

Autoeficácia e morbidade psicológica no pós-operatório de prostatectomia radical¹

Luciana Regina Ferreira da Mata²
Emília Campos de Carvalho³
Cássia Regina Gontijo Gomes⁴
Ana Cristina da Silva⁵
Maria da Graça Pereira⁶

Objetivo: avaliar a autoeficácia geral e percebida, a morbidade psicológica e conhecimento sobre cuidados pós-operatórios de pacientes submetidos à prostatectomia radical. Identificar as relações entre as variáveis e conhecer os preditores da autoeficácia. Método: estudo descritivo, transversal, realizado com 76 homens internados. Foram utilizadas as Escalas de Autoeficácia Geral e Percebida e a de Ansiedade e Depressão Hospitalar, além de questionários de caracterização sociodemográfica, clínica e de conhecimento. Resultados: encontrou-se relação negativa da autoeficácia com ansiedade e depressão. A morbidade psicológica foi variável preditora significativa da autoeficácia. Estar em situação profissional ativa e o tempo de espera pela cirurgia também revelaram-se variáveis relevantes na ansiedade e no conhecimento, respectivamente. Conclusão: os participantes apresentaram bom nível de autoeficácia geral e percebida e porcentagem reduzida de depressão. Com estes achados é possível traçar o perfil dos pacientes sobre suas necessidades psicológicas após prostatectomia radical e, assim, permitir que a enfermagem atue de forma holística, considerando não apenas as necessidades de cuidado de ordem física, mas a esfera psicossocial.

Descritores: Prostatectomia; Ansiedade; Depressão; Autoeficácia.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Efetividade de um programa de ensino para o cuidado domiciliar de pacientes submetidos à prostatectomia radical: ensaio clínico randomizado", apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 141377/2010-0.

² PhD, Professor Adjunto, Campus Centro Oeste Dona Lindu, Universidade Federal de São João del Rei, Divinópolis, MG, Brasil.

³ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Mestranda, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

⁵ Enfermeira, Instituto de Previdência, Polícia Militar de Minas Gerais, Lavras, MG, Brasil.

⁶ PhD, Professor Associado, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Correspondência:

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

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

A prostatectomia radical é a cirurgia padrão para pacientes que apresentam Câncer de Próstata (CP) em estágio potencialmente curável, consistindo na remoção da próstata e vesículas seminais⁽¹⁾. Após a cirurgia, os pacientes podem apresentar diferentes sintomas, que incluem espasmos dolorosos da bexiga, fadiga, diminuição da capacidade física, infecção do trato urinário e do sítio cirúrgico, constipação, impotência sexual e incontinência urinária⁽²⁾.

A falta de conhecimento sobre como será a recuperação e como realizar o autocuidado em domicílio pode ter um impacto significativo na recuperação pós-operatória saudável, sendo também um dos motivos para desencadeamento de morbidade psicológica⁽³⁾. A morbidade psicológica, ou seja, ansiedade e depressão, são as alterações psiquiátricas mais comumente associadas às doenças clínicas⁽⁴⁾. Em relação ao CP, muitos homens vivenciam, simultaneamente, altos níveis de ansiedade e depressão, após o diagnóstico de CP localizado⁽⁵⁻⁶⁾ e, conforme o tipo de tratamento a ser realizado podem ter efeitos colaterais incômodos, gerando impacto duradouro no bem-estar físico e psicológico^(2,7).

Segundo dados da literatura, o CP é considerado o câncer da terceira idade, pois sua incidência é mais comum em homens com idade acima de 60 anos⁽⁸⁻⁹⁾. Com o avanço da idade, as pessoas necessitam alterar, ainda mais, as atitudes sociais e as práticas para a condução de um envelhecimento saudável e manutenção da autoeficácia. A manutenção do funcionamento cognitivo e da capacidade de aprendizagem na velhice está diretamente associada à manutenção do senso de autoeficácia, nível educacional e estilo de vida fisicamente ativo⁽¹⁰⁾.

A autoeficácia é um componente da motivação, pois é uma avaliação de desempenho, fundamental para aquisição e mudança de comportamento⁽¹¹⁾. Diferentes níveis de autoeficácia podem aumentar ou diminuir a motivação para agir. Indivíduos com elevada autoeficácia, normalmente, tendem a desempenhar tarefas mais desafiadoras, investem mais esforço e persistência do que aqueles com baixa autoeficácia^(1,6).

Conhecer a autoeficácia do paciente em pós-operatório de prostatectomia radical é importante⁽⁶⁾, uma vez que, este construto influencia as escolhas de ação que serão realizados, no esforço dispendido pelo paciente em alcançar seus objetivos, em ultrapassar

obstáculos e fracassos, estresse, ansiedade e depressão e, por fim, no nível de realização que alcançam⁽¹²⁻¹³⁾.

A educação do paciente no pós-operatório é fundamental para prover conhecimento adequado ao indivíduo para o autocuidado no ambiente domiciliar, e assim, reduzir a ocorrência de complicações após a alta, melhorando a recuperação, aumentando a capacidade de se cuidar e a qualidade de vida^(2,14). A capacidade de gerir o próprio cuidado tem implícito o construto de autoeficácia, definida como a convicção pessoal de executar com sucesso uma ação, produzindo resultados desejáveis em uma dada situação. Este conceito é considerado um fator importante nas mudanças terapêuticas⁽¹⁾.

De fato, os homens com CP precisam de apoio físico e psicológico para lidar com os sintomas e adaptação à nova vida durante o período de recuperação da prostatectomia radical⁽⁶⁻⁷⁾. A equipe de saúde responsável pelos cuidados é um elemento de apoio importante neste contexto. Como parte desta equipe, o enfermeiro tem como responsabilidade o planejamento e a implementação de um treinamento sobre os cuidados após alta hospitalar para o paciente, fornecendo orientações conforme as necessidades de cuidado⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, sempre considerando como questões norteadoras do treinamento o estímulo a sua capacidade de gerir o cuidado, especificidade dos problemas e necessidades psicológicas⁽¹⁶⁾.

Portanto, é de interesse conhecer as características do paciente com CP, submetido à prostatectomia radical, analisar sua autoeficácia, morbidade psicológica e conhecimento acerca dos cuidados em domicílio, na tentativa de alertar as equipes das clínicas cirúrgicas, que prestam assistência a esses indivíduos, sobre suas principais necessidades, que vão além da esfera dos cuidados de ordem física.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é avaliar a autoeficácia geral e percebida, a morbidade psicológica (ansiedade e depressão) e o conhecimento sobre cuidados pós-operatórios entre pacientes submetidos à prostatectomia radical, bem como, identificar possíveis relações entre as variáveis e os preditores da autoeficácia, na amostra em estudo. Neste sentido, espera-se que haja relação negativa entre as variáveis autoeficácia e morbidade psicológica e relação positiva entre autoeficácia e conhecimento. Em relação a preditores, espera-se que a morbidade psicológica seja um preditor negativo e o conhecimento um preditor positivo da autoeficácia.

Método

Procedimento e amostra

Estudo descritivo, do tipo transversal, realizado com 76 homens internados em dois hospitais do interior de Minas Gerais, Brasil, para tratamento cirúrgico de CP, entre janeiro e dezembro de 2012. Os participantes foram selecionados a partir dos critérios: idade igual ou superior a 18 anos, estar internado para realização da cirurgia de remoção total da próstata, não se encontrar em estado grave e ter capacidade cognitiva para participação (aplicação do mini exame do estado mental⁽¹⁷⁾). O estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus (parecer nº 42/2011). A coleta de dados foi realizada pelas pesquisadoras, no segundo dia de pós-operatório, por meio de entrevistas individuais e consultas aos prontuários dos participantes.

O tamanho da amostra foi definido por meio do teste estatístico Z, de distribuição normal, estimando-se uma proporção referente à população de interesse para um nível de significância de 5% e poder amostral de 80%, resultando em tamanho mínimo de 68 pacientes.

Instrumentos

- Questionário de caracterização sociodemográfica (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal e profissional) e clínica (conhecimento ou desconhecimento do diagnóstico, tempo de espera para realização da cirurgia, tipo de cirurgia realizada e presença de comorbidades).

- Escala de autoeficácia geral e percebida⁽¹⁸⁾, adaptada e validada para aplicação no Brasil⁽¹⁹⁾, que prediz a capacidade do indivíduo em superar as dificuldades diárias, assim como, a adaptação depois de experimentar todos os tipos de eventos estressantes da vida. É composta por 10 itens com respostas em escala do tipo Likert, com variação de um a cinco. Cada item refere-se ao alcance de metas e indica uma atribuição interna estável do sucesso, sendo que, quanto maior o resultado, maior percepção da autoeficácia. O alfa de Cronbach, na presente amostra, foi de 0,7.

- Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar⁽²⁰⁾, na versão em português⁽²¹⁾. A escala HADS contém 14 questões do tipo múltipla escolha, com duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada. Contém 14 questões do tipo Likert, com duas subescalas, uma para ansiedade e outra para depressão, com sete itens cada. Cada questão possui quatro opções de respostas,

com valores que variam de zero a três. A pontuação global em cada subescala vai de zero a 21, sendo que, quanto maior o valor, maior o transtorno emocional. Os autores sugerem o valor oito como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e depressão. O alfa de Cronbach, na presente amostra, foi de 0,9.

- Questionário de "Conhecimentos sobre cuidados domiciliares pós prostatectomia radical", elaborado para o presente estudo, contempla 23 questões, com opções de respostas "certo", "errado", "não sabe", e permite avaliar os conhecimentos que os pacientes possuem sobre os cuidados no pós-operatório de prostatectomia radical (cuidados com a incisão cirúrgica e sonda vesical; incontinência urinária; exercícios para musculatura da pelve; cuidados quanto aos exercícios físicos, alimentação e ingestão de líquidos; evacuações; sinais de complicação e problemas de ereção). Para cada resposta correta é atribuído um ponto, totalizando, no máximo, 23 pontos. Um resultado elevado indica maior conhecimento sobre cuidados pós-operatórios. O alfa de Cronbach, no presente estudo, foi de 0,7.

Análise de dados

Os dados foram processados e analisados por meio do programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 20.0. Para análise descritiva dos dados foram utilizadas medidas de posição média e mediana, e de variabilidade Desvio Padrão (DP) para as variáveis contínuas, e frequência simples para as variáveis categóricas. A fim de identificar possíveis relações entre as variáveis autoeficácia, ansiedade, depressão e conhecimento sobre cuidados pós-operatórios, utilizou-se o teste de correlação de Pearson. As forças das correlações foram analisadas a partir da classificação⁽²²⁾ em que valores abaixo de 0,3, mesmo que estatisticamente significantes, como de fraca magnitude e sem utilidade na prática clínica, entre 0,3 e 0,5 de moderada magnitude e acima de 0,5 de forte magnitude.

Para testar diferenças nas variáveis autoeficácia, ansiedade, depressão e conhecimento em função do tempo de espera para realização da cirurgia, situação profissional, conhecimento sobre o diagnóstico de CP e situação conjugal, utilizou-se o teste T de student para amostras independentes. Para testar diferenças em função da escolaridade, os participantes foram subdivididos em três grupos e utilizou-se análise de variância unifatorial (ANOVA). Finalmente, para conhecer

as variáveis preditoras da autoeficácia, realizou-se uma regressão linear múltipla (método enter).

Resultados

Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

A amostra do presente estudo foi composta por 76 participantes, cuja média de idade foi de 64,2 anos (dp= 6,6), variando entre 49 e 75 anos, sendo posteriormente agrupados em duas categorias: igual ou inferior a 65 anos (53,9%) e superior a 65 anos (46,1%). A maioria era casada ou vivia em união estável (84,2%), seguido de solteiros (7,9%), viúvos (3,9%) e desquitados/divorciados (3,9%). A escolaridade média foi de seis anos (DP=4,8), sendo agrupada em três categorias: zero a quatro anos de estudo (60,5%), cinco a 10 anos (18,4%) e 11 anos ou mais (21,1%). Quanto à situação profissional, 64,5% eram ativos e 35,5% não ativos. A renda mensal individual média era de 2029,00 reais (DP=1240,0) e renda familiar média de 2759,00 reais (DP=1863,0).

Em relação aos dados clínicos, 77,6% dos participantes tinham conhecimento do diagnóstico de CP; 18,4% aguardavam pelo tratamento cirúrgico há menos de um mês, 43,4% entre um e três meses, 31,6% entre quatro e 12 meses e 6,6% há mais de um ano. As comorbidades prevalentes entre os participantes foram: hipertensão arterial sistêmica (52,6%), cardiopatia (14,5%) e diabetes mellitus (11,8%).

O resultado obtido pela Escala de Autoeficácia Geral e Percebida indicou valor médio de 39,0 (DP=6,4). Para ansiedade, identificou-se valor médio de 7,7 (DP= 5,7) e para depressão, valor médio de 4,0 (DP= 3,8). De acordo com o ponto de corte da escala, 31,6%

apresentaram ansiedade e apenas 0,5% apresentou depressão. Quanto ao conhecimento sobre cuidados pós-operatórios, a média de acertos das 23 questões foi de 11,6 (DP= 3,2).

Relação entre autoeficácia, ansiedade, depressão e conhecimento sobre cuidados pós-operatórios

Ao analisar a presença de possíveis relações entre as variáveis, constatou-se correlação positiva forte entre ansiedade e depressão ($r= 0,6$; $p \leq 0,000$); correlação negativa moderada da autoeficácia com ansiedade ($r= -0,3$; $p \leq 0,002$) e depressão ($r= -0,5$; $p \leq 0,000$).

Diferenças na autoeficácia, ansiedade, depressão e conhecimento sobre cuidados pós-operatórios em função do tempo de espera, idade, situação profissional, escolaridade, situação conjugal e conhecimento do diagnóstico

Foram encontradas diferenças significativas de conhecimento sobre cuidados pós-operatórios em função do tempo de espera e da ansiedade em função da situação profissional. Assim, pacientes com tempo de espera igual ou inferior a três meses apresentaram maior conhecimento sobre os cuidados pós-operatórios, e aqueles que exerciam atividade remunerada apresentaram maiores níveis de ansiedade (Tabela 1).

Para a variável escolaridade (zero a quatro anos, cinco a 10 anos, 11 anos ou mais) a partir da ANOVA, não foram encontradas diferenças significativas das variáveis autoeficácia, ansiedade, depressão e conhecimento sobre cuidados pós-operatórios.

Tabela 1 – Resultados do teste T-student para diferenças na autoeficácia, ansiedade, depressão e conhecimento sobre cuidados pós-operatórios, em função do tempo de espera, idade, situação profissional, escolaridade, situação conjugal e conhecimento do diagnóstico. Divinópolis, MG, Brasil, 2012

Variáveis	Autoeficácia		Ansiedade		Depressão		Conhecimento	
	Média (DP)	p*	Média (DP)	p*	Média (DP)	p*	Média (DP)	p*
Tempo de espera								
0 a 3 meses (n= 45)	38,9 (5,9)	0,984	7,4 (5,9)	0,703	4,5 (4,1)	0,255	12,2 (2,9)	0,037
4 meses ou mais (n=28)	38,9 (7,4)		7,9 (5,5)		3,4 (3,4)		10,6 (3,5)	
Idade		0,794		0,154		0,941		0,748
Igual ou inferior a 65 anos (n= 39)	38,7 (7,2)		8,5 (6,0)		4,1 (4,2)		11,7 (2,9)	
Maior que 65 anos (n= 45)	39,1 (5,8)		6,6 (5,3)		4,1 (3,5)		11,5 (3,5)	
Situação profissional								
Em atividade (n= 49)	39,2 (7,1)	0,823	8,8 (5,3)	0,034	3,8 (3,7)	0,559	11,6 (2,7)	0,984
Sem atividade (n=27)	38,8 (5,2)		5,9 (5,9)		4,3 (4,1)		11,6 (4,1)	

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Variáveis	Autoeficácia		Ansiedade		Depressão		Conhecimento	
	Média (DP)	p*	Média (DP)	p*	Média (DP)	p*	Média (DP)	p*
Conhecimento do diagnóstico								
Sabe (n=59)	38,7 (6,4)	0,412	7,8 (5,8)	0,866	4,1 (3,8)	0,766	11,9 (3,3)	0,078
Não sabe (n=17)	40,9 (6,7)		7,5 (5,3)		3,4 (3,9)		10,5 (2,6)	
Situação conjugal								
Solteiro,viúvo, separado (n= 12)	38,8 (6,8)	0,305	7,9 (5,6)	0,589	4,0 (3,7)	0,976	11,8 (3,1)	0,183
Casado/união estável (n= 64)	40,3 (4,1)		6,9 (6,3)		3,9 (4,5)		10,4 (4,0)	

* p ≤ 0,05

Preditores da autoeficácia

Os resultados revelaram que a morbidade psicológica (ansiedade e depressão) é variável

preditora significativa da autoeficácia, explicando 14,2% da variância, conforme a Tabela 2. Assim, quanto menor a morbidade psicológica, maior a autoeficácia.

Tabela 2 – Preditores da autoeficácia em pacientes submetidos à prostatectomia radical (n=76). Divinópolis, MG, Brasil, 2012

Variáveis	Bloco I*			Bloco II†		
	β	t	Sig.	β	t	Sig.
Idade	0,1	0,9	0,4			
Situação conjugal	2,0	0,9	0,4			
Conhecimento do diagnóstico	-2,3	-1,1	0,3			
Morbidade psicológica				0,1	-3,4	0,001‡
Conhecimento dos cuidados pós-operatórios				0,2	0,2	0,880
R ²		0,1			0,2	
R ² ajustado		0,0			0,1	

* Variáveis sociodemográficas e clínicas

† Variáveis psicológicas

‡ p ≤ 0,01

Discussão

As alterações prostáticas, inclusive o CP, são consideradas patologias características de homens com idade superior a 60 anos, considerando-se que o envelhecimento é um fator de risco para aumento da próstata. A média de idade no presente estudo (64,2 anos; DP=6,6) corrobora com os dados da literatura. Cerca de três quartos dos casos de hiperplasias malignas ou benignas ocorrem entre os 60 e 65 anos de idade⁽⁹⁾ e mais de 70% dos casos de CP acontecem em homens acima de 70 anos⁽²³⁾.

Em relação à caracterização clínica da amostra, foram consideradas como principais comorbidades a hipertensão arterial sistêmica (52,6%), cardiopatia (14,5%) e diabetes mellitus (11,8%). Alimentação rica em gordura saturada, carne vermelha, leite e pobre em fibras e vitaminas é fator de risco para desenvolvimento do CP, bem como, das comorbidades identificadas⁽²³⁾. Contudo, este tipo de câncer relaciona-

se, principalmente, ao fator genético, estando familiares de primeiro grau mais propensos ao desenvolvimento da doença, em proporção oito vezes maior que um indivíduo sem parentesco de primeiro grau com CP⁽²⁴⁾.

Em relação às variáveis psicológicas, 31,6% dos pacientes apresentaram ansiedade e 0,5% depressão. Em um estudo realizado com 100 pacientes submetidos a diferentes cirurgias eletivas no Brasil, valores semelhantes para ansiedade (40,0%) foram identificados, contudo, o nível de depressão foi superior (22,0%)⁽¹⁵⁾. Uma possível justificativa para o baixo nível de depressão na amostra em estudo pode relacionar-se ao fato de 84,2% dos homens serem casados ou viverem em união estável, relação já constatada por pesquisadores alemães, que afirmam que homens em união estável apresentam níveis reduzidos de alterações psicológicas, quando comparados aos que vivem sozinhos⁽³⁾. Além disso, é uma doença que não está associada a um grande risco de mortalidade⁽⁸⁾, como outros tipos de câncer, podendo explicar o baixo nível de depressão.

Um estudo realizado na Holanda acompanhou pacientes com CP durante cinco anos, nas fases pré e pós-tratamento, e constatou um decréscimo na ansiedade e depressão após a realização de prostatectomia e radioterapia. A média de ansiedade antes do procedimento cirúrgico foi de 51,9, passando para 39,1 após 12 meses (numa escala de 20 a 80, em que maior pontuação indicava maior nível de ansiedade); e da depressão de 16,8 para 11,6 (numa escala de zero a 60). Quanto à radioterapia, anteriormente ao procedimento, as médias foram de 54,1 para ansiedade e 19,9 para depressão, passando para 42,9 e 15,0, respectivamente⁽⁵⁾.

Sabe-se que, menores níveis de ansiedade do paciente prostatectomizado refletem positivamente em sua saúde mental, e esta pode ser associada ao desenvolvimento de melhores mecanismos de enfrentamento aos fatores estressores, facilitando o melhor gerenciamento das alterações fisiológicas pós-operatórias⁽²⁵⁾.

Ressalta-se que, o medo e a incerteza diante do diagnóstico de câncer e os efeitos colaterais do tratamento acarretam em alterações psicológicas, assim como, na baixa autoeficácia. Como a autoeficácia é a crença central de que o indivíduo tem controle sobre os eventos que podem atingir sua vida, sua diminuição pode afetar negativamente a recuperação, pois quando o controle é perdido, os resultados desejados, como o retorno à continência e potência sexual, não podem ser alcançados⁽⁶⁾.

No presente estudo, identificou-se valor médio de 39,0 pontos (DP=6,4) na Escala de Autoeficácia Geral e Percebida (pontuação máxima igual a 50). Resultado similar foi encontrado por pesquisadores gregos, que avaliaram a autoeficácia geral de pacientes com diferentes tipos de câncer, com média de 31,9 (DP=6,0), numa escala de 40 pontos⁽¹³⁾. O mesmo estudo também apontou correlação negativa entre autoeficácia geral e ansiedade, assim como na amostra estudada. Os autores avaliaram autoeficácia geral, ansiedade, sintomas de gravidade da doença e qualidade de vida em pacientes com câncer no início da radioterapia e um mês após o tratamento. Identificou-se piora de todos os desfechos avaliados, na diferença pré e pós-tratamento, e correlação negativa entre os escores absolutos de autoeficácia geral e ansiedade. Os autores justificaram os resultados no fato de que, muitas vezes, os pacientes não estão preparados para lidar com as mudanças físicas, sociais e emocionais que ocorrem no período de transição entre a descoberta da doença e a fase pós-tratamento⁽¹³⁾.

Outro achado importante foi a morbidade psicológica (ansiedade e depressão), que explicou 14,2% da variância, sendo preditora negativa da autoeficácia, ou seja, pacientes com baixa ansiedade e depressão apresentam maior autoeficácia. Pesquisadores americanos reafirmam este achado, ao constatarem que homens com elevada autoeficácia são 45% menos propensos a terem depressão após prostatectomia radical⁽⁷⁾.

A hipótese do estudo previa que o conhecimento sobre os cuidados operatórios fosse uma variável preditora da autoeficácia e isso não aconteceu. Acredita-se que, este resultado possa ser justificado pelo fato de que quase metade dos pacientes (48,0%) tinham conhecimento sobre os cuidados pós-operatórios.

Observa-se, no presente estudo, que pacientes em situação ativa tem maior nível de ansiedade ($p \leq 0,034$). Tal fato pode ser explicado pela inconveniência do tratamento ao horário de trabalho, medo advindo da incerteza quanto à doença e sua recuperação, e receio em perder o emprego, alterando suas condições financeiras, já que nesta faixa etária muitos homens ainda são trabalhadores ativos⁽¹⁰⁾.

Outra importante constatação foi a diferença do conhecimento sobre cuidados pós-operatórios entre os grupos com distintos tempos de espera pela cirurgia. Pacientes com tempo de espera de zero a três meses apresentaram maior conhecimento que os demais ($p \leq 0,037$). Infere-se que, um tempo reduzido de espera pelo procedimento cirúrgico desencadeia maior preocupação com as questões de saúde, havendo interesse em solucionar o problema e aumentar o conhecimento, favorecendo, conseqüentemente, a recuperação pós-operatória, pois a expectativa que o indivíduo tem em relação à hospitalização, tratamento e qualidade do cuidado, repercute diretamente neste processo⁽¹⁴⁾. Contudo, trata-se de uma hipótese que merece ser corroborada em estudos futuros.

Acredita-se que, pacientes que buscam tratamento e resolução do problema em menor tempo são aqueles que possuem maior preocupação com a saúde e buscam conhecimentos sobre a doença e tratamento por diferentes fontes de informação⁽²⁶⁾. Contudo, deve-se considerar, também, que o tempo de espera pela cirurgia e, ainda, a suspensão e remarcação do procedimento, podem contribuir para aumento do medo e sentimento de desconfiança⁽¹⁵⁾.

Dessa forma, a educação do paciente é fundamental para prover conhecimento adequado para o autocuidado no ambiente domiciliar e, assim, reduzir a ocorrência

de complicações após a alta, melhorar a recuperação, aumentar a capacidade de cuidado e minimizar o medo⁽²⁷⁾.

Educação e aconselhamento são itens regulares e indispensáveis na prestação do cuidado a homens submetidos a este tipo de cirurgia, tanto no pré quanto no pós-operatório. Estes itens devem ser direcionados para o fornecimento de melhores informações referentes ao preparo dos pacientes para os cuidados relacionados à ferida operatória e manuseio da sonda vesical de demora no domicílio, como também, para o enfrentamento dos efeitos colaterais físicos, como incontinência urinária e disfunção erétil, e o conseqüente sofrimento psicológico gerado aos homens e suas esposas⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Pode-se afirmar como limitações do estudo, o desenho transversal que não permite o estabelecimento de relações causais entre variáveis analisadas, o instrumento de coleta de dados utilizado para avaliar o conhecimento, do qual, diante do número de indivíduos da amostra não foi possível fazer o estudo de validade por meio da análise fatorial. Outra limitação relaciona-se à capacidade de generalização dos dados, pois a pesquisa foi desenvolvida com homens atendidos em um município do país, podendo apresentar características inerentes àquela região. Espera-se que, estudos posteriores adotem métodos longitudinais, multicêntricos, com tamanho amostral maior, permitindo, assim, a comprovação das hipóteses estabelecidas no presente estudo.

Conclusão

Este estudo avaliou a autoeficácia, morbidade psicológica (ansiedade e depressão) e conhecimento sobre cuidados pós-operatórios, em pacientes prostatectomizados, identificando as relações entre variáveis e preditores da autoeficácia. Constatou-se bom nível de autoeficácia geral e percebida entre os pacientes e porcentagem reduzida de depressão, que pode ser justificada pela grande parcela de homens casados ou em união estável.

Observou-se diferença significativa no conhecimento sobre cuidados pós-operatórios em função do tempo de espera pela cirurgia e na ansiedade em função da situação profissional. Por sua vez, a morbidade psicológica relacionou-se negativamente com a autoeficácia e foi um preditor negativo desta última. Assim, é fundamental que os profissionais favoreçam o desenvolvimento da autoeficácia do paciente, orientando-os corretamente

e empoderando-os, para que se tornem ativos em sua reabilitação e minimizem a morbidade psicológica.

Espera-se que, estes achados permitam traçar o perfil dos pacientes sobre as necessidades psicológicas após prostatectomia radical, para que a enfermagem atue de forma holística, considerando não apenas as necessidades de cuidados de ordem física, mas a esfera psicossocial. Diante da escassez de estudos encontrados, faz-se necessária a realização de outras pesquisas sobre a temática, principalmente na avaliação do conhecimento dos cuidados pós-operatórios e das variáveis psicológicas, e o impacto destas variáveis nas possíveis complicações da cirurgia.

Referências

1. Knoll N, Scholz U, Burkert S, Roigas J, Gralla O. Effects of received and mobilized support on recipients' and providers' self-efficacy beliefs: A 1 year follow-up study with patients receiving radical prostatectomy and their spouses. *Int J Psychol.* 2009;44(2):129-37.
2. Inman DM, Maxson PM, Johnson KM, Myers RP, Holland DE. The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: Finding value in low-margin activities. *Urol Nurs.* 2011;31(2):83-91.
3. Mehnert A, Lehmann C, Graefen M, Huland H, Koch U. Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *Eur J Cancer Care.* 2010;19(1):736-45.
4. Botega NJ, Pondé MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *J Bras Psiquiatr.* 1998;47(6):285-9.
5. Korfage IJ, Essink-Bot ML, Janssens ACJW, Schroder FH, Koning HJ. Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up. *Br J Cancer.* 2006;94:1093-98.
6. Weber BA, Roberts BL, Yarandi H, Mills TL, Chumbler NR, Wajzman Z. The impact of dyadic social support on self-efficacy and depression after radical prostatectomy. *J Aging Health.* 2007;19(4):630-45.
7. Weber BA, Roberts BL, Mills TL, Chumbler NR, Algood CB. Physical and Emotional Predictors of Depression After Radical Prostatectomy. *Am J Mens Health.* 2008;2(2):165-71.
8. Ministério da Saúde (BR). Estimativa 2012 - Incidência de Câncer no Brasil: Síntese de Resultados e Comentários [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Nacional de

- Câncer; 2011. [acesso 5 abril 2013]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp>
9. Humphreys MR, Fernandes KA, Sridhar SS. Impact of age at diagnosis on outcomes in men with castrate-resistant prostate cancer. *J Cancer*. [Internet]. 2013 [acesso 2 de junho 2013];4(4):304-14. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3619091/pdf/jcav04p0304.pdf>
10. Harden J, Northouse L, Cimprich B, Pohl JM, Liang J, Kershaw T. The influence of developmental life stage on quality of life in survivors of prostate cancer and their partners. *J Cancer Surviv*. 2008;2(2):84-94.
11. Bandura, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
12. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood: N.J. Prentice Hall; 1986. 617 p.
13. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Gogou P, Panagiotou I, Vassiliou I et al. Relationship of general self-efficacy with anxiety, symptom severity and quality of life in cancer patients before and after radiotherapy treatment. *Psycho-Oncol*. 2013;22(5):1089-95.
14. Razera APR, Braga EM. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):632-7.
15. Santos MA, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Pompeo DA, Machado ECB. Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. *Rev Eletr Enferm*. [Internet]. 2012. [acesso 31 maio 2013];14(4):922-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a21.htm>
16. Iyigun E, Ayhan H, Tastan S. Perceptions and experiences after radical prostatectomy in Turkish men: a descriptive qualitative study. *Appl Nurs Res*. 2011;24(2):101-9.
17. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52:1-7.
18. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M. Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs. Windsor (UK): Nfer-Nelson; 1995. p. 35-7.
19. Souza I, Souza MA. Validação da Escala de Autoeficácia Geral Percebida. *Rev Univ Rural: Serie Ciências Humanas*. 2004; 26(1-2):12-7.
20. Zigmond A, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.
21. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JRC, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HADS) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(5):355-63.
22. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood Cliffs: NJ. Prentice-Hall; 1980.
23. Leitzmann MF, Rohrmann S. Risk factors for the onset of prostatic cancer: age, location, and behavioral correlates. *Clin Epidemiol*. 2012;4:1-11.
24. Rhoden EL, Averbeck MA. Câncer de próstata localizado. *Rev AMRIGS*. 2010;54(1):92-9.
25. Gore JL, Gollapudi K, Bergman J, Kwan L, Krupski TL, Litwin MS. Correlates of Bother Following Treatment for Clinically Localized Prostate Cancer. *J Urol*. 2010;184(4):1309-15.
26. Hamm MP, Chisholm A, Shulhan J, Milne A, Scott SD, Given LM, et al. Social media use among patients and caregivers: a scoping review. *BMJ Open* [Internet]. 2013. [acesso 5 ago 2013];3:01-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3651969/pdf/bmjopen-2013-002819.pdf>
27. Fredericks S, Guruge S, Sidani S, Wan T, Un R. Postoperative patient education: a systematic review. *Clin Nurs Res*. 2010;19(2):144-64.
28. Chambers SK, Schover L, Halford K, Clutton S, Ferguson M, Gordon L, et al. ProCan for Couples: Randomised controlled trial of a couples based sexuality intervention for men with localized prostate cancer who receive radical prostatectomy. *BMC Cancer*. [Internet]. 2008. [acesso 15 dez 2014];8:226. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2529334/?report=reader>
29. Bicalho MB, Lopes MHB. Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(4):1009-14.

Recebido: 1.10.2014

Aceito: 22.3.2015