com o nível de AF com CP do CEPON, Florianópolis – SC, 2014 – 2015

Variáveis (%)	%Total (IC95%)	Suficientemente ativo (IC95%)	p
<i>Idade</i>			0,189
40 a 60 anos	20 (11-29)	13,5 (2-25)	
61 a 80 anos	80 (71-89)	86,5 (74-98)	
<i>IMC</i>			0,674
Peso normal	32,1 (22-42)	29,7 (14-45)	
Acima do peso	67,9 (58-78)	66,0 (54-85)	
<i>Escolaridade</i>			0,795
Ensino fundamental	58,3(47-69)	56,8(40-73)	
Ensino médio e superior	41,7 (30-52)	43,2(26-59)	
<i>Profissão antes do diagnóstico</i>			0,628
Até 2 vínculos	64,7 (54-75)	67,6 (51-83)	
Desempregado/aposentado/perícia	35,3 (25-46)	32,4 (16-48)	
<i>Profissão depois do diagnóstico</i>			0,504
Até 2 vínculos	23,5 (14-33)	27,0 (12-42)	
Desempregado/aposentado/perícia	76,5 (67-86)	73,0 (57-87)	
<i>Estado Conjugal</i>			0,627
Sem companheira	27,1 (17-37)	29,7 (14-45)	
Com companheira	72,9 (63-83)	70,3 (54-85)	
<i>Renda</i>			0,095
A+B+C	16,7 (8-24)	24,3 (10-38)	
D+E	83,3 (75-91)	75,7 (61-90)	

Nota: Qui quadrado. $p < 0,05$. IMC: índice de massa corporal

Fonte: Os autores

Como demonstrado na Tabela 2, a maioria da amostra possuía diagnóstico de outras doenças (64,7%), embora no geral apresentaram apenas uma (43,5%) além do câncer, com maior evidência às doenças cardiovasculares (44,7%) (dados não apresentados na Tabela). Daqueles que ainda estavam em tratamento, a maioria estava realizando a radioterapia (56,8%), no entanto, grande parte da amostra ainda não havia iniciado o tratamento (43,5%). Observou-se que 54% não haviam sido submetidos à cirurgia e 95% não tiveram recidiva da doença (Tabela 2).

Tabela 2 – Características da doença dos pacientes com CP do CEPON, Florianópolis – SC, 2014 – 2015

Variáveis (%)	%Total (IC95%)	Suficientemente ativos (IC95%)	p
<i>Diagnóstico de outras doenças</i>			0,979**
Possui outras doenças	64,7 (54-75)	64,9 (48-81)	
Não possui outras doenças	35,3 (25-46)	35,1 (19-51)	
<i>Quantas doenças</i>			0,561**
Nenhuma doença	35,3 (25-46)	35,1 (19-51)	
Uma doença	43,5 (33-54)	48,6 (31-65)	
Duas ou mais doenças	21,2 (12-30)	16,2 (4-28)	
<i>Recidiva</i>			0,313*
Sim	4,7 (0-9)	8,1(0-17)	
Não	95,3 (91-100)	91,9 (82-100)	
<i>Tratamento atual</i>			0,364*
Quimioterapia	18,9 (6-32)	29,4 (5-53)	
Radioterapia	56,8 (40-74)	52,9 (26-79)	
Hormonioterapia	24,3 (10-39)	17,6 (2-37)	
<i>Cirurgia realizada</i>			0,184**
Prostatectomia	45,9 (35-57)	54,1 (32-70)	
Não realizou	54,1 (43-65)	45,9 (29-62)	
<i>Terminou o tratamento</i>			0,751**
Sim	34,1 (24-44)	24,3 (9-38)	
Não	22,4 (13-31)	45,9 (29-62)	
Ainda não iniciou	43,5 (33-54)	29,7 (14-45)	

Nota: *Exato de Fisher. **Qui quadrado. $p < 0,05$. IC – Intervalo de confiança

Fonte: Os autores

Conforme dados apresentados na Tabela 3, as três escalas do EORTC QLQ-C30 (QV geral, funcional e sintomática) mostraram diferenças significativas entre os grupos ativos e insuficientemente ativos. O valor total ($71,8 \pm 20,3$) da QV geral dos homens com CP representou de maneira positiva que os homens considerados ativos ($77,2 \pm 19,1$) possuíam melhor QV do que os insuficientemente ativos ($67,7 \pm 20,4$), tendo em vista que os extremos da escala se iniciam no zero e tem seu valor máximo em 100. Da mesma forma, a escala funcional demonstrou bons resultados nos homens ativos ($85,7 \pm 13,2$) quando comparados aos insuficientemente ativos ($73,4 \pm 20,2$).

Dois itens da escala funcional mostraram diferença significativa entre os grupos, nomeadamente, função emocional e função física, e os mesmos apresentaram melhor QV nos homens ativos. Em relação a escala sintomática, os homens ativos mostraram menores sinais de sintomas quando comparados aos insuficientemente ativos, uma vez que valores mais próximos de zero nesta escala indicam menor presença de sintomas. Também houve diferença nos sintomas relacionados à náusea e vômito, à constipação e às dificuldades financeiras, com maiores escores para os homens insuficientemente ativos, representando uma pior QV. Não

houve diferenças significativas nas escalas do EORTC QLQ-PR25.

Tabela 3. Caracterização da QV de acordo com o nível de AF dos pacientes com CP do CEPON, Florianópolis – SC, 2014 – 2015

Variáveis Md(DIQ)	Total	Suficientemente ativos	Insuficientemente ativos	p
<i>EORTC QLQ – C30</i>				
<i>Escala de QV geral</i>	75,0 (33,3)	83,3 (25,0)	66,6 (33,3)	0,031
<i>Escala Funcional</i>	82,2 (20,0)	86,6 (16,6)	80,0 (30,0)	0,002
Função cognitiva	83,3 (33,3)	83,3 (33,3)	83,3 (33,3)	0,760
Função emocional	75,0 (37,5)	83,3 (33,3)	66,6 (50,0)	0,004
Função física	93,3 (26,6)	93,3 (20,0)	86,6 (46,6)	0,031
Função social	100 (33,3)	100 (16,6)	100 (33,3)	0,341
Capacidade Funcional	100 (33,3)	100 (16,6)	100 (50,0)	0,067
<i>Escala sintomática</i>				
Fadiga	11,1 (33,3)	0 (22,2)	22,2 (44,4)	0,051
Perda de apetite	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,760
Insônia	0 (66,6)	0 (66,6)	16,6 (91,6)	0,312
Dor	0 (33,3)	0 (16,6)	0 (45,8)	0,260
Náusea e vômito	0 (0)	0 (0)	0 (12,5)	0,017
Dispneia	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,266
Constipação	0 (33,3)	0 (33,3)	0 (100)	0,048
Diarréia	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,124
Dificuldades financeiras	0 (33,3)	0 (0)	0 (66,6)	0,046
<i>EORTC QLQ – PR25</i>				
<i>Escala funcional</i>	84,2 (26,3)	85,0 (27,1)	84,2 (28,0)	0,753
Atividade Sexual	66,6 (50,0)	58,3 (50,0)	66,6 (58,3)	0,831
Funcionamento Sexual	75,0 (27,0)	75,0 (37,5)	75,0 (29,1)	0,674
<i>Escala sintomática</i>				
Sintomas urinários	15,7 (26,3)	14,9 (27,1)	15,7 (28,0)	0,753
Sintomas intestinais	0 (16,6)	0 (8,3)	0 (16,6)	0,076
Tratamento hormonal	11,1 (22,2)	16,6 (19,4)	11,1 (25,0)	0,728
Incontinência	0 (100)	0 (100)	0 (100)	0,537

Nota: * Teste U de Mann Whitney $p < 0,05$ Md – Mediana. DIQ – Diferença Interquartil

Fonte: Os autores

Analisando-se os resultados da Tabela 4, observou-se que a caminhada se correlacionou positivamente com a QV geral, escala funcional e função física, e negativamente com a escala sintomática, náusea e vômito, constipação e dificuldades financeiras. A AF vigorosa não teve nenhuma relação com as demais variáveis, enquanto a AF moderada relacionou-se negativamente à constipação, indicando que com o aumento da prática de AF moderada diminuiu-se os sintomas de constipação. Houve também correlação com todas as variáveis na AF total, percebendo que quanto maior a prática de AF, menores são as queixas relacionadas à escala sintomática da QV, especificamente nos sintomas de náusea e vômito, constipação e dificuldades financeiras. Conseqüentemente, quanto mais ativos, melhores pontuações são encontradas na QV geral, escala funcional, função emocional e função física.

Tabela 4. Coeficiente de correlação de Spearman entre AF (min/dia) e QV dos pacientes com CP do CEPON, Florianópolis – SC, 2014 – 2015

Variáveis	Caminhada (min/dia)	AF mod (min/dia)	AF vig (min/dia)	AF mod+vig (min/dia)	AF total (min/dia)
<i>Escala de QV geral</i>	0,226*	0,067	0,063	0,101	0,231*
<i>Escala funcional</i>	0,329**	0,176	0,041	0,221*	0,369**
<i>Função emocional</i>	0,197	0,199	0,001	0,238*	0,246*
<i>Função física</i>	0,336**	0,172	0,124	0,204	0,369**
<i>Escala sintomática</i>	-0,366**	-0,208	-0,059	-0,228*	-0,397**
<i>Náusea e vômito</i>	-0,257*	-0,097	-0,085	-0,109	-0,251*
<i>Constipação</i>	-0,216*	-0,215*	-0,058	-0,182	-0,247*
<i>Dificuldades financeiras</i>	-0,238*	-0,138	-0,027	-0,156	-0,250*

Nota: *Correlação significativa 0,05. **Correlação significativa 0,01. Min/dia – minutos por dia. Mod – moderada. Vig – vigorosa. Observação: Realizou-se a correlação com as variáveis significativas ao nível de AF de acordo com a Tabela 3

Fonte: Os autores

Discussão

Este estudo teve como objetivo analisar a relação entre a atividade física e a qualidade de vida de homens com câncer de próstata atendidos no CEPON na cidade de Florianópolis – SC. Identificou-se que a maioria dos pacientes era insuficientemente ativos com piores escores em alguns aspectos da QV quando comparados aos ativos. Houve também correlação positiva entre a AF e a QV nos itens escala funcional, função emocional e física e correlação negativa com a escala sintomática, e nos sintomas específicos de náusea e vômito, constipação e dificuldades financeiras.

Neste estudo, 56,5% dos homens apresentaram-se como insuficientemente ativos, ou seja, não atingiram as recomendações de 150 minutos de AF em intensidade moderada a vigorosa indicadas pela *American College of Sports Medicine*²⁰. Possivelmente, essa insuficiência à prática de AF dá-se pelo fato da maioria desses pacientes estarem em tratamento radioterápico (60%) e apresentarem doenças cardiovasculares (44,7%). Da mesma forma, alguns estudos observaram que homens que receberam tratamentos como terapia androgênica ou radioterapia eram menos capazes de realizar a prática de AF, embora tenha revelado que aqueles que receberam a terapia androgênica tiveram escores significativamente mais baixos de AF do que aqueles que receberam apenas radioterapia²¹. A literatura aponta também que homens submetidos a tratamentos apresentaram níveis mais elevados de depressão, fadiga e pior QV²², o que pode influenciar na motivação para a prática de AF.

Além disso, pôde-se observar efeitos colaterais nocivos derivados do tratamento, e uma crescente incidência de lesões agudas ou crônicas, retais, vesicais e para outros órgãos pélvicos, representadas por mucosites e perturbações funcionais²³. Consequentemente, esses efeitos colaterais podem estar associados a queda nos níveis de AF²⁴ dos homens do presente estudo, o que é comum em sobreviventes de câncer²⁵. Outras barreiras dão-se também, além do câncer, pelas lesões, declínio funcional, e perda de confiança de suas capacidades físicas^{26,27}.

Ao mesmo tempo, o câncer, e todo seu tratamento, pode reduzir a capacidade para o trabalho do indivíduo que apresenta a doença, consequentemente, ocasionando uma baixa renda, aumentando suas dificuldades financeiras²⁸⁻³⁰. Como é o caso neste estudo, no qual apresenta um grande número de homens, que eram pais de família e precisavam sustentar suas casas. Estes encontravam-se aposentados, desempregados ou em perícia após o diagnóstico da doença (76,5%), consequentemente, com dificuldades financeiras, estando no estrato D e E. As dificuldades financeiras apresentaram uma relação inversamente proporcional com a

caminhada e AF total, indicando uma diminuição no seu escore com o aumento da prática de AF, e, dessa forma, é possível que eles se recuperem mais rapidamente, tornando-se capazes de retornar ao trabalho mais rápido e com eficiência, o que pode auxiliar consequentemente nas dificuldades financeiras.

Assim como, obteve-se diferenças significativas entre homens ativos e os insuficientemente ativos nas funções físicas relacionadas à QV. Foi apresentado uma relação positiva da função física com os pacientes que praticavam a caminhada e a AF total, revelando níveis mais altos de QV com o aumento dessa prática. A literatura mostra que pacientes com níveis altos de AF apresentaram menor queda de QV³¹, fadiga geral³² e um rápido retorno à prática no pós-operatório³³, com melhor recuperação e retorno aos níveis de funcionalidade anteriores. Em concordância, De Backer et al.³⁴ evidenciou que todas as escalas de QV de seu estudo, salvo a cognitiva, melhoraram após o treinamento de alta intensidade de dezoito semanas e; Mishra et al.³⁵ também constatou melhorias no funcionamento físico com a prescrição de AF moderada ou vigorosa.

Foram encontrados neste estudo, valores inversamente proporcionais entre AF e os itens náusea e vômito e constipação na QV, mostrando que a caminhada, AF moderada e AF total podem estar associadas à diminuição desses sintomas aos pacientes com CP. Da mesma forma, De Lira et al.³⁶ constatou melhora do quadro de constipação após um programa de AF associada a dieta, bem como o estudo de Raposo e López³⁷ em que foi relatado que a inatividade pode provocar sintomas como constipação, náuseas e vômito, podendo justificar assim, que a AF auxilia na melhora destes e da QV.

Ainda neste estudo, pacientes ativos tiveram suas médias de função emocional melhores do que os insuficientemente ativos, salvo que a AF promove diminuição de sintomas depressivos²¹ e ansiedade³². Estes pacientes apresentaram uma relação positiva entre AF moderada+vigorosa e AF total, expondo que com o aumento da prática de AF pode-se obter benefícios no que diz respeito à aspectos emocionais da QV. O estudo internacional de Riesenber e Lubbe³⁸ demonstrou diferenças significativas em diversas escalas da QV, como as funções física e emocional, após 28 dias contínuos de exercício aeróbico. Por sua vez, Oliveira e Côrte³⁹ salientaram a necessidade da prática de AF, principalmente as que promovam interações sociais, como o estudo de Brunn et al.⁴⁰, que apresenta intervenções com o futebol (mania nacional) em homens após o diagnóstico do CP.

As limitações deste estudo deram-se principalmente, pelo formato da coleta - entrevista individual, devido à demora na realização da mesma; por tratar-se de um estudo de delineamento transversal, o que não possibilita uma relação a longo prazo, sendo causal ou não; e pelo uso do instrumento IPAQ – versão curta que, mesmo sendo utilizado em diversos estudos, apresenta somente respostas subjetivas do paciente em relação a AF, e também trata-se de um instrumento com reprodutibilidade limitada, não possibilitando a generalização dos dados. Ainda, o uso deste instrumento pode ter afetado a prevalência da AF na amostra, superestimando os escores finais, o que indica que a prevalência de baixos níveis de AF nesta amostra seria ainda maior. Índícios estes que são preocupantes, sabendo-se dos benefícios da AF nesta população, dessa maneira, os profissionais da área da saúde devem iniciar novas estratégias a fim de aumentar o nível de AF destes pacientes.

Conclusões

Verificou-se que os homens com CP deste estudo, em sua maioria, eram insuficientemente ativos, e alguns itens da QV apresentaram diferença significativa entre os grupos, no qual os homens considerados ativos tiveram melhores escores. Encontrou-se também relação entre a AF e a QV, indicando que quanto maior a prática de AF melhor será a QV dos pacientes com CP. Sabendo-se que a AF pode beneficiar a QV de pacientes com CP,

sugere-se maiores subsídios para novos estudos e intervenções, bem como, que os profissionais de saúde envolvidos na área possam incentivar a prática de AF tanto no período de tratamento como no pós tratamento da doença.

Referências

1. Abreu AS, Cruz ACA, Cortez EA, Pereira FS, Nascimento RMS. Strategies for the prevention of prostate cancer. *Rev Pesq: Cuid Fundam* 2013;5(2):3795-07. DOI: 10.9789/2175-5361.2013.v5i2.3795-3807
2. Moscheta MS, Dos Santos MA. Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. *Rev Ciênc Saúde Colet* 2012;17(5):1225-1233. DOI: 10.1590/S1413-81232012000500016
3. Instituto Nacional de Câncer - INCA. [Internet]. Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil. [acesso em 25 nov 2016]. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>>.
4. Medeiros AP, Menezes MFB, Napoleão AA. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2011;64(2):385-388. DOI: 10.1590/S0034-71672011000200027
5. Castro HAS, Iared W, Shigueoka DC, Mourão JE, Ajzen S. Contribuição da densidade do PSA para predizer o câncer da próstata em pacientes com valores de PSA entre 2,6 e 10,0 ng/ml. *Rev Radiol Bras* 2011;44(4):205-209. DOI: 10.1590/S0100-39842011000400003
6. Souza LM, Silva MP, Pinheiro IS. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. *Rev Gaúcha Enferm* 2011;32(1):151-158. DOI: 10.1590/S1983-14472011000100020
7. Mestrinho BV, Gomes L, De Almeida JLT, De Almeida JC, De Oliveira RVL. Esclarecer o idoso sobre o exame digital retal diminui o desconforto na sua primeira realização? *Rev Col Bras de Cir* 2011;38(6):407-411. DOI: 10.1590/S0100-69912011000600007
8. Almeida EMP, Andrade RG, Cecatto RB, Brito CMM, Camargo FP, Pinto CA, et al. Exercício em pacientes oncológicos: reabilitação. *Rev Acta Fisiátr* 2012;19(2):82-89. DOI: 10.5935/0104-7795.20120015
9. Nicolussi AC, Sawada NO. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. *Acta Paul Enferm* 2010;23(1):125-130. DOI: 10.1590/S0103-21002010000100020
10. Silva SH, Koetz LCE, Sehnem E, Grave MTQ. Qualidade de vida pós-mastectomia e sua relação com a força muscular de membro superior. *Rev Fisioter Pesq* 2014;21(2):180-185. DOI: 10.1590/1809-2950/68121022014
11. Boing L, Seemann T, Souza MC, Dias M, Guimarães ACA. The benefits of physical activity in men with prostate cancer – a systematic review. *J Phys Educ* 2016;27:e27-29. DOI: 10.4025/jphyseduc.v27i1.2729
12. Soares WTE. Parâmetros, Considerações e Modulação de Programas de Exercício Físico para Pacientes Oncológicos – Uma Revisão Sistemática. *Rev Bras Med Esporte* 2011;17(4):284-289. DOI: 10.1590/S1517-86922011000400015
13. Macedo GD, De Lucena, NMG, Soares LMMM, Da Rocha POA, Gutierrez CV, López MCB. Influência do Estilo de Vida na Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama. *Rev Bras Ciên Saúde* 2011;14(4):13-18. DOI: 10.4034/RBCS.2010.14.04.02
14. World Health Organization (WHO). [internet]. The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI, 2004. [acesso em 27 nov 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Internet]. Programa Nacional de Amostra por Domicílio. Brasília, DF, 2010. [acesso em 27 nov 2016]. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40
16. Pardini R, Matsudo S, Matsudo V, Araújo T, Andrade E, Braggion G, et al. Validation of International Physical Questionnaire (IPAQ): pilot study in Brazilian young adults. *Med Sci Sports Exerc* 1997;29(6):5-9. DOI: 10.1590/S1517-86922007000100004
17. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85:365-376.
18. Pais-Ribeiro J, Pinto C, Santos C. Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. *Psic Saúde & Doenças* 2008;9(1):89-102.
19. Alves E, Medina R, Andreoni C. RE: Validation of the brazilian version of the expanded prostate cancer index composite (EPIC) for patients submitted to radical prostatectomy. *Int Braz J Urol* 2013;39:344-52. DOI: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2013.03.07
20. American College of Sports Medicine (ACSM). ACSM's Resource Manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 6 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

21. Chipperfield K, Fletcher J, Millar J, Smith R, Frydenberg M, Oh T, Burney S. Factors associated with adherence to physical activity guidelines in patients with prostate cancer. *Psychooncology* 2013;22:2478-2486. DOI: 10.1002/pon.3310
22. Hervouet S, Savard J, Simard S, Ivers H, Laverdière J, Vigneault É, et al. Psychological functioning associated with prostate cancer: cross-sectional comparison of patients treated with radiotherapy, brachytherapy, or surgery. *J Pain Symptom Manage* 2005;30(5):474-484. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2005.05.011
23. Santos JCM. Radioterapia - Lesões Inflamatórias e Funcionais de Órgãos Pélvicos. *Rev Bras Coloproct* 2006; 26(3):348-353. DOI: 10.1590/S0101-98802006000300019
24. Sprod LK, Mohile SG, Demark-Wahnefried W, et al. Exercise and cancer treatment symptoms in 408 newly diagnosed older cancer patients. *J Geriatric Oncology* 2012;3:90-97. DOI: 10.1016/j.jgo.2012.01.002
25. Culos-Reed SN, Robinson JW, Lau H, Stephenson L, Keats M, Norris S, et al. Physical activity for men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: benefits from a 16-week intervention. *Support Care Cancer* 2010;18:591-599. DOI: 10.1007/s00520-009-0694-3
26. Keogh JW, Patel A, Macleod R, Masters J. Perceived barriers and facilitators to physical activity in men with prostate cancer: possible influence of androgen deprivation therapy. *Eur J Cancer Care* 2014;23:263-273. DOI: 10.1111/ecc.12141
27. Craike MJ, Livinston PM, Botti M. An exploratory study of the factors that influence physical activity for prostate cancer survivors. *Support Care Cancer* 2011;19:1019-1128. DOI: 10.1007/s00520-010-0929-3
28. Ministério da Saúde (BR). [Internet]. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. 2011. [acesso 27 mar 2016]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/13_resenha_estimativa2012_incidencia_de_cancer_no_brasil.pdf
29. Mígowski A, Silva GA. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. *Rev Saúde Pública* 2010;44(2):344-352.
30. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saúde* 2003;12(4):189-201. DOI: 10.5123/S1679-49742003000400003
31. Mina DS, Matthew AG, Trachtenberg J, Tomlinson G, Guglietti CL, Alibhai SMH, Ritvo P. Physical activity and quality of life after radical prostatectomy. *Can Urol Assoc J* 2000;4(3):180-186.
32. Gjerset GM, Fossa SD, Dahl AA, Loge JH, Ensbj T, Thorsen L. Effects of a 1-week inpatient course including information, physical activity, and group sessions for prostate cancer patients. *J Cancer Educ* 2011; 26:754-760. DOI: 10.1007/s13187-011-0245-8
33. Mina DS, Guglietti CL, Alibhai SMH, Matthew AG, Kalnin R, Ahmad N, Lindner U, Trachtenberg J. The effect of meeting physical activity guidelines for cancer survivors on quality of life following radical prostatectomy for prostate cancer. *J Cancer Surviv* 2014;8:190-198. DOI: 10.1007/s11764-013-0329-z
34. De Backer IC, Van Breda E, Vreugdenhil A, Nijziel MR, Kester AD, Schep G. High-intensity strength training improves quality of life in cancer survivors. *Acta Oncol* 2007;46(8):1143-1151. DOI: 10.1080/02841860701418838
35. Mishra SI, Scherer RW, Snyder C, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(8):CD008465. DOI: 10.1002/14651858.CD008465.pub2.
36. De Lira CAB, Vancini RL, Da Silva AC, Nouailhetas VLA. Efeitos do exercício físico sobre o trato gastrointestinal. *Rev Bras Med Esporte* 2008;14(1):64-67. DOI: 10.1590/S1517-86922008000100012
37. Raposo AC, López RFA. Efeitos da imobilização prolongada e atividade física. *Rev. Digital* 2002;10(68);s/p.
38. Riesenbergh H, Lübbe AS. In-patient rehabilitation of lung cancer patients-a prospective study. *Support Care Cancer* 2010;18(7):877-82. DOI: 10.1007/s00520-009-0727-y
39. Oliveira PP, Côte B. Qualidade de vida de idosos com câncer de próstata em radioterapia, 2004. [internet]. [acesso em 01 abril 2016]. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo278.htm>>.
40. Brunn DM, Bjerre E, Krstrup P, Brasso K, Johansen C, Midtgaard J. Community-based recreational football: a novel approach to promote physical activity and quality of life in prostate cancer survivors. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11:5567-5585. DOI: 10.3390/ijerph110605567

Recebido em 22/02/17.

Revisado em 06/05/17.

Aceito em 04/06/17.

Endereço para correspondência: Leonessa Boing. Rua General Estilac Leal 260, Bairro Coqueiros, Florianópolis, SC CEP 88080260. E-mail: leonessaboing@gmail.com.