

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

DÉBORA MOURA MIRANDA GOULART

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À
PROSTATECTOMIA RADICAL**

Uberaba

2012

DÉBORA MOURA MIRANDA GOULART

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À
PROSTATECTOMIA RADICAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* – Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nível mestrado, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso

Orientador: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi

Uberaba

2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Frei Eugênio, Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, MG, Brasil)

Goulart, Débora Moura Miranda, 1984 -

G694q Qualidade de vida em pacientes submetidos à prostatectomia
radical/Débora Moura Miranda Goulart. -- 2012.
112f.; il.: tab., fig.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2012.
Orientador: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi.

DÉBORA MOURA MIRANDA GOULART

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À
PROSTATECTOMIA RADICAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* – Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde. Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Uberaba, 12 de dezembro de 2012.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi - Orientador
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dr. Paulo Ricardo Monti
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profª. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas
Universidade de São Paulo

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação...

À minha família, por todo apoio, confiança e carinho...

Aos meus pais, Celso e Joana, pelo amor e dedicação em todos os momentos da minha vida. A vocês, minha eterna gratidão!

Ao meu irmão Douglas, pelo exemplo de retidão e estudo. Você é um grande exemplo para mim!

Ao meu marido Paulo Eduardo, pelo carinho, companheirismo e ensinamentos durante o processo de desenvolvimento deste trabalho. Obrigada por acreditar em mim e sempre me incentivar!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar saúde e forças para continuar, mesmo quando as dificuldades pareciam infundáveis. Por me dar oportunidades de crescimento espiritual e intelectual. Por colocar em meu caminho pessoas tão especiais e indispensáveis.

Ao meu orientador Mário Alfredo Silveira Miranzi, pela confiança.

Ao Professor Vanderlei José Haas, pelos ensinamentos transmitidos, paciência, preocupação e carinho. Você é um grande mestre!

Aos homens participantes deste estudo, pela gentileza em concordar participar da pesquisa e pelo aprendizado que vocês me forneceram.

À banca examinadora, Dr. Paulo Monti e Dra. Rosana Dantas, pela gentileza de avaliar este trabalho e contribuir de forma tão importante para sua melhoria.

Ao Dr. Rolf e Dr. Osmar, por confiar seus pacientes a esse estudo.

Ao Dr. Paulo Goulart, pelo auxílio na coleta de dados e sugestões para o trabalho.

Aos colegas da pós-graduação, que compartilharam comigo momentos importantes de aprendizado.

À Mariana Martins, pela amizade construída, pela confiança e pelos momentos de crescimento e descontração.

Às minhas queridas amigas Marina Aleixo, Flávia Dias e prima Bibiane, por toda a contribuição, apoio, atenção e sugestões que me deram. Vocês foram muito importantes durante esse meu processo.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, pelos indispensáveis conhecimentos adquiridos durante o mestrado.

Aos meus sogros, Paulo e Vera, pela leitura carinhosa e incentivo.

À Maria Aparecida Bizinoto, por toda dedicação e auxílio que sempre deu em todos os momentos.

Aos funcionários do Hospital Dr. Hélio Angotti por permitirem a realização dessa pesquisa. Em especial à Daniele, pela generosidade e confiança.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo apoio e oportunidade de continuar meu aprendizado e crescimento profissional.

À CAPES-Reuni, por ter me concedido a bolsa de estudos.

À minha família, por todo incentivo e serem os grandes espectadores da minha vida. Muito obrigada, por tudo que sempre fizeram por mim!

A todos que de alguma forma colaboraram para a realização dessa pesquisa.

EPÍGRAFE

*“Andei. Por caminhos difíceis, eu sei.
Mas olhando o chão sob meus pés, vejo a vida correr.
E, assim, cada passo que der, tentarei fazer o melhor que puder.
Aprendi. Não tanto quanto quis, mas vi que, conhecendo o universo ao meu redor,
aprendo a me conhecer melhor, e assim escutarei o tempo,
que ensinará a tomar a decisão certa em cada momento.
E partirei, em busca de muitos ideais.
Mas sei que hoje se encontram meu passado, futuro e presente.
Hoje sinto em mim a emoção da despedida.
Hoje é um ponto de chegada e, ao mesmo tempo, ponto de partida...
De tudo ficarão três coisas: a certeza de estar sempre começando,
a certeza de que é preciso continuar e a certeza de ser interrompido antes de
terminar. Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada,
do sonho uma ponte, da procura um encontro.”*

Fernando Sabino

RESUMO

GOULART, D. M. M. **Qualidade de vida em pacientes submetidos à prostatectomia radical**. 2012. 112 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

Introdução: O câncer de próstata (CaP) é entre os homens o segundo tumor maligno mais prevalente e a segunda neoplasia em causa de morte. Duas características são peculiares: a incidência aumenta com a idade e o caráter indolente na maioria dos casos. Estudos sobre o CaP são relevantes frente à elevada incidência e às altas taxas de cura quando há o diagnóstico em fases iniciais. A prostatectomia radical (PR) é o padrão ouro em tumores localizados. Como complicações cirúrgicas destacam-se, a disfunção erétil (DE) e a incontinência urinária (IU) que eventualmente comprometem a autoestima (AE), o desempenho sexual e a qualidade de vida (QV). **Objetivo:** Avaliar a QV dos pacientes submetidos à PR nos últimos cinco anos. Como objetivos específicos: caracterizar os pacientes e relacionar a QV com a faixa etária, tempo pós-operatório, DE, IU, AE e desempenho sexual. **Procedimentos metodológicos:** Trata-se de um estudo observacional, correlacional de delineamento transversal do qual participaram 81 pacientes. Foram utilizados instrumentos para caracterização sociodemográfica, clínico-cirúrgica e variáveis de interesse. Por meio do aplicativo *SPSS*, foi realizada análise descritiva, teste de Qui-quadrado de *Pearson* e os testes não-paramétricos de *Mann-Whitney*, *Pearson* e *Spearman*, de acordo com o teste de normalidade de *Shapiro Wilk*. A consistência interna das escalas foi verificada pelo *alfa de Cronbach*. **Resultados:** A média etária foi de 65,7 (D.P.=8,4). Obteve-se maior percentual de pacientes com 60 anos ou mais (77,8%), cor de pele branca (63%), casados/amasiados (80,3%), vivendo com um ou dois dependentes (54,3%), primeiro grau incompleto (84%), aposentados (75,3%) e renda mensal de um salário (54,3%). Referiram ex-tabagismo (49,4%), hipertensão arterial (53,1%), diabetes *mellitus* (17,8%) e cardiopatias (27,2%). Ao todo, 51,9% tinham IMC saudável e 85,2% procuraram o serviço de urologia, assintomáticos (85,2%). Prevaleceu o estadiamento T2c a T3 (74,1%), Gleason ≤ 6 (63%), PSA pré-operatório de 4,1 a 10 ng/ml (59,3%) e risco alto (76,6%). A média do tempo pós-operatório foi de 25,9 meses (6 a 48,4) com maioria realizada há mais de um ano (76,5%). A DE estava

presente em 90,1% e a IU em 33,3%. A associação entre DE e grupo etário revelou que os idosos apresentaram maior DE quando comparados aos adultos ($p=0,01$). A AE teve média de 5,38. O QS-M revelou que 70,4% tinham desempenho de nulo a ruim. Foi observada pior AE ($p=0,019$) e pior desempenho sexual ($p<0,001$) naqueles pacientes com DE. A QV apresentou-se boa com altos índices nas escalas funcionais e na escala global de saúde, e baixos na sintomatologia. Verificou-se melhor QV nos idosos em relação aos adultos nos itens: função emocional ($p=0,03$), dificuldade financeira ($p=0,03$) e EGS ($p=0,02$) e naqueles com mais de um ano de cirurgia nos itens: função cognitiva e fadiga ($p=0,03$). Observou-se piora da insônia nos pacientes com IU ($p=0,04$). A correlação entre QV e AE mostrou-se forte nos itens: função social e escala global de saúde. **Conclusão:** As possíveis sequelas da PR podem alterar a sexualidade masculina embora não tenha sido observado grandes impactos na QV.

Palavras-chaves: Qualidade de Vida. Prostatectomia. Disfunção Erétil. Incontinência Urinária. Auto-Imagem.

ABSTRACT

GOULART, D. M. M. **Quality of life of patients undergoing radical prostatectomy**. 2012. 112 f. Dissertation (Master degree on Health Care) – Federal University of the Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

Introduction: Prostate cancer (CaP) is among men the second malignant tumor and the second most prevalent cause of death in cancer. Two features are peculiar: the incidence increases with age and the indolent character in most cases. Studies about CaP are relevant due to the high incidence and high cure rates when diagnosed in early stages. Radical prostatectomy (RP) is the gold standard for localized tumors. As surgical complications include erectile dysfunction (ED) and urinary incontinence (UI) that eventually compromise the self-esteem (SE), sexual performance and quality of life (QoL). **Objective:** To evaluate the QoL of patients undergoing RP in the last five years. Specific objectives: to characterize patients and relate QoL to age, postoperative period, ED, UI, SE and sexual performance. **Methodology:** This was an observational, cross-sectional correlational study with 81 patients. Instruments were used to characterize socio-demographical, clinical- surgical and variables of interest. Through the SPSS software it was performed a descriptive analysis, Chi-square test of *Pearson* and the nonparametric tests of *Mann-Whitney test*, *Pearson* and *Spearman*, according to *Shapiro Wilk* normality test. The internal consistency of the scales was assessed by *Cronbach's alpha*. **Results:** Average age was 65.7 (D.P. =8.4). It was obtained a higher percentage of patients aged 60 years or more (77.8%), Caucasian (63%), married / cohabiting (80.3%), living with one or two dependents (54.3%) , incomplete elementary education (84%), retired (75.3%) and monthly income of a minimum wage (54.3%). Reported former smoking (49.4%), hypertension (53.1%), diabetes mellitus (17.8%) and heart disease (27.2%). 51.9% had a healthy BMI. Asymptomatic searched the urology service (85.2%). Staging prevailed T2c to T3 (74.1%), Gleason \leq 6 (63%), preoperative PSA 4.1 to 10 ng / ml (59.3%) and high risk (76.6%). The average postoperative period was 25.9 months (6 to 48.4) with most held for more than one year (76.5%). ED was present in 90.1% and 33.3% in the UI. The association between ED and age revealed that older adults had higher ED when compared to adults ($p=0.01$). The SE had a mean of 5.38. QS-M revealed that 70.4% had zero to bad performance. SE was observed to be worse

($p=0.019$) and worse sexual performance ($p<0.001$) in patients with ED. QoL showed to be good with high rates on functional scales and on global health scale, and low in symptomatology. It turned out better QoL in the elderly compared to adults in items: emotional function ($p=0.03$), financial difficulties ($p=0.03$) and EGS ($p=0.02$) and those with more than one year of surgery in items: cognitive function and fatigue ($p=0.03$). A worsening of insomnia in patients with urinary incontinence ($p=0.04$) was observed. The correlation between QoL and SE showed to be strong in items: social function and global health scale. **Conclusion:** The possible sequels of RP can change male sexuality although major impact on QoL has not been observed.

Key-words: Quality of Life. Prostatectomy. Erectile Dysfunction. Urinary Incontinence. Self Concept.

RESUMEN

GOULART, D. M. M. **Calidad de vida de los pacientes sometidos a prostatectomía radical**. 2012. 112 f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) - Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

Introducción: El cáncer de próstata (CaP) es la segunda entre tumor maligno entre los hombres y la segunda causa más frecuente de muerte en el cáncer. Dos características son peculiares: la incidencia aumenta con la edad y el carácter indolente en la mayoría de los casos. Los estudios sobre la tapa delantera son relevantes a la alta incidencia y las tasas elevadas de curación si se diagnostica en etapas tempranas. La prostatectomía radical (PR) es el estándar de oro para los tumores localizados. Como complicaciones quirúrgicas incluyen la disfunción eréctil (DE) y la incontinencia urinaria (IU) que eventualmente comprometer la autoestima (AE), el rendimiento sexual y la calidad de vida (CV). **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida de los pacientes sometidos a PR en los últimos cinco años. **Objetivos específicos:** caracterizar a los pacientes y la calidad de vida se relacionan con la edad, el tiempo postoperatorio, DE, IU, AE y el rendimiento sexual. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, transversal, correlacional, participaron 81 pacientes. Instrumentos para las variables sociodemográficas, clínicas y quirúrgicas de interés. A través del software SPSS se realizó un análisis descriptivo, prueba de Chi-cuadrado y la prueba no paramétrica de *Mann-Whitney*, *Pearson* y *Spearman*, según la prueba de normalidad de *Shapiro Wilk*. La consistencia interna de las escalas se evaluó mediante el *alfa* de *Cronbach*. **Resultados:** La edad media fue de 65,7 (SD=8,4). Se obtiene un mayor porcentaje de pacientes de 60 años o más (77,8%), el color de piel blanca (63%), casados / convivientes (80,3%), que viven con una o dos personas a cargo (54,3%), educación primaria incompleta (84%), jubilados (75,3%) y el ingreso mensual de un salario (54,3%). Reportado ex fumadores (49,4%), hipertensión (53,1%), diabetes *mellitus* (17,8%) y las enfermedades del corazón (27,2%). El 51,9% tenía un IMC saludable. Asintomáticos búsquedas en el servicio de urología, (85,2%). Prevalció la estadificación T2c y T3 (74,1%), Gleason ≤ 6 (63%), el PSA preoperatorio 4,1 y 10 ng / ml (59,3%) y alto riesgo (76,6%). El tiempo postoperatorio promedio fue de 25,9 meses (6 a 48,4) con más mantuvo durante más de un año (76,5%). DE estaba presente en el 90,1% y el

33,3% en la interfaz de usuario. La asociación entre la disfunción eréctil y la edad reveló que los adultos mayores tuvieron mayor en comparación con los adultos ($p=0,01$). La AE tuvieron una media de 5,38. El QS-M reveló que el 70,4% tenían de cero a un mal desempeño. AE se observó peor rendimiento ($p=0,019$) y peor sexual ($p<0,001$) en los pacientes con disfunción eréctil. CV se presentó bien con altas escalas funcionales y la salud mundial y la baja en la sintomatología. Resultó mejor calidad de vida en las personas mayores en comparación con los adultos de artículos: la función emocional ($p=0,03$), dificultades financieras ($p=0,03$) y BSA ($p=0,02$) y los que tienen más de un año cirugía en los artículos: la función cognitiva y la fatiga ($p=0,03$). Un empeoramiento del insomnio en pacientes con incontinencia urinaria ($p=0,04$). La correlación entre la calidad de vida y la EA se presentaron fuertes en los puntos: la función social y la salud global. **Conclusión:** La secuela posible de relaciones públicas puede cambiar la sexualidad masculina, aunque no se observó impacto importante en la calidad de vida.

Palabras clave: Calidad de Vida. Prostatectomía. Disfunción Eréctil. Incontinencia Urinaria. Autoimagen.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 - Valores normais de PSA (ng/ml) de acordo com a idade	25
Quadro 2 - Classificação TTNM do câncer de próstata.....	26
Quadro 3 - Grupos de risco do câncer de próstata conforme D'Amico.....	27
Quadro 4 - Estrutura do EORTC QLQ-C30	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distribuição das frequências das características sociodemográficas dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.	50
Tabela 2	- Distribuição das frequências das características clínicas dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.	52
Tabela 3	- Distribuição das frequências das características cirúrgicas dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.	54
Tabela 4	- Distribuição dos valores de PSA segundo a faixa etária dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.	57
Tabela 5	- Frequência das respostas para o IIEF-5 dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.	58
Tabela 6	- Classificação da disfunção erétil nos pacientes submetidos à prostatectomia radical segundo o IIEF-5. Uberaba (MG), 2012. ..	59
Tabela 7	- Associação da disfunção erétil com o tempo pós-operatório e o grupo etário dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.	59
Tabela 8	- Associação da disfunção erétil com a classificação de risco segundo D'Amico nos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.	60
Tabela 9	- Frequência das respostas para o ICIQ-SF dos pacientes incontinentes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.	62
Tabela 10	- Associação da incontinência urinária com o tempo pós-operatório e o grupo etário dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.	63
Tabela 11	- Comparação entre os escores de autoestima com o tempo pós-operatório e o grupo etário dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.	64
Tabela 12	- Comparação dos escores de autoestima entre os pacientes submetidos à prostatectomia radical segundo a presença de disfunção erétil e incontinência urinária. Uberaba (MG), 2012. ...	65
Tabela 13	- Distribuição das respostas do QS-M dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.	67

Tabela 14	- Comparação dos escores do QS-M entre os pacientes submetidos à prostatectomia radical segundo a presença de disfunção erétil e incontinência urinária. Uberaba (MG), 2012. ...	67
Tabela 15	- Estatística descritiva das escalas do instrumento de qualidade de vida EORTC QLQ-C30 dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.	69
Tabela 16	- Comparação dos escores de qualidade de vida segundo o grupo etário dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.	70
Tabela 17	- Comparação dos escores de qualidade de vida segundo o tempo pós-operatório dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.	71
Tabela 18	- Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes submetidos à prostatectomia radical segundo a disfunção erétil. Uberaba (MG), 2012.	72
Tabela 19	- Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes submetidos à prostatectomia radical segundo a incontinência urinária. Uberaba (MG), 2012.	73
Tabela 20	- Correlação dos escores de qualidade de vida com a autoestima e o QS-M nos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.	75

LISTA DE SIGLAS

AE	Autoestima
ACS	American Cancer Society
AJCC	American Joint Cancer Committee
CaP	Câncer de Próstata
DE	Disfunção Erétil
EAR	Escala de Autoestima de Rosenberg
EGS	Escala Global de Saúde
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of
QLC-C30	Life Questionnaire "Core" 30 Items
ERSPC	European Study of Screening for Prostate Cancer
HHA	Hospital Dr. Hélio Angotti
HRQL	Health-Related Quality of Life
ICIQ-SF	International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form
ICS	International Continence Society
IIEF	International Index of Erectile Function
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IU	Incontinência Urinária
OMS	Organização Mundial de Saúde
QS-M	Quociente de Sexual - Masculino
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
PCOS	Prostate Cancer Outcomes Study
PDE5-I	Inibidores da fosfodiesterase-5
PLCO	Prostate, Lung, Colorectal and Ovary
PR	Prostatectomia Radical
PRR	Prostatectomia Radical Retropúbica
PSA	Prostatic Specific Antigen
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SF-36	Short-Form Health Survey – 36 itens
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UICC	União Internacional Contra o Câncer
USPSTF	The United States Preventive Services Task Force

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 CÂNCER DE PRÓSTATA	22
1.2 PROSTATECTOMIA RADICAL.....	28
1.3 O HOMEM E O CÂNCER DE PRÓSTATA	31
1.4 CÂNCER DE PRÓSTATA E QUALIDADE DE VIDA.....	34
2 OBJETIVOS	38
2.1 OBJETIVO GERAL.....	38
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	39
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	39
3.2 LOCAL DO ESTUDO	39
3.3 POPULAÇÃO	39
3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	40
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	41
3.6 VARIÁVEIS	47
3.7 GERENCIAMENTO DOS DADOS	48
3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA	48
3.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	49
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	50
4.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	52
4.3 CARACTERÍSTICAS CIRÚRGICAS	54
4.4 COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS	57
4.4.1 Disfunção erétil.....	57
4.4.2 Incontinência urinária	62
4.5 COMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS.....	64
4.5.1 Autoestima.....	64
4.5.2 Satisfação sexual	66
4.6 QUALIDADE DE VIDA	68
5 CONCLUSÃO	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
7 REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	96
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	98
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE DADOS CLÍNICO-CIRÚRGICOS.....	99
APÊNDICE D - CONSIDERAÇÕES SOBRE O QS-M.....	100
ANEXOS	
ANEXO 1 - CARTA DE AUTORIZAÇÃO.....	100
ANEXO 2 - EORTC QLQ-C30.....	103
ANEXO 3 - IIEF-5.....	105
ANEXO 4 - ICIQ-SF.....	107
ANEXO 5 - ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.....	108
ANEXO 6 - QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO MASCULINA (QS-M).....	110
ANEXO 7 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	112

1 INTRODUÇÃO

O processo global de industrialização determinou modificações nos padrões de saúde-doença no mundo. Tal modificação, conhecida como transição epidemiológica, foi caracterizada pela mudança do perfil de mortalidade, com diminuição de taxas de doenças infecciosas e aumento de doenças crônico-degenerativas, como o câncer (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005). Essa tendência tem como principal fator o envelhecimento populacional, resultante da intensa urbanização e das ações de promoção e recuperação da saúde (INCA, 2012a).

Atualmente, o câncer é uma das principais causas de morte no mundo, sendo considerado um problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. A última estimativa mundial apontou o câncer da próstata (CaP) como sendo o segundo tipo de câncer mais frequente em homens, cerca de 915 mil casos novos no ano de 2008 (INCA, 2012a).

Nos EUA, a estimativa para 2012 é de 1.638.910 casos novos de câncer e 578 mil mortes por câncer (SIEGEL; NAISHADHAM; JEMAL, 2012) sendo cerca de 242 mil novos casos de CaP e, possivelmente, de 29 mil óbitos relacionados a essa neoplasia, segunda em causa de morte, no sexo masculino, de acordo com a *American Cancer Society* (ACS) (BRAWLEY, 2012).

Aproximadamente 75% dos casos diagnosticados no mundo ocorrem em países desenvolvidos. A taxa de incidência mundial cresceu cerca de 25 vezes, sendo as mais altas observadas na Austrália, Nova Zelândia, Europa Ocidental e América do Norte. Parte desse aumento pode ser reflexo das práticas de rastreamento (INCA, 2012a).

No Brasil as estimativas para o ano de 2012, válidas também para o ano de 2013, reforçam a magnitude do problema. São esperados aproximadamente 518.510 casos novos, sendo 60.180 de CaP, o que corresponde a um risco estimado de 62 casos novos a cada 100 mil homens. O CaP continua sendo a segunda neoplasia mais comum entre os homens. O aumento da expectativa de vida, a melhoria e a evolução dos métodos diagnósticos e da qualidade dos

sistemas de informação do país podem explicar o aumento das taxas de incidência ao longo dos anos (INCA, 2012a).

Semelhante ao que ocorre no mundo, no Brasil, as maiores incidências são verificadas nas regiões com maior desenvolvimento socioeconômico: sudeste (78/100 mil), centro-oeste (75/100 mil), sul (68/100 mil), nordeste (43/100 mil) e norte (30/100 mil). Em Minas Gerais, são esperados 6.820 novos casos (INCA, 2012a).

Apesar dessas estimativas, Bertan e Castro (2009) sugerem que ainda são observados poucos estudos em relação à saúde do homem com câncer, mesmo naqueles de alta incidência como é caso CaP. E ainda, preocupação em estudos sobre qualidade de vida (QV) e câncer em mulheres, porém, grande descaso em relação aos homens.

A literatura retrata que os principais fatores de predisposição para a doença, são: a idade avançada, história familiar de CaP e algumas etnias. É provável que a etiologia da doença esteja numa conjugação de fatores genéticos e ambientais (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008).

Um dos maiores desafios no tocante à detecção precoce do CaP é a falta de conhecimentos sobre sua história natural. Estudos demonstram que o CaP é histologicamente evidenciado em 30% das necropsias em homens com idade igual e superior a 50 anos, sugerindo um curso latente prolongado, ou seja, em um grande contingente de homens a doença jamais evoluirá (INCA, 2011c).

A maioria dos diagnósticos está sendo feita em pacientes em estágios iniciais da doença e sem sintomas. Um dos objetivos é encontrar maneiras de distinguir tumores clinicamente irrelevantes daqueles com capacidade de metastisar. Atualmente, 30% dos tumores removidos por prostatectomia radical (PR) são considerados clinicamente insignificantes ao anatomopatológico e não exigiriam tratamento radical. A maioria dos casos diagnosticados tem forma latente e não-agressiva, sendo assim importante evitar o *overtreatment* (WRIGHT; LANGE, 2007).

A detecção precoce de um câncer compreende duas diferentes estratégias: aquela destinada ao diagnóstico em pessoas que apresentam sinais iniciais da doença (diagnóstico precoce) e aquela voltada para pessoas assintomáticas e aparentemente saudáveis (rastreamento) (INCA, 2011b).

Encontra-se, em curso, dois grandes estudos internacionais que investigam o impacto do rastreamento do CaP na mortalidade, porém ainda não apresentaram conclusões definitivas. O *European Study of Screening for Prostate Cancer* (ERSPC)

e o *Prostate, Lung, Colorectal and Ovary* (PLCO) têm constatado excesso de diagnósticos de CaP nos grupos rastreados e maior probabilidade de detecção de tumores com melhor prognóstico. Ambos mencionam a necessidade de novos estudos que avaliem a relação entre o rastreamento do CaP, tratamento e QV. Os resultados divulgados têm reiterado que é preciso um maior tempo de seguimento para demonstrar se haverá ou não redução da mortalidade do CaP com o rastreamento (ECKERSBERGER et al., 2009; INCA, 2011b).

Já o *The United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) emitiu recentemente recomendações contra o rastreamento do CaP. Independentemente da idade, homens sem sintomas não devem rotineiramente realizar a dosagem do *Prostatic Specific Antigen* (PSA) para detectar o CaP (MOYER, 2012). Essa recomendação difere de muitos outros grupos de peritos, incluindo a *American Cancer Society* que recomenda decisões individuais sobre o rastreio do CaP com base nas preferências do paciente previamente informado sobre os potenciais riscos e benefícios do exame (ACS, 2012).

Achados no exame clínico combinados com o resultado da dosagem sérica do PSA podem sugerir a existência da doença. Nos casos suspeitos, é indicada biópsia prostática guiada por ultrassonografia transretal. O relatório anatomopatológico fornece a graduação histológica do sistema de Gleason, cujo objetivo é informar sobre a provável taxa de crescimento do tumor e sua tendência à disseminação, além de ajudar na determinação do melhor tratamento para o paciente (INCA, 2011a).

Apesar da sua importância e aplicação clínica, o PSA tem apresentado limitações significativas na especificidade e sensibilidade (ZHAO et al., 2011). Dessa maneira, há necessidade de melhores ferramentas para identificar os homens com CaP e para reconhecer aqueles com potencial doença letal que se beneficiariam com a intervenção (WRIGHT; LANGE, 2007).

Com o uso generalizado do PSA nos últimos anos, quase 50% dos pacientes diagnosticados com CaP apresentam tumores de pequeno volume e em grupo de risco baixo. A sobrevida câncer-específica para esses casos é extremamente alta. Estima-se que de 30% a 70% deles possam ter tumores clinicamente indolentes (LU-YAO et al., 2009; STATTIN et al., 2010).

Hoje, existe uma probabilidade de 18% de um homem ser diagnosticado com CaP durante toda a vida, mas somente 2,8% de mortalidade pela doença. Além

disso, as principais modalidades terapêuticas curativas para esse tumor, a prostatectomia radical (PR) e radioterapia, promovem efeitos colaterais que podem afetar diretamente a QV dos pacientes (ALBERTSEN, 2010).

Estudos assinalam desinformação na população sobre o CaP, o que é agravado pelo fato da doença ser assintomática quando em fase inicial. O CaP ainda é associado pelos homens à perda da virilidade e da identidade masculina o que gera sofrimento emocional e familiar, dificuldades para manter relacionamento afetivo e sexual, vida profissional e outras atividades cotidianas. Poucos têm informações sobre os recursos para tratar a doença e danos do próprio tratamento, como eventuais problemas, como a disfunção erétil (DE) e incontinência urinária (IU) (VIEIRA, 2010).

Em pacientes com CaP, a QV altera-se desde o momento do diagnóstico e tais mudanças relacionam-se com questões do gênero masculino, por isso a QV é um dos aspectos relevantes nas estratégias para detecção do CaP. Marcada pela subjetividade e envolvendo componentes essenciais da condição humana, físico, psicológico, social, cultural e espiritual, a QV deve estar presente na sobrevivência desses pacientes. Manter-se sexual e socialmente ativo está associado à saúde física e mental (VIEIRA; POMPEO, 2005).

O presente estudo é motivado pelo panorama de envelhecimento da população, que projeta o crescimento exponencial de idosos, com possível aumento na prevalência do câncer. Assim, é preciso imenso esforço para ofertar atenção adequada aos doentes por parte dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e por parte da equipe multidisciplinar, identificando as necessidades individuais e subjetivas de cada paciente.

1.1 CÂNCER DE PRÓSTATA

Nos últimos anos, a tecnologia revolucionou o conhecimento sobre diagnóstico precoce, tratamento e assistência ao portador de CaP. Porém, taxas de mortalidade pela doença no Brasil são crescentes. Ainda não há respostas definitivas para essa neoplasia, frente à persistência de dúvidas sobre suas causas e à melhor abordagem para a sua detecção precoce e tratamento (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2011). Longo período assintomático e lenta taxa de crescimento do tumor dificultam estudos sobre as hipóteses etiológicas (SANTOS-FILHO et al., 2008).

A evolução dos pacientes com CaP é relativamente imprevisível, com casos de rápida disseminação antes mesmo de surgirem sintomas locais e casos de evolução lenta e indolente, com lesões que permanecem estacionárias. Quando há acompanhamento sem tratamento por períodos longos (vigilância ativa), alguns acabam necessitando de intervenção por sinais de progressão da doença. Contudo, entre 26% e 57% dos casos mantêm-se com quadro inicial estável e permanecem livres de tratamento até sete anos após o diagnóstico (SROUGI et al., 2008).

Com epidemiologia complexa e multifatorial, diversos mecanismos estão envolvidos no aparecimento e evolução da doença. Embora os principais fatores de risco sejam a idade avançada, determinadas etnias e predisposição familiar, outros fatores como hábitos alimentares e hormônios masculinos são descritos na literatura (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008). Alguns resultados sugerem que prostatites e doenças sexualmente transmissíveis podem estar envolvidas na sensibilização para CaP (KRYSTYNA et al., 2011).

Sua incidência e mortalidade aumentam progressivamente com a idade, sendo que, provavelmente, nenhum homem que viver até 100 anos será poupado (SROUGI et al., 2008). Dos carcinomas da próstata, 95% são diagnosticados em homens entre 45 e 89 anos, dos quais 50% desenvolvem metástases. A prevalência na sexta década de vida é de 15%, na sétima, de 30%, na oitava, 40% e, na nona, é de 50% (VIEIRA et al., 2008).

A incidência do CaP difere substancialmente entre os grupos étnicos. É cerca de 70% maior em negros e 70% menor em orientais e índios, quando comparada com a frequência em brancos (SROUGI et al., 2008). Parentes de primeiro grau de pacientes com CaP apresentam risco aumentado de duas a três vezes, quando comparado a homens na população geral (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008).

Quando há sintomatologia, os sintomas mais comuns são a disfunção miccional, hematúria e hemospermia. A dor óssea, fraturas ósseas patológicas, edema de membros inferiores e da genitália externa, anemia e emagrecimento, são manifestações decorrentes do comprometimento metastático (VIEIRA, 2010).

A detecção do CaP é feita pelo exame digital retal da glândula, medidas séricas de PSA e biópsia prostática guiada por ultrassonografia transretal quando indicada (INCA, 2011a).

O exame digital avalia o volume glandular e a presença de nódulos suspeitos mesmo quando não há elevação de PSA (15%-20% dos pacientes) (D'AMICO et al., 2001). O PSA é marcador tecidual, porém não tumor específico e suas sensibilidade e especificidade não admitem sua utilização como método isolado. A aplicação clínica do PSA permitiu aumento de diagnósticos precoces e de tumores bem ou moderadamente diferenciados, não palpáveis ao exame digital (KVALE et al., 2004; STATTIN et al., 2008).

Os valores séricos de PSA elevam-se progressivamente à medida que aumenta a extensão e o estágio de neoplasia (SROUGI et al., 2008). A literatura traz que, sob o ponto de vista prático, taxas de PSA inferiores a 2,5 ng/ml, em pacientes com exame digital normal, acompanham-se de riscos desprezíveis de presença de CaP, o que permite que esses casos sejam apenas seguidos clinicamente (THOMPSON et al., 2004). Porém, utilizando o ponto de corte recomendado para realização de biópsia (4,0 ng/ml) o PSA conta com sensibilidade aproximada de 20% e especificidade de 94%, e ainda, valor preditivo positivo de apenas 37% e valor preditivo negativo de 91%, ou seja, existe uma probabilidade de 25% de haver CaP em pacientes com valores entre 4 e 10ng/ml (BUNTING, 2002). Thompson *et al.* (2006) observaram que presença de CaP não é rara em pacientes com PSA abaixo de 4 ng/ml. Assim, esse marcador representa valiosa ferramenta na avaliação do risco de cada paciente, devendo ser utilizada em conjunto com outros parâmetros para a definição quanto ao melhor momento para realização da biópsia (ULMERT et al., 2008).

O uso do PSA ajustado à idade objetiva aumentar a sensibilidade da detecção do CaP nas camadas mais jovens e aumentar a especificidade nas mais idosas. Porém, a maioria dos autores concorda que a redução da sensibilidade nas faixas etárias acima de 60 anos é problemática e recomenda a manutenção do uso do limite de 4,0 ng/ml entre os mais idosos. Aplicando retrospectivamente estes critérios, 47% dos tumores localizados não teriam sido diagnosticados em homens com mais de 70 anos. Assim, quando utilizado o PSA ajustado à idade, seria possível reduzir o número de biópsias negativas à custa de não serem feitos diagnósticos em quase metade dos pacientes (CATALONA et al., 1994; PARTIN; OESTERLING, 1995). No Quadro1, estão apresentados os valores atribuídos ao PSA em quatro faixas etária distintas.

Quadro 1 - Valores normais de PSA (ng/ml) de acordo com a idade

IDADE (ANOS)	VALOR MÉDIO DO PSA	VALOR MÁXIMO DO PSA
40 - 50	0,7	2,5
50 - 60	1,0	3,5
60 - 70	1,4	4,5
70 - 80	2,0	6,5

Fonte: Reis; Cassini, 2010, p. 192.

O PSA é instrumento na monitorização do tratamento. Valores detectáveis de PSA após PR geralmente estão associados com recorrência da doença, sendo que o intervalo médio até a morte por CaP situa-se entre cinco e 12 anos, dependendo do escore de Gleason (DHAM et al., 2008).

A extensão da doença e a agressividade relacionam-se com a porcentagem de fragmentos positivos na biópsia. Pacientes com mais de 50% dos fragmentos positivos apresentam chances elevadas de portar extensão extra-prostática da neoplasia e, portanto, doença mais grave (BILLIS et al., 2008; SROUGI et al., 2008).

A diferenciação glandular é fator prognóstico e está relacionada com o comportamento biológico do tumor e a sobrevida. Na prática, o sistema de graduação histológico mais utilizado é o proposto por Gleason, que valoriza o padrão glandular e a relação entre as glândulas e o estroma prostático (GLEASON; MELLINGER, 1974). Nele, os tumores são classificados em cinco graus, denominando-se grau 1, as lesões mais diferenciadas, e grau 5 as mais indiferenciadas. Como os adenocarcinomas da próstata apresentam mais de um padrão histológico, o diagnóstico final na escala de Gleason é dado pela soma dos graus do padrão primário (predominante) e do padrão secundário (segunda maior área representada), o que faz com que as neoplasias mais diferenciadas sejam classificadas como escore 2 (1+1) e as mais anaplásicas sejam caracterizadas por escore 10 (5+5) (GLEASON, 1977). A presença de padrão de Gleason 4 ou 5 é praticamente preditivo de pior evolução (SCALE JR; DAHM et al., 2008).

A extensão anatômica do tumor é o fator de prognóstico mais importante e mais amplamente utilizado. A classificação TNM - *Classification of Malignant Tumours*, proposta pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) e *American Joint Cancer Committee (AJCC)* é aceita internacionalmente para descrever e comparar padrões de apresentação da doença, impacto do rastreamento e acesso ao tratamento, criando linguagem universal e padronizando a indicação do tratamento (THOMPSON et al., 2007; WU et al., 2008).

É utilizada para descrever a extensão anatômica da doença e tem por base a avaliação de três componentes: T - a extensão do tumor primário, N - a ausência ou presença / extensão de metástase em linfonodos regionais, e M - a ausência ou presença de metástase à distância (INCA, 2004). O Quadro 2 mostra a classificação.

Quadro 2 - Classificação Tumor Linfonodos Metástases (TNM) do câncer de próstata

<p>T Tumor primário</p> <p>TX - Tumor primário não pode ser avaliado</p> <p>T0 - Sem evidência de tumor primário</p> <p>T1 - Tumor clinicamente não aparente, não palpável ou não visibilizado em estudos de imagem</p> <p> T1a - Achado histológico incidental de tumor em ≤ 5% de tecido ressecado</p> <p> T1b - Achado histológico incidental em > 5% de tecido ressecado</p> <p> T1c - Tumor identificado por biópsia com agulha (devido a PSA elevado)</p> <p>T2 - Tumor confinado ao interior da próstata¹</p> <p> T2a - Tumor envolve metade de um lobo ou menos</p> <p> T2b - Tumor envolve mais da metade do lobo, porém não os dois lobos</p> <p> T2c - Tumor envolve ambos os lobos</p> <p>T3 - Tumor estende-se além da cápsula da próstata</p> <p> T3a - Extensão extracapsular (unilateral ou bilateral)</p> <p> T3b - Tumor invade a vesícula seminal (uma ou ambas)</p> <p>T4 - Tumor está fixado ou invade estruturas adjacentes outras além das vesículas seminais: esfíncter externo, reto, músculos elevador do ânus e/ou parede pélvica</p> <p>N Linfonodos regionais²</p> <p>NX - Linfonodos regionais não podem ser avaliados</p> <p>N0 - Ausência de metástases em linfonodos regionais</p> <p>N1 - Metástases em linfonodos regionais</p> <p>M Metástases à distância</p> <p>MX - Metástase à distância não avaliadas</p> <p>MO - Ausência de metástases à distância</p> <p>M1 - Metástases à distância</p> <p> M1a - Linfonodo(s) não regionais</p> <p> M1b - Osso(s)</p> <p> M1c - Outros locais³</p> <p>¹ Tumor encontrado em um ou ambos os lobos nas biópsias por agulha, porém não palpável ou visível em exames de imagem, é classificado como T1c.</p> <p>² Os linfonodos regionais são os linfonodos da pelve verdadeira, que essencialmente incluem os linfonodos abaixo da bifurcação das artérias ilíacas comuns. A lateralidade não afeta a classificação N.</p> <p>³ Quando há metástases presentes em mais de um local, deve ser utilizada a categoria mais avançada.</p>
--

Fonte: Heidenreich et al., 2011.

Os objetivos principais no estadiamento do CaP são prever o prognóstico e facilitar a escolha da terapia. Baseia-se na extensão da doença, sendo o estadiamento, PSA e escore de Gleason parâmetros fundamentais (PARTIN et al., 2001).

Exames complementares como, a cintilografia óssea, ultrassonografia transretal, estudo de ressonância magnética da pelve e do retroperitônio, tomografia

computadorizada por emissão de pósitrons (PET-CT) e linfadenectomia ilíaca, estão relacionadas com a detecção de metástases ósseas e com o planejamento terapêutico (SROUGI et al., 2008).

O CaP é uma doença heterogênea com diferentes características de comportamento e, por isso, define subgrupos com alto risco de recorrência após tratamento local. O potencial dessa análise pré-tratamento consiste em definir a estratégia mais apropriada para cada paciente. A fim de simplificar a interpretação dos dados antes do tratamento e prever a resposta à terapêutica das modalidades empregadas, D'Amico propôs a estratificação de grupos de risco em categorias, como mostra o Quadro 3, atualmente a mais utilizada (DALL'OGGIO; CRIPPA, 2010; D'AMICO et al., 2002).

Quadro 3 - Grupos de risco do câncer de próstata conforme D'Amico

GRUPOS DE RISCO			
PARÂMETROS	BAIXO	INTERMEDIÁRIO	ALTO
PSA	< 10 ng/ml	10 a 20 ng/ml	> 20 ng/ml
Escore de Gleason	≤ 6	7	≥ 8
Estadiamento	T1-T2a	T2b	T2c-T3

Fonte: Dall'oglio; Crippa, 2010, p. 216.

Quando precocemente diagnosticada a doença é curável através de procedimentos cirúrgicos, radioterapia e outros métodos. Devido sua alta incidência esforços são justificados na busca do aperfeiçoamento de métodos de detecção precoce e de marcadores prognósticos, com a consequente melhora no planejamento terapêutico. Apesar da expansão dos conhecimentos epidemiológicos e biomoleculares do CaP, não se pode prever quais pacientes irão desenvolver doença clinicamente significativa e quais permanecerão com tumor confinado ao órgão (KLEIN et al., 2008; NEAL, 2008; SIMONE et al., 2008).

Os pacientes com CaP devem ser tratados em função do estágio da doença e neste sentido, a PR é considerada padrão ouro para o tratamento do CaP nos casos de tumores restritos à próstata (BADANI; KAUL; MENON, 2007; VIEIRA, 2010) . A PR proporciona ainda, excelentes índices de sobrevida (FROTA et al., 2008).

1.2 PROSTATECTOMIA RADICAL

Realizada pela primeira vez em 1905 por Young, a prostatovesiculectomia radical, comumente chamada de prostatectomia radical, consiste na excisão completa da próstata, vesículas seminais e ductos ejaculatórios. Seu objetivo é proporcionar melhor controle do câncer, mantendo a integridade das estruturas anatômicas dedicada às funções de continência urinária e potência sexual (SANDA et al., 2008).

Com relação aos outros tratamentos, a cirurgia apresenta como vantagem a capacidade de erradicar, de maneira imediata, populações de células tumorais, mesmo as radorresistentes. Atualmente, a PR é o único tratamento para o CaP localizado que mostrou benefício na sobrevida câncer-específica quando comparada à conduta conservadora (vigilância ativa) (BILL-AXELSON et al., 2008; WILT et al., 2008). Estudo recente mostrou que pacientes com CaP de alto risco apresentaram menor risco de progressão metastática ou morte câncer específica quando submetidos à PR (BOORJIAN et al., 2011).

A PR oferece um resultado efetivo e durável. As taxas de sobrevida livre de doença variam entre 77% e 97% aos cinco anos, 54% e 85% aos dez anos e entre 66% e 85% após 15 anos, com sobrevida câncer específica após 15 anos entre 82% e 97% (ISBARN et al., 2010).

Atualmente existem quatro modalidades cirúrgicas para a PR: perineal, retropúbica (PRR), laparoscópica e robótica. A PRR, preconizada por Walsh, encontra-se amplamente difundida sendo a preferida pela maioria dos urologistas, em virtude da sua familiaridade com a anatomia, baixo risco de lesão retal e incontinência fecal, além de permitir linfadenectomia pélvica e preservação dos feixes neurovasculares (ZEQUI; CAMPOS, 2010). A PRR, primeiramente relatada em 1947 por Millin é historicamente padrão ouro para o tratamento cirúrgico de CaP quando comparada a qualquer outra via de acesso. Apresenta baixa mortalidade e resultados oncológicos e funcionais muito bem documentados, com períodos de seguimento bastante amplos (HERRELL; SMITH, 2005).

Uma grande controvérsia envolve o tratamento dos pacientes com CaP localizado em relação à PR e à radioterapia. De acordo com os dados recentes, entre 89% e 93% dos pacientes submetidos à PR e entre 60% e 86% dos casos

tratados com radioterapia externa ou braquiterapia estão curados após 10 anos de acompanhamento (BERGLUND et al., 2006).

Todas as modalidades terapêuticas apresentam risco significativo e efeitos colaterais, alterando com impacto negativo a QV dos pacientes. No caso da PR as principais complicações relacionam-se com estenose uretral, IU e DE. Estudos apontam esses dois últimos como os principais fatores comprometedores da QV após a PR (VIEIRA, 2010). Os resultados funcionais após PR também dependem diretamente da experiência do cirurgião (VICKERS et al., 2004) e do volume cirúrgico hospitalar (NASSIF et al., 2009).

Incontinência urinária é definida pela *International Continence Society* (ICS) como toda e qualquer perda involuntária de urina. O controle sobre a retenção urinária é dada pelo colo vesical, próstata e esfíncter externo. Com a PR, o paciente perde os dois primeiros mecanismos, e o esfíncter, músculo que envolve a uretra e está muito próximo do ápice prostático, é o único dispositivo para a contenção urinária. Em alguns pacientes ele, embora íntegro, não consegue manter a continência, talvez por deficiência desde o pré-operatório. A IU provoca alterações graves na vida de pacientes, tornando-se estressante e debilitante, além de gerar alta morbidade por afetar o aspecto psicológico, ocupacional, doméstico, físico e sexual (TAMANINI et al., 2004).

A IU de esforço é observada em mais de 20% dos pacientes nos primeiros meses, regredindo gradualmente até um ano de seguimento. Após esse período, 10% dos pacientes podem ter algum grau de incontinência (PENSON et al., 2005) sendo moderada ou grave de 3% a 5% (SROUGI et al., 2008). A idade do paciente e a experiência do cirurgião são determinantes da continência urinária (PENSON et al., 2005). A maioria dos estudos considera ainda que uma avaliação definitiva da função urinária deva se estender até 12 meses depois da PR, considerando a função antes da cirurgia e a clínica do paciente (STANFORD et al., 2000).

Desde os relatos iniciais sobre a técnica cirúrgica, um número crescente de estudos tem constatado no pós-operatório taxas satisfatórias de continência urinária, enquanto que a preservação da função erétil continua sendo um desafio, o que justifica um progressivo interesse na elucidação da fisiopatologia da DE no pós-operatório (MICHL et al., 2006; SANDA et al., 2008).

A DE é a incapacidade persistente ou recorrente de obter e/ou manter uma ereção adequada até a conclusão da atividade sexual, o que causa acentuado

sofrimento e dificuldades interpessoais (ABDO, 2006). As taxas de DE oscilam entre 9% e 89% (PENSON et al., 2005). Surge em 95% dos casos operados com mais de 70 anos, em 50% dos indivíduos entre 55 e 65 anos e de 15% a 20% naqueles com menos de 55 anos (SROUGI et al., 2008). Além da idade, a função erétil após a PR depende de fatores perioperatórios, possibilidade de preservação dos feixes neurovasculares e função sexual prévia (PENSON et al., 2005). Em um estudo sobre a potência sexual, de acordo com *International Index of Erectile Function* (IIEF), antes da cirurgia apenas 43% tinham função erétil normal (DUBBELMAN; DOHLE; SCHROUDER, 2006).

As comorbidades como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doença isquêmica do coração e dislipidemia ou história de tabagismo identificados no momento da avaliação pré-operatória do paciente também devem ser considerados como um potencial fator preditivo negativo de potência antes e depois da cirurgia. Esses parecem afetar a recuperação de ereções espontâneas no pós-operatório, porque tais condições podem ter impacto na hemodinâmica peniana. Há necessidade de selecionar adequadamente os pacientes e gerenciá-los após a cirurgia, para que a taxa de recuperação da função erétil ideal seja alta (MICHL et al., 2006).

A fisiopatologia da DE após a PR inclui dano tecidual induzido pela deficiência na oxigenação do corpo cavernoso. O uso profilático de vasodilatadores tem sido proposto para promover oxigenação adequada e prevenir a fibrose após a cirurgia. Tratamento farmacológico tem sido utilizado para melhorar os resultados na recuperação da função sexual após PR e tem se mostrado mais efetivo em pacientes jovens que tiveram preservação bilateral. Dentre as drogas usadas estão principalmente os inibidores da fosfodiesterase-5 (PDE5-I), cuja ação implica no aumento de óxido nítrico nas células musculares lisas do corpo cavernoso e a administração intracavernosa ou intrauretral de alprostadil (BRIGANTI et al., 2007).

Estima-se que 10% dos pacientes submetidos à PR apresentam recidiva bioquímica. Seu risco relativo depende de fatores pré-operatórios e patológicos. Análises multivariadas apontam como principais fatores prognósticos o valor do PSA pré-operatório e estadiamento (patológico e o escore de Gleason). Após a PR, espera-se que de duas a quatro semanas o valor do PSA esteja abaixo de 0,1ng/ml sendo considerado indetectável. Porém, tal situação não significa cura, visto que

cerca de 40% dos pacientes podem progredir durante o seguimento (FONSECA et al., 2007).

Não existe consenso sobre o valor de corte para o diagnóstico de recidiva bioquímica. Séries da literatura utilizam 0,2ng/ml e 0,4ng/ml. Aproximadamente 53% dos pacientes que atingem valores de PSA iguais a 0,2ng/ml podem desenvolver recorrência clínica e quando se utiliza um valor de 0,4ng/ml observa-se que, aproximadamente, 80% dos pacientes evoluem para recidiva clínica (ZHOU et al., 2005).

Dados indicam que maioria das recidivas é manifestação de doença metastática, aproximadamente um terço dos pacientes apresenta doença localizada e dois terços doença metastática, acompanhada ou não de recorrência local. A incidência de recidiva local isolada é baixa variando de 10% a 25% (FONSECA et al., 2007).

O risco de morte por CaP após a recidiva (tanto após PR quanto radioterapia) está relacionado ao tempo de duplicação do PSA e ao Gleason (ZHOU et al., 2005). Assim, o manejo dos pacientes com recorrência bioquímica do CaP é um desafio para oncologistas, urologistas e radioterapeutas (FONSECA et al., 2007).

Os fatores determinantes do sucesso pós-cirúrgico são: ausência de margens cirúrgicas comprometidas, ausência de infiltração das vesículas seminais, ausência de infiltração linfodonal e nível sérico de PSA indetectável após cirurgia (VIEIRA, 2010).

1.3 O HOMEM E O CÂNCER DE PRÓSTATA

A detecção precoce e tratamento do CaP devem considerar aspectos emocionais envolvidos, visto que muitos adiam ou recusam participar de programas preventivos. Ainda hoje, é presente o mito que associa virilidade sexual à masculinidade, e doenças prostáticas à DE. A resistência ao tratamento é sustentada por desinformações e fantasias conflitivas associadas aos exames clínicos e à próstata (GOMES, 2008).

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou a “Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem” e ao estabelecer seus princípios e diretrizes, reconheceu que homens morrem mais precocemente que mulheres e são mais vulneráveis às doenças, especialmente às crônicas. Os homens não buscam serviços de atenção

primária, inserindo ao sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Dentre as razões elencadas para a resistência às ações de saúde, destacam-se as variáveis culturais e fatores associados ao que eles entendem como gênero masculino em contextos culturais e socioeconômicos (BRASIL, 2008).

Alguns autores conceituam gênero como o sentimento social ou psíquico de identidade sexual, já o sexo define a organização anatômica da diferença entre o macho e a fêmea (TOFANI; VAZ, 2007). Desse ponto de vista, o gênero é entidade construída, a masculinidade, por exemplo, não é algo dado, mas algo que se procura conquistar. As representações do masculino são fundamentais para a compreensão das questões que emergem quando o homem adoece e dos seus comportamentos ante procedimentos clínicos e cirúrgicos envolvendo o diagnóstico e tratamentos do CaP, propulsores de profundas mudanças na sua vida (VIEIRA, 2010).

Em relação ao contexto socioeconômico, o CaP pode ser influenciado por aspectos desde o estilo de vida e exposição a fatores de risco ambientais até o acesso e utilização dos serviços de saúde. Estudos longitudinais mostram que, apesar da adoção generalizada do teste de PSA, o diagnóstico precoce de CaP não tem atingido em grande espectro os homens com pior condição socioeconômica. Melhorar testes diagnósticos e métodos cirúrgicos tem extrema importância para a gestão de saúde pública, porém, frente à desigualdade de acesso aos serviços de saúde nas diferentes camadas socioeconômicas da população, há necessidade de se planejar novas estratégias em campanhas de CaP para informar e conscientizar a população sobre a doença (SROUGI et al., 2011).

A PR e a possibilidade de sequelas incrementam e facilitam a emergência de fantasias relacionadas à impotência, perdas e morte. A detecção precoce e o tratamento devem considerar os aspectos emocionais envolvidos, afinal, esses propiciam a emergência de conflitos sexuais e constituem-se uma ameaça à integridade e à identidade masculina (VIEIRA, 2010).

As doenças prostáticas, especificamente o CaP, relaciona-se ao envelhecimento, porém, cada indivíduo reage a esse processo natural de acordo com sua personalidade. Embora com o avanço da idade o homem sofra e perceba alterações nas potencialidades corporais, o surgimento de uma doença constitui-se um fator ameaçador. Mesmo que o sujeito mantenha-se ativo e socialmente útil, as

limitações impostas por perdas funcionais e a consciência de finitude geram reações de ansiedade e depressão que interferem negativamente nos processos relacionados à criatividade, participação social, autonomia e independência (VIEIRA, 2010).

O sentimento de impotência causa repercussões na vida dos pacientes com CaP. Embora a medicina tenha evoluído em termos de possibilidades de tratamento, observa-se que, por se tratar de um órgão que afeta a sensibilidade sexual masculina, o sentimento de impotência está presente mesmo naqueles com impotência transitória. Alterações emocionais, como depressão, afetam sensações sexuais que modificam a fisiologia da ereção. Uma falha erétil pode antecipar o fracasso e produzir ou aumentar a ansiedade (RODRIGUES; RODRIGUES, 2007).

Alterações de comportamento podem influenciar de forma decisiva a QV, a evolução da doença e o prognóstico (MOSCOVICI, 2003). É fundamental que o diagnóstico médico seja associado a um exame psicodiagnóstico para adequado tratamento, inclusive quanto à aceitação da doença e como lidar com os sentimentos que emergem neste momento (RODRIGUES; RODRIGUES, 2007).

Nesse contexto, torna-se uma ferramenta fundamental a compreensão sobre o constructo teórico de representação social, uma vez que o CaP suscita uma série de associações e representações que remetem à dor e à sexualidade masculina (VIEIRA, 2010).

As representações sociais visam minimizar a angústia existencial através da organização das experiências emocionais do indivíduo. Frente a uma realidade na qual não é conseguido manter contato direto, o indivíduo utiliza-se das representações para facilitar a elaboração e produção de sentidos à suas angústias. A representação é um processo dinâmico que mobiliza e confere um sentido, uma produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente, de uma ação que modifica com uma reação a um dado estímulo exterior (ADIYAT et al., 2010).

Percebe-se que os tumores urogenitais acarretam implicações psicológicas adicionais, principalmente por parte dos homens. Além de importantes consequências emocionais trazidas pelas questões sobre cura e morte, não raro o diagnóstico e o tratamento envolvem perda da masculinidade, queda da autoestima (AE) (MOSCOVICI, 2003), confronto com a perspectiva de mudanças em sua vida, imagem corporal, relações pessoais (MORENO et al., 2006) e sofrimento que afeta o

bem-estar físico e emocional, comprometendo a QV em geral (RODRIGUES; RODRIGUES, 2007).

1.4 CÂNCER DE PRÓSTATA E QUALIDADE DE VIDA

A OMS define saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença. Porém, políticas de saúde sempre priorizaram o controle de morbidade e mortalidade. Atualmente, observa-se crescente preocupação com a frequência e a gravidade das doenças, e com medidas de percepção de saúde e de disfunção/*status* funcional (VIEIRA, 2010).

O objetivo da ação pela saúde é fazer com que, sob condições favoráveis, possa se promover a saúde. As propostas de promoção da saúde, apresentadas na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, 1986, colocava a saúde como elemento importante no conjunto de condições indispensáveis à QV. Nesse momento superava-se o conceito estático de saúde, exclusivamente sanitário e de ausência de enfermidade. As estratégias de promoção voltam-se para estilos de vida, condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde e, de forma mais ampla, a QV (SOUZA; CARVALHO, 2003).

QV e padrão de vida foram objetos de estudo, inicialmente de cientistas sociais, filósofos e políticos (FLECK et al., 1999). Para a ampliação do conceito foram agregados aspectos objetivos e subjetivos, tais como o desenvolvimento socioeconômico, a percepção individual e valorização da opinião do indivíduo com relação à sua vida (PASCHOAL, 2000).

A OMS define QV como percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Multifatorial, engloba fatores como: saúde física, psicológica, nível de independência (em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos, e capacidade laboral), relações sociais e meio ambiente (WHO, 1996).

Existe ainda a expressão QV relacionada à saúde (QVRS), definida como o valor atribuído à vida ponderado pelas deteriorações funcionais, percepções e condições sociais induzidas pela doença, agravos e tratamentos, e a organização política e econômica do sistema assistencial. A versão inglesa do conceito, *health-related quality of life* (HRQL), é similar: valor atribuído à duração da vida quando

modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções (GIANCHELLO, 1996).

Percebe-se que o conceito de QV, refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida (QUEK; PENSON, 2005).

Fleck *et al.* (1999) apontam a oncologia como a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos.

A fim de otimizar recursos disponíveis para melhorar os diferentes aspectos da QV no sistema de saúde, a relação entre QV e pacientes com câncer tem sido estudada abrangendo diferentes temas, tratamentos para a doença, controle de problemas, de sintomas e comorbidades. Outro interesse está diretamente ligado às práticas assistenciais dos serviços de saúde que tem a QV como indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas, nas decisões de condutas terapêuticas das equipes de saúde, além da avaliação do impacto físico e psicossocial (BERTAN; CASTRO, 2009).

É frequente aparecimento de transtornos psicológicos após o diagnóstico de doenças graves como o câncer. Para que os pacientes consigam obter bom índice de QV é importante que seu estado emocional, embora abalado, se mantenha saudável (VIEIRA, 2010).

No caso do CaP, avaliar a QV após o diagnóstico e tratamento deve considerar as repercussões psicológicas, a forma como o sujeito se adapta às funções urinárias e sexual que, eventualmente são comprometidas pelo tratamento, mudanças na percepção de si mesmo, potencialidades, persistência de incertezas sobre seu câncer e sua escolha terapêutica (KORFAGE *et al.*, 2006).

O risco para o surgimento de transtornos nos homens se deve a diferentes fatores, tais como estigma da doença e dificuldade para enfrentar o tratamento e se adaptar com seus efeitos. Os problemas psicológicos mais vivenciados são a

depressão e a ansiedade, que se iniciam desde o período pré-diagnóstico, seguindo durante e após o tratamento (BERTAN; CASTRO, 2009).

Os pacientes com câncer apresentam incidência de depressão maior do que a população geral traduzida pela dificuldade de atitude de aceitação (TOFANI; VAZ, 2007). Em homens com CaP, a literatura mostra prevalência de sofrimento psíquico grave entre os que buscam apoio psicológico (KORFAGE et al., 2006). Frente ao choque emocional provocado pelo diagnóstico, pesquisas sobre o risco de suicídio nesses pacientes tem sido desenvolvidas. Explicações sobre a doença, tratamento e prognóstico, aconselhamento psicológico ao iniciar o rastreamento do CaP em homens assintomáticos e monitoramento da saúde psicológica de novos casos diagnosticados em pacientes sintomáticos são atitudes essenciais para identificar aqueles que possuem risco aumentado de suicídio. Fatores associados como doenças mentais, dependência de drogas e aspectos socioeconômicos devem ser identificados pela equipe multidisciplinar (LEEUE; FRITZ, 2010).

Pouco se conhece sobre a saúde mental ou bem-estar emocional após o diagnóstico e tratamento do CaP assim como sua relação a longo prazo com a ansiedade e sentimentos de depressão. É importante que cada indivíduo em risco de prolongado sofrimento psicológico seja identificado logo após o diagnóstico pela equipe. Nesse sentido, vários instrumentos têm sido desenvolvidos a fim de identificar pacientes que possam ter necessidade de apoio psicológico (KORFAGE et al., 2006). Assim torna-se possível criar estratégias para aumentar as condições de enfrentamento das angústias vivenciadas nesse período (TOFANI; VAZ, 2007).

Diante das dificuldades emocionais destes pacientes, diferentes profissionais da saúde devem pesquisar sobre esse tema a fim de oferecer uma atenção integral ao paciente e à família. Para tanto, é imprescindível a atuação de equipes multi e interdisciplinar já que nenhuma ciência é capaz sozinha de abranger todo o conhecimento necessário sobre um tema tão complexo como é a QV e câncer (BERTAN; CASTRO, 2009).

Os pacientes submetidos à PR, frequentemente deixam o hospital com dúvidas e expectativas, sobretudo em relação ao funcionamento do aparelho urinário e reprodutor e, ainda, com lacunas nos âmbito social e emocional. A abordagem realizada pela equipe de enfermagem não pode prescindir de conhecimento específico e deve contemplar informações, ensino do autocuidado e apoio

emocional. O enfermeiro desempenha importante papel no preparo para alta hospitalar (MATA; NAPOLEÃO, 2010).

O aumento do tempo de sobrevivência que não vem acompanhado de um desfrute da vida acarretaria mais sofrimento do que benefícios para esses pacientes, o que justifica pesquisas que envolvam QV e aspectos psicológicos nesses pacientes (BERTAN; CASTRO, 2009).

Percebe-se assim, que diante da significativa incidência do CaP e suas repercussões na QV é necessário que as decisões terapêuticas considerem os riscos e benefícios dos tratamentos invasivos. Nesse sentido, a ciência tem se esforçado na busca de melhor compreensão sobre o comportamento da doença.

Aliada às descobertas prognósticas e diagnósticas, a equipe de saúde precisa conhecer o perfil desses pacientes e as mudanças com as quais precisarão se adaptar no pós-operatório. Talvez, por se acreditar que complicações operatórias sejam esperadas ou comuns, alguns profissionais de saúde oferecem menor atenção a essas questões.

Frente aos efeitos do diagnóstico e do tratamento cirúrgico, esse estudo propõe avaliar alterações físicas, psicológicas e sexuais, e relacioná-las com a QV após PR em pacientes com CaP localizado nos cinco primeiros anos do pós-operatório.

A partir dessa descrição será possível contribuir na verificação da eficácia deste tratamento, nortear condutas terapêuticas e melhorar informações aos pacientes que necessitam escolher e conviver com as implicações da opção por tratamento cirúrgico.

Os benefícios serão de ordem local quanto ao esclarecimento do perfil dos pacientes no pós-operatório e de ordem geral como amostragem da necessidade da adequação na assistência com conseqüente impacto na saúde pública, haja vista a característica crônico-degenerativa das neoplasias.

A relevância do estudo está associada à necessidade de subsídios sobre a população masculina acometida pelo CaP em nosso país. É preciso mudanças no perfil assistencial através de treinamento e educação continuada da equipe, a fim de oferecer qualidade das informações, auxílio psicológico, formação de grupos de apoio e outras medidas, considerando que a sobrevivência que não é acompanhada de QV pode não ser a melhor opção para o paciente, causando mais sofrimento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem por objetivo avaliar a QV de pacientes com CaP submetidos à PR.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1- Caracterizar a população quanto ao perfil sociodemográfico, clínico-cirúrgico, presença de complicações cirúrgicas (DE e IU), autoestima e satisfação sexual;

2- Associar a DE e IU com grupo etário e tempo pós-operatório;

3- Descrever a QV;

4- Comparar as medidas de autoestima, de satisfação sexual e de QV segundo a presença de DE e IU, grupo etário e tempo pós-operatório;

5- Correlacionar as medidas de QV com as de AE e satisfação sexual.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional e correlacional, tipo corte transversal. O estudo correlacional foi escolhido para examinar a relação entre duas ou mais variáveis. Nesse caso o pesquisador não testa se uma variável causa a outra, ou quão diferente é uma da outra, mas sim se elas variam conjuntamente, ou seja, a medida que uma variável muda, se ocorre uma mudança relacionada na outra variável (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2004).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O Hospital Dr. Hélio Angotti (HHA) é considerado referência no Brasil em assistência à população na área oncológica, sendo uma entidade de utilidade pública sem fins lucrativos mantido pela Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central. O hospital soma 106 leitos instalados, possui uma circulação de 11 mil pacientes por mês e conta com médias anuais de 4 mil internações, 2.900 cirurgias, 8 mil quimioterapias e aproximadamente 90 mil procedimentos.

Foi autorizado o desenvolvimento da pesquisa no HHA conforme autorização da direção hospitalar (Anexo1).

3.3 POPULAÇÃO

A população foi constituída 187 pacientes submetidos à PR nos últimos cinco anos (setembro de 2006 até setembro de 2011) no HHA.

Com base na literatura, esse período permite estudar grande parte dos pacientes sem recidiva bioquímica e que, portanto permanecem livres de terapias adjuvantes (FONSECA et al., 2007; MIGOWSKI; AZEVEDO E SILVA, 2010).

Participaram do estudo 81 pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Residir em Uberaba;
- Possuir diagnóstico de CaP localizado ou localmente avançado;

- Ter sido submetidos à PR retropúbica com ou sem linfadenectomia;
- Apresentar condições cognitivas para compreender as questões;
- Ter período mínimo de três meses de cirurgia.

Os critérios de exclusão foram:

- Ter diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia ou transtorno bipolar, demência ou rebaixamento de consciência e aqueles que utilizarem medicamentos com efeitos no sistema nervoso central;
- Ter sido submetido à PR de resgate ou ter sido realizada terapia adjuvante (tratamento hormonal, braquiterapia, radioterapia e quimioterapia);
- Não possuir informação sobre o estágio cirúrgico do tumor no prontuário.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Antes da coleta de dados foi realizado teste piloto, sem reposição. Por meio do arquivo médico do HAA, obteve-se a relação dos pacientes que se incluíam no período. Mediante aleatoriedade simples, foram sorteados cinco indivíduos. O objetivo do teste foi avaliar a viabilidade metodológica, aplicabilidade do instrumento de coleta de dados, tempo de preenchimento, número de convocações por encontro e adequação do local de coleta.

A coleta de dados foi iniciada após conclusão do teste. Os pesquisadores, por meio de contato telefônico, convidaram os pacientes a comparecerem ao serviço em dia e local combinado, para a aplicação dos instrumentos. Nessa ocasião foram explicados os objetivos e importância da pesquisa, o direito de não participação sem qualquer prejuízo ao tratamento, o anonimato, sigilo e privacidade.

A primeira parte da coleta de dados foi realizada em uma sala ambulatorial do HHA previamente reservada e fora do horário de funcionamento dos ambulatórios de rotina. Tal estratégia visou garantir privacidade e conseguir, em tempo hábil, o retorno de um maior número de pacientes.

Os formulários foram aplicados por um profissional de saúde, masculino, responsável pelo acompanhamento clínico do paciente. As perguntas foram

realizadas em encontro único e em situação de privacidade após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

A segunda parte da coleta foi desenvolvida junto ao serviço de arquivo médico do hospital com consulta ao prontuário a fim de obter informações sobre a história clínica e cirúrgica dos pacientes.

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para caracterização sociodemográfica e clínico-cirúrgica foram preenchidos dois instrumentos:

O primeiro (Apêndice B) foi composto pelos seguintes itens: código de identificação, data de nascimento, condição educacional, estado civil, cor da pele, número de dependentes, vínculo de trabalho e renda mensal (salários mínimos).

Os itens do segundo (Apêndice C) trouxeram informações sobre: tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, problemas cardiológicos, motivo para ter procurado o serviço médico, data da cirurgia, estadiamento cirúrgico, PSA (ng/ml) no pré-operatório, escore de Gleason, altura e peso.

Para a obtenção dos dados referentes aos demais objetivos, foram utilizados os seguintes instrumentos: *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "Core" 30 Items* (EORTC-QLQ-C30), *International Index of Erectile Function* (IIEF-5), *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF), Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e Quociente de Sexual-Masculino (QS-M).

- *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "Core" 30 Items* (EORTC-QLQ-C30)

Concebido pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), o instrumento EORTC-QLQ-30 versão 3.0 em português, foi criado pela EORTC em 1986 e foi denominado de QLQ-C30, sendo disponível em três versões. A primeira versão contendo 36 questões é de 1987, a segunda é de 1993 e a terceira, contendo 30 questões, é de 2000 (AARONSON et al., 1993) (Anexo 2).

A importância de utilizar instrumentos previamente validados em nossa cultura para obtenção de dados fidedignos fez com que fosse escolhido o EORTC QLQ-30, validado e adaptado para a língua portuguesa por Barbo (2006).

O EORTC QLQ-C30, inclui:

- a) Cinco escalas funcionais: função física, cognitiva, emocional, social e desempenho de papéis;
- b) Três escalas de sintomas: fadiga, dor e, náuseas e vômitos;
- c) Uma escala de qualidade de vida e saúde global - Escala Global de Saúde (EGS);
- d) Seis outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por pacientes com câncer: dispneia, falta de apetite (anorexia), insônia, constipação e diarreia;
- e) Uma escala de impacto financeiro do tratamento e da doença.

A pontuação das escalas e itens é calculada através de uma fórmula proposta pelo manual específico do QLQ-C30 da EORTC. As subescalas e os itens simples são transformados em valores, numa escala de 0 a 100. Um resultado elevado para a escala funcional representa um nível elevado de funcionamento e boa capacidade funcional; uma pontuação elevada para a EGS representa um nível elevado de QV global. Pontuações elevadas para a escala de sintomas e itens isolados representam um nível elevado de sintomatologia (FAYERS et al., 2001).

Para determinar os escores das escalas foi estabelecido um escore bruto (EB) de cada escala, que é formado pelo somatório do valor das alternativas assinaladas em cada questão/item que compõe a escala, e dividido pelo número de respostas. O valor das alternativas varia de 1 a 4, da questão 1 a 28 e de 1 a 7 nas questões 29 e 30.

$$EB = (q_1 + q_2 + q_3 + \dots + q_n) / N,$$

onde N é o número total dos itens que compõe a escala e o n é o item individual.

Posteriormente é realizada a transformação linear (escore entre 0 a 100), através dos seguintes passos:

-Cálculo para as Escalas Funcionais:

$$\text{Escore} = [1 - (EB - 1) / \text{range}] \times 100$$

-Cálculo para a Escala Global de Saúde (EGS/QV):

$$\text{Escore} = [(EB - 1) / \text{range}] \times 100$$

-Cálculo para as Escalas de Sintomas:

$$\text{Escore} = [(EB - 1) / \text{range}] \times 100$$

Nessa equação, o *range* (amplitude) é a diferença entre o máximo e o mínimo de respostas possíveis nos itens individuais; sendo que a maioria dos itens tem os valores de respostas que variam de 1 a 4 (*range*=3). O Quadro 4 apresenta as escalas e itens do EORTC QLQ-C30, número de itens, *range*, questões correspondentes e questões referentes à escala funcional.

Quadro 4 - Estrutura do EORTC QLQ-C30

ESCALAS	Número de itens	Range	Questões	Escalas de função
Escala Global de Saúde/QV (EGS)	2	6	29 e 30	
Escala Funcional				
Função Física	5	3	1 a 5	F
Desempenho de papéis	2	3	6 e 7	F
Função Emocional	4	3	21 a 24	F
Função Cognitiva	2	3	20 e 25	F
Função Social	2	3	26 e 27	F
Escala de Sintomas				
Fadiga	3	3	10,12 e 18	
Náusea e vômito	2	3	14 e 15	
Dor	2	3	9 e 19	
Sintomas (itens)		3		
Dispnéia	1	3	8	
Insônia	1	3	11	
Perda de apetite	1	3	13	
Constipação	1	3	16	
Diarréia	1	3	17	
Dificuldade Financeira	1	3	28	

Fonte: Fayers, et al., 2001.

- International Index of Erectile Function (IIEF-5)

É um questionário com 15 itens, validado e traduzido para o português por Ferraz e Ciconelli (1998) como uma escala autoaplicável para avaliar a função sexual. É válido do ponto de vista psicométrico e de fácil aplicação em pesquisas de ambiente clínico. Cinco fatores são identificados: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação na relação sexual e satisfação global. De acordo com as respostas, a disfunção erétil pode ser classificada de grave a ausente (PECHORRO et al., 2011; ROSEN et al., 1999) (Anexo 3).

Considerando os objetivos desse estudo, foi avaliada apenas a função erétil (questões de 1 a 5) e questão 15.

Cada questão apresentada é seguida de escores numéricos de zero a cinco, os quais apenas uma alternativa deve ser escolhida. Posteriormente é feita a somatória das opções assinaladas e gerado um escore que varia de 0 a 30, classificando-se conforme abaixo:

Pontuação	Classificação da DE
0-6	Grave
7-12	Moderada
13-18	Moderada a leve
19-24	Leve
25-30	Sem disfunção erétil

- *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)*

O ICIQ-SF, validado e traduzido para o português por Tamanini *et al.* (2004), apresenta propriedades psicométricas como validade, confiabilidade e responsividade para ambos os sexos.

É composto por seis questões, sendo que as duas primeiras são relacionadas à identificação do participante (data de nascimento e sexo), as próximas três questões relacionadas à frequência, gravidade da perda urinária e seu impacto na QV e uma última questão, com oito itens, que possibilita avaliar as causas ou situações de perda urinária.

Nesse estudo foram desconsideradas as duas primeiras questões, permanecendo as três questões que compõem o escore, e a última, de caráter descritivo (Anexo 4).

O ICIQ Escore (ICIQ E) é a soma dos escores das questões um, dois e três e varia de 0 a 21 (TAMANINI et al., 2005). Foram considerados incontinentes todos os homens que tiveram uma soma maior do que três.

Esse questionário é altamente recomendado pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) para uso em pesquisas e na prática clínica por apresentar confiabilidade, validade e responsividade satisfatórias (STASKIN, et al., 2009).

- Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

A escala de AE elaborada por Rosenberg (1965) é um instrumento unidimensional que avalia a autoestima pessoal (Anexo 5). Trata-se de uma escala do tipo *likert* de quatro pontos (concordo plenamente, concordo, discordo, discordo plenamente), traduzida para a língua portuguesa, adaptada ao contexto cultural brasileiro e validada por Dini (2001). A EAR apresentou boa consistência interna no estudo de validação original com coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,92 (SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO, 2010).

De acordo com Dini, Quaresma, Ferreira (2004), do total de dez itens que compõem a escala, cinco (1, 3, 4, 7 e 10) avaliam sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo, os quais são apresentados a seguir: De forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo; Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades; Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas); Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas; Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo.

Os cinco itens restantes (2, 5, 6, 8 e 9) avaliam sentimentos negativos: Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros); Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que eu não tenho muito do que me orgulhar; Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas); Não me dou o devido valor, gostaria de ter mais respeito por mim mesmo; Quase sempre eu estou inclinado a achar que sou um fracassado.

De acordo com Rosenberg (1965), o escore varia de 0 a 30, com altos valores indicando elevada AE. Dini, Quaresma e Ferreira (2004) também descreveram o intervalo de 0 a 30, no entanto, com baixos valores indicando uma elevada AE, pois a pontuação na escala é invertida, diferentemente da escala de Rosenberg (1965). A inversão da escala não altera o significado, ou seja, a leitura final da AE.

No presente estudo foi realizada inversão dos valores referentes às questões negativas (2, 5, 6, 8 e 9). Dessa forma, quanto maior o escore obtido na escala, pior a autoestima do indivíduo, de acordo com Dini, Quaresma e Ferreira (2004).

- Quociente Sexual - Masculino (QS-M)

É um questionário elaborado e validado por Abdo (2006) que contempla componentes físicos e emocionais da função sexual. Por meio de dez questões, o QS-M avalia as etapas do ciclo sexual, contemplando desejo (questão1), autoconfiança (2), qualidade da ereção (5 a 7), controle da ejaculação (8), capacidade de atingir o orgasmo (9) e satisfação geral do indivíduo (3, 4 e 10) e de sua parceira (3 e 10) com as preliminares e o intercuro. Seus resultados sugerem que o escore total obtido pelo QS-M pode distinguir claramente indivíduos com e sem disfunção sexual (Anexo 6).

As opções de resposta variam de nunca (zero) a sempre (cinco). Para obter o escore final e obter a classificação proposta pela escala é necessário realizar o somatório de todas as questões e multiplicá-lo por dois, conforme abaixo:

$2 \times (Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + Q7 + Q8 + Q9 + Q10)$, onde Q são as questões.

Pontuação	Padrão de Desempenho Sexual
0-20	Nulo a ruim
22-40	Ruim a desfavorável
42-60	Desfavorável a regular
62-80	Regular a bom
82-100	Bom a excelente

Foi realizado contato com a autora da escala por meio de correspondência eletrônica para verificar a questão número oito: Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar? Considerando que a população do estudo é de homens submetidos à PR, conseqüentemente há impossibilidade de ejaculação, uma vez que durante o procedimento são retiradas as vesículas seminais. Foi questionado se a palavra ejaculação poderia ser substituída pela palavra orgasmo. Em resposta, a autora orientou a aplicação dessa mudança e a não exclusão do item, com objetivo de não alterar os parâmetros de confiabilidade, validade e consistência da escala (Apêndice D).

3.6 VARIÁVEIS

Variáveis sociodemográficas: data de nascimento (dia, mês e ano); cor da pele (branca, parda, negra, amarela ou outra); condição educacional (1º grau incompleto, ou completo, 2º grau incompleto ou completo, 3º grau incompleto ou completo e pós-graduação); estado civil (solteiro, casado/amasiado, separado/ divorciado e viúvo); número de dependentes (de nenhum à cinco ou mais); vínculos de emprego (um, dois, aposentado ou desempregado) e renda mensal em salários mínimos (não se aplica, 1 salário, de 2 a 3, de 4 a 5, de 6 a 7 e de 8 ou mais salários) (Apêndice B).

Variáveis clínicas: tabagismo (sim, não e ex-tabagista); presença de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e doenças cardíacas (Apêndice C).

Variáveis cirúrgicas: data da cirurgia; estadiamento cirúrgico (de T1a a T3c), valor do PSA pré-operatório (ng/ml), escore de Gleason total, peso (kg) e altura (m). A classificação de risco seguiu os critérios de D'Amico. O cálculo do IMC (Índice de Massa Corpórea) foi realizado pela relação massa corporal (kg) dividida pela estatura (m) ao quadrado. Os valores referentes às medidas de massa corporal e estatura foram auto-referidos. A classificação antropométrica a partir do IMC seguiu a recomendação da WHO (1998): $\leq 18,5$ - baixo peso; de 19,6 a 24,9, peso saudável; de 25 a 29,9, sobrepeso e ≥ 30 - obesidade (Apêndice C);

Variável qualidade de vida: mensurada por meio dos domínios do EORTC-QLQ-C30. Escala funcional, escala de sintomas, sintomas (itens), dificuldade financeira e estado global de saúde (Anexo 2);

Variável função erétil: mensurada pelo instrumento IIEF-5 (Anexo 3);

Variável função urinária: mensurada pelo instrumento ICIQ-SF (Anexo 4);

Variável autoestima: mensurada pelo instrumento EAR (Anexo 5);

Variável satisfação sexual masculina: mensurada pelo instrumento QS-M (Anexo 6);

3.7 GERENCIAMENTO DOS DADOS

Foi construída uma planilha eletrônica para armazenamento dos dados por meio do programa Microsoft® Office Excel® 2007. Os dados coletados foram digitados em dupla entrada para posterior verificação da consistência e consolidação.

3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados armazenados e validados no programa Microsoft® Office Excel® 2007 foram importados para o aplicativo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 16.0.

Para os objetivos 1 e 3 foram utilizadas medidas descritivas, ou seja, foi realizada a distribuição de frequências para as variáveis categóricas e medidas de centralidade (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, valores mínimo e máximo) para as variáveis numéricas.

Para o objetivo 1 foi realizada categorização da idade em faixas etárias (< 40, 40 | 50, 50 | 60, 60 | 70, 70 | 80 e ≥ 80) e das variáveis cirúrgicas estágio (T1 a T2a, T2b, e T2 a T3), escore de Gleason (≤ 6, igual a 7 e ≥ 8) e PSA (≤ 4, 4,1 | 10, 10 | 20 e ≥ 20) tornando-as categóricas ordinais. O tempo pós-operatório (variável quantitativa), obtido a partir da data de cirurgia, foi dicotomizado (até um ano de cirurgia e mais de um ano).

Para o objetivo 2 houve recategorização dos escores de DE e IU, tornando-as dicotômicas (presença e ausência) e da idade em dois grupos etários (adulto e idoso). Para a associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste de Qui-quadrado de *Pearson* com razão de prevalência (RP).

Para o objetivo 4 foi realizado o teste não paramétrico *Mann-Whitney* e para o objetivo 5 foi aplicada a correlação de *Pearson* e *Spearman*. Todos os testes foram utilizados de acordo com os resultados do teste de normalidade de *Shapiro Wilk*. O nível de significância adotado foi $\alpha=0,05$.

Para a análise da força de correlação entre as variáveis foi utilizada a classificação proposta por Cohen (1988) na qual os valores do coeficiente de correlação (r) são assim distribuídos: valores de 0,10 à 0,29 - correlação fraca; de 0,3 à 0,49 - correlação moderada, e de 0,5 à 1,0 - correlação forte.

A consistência interna dos instrumentos (EORTC QLQ-C30, IIEF-5, ICIQ-SF, EAR e QS-M) foi verificada através do Coeficiente de alfa de *Cronbach*, no qual cada item de uma escala é testado simultaneamente com os outros. Os valores para o coeficiente de confiabilidade variam de 0 a 1, isto é, quanto mais próximo de 1 é o coeficiente, mais consistente é o instrumento, sendo 0,7 considerado um valor de confiabilidade adequado (CRONBACH, 1951).

3.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM e, após sua aprovação pelo parecer consubstanciado sob protocolo número 2.099/2011 (Anexo 7), iniciou-se o teste piloto com posterior coleta dos dados.

Os aspectos éticos foram baseados na Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Participaram do estudo 81 pacientes submetidos à PR. Os resultados descritos a seguir representam as características sociodemográficas, quanto à faixa etária, cor da pele, estado conjugal, número de dependentes, condição educacional, vínculos de emprego e renda mensal (Tabela 1).

TABELA 1 - Distribuição das frequências das características sociodemográficas dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.

Variáveis (n=81)	f	%
Faixa Etária		
< 40	1	1,2
40 50	2	2,5
50 60	15	18,5
60 70	37	45,7
70 80	25	30,9
≥ 80	1	1,2
Cor da pele		
Branca	51	63,0
Parda	20	24,7
Negra	10	12,3
Estado Conjugal		
Casado/ Amasiado	65	80,3
Separado/ Divorciado	9	11,1
Solteiro	6	7,4
Viúvo	1	1,2
Dependentes		
Nenhum	18	22,2
De um a dois	44	54,3
De três a quatro	13	16,0
Mais de cinco	6	7,4
Condição Educacional		
1º grau incompleto	68	84,0
1º grau completo	5	6,2
2º grau incompleto	4	4,9
2º grau completo	3	3,7
3º grau incompleto	1	1,2
Vínculos de emprego		
Um	16	19,8
Dois	1	1,2
Aposentado	61	75,3
Desempregado	3	3,7
Renda mensal		
Não se aplica	3	3,7
1 salário	44	54,3
De 2 a 3 salários	29	35,8
De 4 a 5 salários	5	6,2

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

Nota: f= frequência em números absolutos; %= frequência em porcentagem.

A idade variou de 37 a 81 anos, sendo a média de 65,5 anos (D.P.=8,4), com 77,8% acima de 60 anos. Segundo o INCA (2012a), o único fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento do CaP é a idade e, aproximadamente 62% dos casos diagnosticados no mundo acometem homens com 65 anos ou mais.

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos. Em uma coorte hospitalar composta por pacientes com CaP localizado, a média foi de 66 anos (50 | 87), sendo 63 anos a média para aqueles que foram submetidos à PR (MIGOWSKI; AZEVEDO E SILVA, 2010). Outro estudo a partir de espécimes cirúrgicos apresentou uma média de 64 anos (47 | 85) (CAMBRUZZI et al., 2010). Vieira (2010) mostrou um valor de 66 anos (43 | 77) com 81% acima de 60 anos.

Dois estudos de coorte com mais de cinco mil homens submetidos à PR (sem terapia neoadjuvante) encontraram médias ligeiramente inferiores, respectivamente, 57 e 58 anos (MAKAROV et al., 2007; PARTIN et al., 2001).

O CaP é considerado um câncer da terceira idade uma vez que três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos (INCA, 2012b). De acordo com Srougi (2008) a incidência do CaP aumenta com a idade, atingindo quase 50% dos indivíduos com 80 anos, e assinala que esse tumor, provavelmente, não poupará nenhum homem que viver até 100 anos.

Embora a literatura apresente que o CaP é mais comum em negros do que em brancos, no presente estudo houve uma maior porcentagem de homens brancos (63%) em relação aos negros (12,3%). Esse resultado pode estar associado ao fato de não ter sido avaliada a história familiar dos pacientes, que somada à idade e à raça/etnia, também é considerada importante fator de risco para esse tipo de neoplasia (INCA, 2012a).

Apresentaram frequência maior os pacientes amasiados/casados (80,3%) seguidos pelos divorciados/separados (11,1%), semelhante relação de outro estudo (86,5%; 5,8%) (VIEIRA, 2010). Foi observado que 54,3% tinham de uma a duas pessoas como dependentes.

A escolaridade com primeiro grau incompleto (84%) e a renda mensal de um salário (54,3%) foram os que apresentaram maior porcentagem. Baixa escolaridade e baixa renda podem ser um indicativo de que esses pacientes vivem em condições precárias, decorrentes da baixa escolaridade e reduzida qualificação ocupacional, tendo acesso limitado aos serviços públicos, como educação e saúde

(BARICHELLO, 2008). Esses resultados podem estar relacionados ao local do estudo.

Quanto ao vínculo empregatício, a maioria era aposentada (75,3%), o que não excluía na população outra fonte de renda, geralmente o exercício de atividades autônomas. Esse resultado foi similar ao estudo de Vieira (2010), em que mais da metade da amostra apresentava atividade profissional mesmo quando os indivíduos eram aposentados.

4.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A Tabela 2 apresenta os resultados segundo as variáveis clínicas: tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* (DM), cardiopatias e IMC.

TABELA 2 - Distribuição das frequências das características clínicas dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.

Variáveis (n=81)	f	%
Tabagismo		
Ex-tabagista	40	49,4
Não	33	40,7
Sim	8	9,9
Hipertensão Arterial Sistêmica	43	53,1
Diabetes <i>mellitus</i>	14	17,3
Cardiopatias	22	27,2
IMC		
Baixo peso	15	18,5
Peso saudável	42	51,9
Sobrepeso	23	28,4
Obesidade	1	1,2

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

Nota: f= frequência em números absolutos; %= frequência em porcentagem.

Através da análise da Tabela 2, a maior proporção dos homens eram ex-tabagistas (49,4%). O tabagismo é considerado pela OMS a principal causa de morte evitável em todo o mundo e estima-se que um terço da população mundial adulta seja fumante. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% da população masculina no mundo fumam (INCA, 2012b). Esse dado corrobora com a elevada porcentagem de homens que fumaram em algum período da vida nesse estudo.

Em relação às comorbidades, 53,1% referiram ter HAS; 17,3% DM e 27,2% algum tipo de cardiopatia. Entretanto, 51,9% deles estavam com peso saudável e 28,4% com sobrepeso.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) existe relação direta e linear da pressão arterial com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na população acima de 65 anos. Assim, o elevado índice de hipertensos nesse estudo pode estar relacionado com a frequência de idosos e ainda com o hábito tabagista, fator de risco para a HAS.

Em relação à etiologia do CaP, são ressaltados os fatores de risco relacionados à idade e hereditariedade, contudo, alguns fatores exógenos como a alimentação, fatores virais e inflamatórios, podem ter importante papel no desenvolvimento do CaP (SBU, 2011) e impacto no risco de progressão do câncer latente para a sua forma clínica (RHODEN, 2010). Esses fatores, geralmente se associam com condições clínicas tais como HAS, DM e cardiopatias que podem ainda funcionar como potenciais complicadores no pós-operatório. Assim, os resultados das variáveis clínicas desse estudo são dados importantes que possivelmente se associam com a etiologia ou com as complicações cirúrgicas (DE e IU).

Os pacientes foram questionados sobre o motivo que os levaram a procurar o serviço de urologia. A maioria procurou avaliação prostática de rotina (85,2%), enquanto apenas 14,8% apresentavam sintomas urinários.

Uma das peculiaridades do CaP é justamente a capacidade de ser encontrada em um número elevado de indivíduos sem causar qualquer mal. Srougi (1995) em um estudo da próstata por meio de necropsias de homens com idade entre 61 e 70 anos que faleceram sem doença prostática aparente, revelou focos neoplásicos em 24% deles. Contudo, apenas 11% dos indivíduos dessa faixa etária apresentam, em vida, manifestações clínicas relacionadas com o câncer. Assim, 13% dos tumores nesse grupo etário têm caráter indolente, são assintomáticos e seus portadores morrem por outros motivos, com o câncer, mas não pelo câncer (SROUGI, 2008). As manifestações clínicas geralmente ocorrem, quando a neoplasia atinge a cápsula prostática, ou seja, quando a doença já se apresenta relativamente avançada. As manifestações mais comuns nesses casos são urinárias: disfunção miccional e hematúria (VIEIRA, 2010).

4.3 CARACTERÍSTICAS CIRÚRGICAS

Muitos tumores clinicamente classificados como localizados não o são de fato, levando a indicações terapêuticas curativas não efetivas. Por outro lado, pacientes com CaP sem significância clínica são tratados desnecessariamente em função da limitação atual da classificação prognóstica pré-tratamento do CaP localizado. Essa imprecisão torna-se um grave problema de saúde pública e justifica os estudos em desenvolvimento sobre novos fatores que possam nortear a escolha da melhor opção terapêutica para cada paciente (ANDRÉN et al., 2006; MIGOWSKI; AZEVEDO E SILVA, 2010).

A Tabela 3 apresenta a distribuição de fatores prognósticos utilizados atualmente (estádio cirúrgico, PSA pré-operatório e escore de Gleason), a classificação de risco proposta por D'Amico e o tempo transcorrido entre a entrevista e a realização da cirurgia.

TABELA 3 - Distribuição das frequências das características cirúrgicas dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.

Variáveis (n=81)	f	%
Estadiamento Cirúrgico		
T1 a T2a	20	24,7
T2b	1	1,2
T2c a T3	60	74,1
Escore de Gleason		
≤6 (lesões bem diferenciadas)	51	63,0
=7	26	32,1
≥8 (lesões indiferenciadas)	4	4,9
PSA (ng/ml)		
≤ 4	10	12,3
4,1 10	48	59,3
10 20	21	25,9
≥ 20	2	2,5
Classificação de risco (D'Amico)		
Baixo	12	14,8
Intermediário	7	8,6
Alto	62	76,6
Tempo pós-operatório		
≤ 1ano	19	23,5
> 1 ano	62	76,5

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

Nota: f= frequência em números absolutos; %= frequência em porcentagem.

De acordo com anterior (Tabela 3), a maioria obteve escore de Gleason ≤ 6 (63%) seguido daqueles com escore igual a 7 (32,1%). O estadiamento cirúrgico mais frequente foi de T2c a T3 (74,1%). Outros estudos mostraram proporções semelhantes tanto para o Gleason como para o estadiamento (72%; 26% e 70%) (NASSIF et al., 2009) e (55%; 35% e 56,2%) (CAMBRUZZI et al., 2010). Os estudos de Partin *et al.* (2001) e Makarov *et al.* (2007) também apresentaram maioria com Gleason ≤ 6 (75%, 76%) porém o estágio mais frequente foi o T1c (60% e 77%).

O escore de Gleason relaciona-se com a extensão da doença, particularmente com o risco de acometimento extraprostático, assumindo valor prognóstico independente (BILLIS et al., 2008). Considera-se que, tumores com escore igual ou maior que sete são biologicamente agressivos, com escore de cinco ou seis são tumores com agressividade intermediária e os situados entre dois e quatro, agressividade biologicamente menor (NAM; JEWETT; KRAHN, 1998). A graduação no sistema Gleason baseia-se na diferenciação glandular e no padrão de crescimento em relação ao estroma (BILLIS et al., 2008; GLEASON; MELLINGER, 1974). Nesse sistema não são consideradas as atipias nucleares e, até hoje, não foi demonstrado superioridade da avaliação nuclear em relação ao padrão glandular no adenocarcinoma da próstata (NASSIF et al., 2009; STAMEY et al., 1999).

Apesar de importantes, tanto a classificação de Gleason quanto o PSA total não definem perfeitamente o prognóstico dos pacientes com CaP localizado. Foi observado que mesmo com uma pontuação ≤ 6 na classificação de Gleason, apenas 70% dos pacientes têm a confirmação de doença localizada no estadiamento patológico, enquanto que mesmo com uma pontuação ≥ 7 este percentual diminui para 34% (MIGOWSKI; AZEVEDO E SILVA, 2010).

A média do PSA foi de 8,4 ng/ml, com variação de 1,2 a 27,8. O intervalo mais frequente foi o de 4,1 | 9,9 ng/ml, conhecida como “zona cinza” de diagnóstico (59,3%), seguida pelo intervalo de 10 | 20 ng/ml (25,9%).

Um estudo longitudinal em pacientes submetidos à PR obteve resultados semelhantes, com uma média de 7,8 (2,3 | 24,0) contemplando 70% dos pacientes na zona cinza (NASSIF et al., 2009). Estudos de Partin *et al.* (2001) e Markarov *et al.* (2007) também obtiveram maior percentual de PSA inferior à 10ng/ml (2,5 | 10ng/ml), respectivamente 70% e 80%.

O PSA é marcador tecidual, porém não tumor específico. É uma glicoproteína excretada pelos ductos prostáticos para luz uretral como parte do

plasma seminal. Apresenta sensibilidade e especificidade que não permitem sua utilização como método isolado (MIGOWSKI; AZEVEDO E SILVA, 2010). Estima-se que a sensibilidade do PSA para detectar doença restrita ao órgão, com uma especificidade de 100%, seja de apenas 14% (HAESE et al., 2000). Com sua aplicação na clínica, houve um aumento no diagnóstico de tumores bem ou moderadamente diferenciados, não palpáveis ao toque retal. O PSA permitiu ainda o diagnóstico mais precoce, um maior índice de cura, ou mesmo colocar os pacientes em vigilância clínica (KVALE et al., 2007; STATTIN et al., 2008).

O CaP é uma doença heterogênea com diferentes características de comportamento e por isso define subgrupos com alto risco de recorrência após tratamento local. Nesse estudo, de acordo com a classificação de D'Amico, o grupo de alto risco foi o mais frequente (76,5%), seguido pelo grupo de baixo risco (14,8%). Tal classificação trata-se de uma tentativa de antecipar o comportamento do CaP (DALL'OGGIO; CRIPPA, 2010).

O tempo médio de pós-operatório foi de 25,9 meses com variação de 6 a 48,4 meses (D.P.=1,3). A maioria tinha realizado a PR há mais de um ano (76,5%).

Mesmo com as limitações que tangenciam a classificação do CaP localizado, vários estudos respaldam a utilidade clínica dos marcadores prognósticos disponíveis atualmente: valores de PSA pré-tratamento, estadiamento e grau de diferenciação histológica conforme classificação de Gleason (JOHANSSON et al., 2004; MIGOWSKI; AZEVEDO E SILVA, 2010).

A decisão do uso do rastreamento como estratégia de saúde pública deve se basear em evidências científicas de qualidade. No momento, não existem evidências de que o rastreamento para o CaP identifique homens que precisem de tratamento ou de que esta prática reduza a mortalidade pela doença (INCA, 2011a).

Apesar do grupo USPSTF ter emitido parecer contra o rastreamento, frequentemente nota-se pacientes com CaP em estadiamento acima de T2b e totalmente assintomáticos; certamente tais pacientes perderiam a chance de receberem um tratamento curativo se não fosse o rastreamento. Essa afirmação corrobora com os achados do presente trabalho onde a maioria não apresentava quaisquer sintomas, tinha estádios de T2c a T3 e tumores de alto risco.

Nesse contexto, a grande questão não se resumiria em fazer ou não o rastreamento e sim em encontrar meios de distinguir os tumores indolentes daqueles dignos de tratamento.

A Tabela 4 apresenta uma estratificação das faixas etárias e as relacionam com o PSA.

TABELA 4 - Distribuição dos valores de PSA segundo a faixa etária dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.

Faixa Etária (n=81)	PSA				
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
< 40	5,6	0	5,6	5,6	5,6
40 - 50	3,6	0,9	3,6	3,0	4,2
50 - 60	6,4	2,6	7,2	1,2	10,8
60 - 70	8,9	5,4	6,9	2,7	27,8
70 - 80	9,1	5,5	7,3	2,10	23,2
≥ 80	11,0	0	11,0	11,0	11,0

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

De acordo com os dados que configuram a Tabela 4, observa-se uma relação diretamente proporcional entre a idade e o PSA, ou seja, médias maiores de PSA foram obtidas na medida em que se aumentava a idade.

Esses resultados são coerentes uma vez que o volume prostático aumenta com a idade e, portanto, os valores do PSA tendem a aumentar paralelamente. Assim, ajustar os valores de corte do PSA com a idade aumenta a sensibilidade do teste nas faixas etárias acima de 60 anos (REIS; CASSINI, 2010).

Todas as médias obtidas foram superiores às médias e aos valores máximos preconizados. Isso pode ser explicado porque os parâmetros estabelecidos têm como alvo uma população geral. Nesse estudo todos os pacientes já tinham o diagnóstico confirmado de CaP.

4.4 COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS

4.4.1 Disfunção erétil

O IIEF-5 apresentou média de 6,9 (D.P.=10,2) nas respostas, com variação de escore de 1 a 30 pontos. O alfa de *Cronbach* de 0,99 indicou elevada consistência interna e homogeneidade dos itens.

A frequência das respostas para cada questão do IIEF-5 é apresentada na Tabela 5.

TABELA 5 - Frequência das respostas para o IIEF-5 dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.

Questões do IIEF-5	Valor	Respostas	f	%
Quantas vezes você foi capaz de ter ereção durante a atividade sexual?	0	Não houve atividade sexual	60	74,1
	1	Quase nunca /Nunca	1	1,2
	2	Poucas vezes (< da metade)	1	1,2
	3	Às vezes (metade das vezes)	3	3,7
	4	Muitas vezes (> da metade)	10	12,3
	5	Quase sempre/Sempre	6	7,4
Quando você teve ereções com estímulo sexual, com que frequência foram rígidas o suficiente para permitir penetração?	0	Não houve atividade sexual	60	74,1
	1	Quase nunca /Nunca	1	1,2
	2	Poucas vezes (< da metade)	1	1,2
	3	Às vezes (metade das vezes)	3	3,7
	4	Muitas vezes (> da metade)	9	11,1
	5	Quase sempre/Sempre	7	8,6
Quando você tentou penetração, com que frequência você conseguiu?	0	Não tentei penetração	61	75,3
	1	Quase nunca /Nunca	0	0
	2	Poucas vezes (< da metade)	1	1,2
	3	Às vezes (metade das vezes)	4	4,9
	4	Muitas vezes (> da metade)	8	9,9
	5	Quase sempre/Sempre	7	8,6
Durante a penetração, com frequência você foi capaz de manter sua ereção até o fim?	0	Não tentei ter penetração	61	75,3
	1	Quase nunca /Nunca	1	1,2
	2	Poucas vezes (< da metade)	1	1,2
	3	Às vezes (metade das vezes)	1	1,2
	4	Muitas vezes (> da metade)	8	9,9
	5	Quase sempre/Sempre	9	11,1
Durante a penetração, qual a dificuldade em manter sua ereção até o fim?	0	Não tentei ter relação	61	75,3
	1	Extremamente difícil	1	1,2
	2	Muito difícil	0	0
	3	Difícil	3	3,7
	4	Pouco difícil	8	9,9
	5	Sem dificuldade	8	9,9
Como você classificou a sua confiança em obter e manter uma ereção?	1	Muito baixa	56	69,1
	2	Baixa	2	2,5
	3	Moderada	11	13,6
	4	Alta	10	12,3
	5	Muito alta	2	2,5

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

Nota: f= frequência em números absolutos; %= frequência em porcentagem.

Através da Tabela 5 é possível observar que, após a cirurgia, a maioria dos pacientes não teve atividade sexual (74,1%), não tentou penetração (75,3%) e ainda apresentou muito baixa confiança em relação à ereção (69,1%).

A Tabela 6 apresenta a classificação da disfunção erétil segundo o IIEF-5 nos pacientes submetidos à prostatectomia radical.

TABELA 6 - Classificação da disfunção erétil nos pacientes submetidos à prostatectomia radical segundo o IIEF-5. Uberaba (MG), 2012.

Classificação DE	f	%
Ausente	8	9,9
Leve	10	12,3
Leve a moderada	2	2,5
Moderada a grave	0	0
Grave	61	75,3

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

Nota: f= frequência em números absolutos; %= frequência em porcentagem.

De acordo com a Tabela 6, a maioria apresentou algum grau de disfunção erétil (90,1%), sendo 75,3% grave.

Esses dados coincidem com os da literatura, na qual as taxas de impotência relatadas são discrepantes e altas, variando de 60 a 90% (MULHALL, 2008; STEINECK et al., 2002; THOMPSON et al., 2007; WU et al., 2008). Reis *et al.* (2004) observaram que 84,8% dos pacientes apresentavam algum grau de disfunção erétil após PR.

A Tabela 7 mostra a associação da DE com o tempo pós-operatório e com grupo etário.

TABELA 7 - Associação da disfunção erétil com o tempo pós-operatório e o grupo etário dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.

	DISFUNÇÃO ERÉTIL				RP (IC)	p*
	SIM		NÃO			
	f	%	f	%		
Tempo pós-operatório						
≤1 ano	16	21,9	3	37,5	0,92 (0,74-1,12)	0,38
> 1 ano	57	78,1	5	62,5		
Grupo etário						
Adulto	13	17,8	5	62,5	1,32 (0,99-1,77)	0,01
Idosos	60	82,2	3	37,5		

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

Nota: f= frequência em números absolutos; %= frequência em porcentagem.

* Valor de p obtido pelo teste de Qui-quadrado.

No estudo foi observado que dos 73 pacientes com DE, a maioria tinha feito cirurgia há mais de um ano (78,1%) e eram idosos (82,2%). A associação evidenciou que a DE foi significativamente maior no grupo de idosos ($p=0,01$).

A idade do paciente no momento da cirurgia é essencial para determinar a recuperação da função erétil após a cirurgia. Estudos têm mostrado a associação entre idade e DE indicando que melhores taxas de potência no pós-operatório são obtidas na população mais jovem que também é a mais propensa a ter uma melhor função erétil pré-operatória e estar mais interessada na recuperação sexual após a cirurgia (AYYATHURAI et al., 2008; BRIGANTI et al., 2009). De acordo com Srougi et al. (2008) a perda das ereções penianas, surge em 95% dos casos operados com mais de 70 anos de idade e em 50% dos indivíduos com 55 a 65 anos. Thompson et al. (2007) observaram que homens mais jovens, com menos de 60 anos, são mais propensos a manter ereções que homens mais velhos, e que a recuperação sexual ocorre ao longo do primeiro ano estendendo-se até o quarto ano.

TABELA 8 - Associação da disfunção erétil com a classificação de risco segundo D'Amico nos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.

	DISFUNÇÃO ERÉTIL				<i>p</i> *
	SIM		NÃO		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Baixo Risco	10	13,7	2	25,0	0,371
Risco Intermediário	7	9,6	0	0	
Alto Risco	56	76,7	6	75,0	

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

f= frequência em números absolutos; %= frequência em porcentagem.

* Valor de *p* obtido pelo teste de Qui-quadrado.

A Tabela 8 mostra que dos pacientes com DE, a maioria foi classificada como pacientes de alto risco (76,7%).

A preservação dos feixes nervosos deve ser considerada para pacientes com CaP localizado. Os melhores candidatos são aqueles com tumores T1 e T2 (baixo risco), tal como determinado por exame de toque ou ultrassonografia da próstata (BRIGANTI et al., 2009). Embora não tenha sido avaliada nesse estudo a preservação dos feixes nervosos, pode-se supor que na maioria dos pacientes não tenha sido possível tal preservação, uma vez que o estágio cirúrgico mais frequente foi de T2c a T3 (alto risco).

Considerando homens da população geral, o estudo de MMAS (*Massachusetts Male Aging Study*), o primeiro grande estudo observacional realizado em homens entre 40 e 70 anos, estimou uma prevalência de 52% de DE, sendo 9,6% grave (FELDMAN et al., 1994). Da mesma maneira, o *Health*

Professionals Follow-up Study demonstrou uma incidência de 12% de DE, de moderada a grave em homens com idade inferior a 59 anos, 22% em homens entre 60 e 90 anos e 30% em homens com idade superior a 69 anos (BACON et al., 2003).

Tendo em vista essa incidência de DE, a função erétil pré-operatória representa outro fator chave associado com a recuperação da função erétil após a PR. Pacientes que relatam algum grau de DE e pacientes que já usam um PDE5-I antes da cirurgia são mais propensos a desenvolver DE grave no pós-operatório, independentemente da técnica cirúrgica aplicada (AYYATHURAI et al., 2008; MONTORSI et al., 2004).

No presente estudo não foram avaliadas questões referentes ao uso de medicamentos antes e depois da PR assim como a função erétil pré-operatória.

Algumas condições clínicas podem afetar a recuperação de ereções espontâneas no pós-operatório, pois elas impactam sobre a hemodinâmica de base do pênis. As principais comorbidades são o diabetes *mellitus*, a hipertensão, a doença cardíaca isquêmica e a hipercolesterolemia. Essas condições e o tabagismo devem ser tidos como potenciais fatores preditivos negativos para a potência antes e após a cirurgia (AYYATHURAI et al., 2008; MONTORSI et al., 2004). Estima-se que 35% dos homens com HAS e que de 35 a 75% dos homens com DM, têm DE (BURCHARDT et al., 2000; SCHWARTZ; KLONER, 2011). O tabagismo é associado a uma maior probabilidade de completa impotência em homens com doenças cardíacas e hipertensão (FELDMAN et al., 1994). A maioria dos pacientes nesse estudo apresentou histórico de tabagismo e hipertensão. O diabetes *mellitus*, doenças cardíacas e sobrepeso, embora menos frequentes, também estiveram presente.

Outro aspecto considerado é que o índice de potência pós-operatória é diretamente proporcional à experiência do cirurgião e ao volume cirúrgico hospitalar (ALIBHAI; LEACH; ERCOLE et al., 2008; KLEIN et al., 2008). Nessa pesquisa, as cirurgias foram realizadas em ambiente acadêmico onde houve a participação de residentes da urologia em todos os casos.

Ao considerar os aspectos acima, é possível que nesse estudo a alta prevalência de DE esteja associada a alguns fatores reportados na literatura que podem interferir na função erétil após a PR, destacando-se aqui a idade e a clínica

do paciente, presença de DE anterior à cirurgia, preservação dos feixes nervosos responsáveis pela ereção e experiência do cirurgião.

4.4.2 Incontinência urinária

O ICIQ-SF apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,90 indicando elevada consistência interna e homogeneidade dos itens. Observou-se frequência de 33,3% de incontinência, com média de escore de 3,26 (D.P.=5,37) e variação de 0 a 21.

Taxas de IU variam consideravelmente e isso pode estar relacionado às diferenças nas abordagens cirúrgicas, nas definições de IU, nas metodologias dos estudos bem como o tempo de seguimento e instrumentos de avaliação da função urinária. Estudos encontraram variação de IU de 4 a 22% (SMITHER et al., 2007) e de 8 a 77% (KLINGLER; MARBERGER, 2006). Steineck *et al.* (2002) citaram perdas urinárias em 49% dos pacientes, enquanto Reis *et al.* (2004) observaram que 17,6% apresentavam algum grau de IU após PR. Srougi *et al.* (2008) reportaram a presença de IU moderada ou grave em 3% a 5% dos casos quando a intervenção é realizada por equipes habilitadas.

Nesse estudo a taxa de IU se mostrou coerente com a literatura, haja vista as variáveis que geram grande amplitude em seus índices. Vale ressaltar que não foi realizada a classificação da IU e foram considerados incontinentes os pacientes que apresentaram qualquer perda, seguindo a definição da ICS (2010).

A Tabela 9 mostra a frequência das repostas dos pacientes com IU às situações em que ocorrem perdas urinárias.

TABELA 9 - Frequência das respostas para o ICIQ-SF dos pacientes incontinentes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.

Situação de perdas urinárias	f	%
Antes de chegar ao banheiro	17	63,0
Ao tossir ou espirrar	10	37,0
Quando está dormindo	6	22,2
Ao praticar atividades físicas	16	59,3
Quando termina de urinar e está se vestindo	9	33,3
Sem razão óbvia	13	48,2
As perdas ocorrem o tempo todo	0	0

Fonte: Dados coletados pela autora (2012).

f= frequência em números absolutos; %= frequência em porcentagem.

Conforme evidências da literatura, a maior parte das perdas ocorreu aos esforços (96,3%), em situações relacionadas à tosse ou ao espirro (37,0%) e à atividade física (59,3%). A incontinência urinária de esforço é determinada pela perda da urina durante o aumento da pressão intra-abdominal, na ausência de contração do detrusor (BERGHMANS et al., 2003). Esse tipo de incontinência é a mais comum em homens que se submeteram à PR, uma vez que a função do esfíncter distal fica alterada (SBU, 2010).

TABELA 10 - Associação da incontinência urinária com o tempo pós-operatório e o grupo etário dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.

	INCONTINÊNCIA URINÁRIA				RP (IC)	p*
	SIM		NÃO			
	f	%	f	%		
Tempo pós-operatório						
≤1 ano	8	29,6	11	20,4	1,37 (0,72-2,62)	0,35
> 1 ano	19	70,4	43	79,6		
Grupo etário						
Adulto	5	18,5	13	24,1	1,26 (0,56-2,85)	0,57
Idosos	22	81,5	41	75,9		

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

f= frequência em números absolutos; %= frequência em porcentagem.

* Valor de p obtido pelo teste de Qui-quadrado.

De acordo com a Tabela 10, dos 27 pacientes com IU, a maioria tinha feito cirurgia há mais de um ano (70,4%) e eram idosos (81,5%). Nesse estudo não houve diferenças significativas da IU entre os pacientes com até um ano de cirurgia, daqueles com mais de um ano, bem como entre adultos e idosos.

A incidência de qualquer nível de incontinência após a cirurgia é variável. Thompson *et al.* (2007) citaram incontinência de 3 a 74% em pacientes submetidos à PR, sendo a maioria transitória e com melhora em até um ano após o procedimento. Nassif *et al.* (2010) encontraram taxa de IU de 2% em pacientes com até 6 anos após PR enquanto Kathleen *et al.* (2010) observaram 59% de IU após 6 semanas da PR. Em um estudo com mais de setecentos pacientes submetidos à PR, cerca de 50% dos pacientes apresentaram IU, sendo a incidência de 91% logo após a retirada da sonda vesical (BO et al., 2007). Alguns autores relatam que 95% desses pacientes ficam continentemente após um ano de cirurgia e outros afirmam que a porcentagem de continentemente não atinge 40%, passado um ano da PR (SBU, 2010; WROCLAWSKI; RIOS, 2001).

Do mesmo modo que a DE é diretamente proporcional à experiência do cirurgião, as complicações geniturinárias também são, destacando a IU (WILT et al., 2008). Outros fatores podem estar associados à continência urinária após a PR como o histórico miccional prévio, a idade do paciente e a presença de comorbidades (FRANSSON, 2008; PENSON et al., 2005). Estudos revelam que a prevalência da IU no idoso varia de 8 a 34% considerando as alterações teciduais decorrentes da senilidade e as doenças próprias do idoso que contribuem para o desenvolvimento de IU (REIS et al., 2003).

Assim a taxa de IU nesse estudo pode ter relação com a função urinária pré-operatória que não foi avaliada, com o fato da maioria dos pacientes terem sido idosos e com algumas comorbidades associadas. Ainda, o local do estudo, o instrumento de coleta de dados bem como a definição de IU aplicada.

4.5 COMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS

4.5.1 Autoestima

O instrumento de autoestima de Rosenberg apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,95, sinalizando elevada consistência interna e homogeneidade dos itens. A média dos escores das respostas foi de 5,38 (D.P.=6,6) com variação de 0 a 28 pontos, indicando elevada autoestima.

TABELA 11 - Comparação entre os escores de autoestima com o tempo pós-operatório e o grupo etário dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.

	Mediana	Posto médio	<i>p</i> *
Tempo pós-operatório			
≤ 1 ano	3,0	42,95	0,672
> 1 ano	2,5	40,4	
Grupo etário			
Adulto	4,0	44,61	0,449
Idoso	1,0	39,97	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

* Valor de *p* obtido pelo teste não paramétrico de *Mann-Whitney*.

De acordo com a Tabela 11, aqueles que tiveram cirurgia realizada há mais de um ano e os idosos apresentaram postos médios discretamente menores, ou seja, melhor autoestima.

A relação proporcional com o tempo decorrido do procedimento pode sugerir uma maior aceitação do diagnóstico e tratamento, melhora das complicações físicas, ou ainda influência do alto índice de cura que a PR proporciona.

Um estudo de coorte com pacientes com CaP localizado concluiu que a aflição psicológica relacionada com o tratamento diminui com o tempo, independente da escolha do tratamento. Porém, cada paciente é único e o desafio é detectar aqueles homens com potencial chance de desenvolver algum transtorno ao longo do tempo (STEGINGA et al., 2004). Em relação à idade, Terra (2010) assinala que a AE tende a aumentar com o envelhecimento.

Embora a AE tenda a melhorar com o tempo e com a idade, é importante desde o início identificar fatores psicológicos, amplamente discutidos na literatura. Para exemplificar o quão importante é a avaliação da AE e dos outros aspectos relacionados, um estudo mostrou que a taxa de suicídio foi duas vezes maior entre os homens diagnosticados com CaP, em comparação população masculina geral (BILL-AXELSON et al., 2009).

TABELA 12 - Comparação dos escores de autoestima entre os pacientes submetidos à prostatectomia radical segundo a presença de disfunção erétil e incontinência urinária. Uberaba (MG), 2012.

	Mediana	Posto médio	<i>p</i> *
Disfunção erétil			
Sim	4,0	42,99	0,019
Não	0	22,88	
Incontinência urinária			
Sim	5,0	44,37	0,35
Não	1,5	39,31	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

* Valor de *p* obtido pelo teste não paramétrico de *Mann-Whitney*.

Os dados da Tabela 12 mostram que os pacientes com DE e IU tiveram os maiores postos médios (pior autoestima), sendo essa correlação significativamente maior entre os pacientes com DE ($p=0,019$).

O envolvimento do sistema urinário e reprodutor e as chances de alterações na continência urinária e na função sexual podem provocar respostas emocionais importantes nos pacientes prostatectomizados (MATA; NAPOLEÃO, 2010).

A DE pode resultar em considerável angústia e sofrimento pelo fato de estar associada com depressão, ansiedade, perda da AE, experiências pessoais, relacionamentos sexuais insatisfatórios e sentimentos prejudicados em relação ao

bem-estar geral. Sendo a AE um fator determinante para a masculinidade, a incapacidade para funcionar sexualmente compromete a AE do indivíduo, o que leva ao aparecimento de tensões emocionais e conjugais. Esses eventos negativos somados a conceitos equivocados acerca de sexualidade podem abalar a AE, o que por sua vez, pode aumentar as chances da DE se manter.

Bokhourm *et al.* (2001) afirmam que quando é associado métodos qualitativos aos estudos, os homens relatam que a DE é propulsora de grande aflição no pós-operatório com expressiva diminuição da AE.

A IU afeta o corpo e pode acentuar conflitos relativos à masculinidade, desencadeando sensações subjetivas de impotência que fundem o sujeito e seus sintomas no sofrimento psíquico. A independência de realizar pequenas atividades pode ficar comprometida gerando sentimentos de incapacidade que comprometem a AE.

Hoffman *et al.* (2003) assinalam que embora apresentem DE ou IU, os pacientes relatam que não têm problemas ou que têm um pequeno problema. Portanto, parece que, apesar de não ter ereções e perder urina, esses pacientes aparentemente se adaptaram a esses agentes estressores, mantendo uma autoimagem positiva. Por outro lado, Kosberg (2002) afirma que homens gostam de mostrar a si mesmos e aos outros que lidam facilmente com problemas, tendendo a diminuir ou negar a existência dos mesmos para evitar preocupar familiares e não serem percebidos pelos outros como vulneráveis.

Ainda existem lacunas sobre a saúde mental e bem-estar dos pacientes que se submetem à PR, embora seja discutida na literatura a relação da DE e IU com aspectos psicológicos, incluindo a AE (MULHALL, 2005).

4.5.2 Satisfação sexual

O QS-M apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,98, indicando elevada consistência interna e homogeneidade dos itens. A média dos escores das respostas foi de 20,57 (D.P.=32,5) com variação de 0 a 100 pontos.

A Tabela 13 mostra a distribuição do padrão de desempenho sexual masculino obtido pela somatória das pontuações obtidas em cada resposta do questionário.

TABELA 13 - Distribuição das respostas do QS-M dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.

QSM – Padrão de desempenho sexual	f	%
Nulo a ruim	57	70,4
Ruim a desfavorável	1	1,2
Desfavorável a regular	6	7,4
Regular a bom	13	16,0
Bom a excelente	4	4,9

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

f= frequência em números absolutos; %= frequência em porcentagem.

A maioria dos pacientes apresentou um padrão de desempenho sexual de nulo a ruim (70,4%). Esse resultado pode estar relacionado com as complicações cirúrgicas da PR (Tabela14).

TABELA 14 - Comparação dos escores do QS-M entre os pacientes submetidos à prostatectomia radical segundo a presença de disfunção erétil e incontinência urinária. Uberaba (MG), 2012.

	Mediana	Posto médio	p*
Disfunção erétil			
Sim	1,0	37,21	< 0,001
Não	4,5	75,63	
Incontinência urinária			
Sim	1,0	38,65	0,458
Não	1,0	42,18	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

* Valor de p obtido pelo teste não paramétrico de *Mann-Whitney*.

Os dados mostram que os pacientes sem DE tiveram maiores postos médios, ou seja, maior satisfação sexual em relação àqueles com DE ($p < 0,001$). Os pacientes sem IU também apresentaram postos médios maiores, indicando que esses possuem um melhor padrão de desempenho sexual, embora não houvesse diferença significativa entre os que possuíam ou não a IU.

Os dados sobre a satisfação sexual corroboram com a literatura que evidencia a relação entre a sexualidade, masculinidade e próstata. Um estudo mostrou que homens que apresentaram atividade sexual satisfatória antes da PR e após a cirurgia deixaram de apresentar as seguintes características: presença de DE, inibição do desejo, conflito conjugal e masturbação (VIEIRA, 2010).

As representações em torno do câncer referem-se à morte, dor, sofrimento, e perdas. Especificamente no sujeito com CaP essas perdas referem-se à sexualidade e identidade sexual. Gomes (2003) em seu ensaio pontua que questões ligadas à saúde do homem devem ser abordadas a partir da compreensão de como

se estrutura a sexualidade masculina em diferentes estratos sociais, sinalizando a ausência de estudos que possam instrumentalizar as práticas de saúde.

Enquanto o funcionamento sexual certamente diminui com a idade, a sexualidade e o sentido de si mesmos, como seres, sexuais continua a ser um aspecto importante da vida dos homens. Embora o CaP isoladamente possa precipitar uma reavaliação da vida, a DE pode desafiar ainda mais sua identidade e provocar mudanças na forma como os homens se veem como seres sexuais, como eles se inserem na sociedade e na sua relação com as mulheres (BOKHOURM et al., 2001).

Terapias psicológicas especificamente orientadas para pacientes tratados de CaP são importantes para auxiliar os homens a reconhecerem, expressarem e aceitarem as mudanças causadas pelos tratamentos, para melhorar a comunicação com suas parceiras e com a equipe assistencial, e para orientá-los na busca por soluções adaptativas para problemas urinários e sexuais (SPIEGEL; YALOM, 1978)

A equipe não é capaz de tomar a decisão pelos pacientes, no entanto, ela deve levantar questões sobre o senso de masculinidade, vida sexual, fantasias e perda potencial de resposta sexual. Isso pode permitir aos pacientes reflexão maior sobre o impacto da DE em suas vidas e sobre as respostas psicossociais e emocionais que serão geradas. É necessário discutir com os pacientes a atribuição da DE em suas vidas, bem como ajudá-los a encontrar novos significados para a intimidade.

4.6 QUALIDADE DE VIDA

É importante elucidar que embora o objetivo principal de qualquer tratamento para CaP seja maximizar a esperança de vida, os pacientes e a equipe de saúde precisam estar atentos ao impacto das terapias atuais sobre os resultados na QV (AARONSON et al., 1993; PENSON; LITWIN; SAVERA et al., 2006; SCHROECK et al., 2008).

A Tabela 15 mostra uma análise descritiva simples por meio de mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão e o resultado do teste alfa de *Cronbach* para cada domínio da escala com mais de um item.

TABELA 15 - Estatística descritiva das escalas do instrumento de qualidade de vida EORTC QLQ-C30 dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	DP	α
Escalas Funcionais						
Função física	33,3	100,0	96,5	100,0	10,1	0,78
Desempenho de papéis	0	100,0	97,7	100,0	12,3	0,89
Função emocional	0	100,0	80,7	100,0	26,2	0,90
Função cognitiva	50	100,0	96,3	100,0	9,5	0,53
Função social	66,7	100,0	97,9	100,0	6,7	0,22
Escalas de Sintomas						
Fadiga	0	33,3	6,4	0	10,5	0,33
Náuseas e vômitos	0	33,3	0,4	0	3,7	1,0
Dor	0	100,0	6,2	0	15,0	0,68
Sintomas						
Dispneia	0	100,0	8,6	0	21,6	-
Insônia	0	100,0	20,6	0	30,5	-
Falta de apetite	0	100,00	8,2	0	25,0	-
Constipação	0	100,0	4,9	0	15,0	-
Diarreia	0	33,3	0,82	0	5,2	-
Dificuldade Financeira	0	100,0	16,5	0	29,4	-
Estado Global de Saúde	8,33	100,0	69,7	66,6	18,3	0,82

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

Para as escalas funcionais, os resultados das médias foram superiores à 80 pontos, revelando pouco comprometimento da QV. Dentre eles, o menor escore foi em relação à função emocional (80,7) e o maior, desempenho de papéis (97,7).

Para as escalas de sintomas, os escores foram baixos evidenciando pouca influência na QV. A fadiga apresentou o maior escore (6,4) e o item náuseas e vômitos, o menor (0,4). Em relação aos sintomas (itens), a insônia teve maior pontuação (20,6) e a diarreia a menor (4,9). A dificuldade financeira teve um escore de 16,5 e a EGS um escore alto de 69,7.

De acordo com os dados apresentados, a QV em geral foi considerada boa. As altas médias do EGS e da QV são explicadas pelo fato da média de sintomas ser baixa e demais funções altas. Esse resultado pode estar relacionado à ausência de sintomatologia característica do CaP.

Resultados similares ao presente estudo foram encontrados na literatura. Utilizando o EORTC QLQ-C30, Hara *et al.* (2003), Wyler *et al.* (2006) e Voerman *et al.* (2006) não encontraram diferenças significativas na QV. Já Lilleby *et al.* (1999) em um trabalho transversal observaram diminuição discreta da QV após um ano da

PR, sendo significativos os itens: funções física, função emocional e fadiga.

Com o *Short-Form Health Survey* (SF-36), um estudo nacional observou ausência de diferenças significativas nos domínios de QV antes e após a PR (VIEIRA, 2010). Hoffman *et al.* (2003) aplicaram o *Prostate Cancer Outcomes Study* (PCOS) em mais de dois mil pacientes e concluíram que 69,1% referiram preservar as relações sociais.

No questionário EORTC QLC-C30, do total de nove escalas, cinco apresentaram coeficiente alfa de *Cronbach* acima de 0,70: função física, desempenho de papéis, função emocional, náusea e vômito, e EGS. Os coeficientes de consistência interna nesse estudo são comparados com outros estudos que utilizaram este instrumento (KAMEO, 2006).

TABELA 16 - Comparação dos escores de qualidade de vida segundo o grupo etário dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.

Itens da Escala	GRUPO ETÁRIO						<i>p</i> *
	ADULTO			IDOSO			
	Média	Mediana	Posto Médio	Média	Mediana	Posto Médio	
Função física	95,9	100	41,9	97,2	100	40,9	0,75
Desempenho de papéis	98,7	100	40,7	98,7	100	41,1	0,86
Função emocional	63,9	62,5	30,9	85,9	100	43,9	0,03
Função cognitiva	93,5	100	38,2	97,1	100	41,8	0,36
Função social	97,2	100	40,4	98,2	100	41,2	0,81
Fadiga	9,9	5,6	47,9	5,5	0	38,0	0,09
Náuseas e vômitos	-	-	40,5	0,5	0	41,1	0,60
Dor	13,9	0	47,2	4,0	0	39,2	0,09
Dispneia	9,3	0	40,8	8,5	0	41,1	0,95
Insônia	24,1	0	42,2	19,6	0	40,7	0,78
Falta de apetite	14,8	0	45,0	6,4	0	39,9	0,15
Constipação	3,7	0	40,4	5,3	0	41,2	0,84
Diarreia	1,9	0	42,3	0,5	0	40,7	0,34
Dificuldade financeira	33,3	0	49,4	11,6	0	38,6	0,03
EGS	61,6	66,7	30,0	72,0	75,0	44,1	0,02

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

* Valor de *p* obtido pelo teste não paramétrico de *Mann-Whitney*.

A Tabela 16 indica os dados referentes à QV entre os adultos e idosos. Os resultados aqui apresentados mostram que os itens desempenho de papéis, função emocional, função cognitiva, função social, estado global de saúde, náuseas e vômitos, dispneia, e constipação tiveram seus postos médios aumentados, tendo

apresentado diferença significativa apenas a função emocional ($p=0,03$) e o EGS ($p=0,02$). Esses aumentos indicam melhor QV nos cinco primeiros itens e pior QV nos três últimos itens na faixa etária acima de 60 anos. Com relação aos itens função física, fadiga, dor, insônia, falta de apetite, diarreia e dificuldade financeira pode ser verificado que os postos médios dos idosos foram menores, significando pior QV nesse grupo apenas no item função física.

Resultado semelhante foi mostrado por Vieira (2010), ou seja, escores menores de QV (SF-36) nos domínios relacionados aos Aspectos Emocionais e Sociais em pacientes com menos de 60 anos. Isso pode ser justificado por esse grupo apresentar maior preocupação com o desempenho sexual e sequelas decorrentes da cirurgia.

TABELA 17 - Comparação dos escores de qualidade de vida segundo o tempo pós-operatório dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.

Itens da Escala	TEMPO PÓS-OPERATÓRIO						p^*
	ATÉ UM ANO			MAIS DE UM ANO			
	Média	Mediana	Posto Médio	Média	Mediana	Posto Médio	
Função física	95,8	100	42,0	97,3	100	40,7	0,72
Desempenho de papéis	94,7	100	40,8	98,7	100	41,1	0,91
Função emocional	66,7	83,3	32,8	85,3	100	43,5	0,06
Função cognitiva	91,2	100	34,3	97,8	100	43,1	0,03
Função social	96,5	100	38,56	98,4	100	41,8	0,32
Fadiga	11,1	11,1	49,4	5,0	0	38,4	0,03
Náuseas e vômitos	-	-	40,5	0,5	0	41,2	0,58
Dor	12,3	0	42,8	4,3	0	40,5	0,62
Dispneia	12,3	0	42,8	7,5	0	40,5	0,57
Insônia	26,3	0	45,2	18,8	0	39,7	0,31
Falta de apetite	14,0	0	44,5	6,5	0	39,9	0,19
Constipação	3,5	0	40,2	5,4	0	41,2	0,77
Diarreia	1,8	0	42,1	0,5	0	40,7	0,37
Dificuldade financeira	31,6	0	49,6	11,8	0	38,4	0,21
EGS	65,0	66,7	65,7	71,1	66,7	42,6	0,25

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

* Valor de p obtido pelo teste não paramétrico de *Mann-Whitney*.

A Tabela 17 indica os dados referentes à QV entre os paciente submetidos à PR há menos de um ano e aqueles submetidos ao procedimento há mais de um ano. Os resultados mostram que os itens desempenho de papéis, função emocional,

função cognitiva, função social, náuseas e vômitos e constipação tiveram seus postos médios maiores nos paciente com mais tempo de cirurgia, tendo apresentado diferença significativa apenas a função cognitiva ($p=0,03$). Assim, constata-se uma melhor QV nos quatro primeiros itens e pior QV nos últimos dois itens nos pacientes que possuem mais de um ano de cirurgia. Com relação aos itens fadiga, dor, dispneia, insônia, falta de apetite, diarreia, dificuldade financeira, função física e EGS foi verificado que os postos médios nos pacientes com mais tempo de cirurgia foram menores, sendo significativa apenas a fadiga ($p=0,03$). Assim, verificou-se uma pior QV naqueles pacientes com mais tempo de cirurgia apenas nos dois últimos itens.

TABELA 18 - Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes submetidos à prostatectomia radical segundo a disfunção erétil. Uberaba (MG), 2012.

Itens da Escala	DISFUNÇÃO ERÉTIL						p^*
	AUSENTE			PRESENTE			
	Média	Mediana	Posto Médio	Média	Mediana	Posto Médio	
Função física	-	-	46,5	96,6	100,0	40,4	0,24
Desempenho de papéis	-	-	43,0	97,5	100,0	40,8	0,50
Função emocional	83,3	100,0	44,4	80,7	91,7	40,6	0,64
Função cognitiva	93,8	100,0	41,7	96,6	100,0	40,9	0,89
Função social	97,9	100,0	40,1	97,9	100,0	41,1	0,82
Fadiga	11,1	11,1	51,94	5,9	0	39,8	0,09
Náuseas e vômitos	4,1	0	45,6	-	-	40,5	0,06
Dor	2,1	0	35,8	6,6	0	41,6	0,38
Dispneia	12,5	0	48,3	8,2	0	40,2	0,16
Insônia	16,7	0	37,1	21,0	0	41,4	0,57
Falta de apetite	4,1	0	40,8	8,7	0	41,0	0,96
Constipação	4,2	0	41,0	5,0	0	41,0	1,0
Diarreia	-	-	40,0	0,9	0	41,1	0,64
Dificuldade financeira	12,5	0	39,2	16,9	0	41,2	0,77
EGS	76,0	70,8	45,7	69,0	66,7	40,5	0,54

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

* Valor de p obtido pelo teste não paramétrico de *Mann-Whitney*.

A Tabela 18 aponta resultados da QV nos pacientes sem DE e naqueles com DE. Verifica-se que os itens função física, desempenho de papéis, função emocional, função cognitiva, EGS, náuseas e vômitos, fadiga e dispneia tiveram seus postos médios menores nos pacientes com DE. Dessa forma percebe-se pior

QV nos cinco primeiros itens e melhor QV nos últimos três últimos naqueles pacientes com DE. Com relação aos itens função social, dor, insônia, falta de apetite, diarreia e dificuldade financeira foi verificado que os postos médios nos pacientes com DE eram maiores. Isso implica que nos pacientes com DE a QV é melhor em relação apenas ao primeiro item.

Smith et al. (2000) ao avaliar a QV após a PR observou que o domínio função sexual era um problema para 58% dos homens. A literatura evidencia associação da DE com a função emocional, porém elucida que a maioria das avaliações com escores não produz informações específicas sobre as mudanças psicossociais que podem ocorrer nos homens com DE (BOKHOURM et al., 2001; LITWIN ; NIED; DHANANI, 1998).

Apesar da existência de uma gama de trabalhos sobre a DE, os impactos dessa condição nestes pacientes permanecem pouco caracterizados por concentrarem o foco em grande parte apenas na função erétil (WEI et al., 2000).

Utilizando instrumentos para avaliar a DE e QV, alguns estudos concluem que a DE pode não estar associada com uma diminuição da qualidade de vida global (SMITH et al., 2000). Porém, ao associar metodologia qualitativa é percebido que os homens relatam que a DE é substancialmente problemática, sendo uma questão angustiante no pós-operatório e que provoca intenso comprometimento na QV (BOKHOURM et al., 2001).

TABELA 19 - Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes submetidos à prostatectomia radical segundo a incontinência urinária. Uberaba (MG), 2012.

(continua)

Itens da Escala	INCONTINÊNCIA URINÁRIA						p^*
	AUSENTE			PRESENTE			
	Média	Mediana	Posto Médio	Média	Mediana	Posto Médio	
Função física	97,4	100,0	41,3	96,0	100,0	40,5	0,81
Desempenho de papéis	98,5	100,0	40,8	96,3	100,0	41,4	0,75
Função emocional	83,6	100,0	43,6	75,6	91,7	36,3	0,17
Função cognitiva	96,6	100,0	42,1	95,7	100,0	38,7	0,33
Função social	98,5	100,0	42,0	96,9	100,0	39,0	0,30
Fadiga	6,6	0	41,1	6,2	0	40,7	0,93
Náuseas e vômitos	0,62	0	41,2	-	-	40,5	0,48
Dor	4,3	0	39,9	9,9	0	43,2	0,42

TABELA 19 - Comparação dos escores de qualidade de vida dos pacientes submetidos à prostatectomia radical segundo a incontinência urinária. Uberaba (MG), 2012. (conclusão)

Itens da Escala	INCONTINÊNCIA URINÁRIA						<i>p</i> *
	AUSENTE			PRESENTE			
	Média	Mediana	Posto Médio	Média	Mediana	Posto Médio	
Dispneia	6,2	0	39,9	13,6	0	43,3	0,35
Insônia	14,8	0	39,6	32,1	33,3	47,8	0,04
Falta de apetite	6,8	0	39,8	11,1	0	43,4	0,25
Constipação	4,9	0	40,5	4,9	0	41,9	0,66
Diarreia	0,6	0	40,8	1,2	0	41,5	0,62
Dificuldade financeira	13,6	0	39,2	22,2	0	44,7	0,21
EGS	70,4	66,7	41,8	68,2	66,7	39,4	0,66

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

* Valor de *p* obtido pelo teste não paramétrico de *Mann-Whitney*.

A Tabela 19 aponta resultados da QV nos pacientes sem IU e naqueles com IU. Nota-se que os itens função física, função emocional, função cognitiva, função social, EGS, fadiga e náuseas e vômitos tiveram seus postos médios menores naqueles pacientes com IU. Dessa forma percebe-se pior QV nos cinco primeiros itens e melhor QV nos últimos dois naqueles pacientes com IU. Em relação aos itens, dor, dispneia, insônia, falta de apetite, constipação, diarreia, dificuldade financeira e desempenho de papéis verifica-se que os postos médios nos pacientes com IU foram maiores, o que corresponde à melhor QV apenas no último item naqueles pacientes com IU. Houve diferença significativa apenas em relação à insônia ($p=0,04$).

A insônia é um dos principais causadores do distúrbio no padrão do sono em pacientes oncológicos (BARICHELLO, 2008). Considerada multifatorial, é definida como uma dificuldade para iniciar o sono ou para se manter dormindo, quando pode haver uma diminuição total ou parcial da quantidade e/ou da qualidade do sono. (SUMMERS; CRISOSTOMO; STEPANSKI, 2006).

Com importante impacto negativo na QV, vários fatores, incluindo idade avançada, influências psicossociais, doenças clínicas e psiquiátricas e uso de medicações podem estar associados com insônia. Entre as doenças clínicas consideradas fatores de risco para insônia, destacam-se doenças geniturinárias como a hiperplasia prostática benigna e incontinência urinária (SÁ; MOTTA; OLIVEIRA, 2007).

TABELA 20 - Correlação dos escores de qualidade de vida com a autoestima e o QS-M nos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2012.

Itens da Escala	AUTOESTIMA		QS-M	
	<i>r</i>	<i>p</i> ^a	<i>r</i>	<i>p</i> ^b
Função física	-0,28	0,01	0,15	0,19
Desempenho de papéis	-0,33	0,002	0,15	0,19
Função emocional	-0,38	0,001	0,06	0,61
Função cognitiva	-0,35	0,002	-0,09	0,41
Função social	-0,50	0,0	0,10	0,36
Fadiga	0,31	0,005	0,19	0,07
Náuseas e vômitos	0,91	0,42	0,18	0,11
Dor	0,40	0,00	0,09	0,43
Dispneia	0,25	0,025	0,04	0,70
Insônia	0,19	0,09	-0,09	0,44
Falta de apetite	0,09	0,39	-0,16	0,15
Constipação	0,32	0,78	-0,08	0,50
Diarreia	0,009	0,94	-0,10	0,37
Dificuldade financeira	0,15	0,19	-0,59	0,60
Estado Global de Saúde	-0,51	0,00	-0,05	0,96

Fonte: Dados coletados pela autora, 2012.

^a Correlação Linear de *Pearson*

^b Correlação Ordinal de *Spearman*

A Tabela 20 indica que houve correlação significativa entre a QV e AE nos itens função física, desempenho de papéis, função emocional, função cognitiva, função social, fadiga, dor, dispneia e EGS. O sinal negativo indica a direção da relação e justifica-se pelos escores inversos das escalas: o EORTC considera para esses domínios (funcionamento físico e EGS) que quanto maior o escore melhor a QV enquanto a escala de Rosenberg considera que quanto maior escore pior a AE. As correlações se mostraram fortes na função social e na EGS; moderadas no desempenho de papéis, função emocional, função cognitiva, fadiga e dor; e fracas na função física e dispneia.

Utilizando o EAR, Rondorf-Klym e Colling (2003) encontraram diminuição da AE associada à função social e à saúde geral, exatamente os itens que no presente estudo apresentaram significância ($p=0$) e correlação forte ($r=0,5$; $r=0,51$).

Ao considerar questões subjetivas como QV, AE e sexualidade que permeiam o contexto do CaP, é importante que a equipe multidisciplinar esteja atenta às angústias que podem aparecer desde o diagnóstico ao período pós-tratamento.

Estudos sugerem que as sequelas dos tratamentos do CaP parecem ter

pouco impacto na QV geral dos indivíduos, apesar dos homens relatarem estresse e aborrecimento com os efeitos colaterais. Muitas pesquisas têm tentado entender essa disparidade e relatam que os homens têm uma tendência de omitir o impacto do CaP nas suas vidas (PENEDO et al., 2004; SCHOVER et al.; WEI et al., 2002).

Um estudo qualitativo sobre as experiências de homens após a PR assinalou que os enfermeiros precisam estar preparados psicologicamente e do ponto de vista educacional para a observação de sinais não verbais e encaminhamento de questões e preocupações raramente verbalizadas. Mostrou ainda que os homens podem não falar sobre sexualidade de uma forma que reflita a sua preocupação e o decréscimo da AE e da QV geral (BURT et al., 2005).

A maioria das pesquisas demonstra que a participação em intervenções psicológicas proporciona benefício considerável a esses pacientes, pois ameniza as queixas relativas ao tratamento, reduz o estresse e melhora o humor. Porém, o mecanismo através do qual essas intervenções psicossociais poderiam melhorar a QV ainda não está claramente identificado, o que sinaliza a necessidade de mais estudos nesse contexto (LEPORE, 2001).

Penedo *et al.* (2004) concluíram que a terapia cognitivo-comportamental de grupo foi eficaz na melhora da QV em homens tratados de CaP, sendo que as mudanças encontradas associavam-se à novas habilidades em lidar com o estresse.

Provavelmente, ampliar a visão da equipe de saúde sobre o tema e desenvolver práticas relacionadas à QV ajudaria amenizar as angústias desses pacientes. Raras são as atividades de educação dos profissionais de saúde acerca do tema e assim, raras também são as práticas de orientação.

Houve dificuldade em relacionar os resultados encontrados nesse trabalho com dados da literatura sobre a QV. A validação do EORTC QLQ-C30 para o Brasil, há menos de dez anos, pode ser um dos possíveis motivos para a ausência de trabalhos com QV utilizando esse instrumento em pacientes que se submeteram à PR. No cenário internacional a maioria dos estudos que avaliam a QV nesses pacientes aplicam o EORTC-QLQ-PR25, instrumento específico para o CaP ainda não validado no Brasil.

Existe ainda uma distribuição do tema QV e CaP na literatura entre as diversas modalidades terapêuticas e os tipos de CaP. Nesse estudo limitou-se ao CaP localizado e localmente avançado considerando sua incidência, bem como à PR, o padrão ouro de tratamento nesses pacientes.

5 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo permitiram estabelecer as conclusões expostas a seguir:

Quanto à **caracterização sociodemográfica**:

- A idade variou de 37 a 81 anos, com média de 65,5 (D.P.=8,4) e com 77,8% com 60 anos ou mais. Houve predomínio de pacientes da cor branca (63%), casados/amasiados (80,3%), um ou dois dependentes (54,3%), primeiro grau incompleto (84%), aposentado (75,3%) e renda mensal de um salário (54,3%).

Quanto à **caracterização clínico-cirúrgica**:

- Referiram ex-tabagismo (49,4%), hipertensão arterial (53,1%), diabetes *mellitus* (17,8%) e cardiopatias (27,2%) A maioria tinha IMC saudável (51,9%) e procurou o serviço de urologia, assintomáticos (85,2%). Prevaleceu o estadiamento T2c a T3 (74,1%), escore de *Gleason* ≤ 6 (63%), PSA pré-operatório 4,1 a 10 (59,3%) e, de acordo com a classificação de D'Amico, 76,6% dos tumores eram de alto risco. Quanto ao tempo pós-operatório, 76,5% tinha mais de um ano de cirurgia. Ao ajustar os valores de PSA com a idade, foi observada uma relação diretamente proporcional, ou seja, médias maiores de PSA foram obtidas na medida em que se aumentava a idade;

- Em relação à DE a média do escore do IIEF-5 ($\alpha = 0,99$) foi de 6,9 (D.P.=10,2). A maioria não tinha atividade sexual (74,1), não tentou penetração no pós-operatório (75,3%) e tinha baixa confiança em relação à ereção (69,1%). A DE estava presente em 90,1%, sendo grave em 75,3%. Do total de paciente com DE, 76,7% tinham tumores classificados como de alto risco;

- O ICIQ-SF ($\alpha = 0,90$) apresentou média de escore de 3,26 (D.P.=5,37) e mostrou IU em 33,3% dos pacientes. Prevaleceu a IU de esforço (96,3%) em situações relacionadas à tosse ou espirro (37,0%) e à atividade física (59,3%);

- A AE foi considerada elevada considerando os escores da EAR ($\alpha = 0,95$) que mostrou média de 5,38 (D.P.=6,6);

- A maioria dos pacientes apresentou padrão de desempenho sexual de nulo a ruim (70,4%), considerando o QS-M ($\alpha= 0,98$). A média dos escores foi de 20,57 (D.P.=32,5).

Quanto à **associação da DE e IU com o grupo etário e tempo pós-operatório:**

- Foi observado que do total de pacientes com DE (73), 82,2% eram idosos ($p=0,01$) e 78,1% tinham mais de um ano de cirurgia. Dentre aqueles com IU (27), 81,5% eram idosos e 70,4% mais de um ano de cirurgia.

No que se refere à **Qualidade de Vida:**

- A QV apresentou-se boa com altos índices nas escalas funcionais e EGS, e baixos na sintomatologia.

- Para as escalas funcionais, as médias foram superiores a 80 pontos, revelando pouco comprometimento da QV. O maior escore foi em relação ao desempenho de papéis (97,7) e o menor foi em relação à função emocional (80,7);

- Para as escalas de sintomas, os escores foram baixos evidenciando pouca influência na QV. A fadiga apresentou o maior escore (6,4) e náuseas e vômitos o menor (0,4);

- Em relação aos sintomas (itens), a insônia teve maior pontuação (20,6) e a diarreia a menor (4,9);

- A dificuldade financeira teve um escore de 16,5, evidenciando pouco prejuízo na QV;

- EGS foi considerada boa, com um escore de 69,7.

- Das nove escalas do EORTC QLC-C30, cinco apresentaram coeficiente alfa de *Cronbach* acima de 0,70: função física, desempenho de papéis, função emocional, náusea e vômito, e EGS.

A **comparação das medidas de AE, de satisfação sexual e de QV segundo a presença de DE e IU, grupo etário e tempo pós-operatório:**

- Em relação à AE, apresentaram maiores postos médios (pior AE) os adultos, os pacientes com menos de um ano de cirurgia, pacientes com DE ($p=0,019$) e pacientes com IU;

- Melhor desempenho sexual foi verificado nos pacientes sem DE ($p < 0,001$) e sem IU;
- A QV apresentou-se melhor nos idosos em relação aos adultos nos itens: função emocional ($p = 0,03$), dificuldade financeira ($p = 0,03$) e EGS ($p = 0,02$);
- Considerando o tempo pós-operatório, a QV foi melhor naqueles com mais de um ano de cirurgia nos itens: função cognitiva ($p = 0,03$) e fadiga ($p = 0,03$);
- Observou-se pior QV nos pacientes com IU em relação à insônia ($p = 0,04$).

A correlação da QV com a AE e satisfação sexual:

- Houve correlação entre a QV e a AE nos itens função física ($p = 0,01$), desempenho de papéis ($p = 0,02$), função emocional ($p = 0,001$), função cognitiva ($p = 0,002$), função social ($p < 0,01$), fadiga ($p = 0,005$), dor ($p < 0,01$), dispneia ($p = 0,025$) e EGS ($p < 0,01$);
- As correlações se mostraram fortes na função social e na EGS; moderadas no desempenho de papéis, função emocional, função cognitiva, fadiga e dor; e fracas na função física e dispneia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou colaborar com informações acerca das necessidades cotidianas de pacientes submetidos à PR no sentido de promover condições favoráveis para a prática interdisciplinar junto à população com CaP.

A cirurgia é uma das formas de tratamento, porém são necessárias investigações complementares também nas outras modalidades a fim de comparar os impactos na QV do paciente e buscar a melhor escolha terapêutica.

Verificou-se também a necessidade de ampliar este estudo para o campo da oncologia urológica, considerando que tumores urológicos tem grande repercussão na sexualidade do indivíduo. Os homens aprendem a valorizar atividade sexual como algo que certifica sua identidade masculina. A dor diante das sequelas se refere à perda de si mesmo, isto é, de representações primitivas que compõem a masculinidade.

Os achados sinalizam a necessidade de políticas públicas para a saúde do homem que contemplem as questões de gênero masculino numa perspectiva interdisciplinar.

Os cuidados ao paciente com CaP geralmente são decorrentes de um empenho multidisciplinar no qual a enfermagem exerce um papel fundamental, pois é o grupo profissional que mantém contato com o paciente e sua família, em todos os períodos da doença e em diferentes contextos de atendimento. Porém, para fornecer um cuidado com qualidade, é preciso que o enfermeiro demonstre conhecimento das dimensões biológicas, fisiológicas e psicológicas da doença, dos tratamentos e do impacto que esses ocasionam na vida dos pacientes e familiares.

É preciso considerar ainda, a subjetividade e a grande complexidade das temáticas estudadas, sendo necessária a realização de outras pesquisas, pois os temas refletem as condições e valores individuais e podem se modificar de acordo com as características de um determinado momento da vida das pessoas.

7 REFERÊNCIAS

AARONSON, N. K. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 85, n. 1, p. 365-76, Mar. 1993.

ABDO, C. H. N. Elaboração e validação do quociente sexual versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 42-6, jan./fev. 2006.

ADIYAT, K. T. et al. Total prostatectomy within 6 weeks of biopsy: is it safe? **International Brazilian Journal of Urology**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 177-82, Mar./Apr. 2010.

ALBERTSEN, P. C. The unintended burden of increased prostate cancer detection associated with prostate cancer screening and diagnosis. **Urology**, Ridgewood, v. 75, n. 2, p. 399-405, Feb. 2010.

ALIBHAI, S. M.; LEACH, M.; TOMLINSON, G. Impact of hospital and surgeon volume on mortality and complications after prostatectomy. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 180, n. 1, p. 155-62, May 2008.

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). Prostate Cancer. Task force recommends against routine prostate cancer screening. May 2012. Disponível em: <<http://www.cancer.org/Cancer/news/News/task-force-recommends-against-routine-prostate-cancer-screenin/>>. Acesso em 20 set. 2012.

ANDRÉN, O. et al. How well does the Gleason score predict prostate cancer death? A 20-year followup in a population based cohort in Sweden. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 175, n. 4, p. 1337-40, Apr. 2006.

AYYATHURAI, R. et al. Factors affecting erectile function after radical retropubic prostatectomy: results from 1620 consecutive patients. **British Journal of Urology International**, Oxford, v. 101, n. 1, p. 833-6, Apr. 2008.

BACON, C. G. et al. Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 139, n. 3, p. 161-8, Aug. 2003.

BADANI, K. K.; KAUL, S.; MENON, M. Evolution of robotic radical prostatectomy. **Cancer**, New York, v. 110, n. 9, p. 1951-8. Nov. 2007.

BARICHELLO, E. **Distúrbios no padrão do sono em pacientes submetidos à cirurgia oncológica**. 2008. 114f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP).

BERGLUND, R. K. et al. Radical prostatectomy as primary treatment modality for locally advanced prostate cancer: a prospective analysis. **Urology**, Ridgewood, v. 67, n. 6, p. 1253-66, May 2006.

BERTAN, F. C.; CASTRO, E. K. Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 3, p. 3665-72, jul./set. 2009.

BILL-AXELSON, A. et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in localized prostate cancer: the Scandinavian prostate cancer group-4 randomized trial. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 100, n. 16, p. 1144-54, Aug. 2008.

_____. Suicide risk in men with prostate-specific antigen-detected early prostate cancer: a Nationwide Population-Based Cohort Study from PCBaSe Sweden. **European Urology**, Basel, v. 57, n. 1, p. 390-5, Nov. 2009.

BILLIS, A. et al. The impact of the 2005 international society of urological pathology consensus conference on standard Gleason grading of prostatic carcinoma in needle biopsies. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 180, n. 2, p. 548- 53, Jun. 2008.

BO, K. et al. **Evidence-based physical therapy for the pelvic floor**. London: Elsevier; 2007.

BOKHOURM, B. G. et al. Sexuality after treatment for early prostate cancer: exploring the meanings of "erectile dysfunction." **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 16, n. 1, p. 649-55, Oct. 2001.

BOORJIAN, S. A. et al. Long-term survival after radical prostatectomy versus external-beam radiotherapy for patients with high-risk prostate cancer. **Cancer**, New York, v. 117, n. 13, p. 2883-91, Jan. 2011.

BRABO, E. P. **Validação para o Brasil do questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer de pulmão QLQ LC 13 da Organização Européia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Princípios e Diretrizes. Brasília, agosto de 2008. Disponível em:<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf/>. Acesso em: 15 jun. 2011.

BRAWLEY, O. W. Prostate cancer screening: what we know, don't know, and believe. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v.157, n. 2, p. 135-6, Jul. 2012.

BRIGANTI, A. et al. Prediction of sexual function after radical prostatectomy. **Cancer**, New York, v.115, n. 13, p. 3150-39, Jul. 2009.

_____. Management of erectile dysfunction after radical prostatectomy in 2007. **World Journal of Urology**, Berlin, v. 25, n. 2, p. 143-8, Apr. 2007.

BUNTING, O. S. Screening for prostate cancer with prostate-specific antigen: beware the biases. **International Journal of Clinical Chemistry**, Amsterdam, v. 315, n. 2, p. 71-97, Jan. 2002.

BURCHARDT, M. et al. Hypertension is associated with severe erectile dysfunction. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 164, n. 4, p. 1188-91, Oct. 2000.

BURT, J. et al. Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 14, n. 7, p. 883-90, May 2005.

CAMBRUZZI, E. et al. Relação entre escore de Gleason e fatores prognósticos no adenocarcinoma acinar de próstata. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 61-8, fev. 2010.

CATALONA, W. J. et al. Selection of optimal prostate specific antigen cutoffs for early detection of prostate cancer: receiver operating characteristic curves. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 152, n. 6, p. 2037-42, 1994.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. Hillsdale: Erlbaum, 1988.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of the tests. **Psychometrika**, Springer New York, v. 16, n. 3, p. 297-34, Sep. 1951.

DALL'OGGIO, M. F.; CRIPPA, A. Câncer de próstata localmente avançado. p. 217. In: NARDOZZA JR, A.; ZERATI FILHO, M.; REIS, R. B. **Urologia fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010.

D'AMICO, A. V. et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy or external beam radiation therapy for patients with clinically localized prostate carcinoma in the prostate specific antigen era. **Cancer**, New York, v. 95, n. 2, p. 281-6, Jul. 2002.

_____. Predicting prostate specific antigen outcome preoperatively in the prostate specific antigen era. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 166, n. 6, p. 2185-8, 2001.

DHAM, P. et al. A critical review of clinical practice guidelines for the management of clinically localized prostate cancer. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 180, n. 2, p. 451-9, Aug. 2008.

DINI, G. M. **Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg**. 2001. 114f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

DINI, G. M; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 41-52, jan./abr. 2004.

DUBBELMAN, Y. D.; DOHLE, G. R.; SCHROUDER, F. H. Sexual function before and after radical retropubic prostatectomy: a systematic review of prognostic indicators for a successful outcome. **European Urology**, Basel, v. 50, n. 4, p. 711-20, Oct. 2006.

ECKERSBERGER, E. et al. Screening for Prostate Cancer: A Review of the ERSPC and PLCO Trials. **Reviews in Urology**, Mercer Island, v. 11, n. 3, p. 127–33, 2009.

EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER (EORTC). European Organization for Research and Treatment of Cancer - Quality of Life - Questionnaire "CORE" 30 Items(EORTC QLQ C30). Version 3.0. **EORTC Study Group on Quality of Life**, 3. ed. Brussels, 2001.

ERCOLE, B. et al. Outcomes following active surveillance of men with localized prostate cancer diagnosed in the prostate specific antigen era. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 180, n. 4, p. 1336-41, Oct. 2008.

FAYERS, P. et al. The EORTC QLQ-C30 scoring manual. 3^a ed. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 2001.

FELDMAN, H. A. et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 151, n. 1, p. 54-61, Jan. 1994.

FERRAZ, M. B.; CICONELLI, M. Tradução e adaptação cultural do índice internacional de função erétil para a língua portuguesa. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 35-40, 1998.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, mar. 1999.

FONSECA, R. P. et al. Recidiva bioquímica em câncer de próstata: artigo de revisão. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p. 167-72, abr. 2007.

FRANSSON, P. Patient-reported lower urinary tract symptoms, urinary incontinence, and quality of life after external beam radiotherapy for localized prostate cancer-15 years' follow-up. A comparison with age-matched controls. **Acta Oncológica**, Stockholm, v. 47, n. 1, p. 852-61, 2008.

FROTA, R. et al. Comparison of radical prostatectomy techniques: open, laparoscopic and robotic assisted. **International Brazilian Journal of Urology**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 259-69, May/Jun. 2008.

GIANCHELLO, A. L. Health outcomes research in Hispanics/Latinos. **Journal of Medical Systems**, New York, v. 20, n. 5, p. 235-54, Oct. 1996.

GLEASON, D. F.; MELLINGER, G. T. Prediction of prognosis for prostatic adenocarcinoma by combined histological grading and clinical staging. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 111, n. 1, p.58-64, Jan. 1974.

GLEASON, D. F. Histologic grading and clinical staging of prostatic carcinoma. In: **Urologic Pathologic: The prostate**. Philadelphia: Lea e Febiger, 1977. 171 p.

GOMES, R. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 235-46, jan./fev. 2008.

_____. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 825-9, 2003.

GONÇALVES, I. R.; PADOVANI, C. R.; POPIM, R. C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1337-42, jul./ago. 2008.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-234, abr. 2005.

HAESE, A. et al. Human glandular kalikrein 2: a potential serum marker for predicting the organ confined versus nonorgan confined growth of prostate cancer. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 163, n. 5, p.1491-97, 2000.

HARA, I. et al. Comparison of quality of life following laparoscopic and open prostatectomy for prostate cancer. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 169, n. 6, p. 2045-48, Jun. 2003.

HEIDENREICH, A. et al. **Diretrizes sobre câncer da próstata**. 2011. Disponível em: <<http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

HERRELL, S. D.; SMITH JR, J. A. Robotic-assisted laparoscopic prostatectomy: what is the learning curve? **Urology**, Ridgewood, v. 66, Supl. 5, p. 105-7, Nov. 2005.

HOFFMAN, R. M. et al. Patient satisfaction with treatment decisions for clinically localized prostate carcinoma. Results from the Prostate Cancer Outcomes Study. **Cancer**, New York, v. 97, n. 7, p. 1653-62, Apr. 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Câncer de próstata. Diagnóstico. Rio de Janeiro, 2011a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/diagnostico_profissional/>. Acesso em: 10 set. 2011.

_____. Detecção precoce. Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/deteccao_precoce>. Acesso em: 25 set. 2012

_____. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2012a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2012.

_____. Rastreamento para o câncer de próstata. Diretrizes. Rio de Janeiro, 2011c. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/diretriz_rastreamento_prostata.pdf>. Acesso em: 17 out. 2011.

_____. Tabagismo: Dados e números. Rio de Janeiro, 2012b. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

_____. TNM: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tratamento/tnm/>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY (ICS). Committee on Standardization of Terminology. The standardization of terminology of lower urinary tract function. p. 545. In: OSTERGARD, D. R; BEN, A. E. **Urogynecology and urodynamics: theory and practice**, 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991.

ISBARN, H. et al. Long-term data on the survival of patients with prostate cancer treated with radical prostatectomy in the prostate-specific antigen era. **British Journal of Urology International**, Oxford, v. 106, n. 1, p. 37-43, Jul. 2010.

JOHANSSON, J. E. et al. Natural history of early, localized prostate cancer. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 291, n. 22, p. 2713-9, Jun. 2004.

KAMEO, S. Y. **Qualidade de vida do paciente com estomia intestinal secundária ao câncer colorretal**. 2006. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

KATHLEEN, Y. et al. Risk of urinary incontinence following prostatectomy: the role of physical activity and obesity. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 183, n. 2, p. 629–33, Feb. 2010.

KLEIN, E. A. et al. Surgeon experience in strongly associated with biochemical recurrence after radical prostatectomy for all preoperative risk categories. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 179, n. 6, p. 2212-6, Jun. 2008.

KLINGLER, C.; MARBERGER, M. Incontinence after prostatectomy: surgical treatment options. **Current Opinion in Urology**, London, v. 16, n. 2, p. 60-4, Mar. 2006.

KORFAGE, I. J. et al. Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up. **British Journal of Cancer**, London, v. 94, n. 8, p. 1093-8, Apr. 2006.

KOSBERG, J. I. The invisibility of older men in gerontology. **Gerontology & Geriatrics Education**, New York, v. 22, n. 4, p. 27-42, 2002.

KRYSTYNA, A. et al. Correlação da hepatite C e câncer da próstata, correlação inversa da hiperplasia de células basais ou prostatite e sífilis epidêmica de origem desconhecida. **International Brazilian Journal of Urology**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 99-107, mar./abr. 2011.

KVALE, R. et al. Interpreting trends in prostate cancer incidence and mortality in the five Nordic countries. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 99, n. 24, p. 1881-87, Dec. 2007.

LEEUWE, P. J.; FRITZ, H. S. Increased risk of suicide after prostate cancer diagnosis. **Nature Reviews. Urology**, London, v. 7, n. 7, p. 369-70, Jul. 2010.

LEPORE, S. J. A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer, p. 99-116. In: BAUM, A.; ANDERSEN, B. L. **Psychosocial interventions in cancer**. Washington, DC: American psychological Association. 2001.

LILLEBY, W. et al. Long-term morbidity and quality of life in patients with localized prostate cancer undergoing definitive radiotherapy or radical prostatectomy. **International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics**, Elmsford, v. 43, n. 4, p. 735-43, Mar. 1999.

LITWIN, M. S.; NIED, R. J.; DHANANI, N. Health-related quality of life in men with erectile dysfunction. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 13, n. 3, p.159-66, Mar. 1998.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

LU-YAO, G. L. et al. Outcomes of localized prostate cancer following conservative management. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 302, n. 11, p. 1202-9, Sep. 2009.

MAKAROV, D. V. et al. Updated nomogram to predict pathologic stage of prostate cancer given prostate-specific antigen level, clinical stage, and biopsy Gleason score (Partin Tables) based on cases from 2000 to 2005. **Urology**, New York, v. 69, n. 6, p. 1095-101, Jun. 2007.

MATA, L. R. F.; NAPOLEÃO, A. A. Intervenções de enfermagem para alta de paciente prostatectomizado: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 574-9, mai. 2010.

MICHL, U. H. et al. Prediction of postoperative sexual function after nerve sparing radical retropubic prostatectomy. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 176, n. 1, p. 227-31, Jul. 2006.

MIGOWSKI, A.; AZEVEDO E SILVA, G. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 344-52, ago. 2010.

MONTORSI, F. et al. Current and future strategies for preventing and managing erectile dysfunction following radical prostatectomy. **European Urology**, Basel, v. 45, n. 2, p. 123-33, Feb. 2004.

MORENO, A. B. et al. Propriedades psicométricas do instrumento de qualidade de vida da organização mundial de saúde no estudo pró-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2585-97, dez. 2006.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003, 352 p.

MOYER, V. A. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 157, n. 2, p. 120-34, Jul. 2012.

MULHALL, J. P. Cavernous Nerve Stimulation and Interposition Grafting: A Critical Assessment and Future Perspectives. **Reviews in Urology**, Mercer Island, v. 7, n. 2, p. 18-25, Jun. 2005.

_____. Defining and reporting erectile function outcomes after radical prostatectomy: challenges and misconceptions. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 181, n. 2, p. 462-71, Dec. 2009.

MYRTLE, J.; IVOR, L. Measurement of PSA in serum by two immunometric methods (Hybritech Tadem-R/Tadem-EPISA). In: CATALONA, W. J. **Clinical aspects of prostate cancer**. New York: Elsevier, 1989. p. 161-71.

NAM, R. K.; JEWETT, M. A.; KRAHN, M. D. Prostate cancer: 2. Natural history. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 159, n. 6, p. 685-91, Sep. 1998.

NASSIF, A. E. et al. Perfil epidemiológico e fatores prognósticos no tratamento cirúrgico do adenocarcinoma de próstata clinicamente localizado. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 327-31, ago. 2009.

NEAL, D. E. Can we accurately identify men with low risk prostate cancer? **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 180, n. 4, p.1217-8, Oct. 2008.

PAIVA, E. P.; MOTTA, M. C. S. M.; GRIEP, R. H. Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, jan./fev. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_11.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2011.

PARTIN, A. N.; OESTERLING, J. E. Prostate specific antigen in urologic clinical practice. **American Urological Association** (Update Series), Baltimore, v. 14, n. 1, p. 1-12, 1995.

PARTIN, A. W. et al. Contemporary update of prostate cancer staging nomograms (Partin Tables) for the new millennium. **Urology**, Ridgewood, v. 58, n. 6, p. 843-8, Dec. 2001.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida no idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. 2000. 252f. Dissertação (Mestrado): Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo.

PECHORRO, P. S. et al. Validação de uma versão portuguesa do Índice Internacional de Função Erétil-5 (IIEF-5). **Revista Internacional de Andrologia**, Barcelona, v. 9, n. 1, p. 3-9, jan. 2011.

PENEDO, F. J. et al. Cognitive-behavioral stress management improves stress management skills and quality of life in men recovering from treatment of prostate carcinoma. **Cancer**, New York, v. 100, n. 1, p. 192-200, Jan. 2004.

PENSON, D. F. et al. 5-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: results from the prostate cancer outcomes study. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 173, n. 5, p. 1701-5, May 2005.

PENSON, D. F.; LITWIN, M. S.; AARONSON, N. K. Health related quality of life in men with prostate cancer. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 169, n. 5, p. 1653-61, May 2003.

QUEK, M. L.; PENSON, D. F. Quality of life in patients with localized prostate cancer. **Urologic Oncology**, New York, v. 23, n. 3, p. 208-15, May 2005.

REIS, R. B. et al . Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 47-51, 2003.

REIS, F. et al. The impact of prostatectomy and brachytherapy in patients whit localized prostate cancer. **International Urology and Nephrology**, Budapest, v. 36, n. 2, p. 187-90, 2004.

REIS, R. B.; CASSINI, M. F. Antígeno Prostático Específico (PSA). p. 192. In: NARDOZZA JR, A.; ZERATI FILHO, M.; REIS, R. B. **Urologia fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010.

RHODEN, E. L.; AVERBECK, M. A. Câncer de próstata localizado. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 92-9, jan. 2010.

RODRIGUES, P.; RODRIGUES, H. Aspectos psicológicos e éticos. p. 165-82. In: WROCLAWSKI, E. R.; GLINA, S. **Bases da uro-oncologia**. São Paulo: Dedrix, 2007.

RONDORF-KLYM, L. M.; COLLING, J. Quality of life after radical prostatectomy. **Oncology Nursing Forum**, New York, v.30, n. 2, p. 24-32, Mar. 2003.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. New Jersey: Princenton University Press, 1965.

ROSEN, R. C. et al. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. **International Journal of Impotence Research**, London, v. 11, n. 6, p. 319-26, Dec. 1999.

ROSEN, R. C. et al. The internacional erectile dysfunction. **Urology**, Ridgewood, v. 49, n. 6, p. 822-30, Jun. 1997.

SÁ, R. M. B.; MOTTA, L. B.; OLIVEIRA, F. J. Insônia: prevalência e fatores de risco relacionados em população de idosos acompanhados em ambulatório. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 217-30, abr. 2007.

SANDA, M. et al. Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 358, n. 12, p. 1250-61, Mar. 2008.

SANTOS-FILHO, S. D. et al. Prostate cancer, treatment modalities and complications: an evaluation of the scientific literature. **Brazilian Archives of Biology and Technology**, Curitiba, v. 51, n. esp., p. 51- 6, Dec. 2008.

SAVERA, A. T. et al. Robotic radical prostatectomy with the "Veil of Aphrodite" technique: histologic evidence of enhanced nerve sparing. **European Urology**, Basel, v. 49, n. 6, p. 1065-73, Jun. 2006.

SBICIGO, J. B.; BANDEIRA, D. R.; DELL'AGLIO, D. D. Escala de Autoestima de Rosenberg. **Psico**, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 395-403, set./dez. 2010.

SCALE JR, C. D.; DAHM, P. The critical use of population based medical databases for prostate cancer research. **Current Opinion in Urology**, London, v. 18, n. 3, p. 320-5, May 2008.

SCHOVER, L. R. et al. Defining sexual outcomes after treatment for localized prostate carcinoma. **Cancer**, New York, v. 95, n. 8, p. 1773-85, Oct. 2002.

SCHROECK, F. R. et al. Satisfaction and regret after open retropubic or robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. **European Urology**, Basel, v. 54, n. 4, p. 785-93, Oct. 2008.

SCHWARTZ, B. G.; KLONER, R. A. Clinical Cardiology: physician update: erectile dysfunction and cardiovascular disease. **Circulation**, Dallas, v. 123, n. 1, p. 98-101, Jan. 2011.

SIEGEL, R.; NAISHADHAM, D.; JEMAL, A. Cancer statistics, 2012. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, New York, v. 62, n. 1, p. 10-29, Feb. 2012.

SIMONE, N. L. et al. Pretreatment predictors of death from other causes in men with prostate cancer. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 180, n. 6, p. 2447-51, Oct. 2008.

SMITH, D. S. et al. Quality-of-life outcomes for men with prostate carcinoma detected by screening. **Cancer**, New York, v. 15, n. 88, p. 1454-63, Mar. 2000.

SMITHER, A. R. et al. Quantifying the natural history of post-radical prostatectomy incontinence using objective pad test data. **BioMed Central Urology**, London, v. 7, n. 2, p. 1-6, Feb. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 57-60, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (SBU). Fisioterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço pós-prostatectomia radical: revisão da literatura. **Urologia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 20-30, out. 2010. Disponível em: <<http://www.urologiacontemporanea.org.br/pdfs/2010/4/multi.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8 n. 3, p. 515-23, dez. 2003.

SPIEGEL, D.; YALOM, I. D. A support group for dying patients. **International Journal of Group Psychotherapy**, New York, v. 28, n. 2, p. 233-45, Apr. 1978.

SROUGI, M. Câncer da próstata. In: Srougi M, Simon S. D. **Câncer urológico**. 2. ed. São Paulo: Platina; 1995.

SROUGI, M. et al. Doenças da próstata. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 87, n. 3, p. 166-77, jul./set. 2008.

SROUGI, V. et al. Socioeconomic status is an independent predictor of biochemical recurrence among patients with prostate cancer who undergo radical prostatectomy. **International Brazilian Journal of Urology**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 507-13, Jul./Aug. 2011.

STAMEY, T. A. et al. Biological determinants of cancer progression in men with prostate cancer. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 281, n. 15, p. 1395-400, Apr. 1999.

STANFORD, J. L. et al. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 283, n. 3, p. 354-60, Jan. 2000.

STASKIN, D. et al. Initial assessment of urinary and faecal incontinence in adult male and female patients. In: Abrams, P. et al. **Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence**. 4. ed. Paris: Health Publication, 2009.

STATTIN, P. et al. Surveillance and deferred treatment for localized prostate cancer. Population based study in the National Prostate Cancer Register of Sweden. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 180, n. 6, p. 2423-9, Dec. 2008.

_____. Outcomes in localized prostate cancer: national Prostate Cancer Register of Sweden follow-up study. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 102, n. 13, p. 950-8, Jun. 2010.

STEGINGA, S. K. et al. Prospective study of men's psychological and decision-related adjustment after treatment for localized prostate cancer. **Urology**, Ridgewood, v. 63, n. 4, p. 751-756, Apr. 2004.

STEINECK, G. et al. Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 347, n. 11, p. 790-6, Sep. 2002.

SUMMERS, M. O.; CRISOSTOMO, M. I.; STEPANSKI, E. J. Recent Developments in the classification, evaluation and treatment of insomnia. **Chest**, Chicago, v. 130, n. 1, p. 276-86, Jul. 2006.

TAMANINI, J. T. N. et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 438-44, jun. 2004.

_____. Responsiveness to the portuguese version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF) after stress urinary incontinence surgery. **International Brazilian Journal of Urology**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 482-90, Sep. 2005.

TERRA, F. S. **Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidade pública e privada**. 2010. 258 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

THE ROYAL DUTCH SOCIETY FOR PHYSICAL THERAPY. KNGF Guideline for the physical therapy in patients with stress urinary incontinence. **Dutch Journal of Physical Therapy**, Amersfoort, v. 121, n. 3, 2011. Disponível em: <<https://www.kngfrichtlijnen.nl/654/KNGF-Guidelines-in-English.htm>>. Acesso em: 15 set. 2012.

THOMPSON, I. M. et al. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level of 4.0 ng per milliliter. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 350, n. 22, p. 2239-46, May 2004.

_____. Effect of finasteride on sensitivity of PSA for detecting prostate cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 98, n. 16, p. 1128-33, 2006.

_____. Guidelines for the management of clinically localized prostate cancer: 2007 update. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 177, n. 6, p. 2106-31, Jun. 2007.

TOFANI, A. C. A.; VAZ, C. E. Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos ante os cartões IV e VI do Rorschach. **Revista Interamericana de Psicologia**, Austin, v. 41, n. 2, p. 197-204, ago. 2007.

ULMERT, D. et al. Long-term prediction of prostate cancer: prostate-specific antigen (PSA) velocity is predictive but does not improve the predictive accuracy of a single PSA measurement 15 years or more before cancer diagnosis in a large, representative, unscreened population. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 26, n. 6, p. 835-41, Feb. 2008.

VICKERS, A. et al. Cancer control and functional outcomes after radical prostatectomy as markers of surgical quality: analysis of heterogeneity between

surgeons at a single cancer center. **European Urology**, Basel, v. 59, n. 3, p. 317-22, Mar. 2011.

VIEIRA, A. C. O. A. **O impacto da doença e tratamento cirúrgico em homens acometidos por câncer de próstata: estudo exploratório de qualidade de vida**. 2010. 113 f. Dissertação (Mestrado em urologia) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 145-52, fev. 2008.

VOERMAN, B. et al. Health-related quality of life in Dutch men with prostate cancer. **Journal of Psychosocial Oncology**, New York, v. 24, n. 2, p. 49-64, 2006.

ZEQUI, S. C. Tumor de próstata. p. 277. In: NETTO JUNIOR, N. R. **Urologia prática**. 5. ed. São Paulo: Roca, 2007.

ZEQUI, S. C.; CAMPOS, R. S. M. Câncer de próstata localizado. p. 209. In: NARDOZZA JR, A.; ZERATI FILHO, M.; REIS, R. B. **Urologia fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010.

ZHAO, Z. et al. Serum Erly Prostate Cancer (EPCA) level and its association with disease progression in prostate cancer in a chinese population. **Public Library of Science One**, San Francisco, v. 6, n. 5, p.1-8, May 2011.

ZHOU, P. et al. Predictors of prostate cancer-specific mortality after radical prostatectomy or radiation therapy. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 23, n. 28, p. 6992-8, 2005.

WEI, J. T. et al. Development and validation of the expanded prostate cancer index composite (EPIC) for comprehensive assessment of health-related quality of life in men with prostate cancer. **Urology**, Ridgewood, v. 56, n. 6, p. 899-905, Dec. 2000.

_____. Comprehensive comparison of healthrelated quality of life after contemporary therapies for localized prostate cancer. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 20, n. 2, p. 557-66, Jan. 2002.

WILT, T. J. et al. Systematic review: comparative effectiveness and harms of treatments for clinically localized prostate cancer. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 148, n. 6, p. 435-48, Mar. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **What Quality of Life?** World Health Forum. WHO: Geneva; 1996. p. 354-56.

_____. **The World Health Report 1998: Life in the 21st Century – A Vision for All**. Geneva: WHO, 1998.

WRIGHT, J. L.; LANGE, P. H. Newer potential biomarkers in prostate cancer. **Reviews in Urology**, Mercer Island, v. 9, n. 4, p. 207-13, 2007.

WROCLAWSKI, E.; RIOS, L. Incontinência urinária pós-prostatectomia. p. 207. In: D'ANCONA, C. L. A.; NETTO JR, N. R. **Aplicações clínicas da urodinâmica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2001.

WU, A. K. et al. Health related quality of life in patients treated with multimodal therapy for prostate cancer. **The Journal of Urology**, Baltimore, v. 180, n. 6, p. 2415-22, Dec. 2008.

WYLER, S. F. et al. Short, intermediate, and long-term quality of life after laparoscopic radical prostatectomy: does the learning curve of LRP have a negative impact on patients' quality of life? **European Urology**, Basel, v. 51, n. 4, p. 1004-12, Apr. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE – A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto:

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À
PROSTATECTOMIA RADICAL

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você tem um tipo de doença denominada câncer de próstata e está sendo convidado a participar do estudo “Qualidade de vida em pacientes submetidos à prostatectomia radical”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo desse estudo é Analisar a qualidade de vida de pacientes com câncer de próstata submetidos à prostatectomia radical e caso você participe, será necessário fazer perguntas sobre. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto:

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À
PROSTATECTOMIA RADICAL

Eu, _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba, ___ / ___ / ___

Assinatura do voluntário/responsável_____
Documento de Identidade_____
Assinatura do pesquisador responsável_____
Assinatura do pesquisador /orientador

Telefone de contato do pesquisador: Mário Alfredo Siveira Miranzi
Fone: (034) 3332-2128 / (034)9181-7514 - e-mail: mmiranzi@mednet.com.br
Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (034) 3318-5854.

APÊNDICE – B
QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Identificação

Código	Data de nascimento
	___/___/___

2. Condição Educacional

1º grau		2º grau		3º grau		Pós-graduação		
Incomp.	Compl.	Incomp.	Compl.	Incomp.	Compl.	Espec.	Mestrado	Doutorado
1	2	3	4	5	6	7	8	9

3. Estado Civil

Solteiro	Casado	Vivendo como casado	Divorciado	Separado	Viúvo
1	2	3	4	5	6

4. Cor da pele

Branca	Parda	Negra	Amarela	Outros
1	2	3	4	5

5. Quantos dependentes você tem?

Nenhum	Um a dois	De três a quatro	Mais de quatro
1	2	3	4

6. Quantos vínculos de emprego você tem atualmente?

Um	Dois	Aposentado	Desempregado
1	2	3	4

7. Qual a sua renda mensal (em salários mínimos)?

Não se aplica	1 salário	De 2 a 3 salários	De 4 a 5 salários	De 6 a 7 salários	8 ou mais
1	2	3	4	5	6

APÊNDICE – C
QUESTIONÁRIO DE DADOS CLÍNICO-CIRÚRGICOS

1. Tabagismo

Sim	Não	Ex-tabagista
1	2	3

2. Tem hipertensão arterial?

Sim	Não
1	2

3. Tem diabetes?

Sim	Não
1	2

4. Tem problemas cardiológicos?

Sim	Não
1	2

5. Tem depressão ou outros distúrbios psicológicos?

Sim	Não
1	2

6. Qual o motivo para ter procurado o serviço médico?

Sintomas Urinários	Avaliação Prostática de Rotina (PSA)	Outros
1	2	3

7. Data da realização da cirurgia: ____/____/____

8. Estadiamento cirúrgico (T): _____

9. PSA pré-operatório(ng/ml): _____

10. Escore de Gleason Total: _____

11. Altura (m): _____

12. Peso (Kg): _____

APÊNDICE – D
CONSIDERAÇÕES SOBRE O QS-M (E-MAIL)

RES: Informação sobre o QS-M

Entrada x



Carmita Abdo carmita.abdo@uol.com.br 23:22 (58 minutos atrás)

para mim

Prezada Debora,

Está bem assim: Como trata-se de pacientes que realizaram prostatectomia (retirada da próstata, ductos ejaculatórios e vesículas seminais) eles não ejaculam mais, apenas tem o orgasmo (chamado "orgasmo seco"). Quando aplicamos o instrumento, substituímos a palavra ejaculação por orgasmo.

Sugiro comentar esta mudança no texto da dissertação.

Atenciosamente,
Carmita Abdo

De: Débora [mailto:debysmm@gmail.com]

Enviada em: segunda-feira, 4 de junho de 2012 20:21

Para: carmita.abdo@uol.com.br

Assunto: Informação sobre o QS-M

Boa noite Dra. Carmita!

Meu nome é Débora, sou mestranda da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Uberaba). Minha dissertação é sobre qualidade de vida dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Um dos instrumentos que utilizei foi o QS-M, porém tenho uma dúvida. Na 8ª questão "*Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?*" Como trata-se de pacientes que realizaram prostatectomia (retirada da próstata, ductos ejaculatórios e vesículas seminais) eles não ejaculam mais, apenas tem o orgasmo (chamado "orgasmo seco"). Quando aplicamos o instrumento, substituímos a palavra ejaculação por orgasmo pois não faria sentido falar de ejaculação para esses pacientes.

A minha dúvida é se eu retiro a questão (e redistribuo o resultado do desempenho sexual) ou se a utilizo como falei, trocando a palavra ejaculação por orgasmo?

Obrigada pela atenção.

Grata, Débora Goulart
Débora Goulart

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE AUTORIZAÇÃO



Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central
Hospital "DR. HÉLIO ANGOTTI"

Uberaba, 02 de setembro de 2011.

Ilmo.Sra.

Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

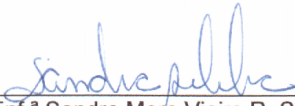
Prezado Coordenadora,

Vimos por meio desta, autorizar a Pesquisadora Débora Moura Miranda Goulart, discente desta entidade de ensino, a permissão para a realização do projeto de pesquisa intitulado: **"Qualidade de vida em pacientes submetidos à prostatectomia radical"** com autoria de Débora Moura Miranda Goulart, aluna do curso de pós-graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, orientada pelo professor doutor Mário Alfredo Siveira Miranzi.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a Qualidade de Vida dos pacientes submetidos Prostatectomia radical nos últimos dois anos, através de questionários.

Colocamo-nos à disposição, para maiores informações que se fizerem necessárias.

Atenciosamente,


Enf.^a Sandra Mara Vieira R. Silva
Enfermeira Responsável Técnica

Sandra M. V. R. Silva
Enfermeira
COREN 62342


Dr. Délcio Scandiuzzi
Presidente

ANEXO 2

EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CÂNCER
QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE "CORE" 30 ITEMS
 EORTC QLQ-C30

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Você tem dificuldades para fazer esforços mais violentos, como carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Tem qualquer dificuldade quando faz longas caminhadas?	1	2	3	4
3. E caminhadas curtas?	1	2	3	4
4. Precisa ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa de ajuda para comer, a vestir-se, a tomar banho?	1	2	3	4

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
Durante a última semana:				
6. Sentiu-se limitado no seu emprego ou no desempenho das suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se (ler jornal ou ver TV)?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4

24. Sentiu-se deprimido?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido na sua vida familiar?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido na sua atividade social?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem trazido dificuldade financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem, entre 1 e 7, qual melhor se aplica ao seu caso?

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?								
Péssima	1	2	3	4	5	6	7	Ótima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?								
Péssima	1	2	3	4	5	6	7	Ótima

Fonte: EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER (EORTC). European Organization for Research and Treatment of Cancer - Quality of Life - Questionnaire "CORE" 30 Items (EORTC QLQ C30). Version 3.0. **EORTC Study Group on Quality of Life**. 3. Ed. Brussels, 2001.

ANEXO 3

INTERNATIONAL INDEX OF ERECTILE FUNCTION (IIEF5)

1) Quantas vezes você foi capaz de ter uma ereção durante a atividade sexual?

- 0-não houve atividade sexual
- 1-quase nunca ou nunca
- 2-poucas vezes (menos da metade)
- 3-às vezes (metade das vezes)
- 4-muitas vezes (mais da metade das vezes)
- 5-quase sempre ou sempre

2) Quando você teve ereções com estímulo sexual. Com que frequência estas ereções foram rígidas o suficiente para permitir a penetração?

- 0-não houve atividade sexual
- 1-quase nunca ou nunca
- 2-poucas vezes (menos da metade)
- 3-às vezes (metade das vezes)
- 4-muitas vezes (mais da metade das vezes)
- 5-quase sempre ou sempre

3) Quando você tentou penetração com que frequência você conseguiu?

- 0- você não tentou penetração
- 1-quase nunca ou nunca
- 2-poucas vezes (menos da metade)
- 3-às vezes (metade das vezes)
- 4-muitas vezes (mais da metade das vezes)
- 5-quase sempre ou sempre

4) Durante a penetração com que frequência você foi capaz de manter sua ereção até o fim?

- 0- você não tentou penetração
- 1-quase nunca ou nunca
- 2-poucas vezes (menos da metade)
- 3-às vezes (metade das vezes)
- 4-muitas vezes (mais da metade das vezes)
- 5-quase sempre ou sempre

5) Durante a penetração qual foi a dificuldade em manter sua ereção até o fim?

- 0-não tentei penetração
- 1-extremamente difícil
- 2-muito difícil
- 3-difícil
- 4-pouco difícil
- 5-sem dificuldade

15) Como você classificou a sua confiança em obter e manter uma ereção?

1-muito baixa

2-baixa

3-moderada

4-alta

5-muito alta

Fonte: ROSEN, R. C. et al. The international erectile dysfunction. **Urology**, Ridgewood, v. 49, n. 6, p. 822-30, Jun. 1997.

ANEXO 5
ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Qual resposta que mais se aproxima da afirmação?

Questões
<p>1) De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo. 1-Concordo plenamente 2-Concordo 3-Discordo 4-Discordo plenamente</p>
<p>2) Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros). 1-Concordo plenamente 2-Concordo 3-Discordo 4-Discordo plenamente</p>
<p>3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades. 1-Concordo plenamente 2-Concordo 3-Discordo 4-Discordo plenamente</p>
<p>4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas). 1-Concordo plenamente 2-Concordo 3-Discordo 4-Discordo plenamente</p>
<p>5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar. 1-Concordo plenamente 2-Concordo 3-Discordo 4-Discordo plenamente</p>
<p>6) Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas). 1-Concordo plenamente 2-Concordo 3-Discordo 4-Discordo plenamente</p>
<p>7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas. 1-Concordo plenamente 2-Concordo 3-Discordo 4-Discordo plenamente</p>
<p>8) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo. 1-Concordo plenamente 2-Concordo 3-Discordo 4-Discordo plenamente</p>

9) Quase sempre eu estou inclinado a achar que sou um fracassado.

1-Concordo plenamente

2-Concordo

3-Discordo

4-Discordo plenamente

10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo.

1-Concordo plenamente

2-Concordo

3-Discordo

4-Discordo plenamente

Fonte: DINI, G. M; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 41-52, jan./abr. 2004.

ANEXO 6
QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO MASCULINA (QS-M)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

1. Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

2. Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

3. As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua parceira?

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

4. Seu desempenho sexual varia conforme sua parceira seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

5. Você consegue manter o pênis ereto o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

6. Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida para garantir uma relação sexual satisfatória?

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

7. Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

8. Você consegue controlar o orgasmo para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

9. Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

10. Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

Fonte: ABDO, C. H. N. Elaboração e validação do quociente sexual versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 42-6, jan./fev. 2006.

ANEXO 7
PARECER – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP/UFTM)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854
E-mail: cep@pesqg.uftm.edu.br

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS A PROSTATECTOMIA RADICAL
PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: MÁRIO ALFREDO S. MIRANZI
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 15/09/2011
PROTOCOLO CEP/UFTM: 2099

PARECER

De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 9 de março de 2012.

Profª. Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do CEP/UFTM