

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

DANIELLE CAMPOS MASSA

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTES SUBMETIDOS À
PROSTATECTOMIA

UBERABA-MG

2018

Danielle Campos Massa

Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes submetidos à prostatectomia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro 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

Orientadora: Dr.^a Elizabeth Barichello

Uberaba-MG

2018

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

M369q Massa, Danielle Campos
Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes submetidos
à prostatectomia / Danielle Campos Massa. -- 2018.
95 f. : tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018
Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello

1. Neoplasias da Próstata. 2. Prostatectomia - Reabilitação. 3.
Disfunção erétil. 5. Incontinência urinária. 6. Qualidade de vida. I.
Barichello, Elizabeth. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
III. Título.

CDU 616.65

DANIELLE CAMPOS MASSA

Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes submetidos à prostatectomia

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Uberaba, 20 de dezembro de 2018.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Elizabeth Barichello - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dra. Adriana Cristina Nicolussi
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dra. Helena Megumi Sonobe
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, que me deu forças para vencer todas as dificuldades. Aos meus pais Gilberto e Diane e à minha irmã Juliane, com quem compartilhei momentos de alegria, tristeza e ansiedade. Ao meu noivo Eduardo, por toda paciência, compreensão, carinho e amor.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Elizabeth Barichello, pela confiança, disponibilidade e competência.

Ao Professor Vanderlei José Haas pela preocupação e pelos ensinamentos transmitidos.

Aos colegas do Mestrado, que compartilharam comigo momentos importantes de aprendizado.

A realização desta pesquisa só foi possível com o apoio de vários colaboradores dos ambulatórios Maria da Glória e de Urologia do Hospital Dr. Hélio Angotti, deixo aqui o meu reconhecimento e gratidão.

Aos homens que participaram deste estudo, pela disposição e pelo tempo dispendido, compartilhando vivências e contribuindo para o meu trabalho.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pela oportunidade de aprendizado e pelo crescimento profissional.

À minha família, pela capacidade e sempre acreditar em mim. Mãe, seu cuidado e sua dedicação me fortaleceram e trouxeram esperança para eu seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nesta caminhada.

À minha irmã, por todos os conselhos e pelo apoio, e a meus sobrinhos, Julia e Breno, pelo amor puro e doce.

Eduardo, obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho.

A Deus, por ter me iluminado em mais uma jornada e, finalmente, a todos que, de uma forma ou de outra, me ajudaram a chegar até aqui. Muito obrigada.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

“Usemos o silêncio, a desculpa e a compreensão, com o exemplo vivo do nosso próprio esforço na edificação do bem e o tempo se incumbirá de tudo transformar, em auxílio de nossa felicidade, dentro dos imperativos inevitáveis da constante renovação”.

Chico Xavier

RESUMO

Introdução: O câncer de próstata (CaP), no Brasil, é o segundo mais comum entre os homens, sua taxa de incidência é maior nos países desenvolvidos e ocorre, na maioria das vezes, a partir dos 65 anos de idade. Para diagnosticar o CaP, é realizado o exame de toque retal e a dosagem do PSA, podendo ser confirmado por meio da biópsia. Quando o CaP está localizado, as opções de tratamento são a cirurgia, a radioterapia ou a observação vigilante. A prostatectomia radical (PR) consiste na ressecção completa da próstata, uretra prostática, vesículas seminais e ampolas dos ductos deferentes, associada ou não à realização de linfadenectomia bilateral. Durante o tratamento do CaP, a satisfação e a qualidade de vida do paciente são afetadas, devido aos sintomas como dor ao urinar, incontinência urinária, disfunção sexual e alterações intestinais. O câncer causa um impacto grande na vida do paciente e avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde é importante para uma abordagem mais humanista, visando desenvolver estratégias para diminuir os efeitos indesejados da doença. **Objetivo:** avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes que se encontram no pós-operatório tardio de prostatectomia e fatores associados a possíveis alterações nos padrões urinários, intestinal, sexual e hormonal. **Procedimentos metodológicos:** trata-se de estudo observacional transversal com abordagem quantitativa. Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos, sendo um para caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes e o questionário Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) para avaliar os domínios de função urinária, hábitos intestinais, função sexual e função hormonal. Os dados do roteiro de entrevista foram submetidos à análise descritiva. A análise bivariada para preditores dicotômicos empregou o teste para postos de *Mann-Whitney* e a análise de preditores quantitativos e ordinais incluiu, respectivamente, correlações de *Pearson* e *Spearman*. A contribuição simultânea de preditores demográficos e clínicos incluiu a análise de regressão linear múltipla. Foi considerado um nível de significância de $\alpha=0,05$. **Resultados:** participaram do estudo 70 pacientes. A idade variou de 45 a 86 anos, sendo a média de 67 anos. Predominaram pacientes sem antecedentes familiares com CaP, casados, brancos, aposentados, com escolaridade o primeiro grau incompleto, com renda mensal de um salário e com dois a três dependentes. Com relação à queixa máxima por função, 11,4% relataram muito problemático para a função urinária; 4,3% moderadamente problemático para hábito

intestinal e 47,1% muito problemático para a função sexual. Verificou-se que 78,6% raramente ou nunca se sentiram deprimidos e 77,1% dos pacientes raramente ou nunca apresentaram falta de energia. **Conclusão:** o maior impacto na QVRS do paciente prostatectomizado foi em relação à função sexual. Avaliar a QVRS é importante para verificar os resultados obtidos a partir dos tratamentos disponíveis. Não se pode pensar em aumentar a sobrevida do paciente sem que ele tenha o mínimo de qualidade de vida possível.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Prostatectomia. Disfunção erétil. Incontinência urinária. Reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: Prostate cancer (PCa), in Brazil, is the second most common among men. Its incidence rate is higher in developed countries and it occurs often from 65 years old. To diagnose PCa, rectal examination and PSA dosage are required, and it can be confirmed by biopsy. When PCa is verified, the treatment options are surgery, radiotherapy or vigilant observation. Radical Prostatectomy (RP) consists of complete extraction of prostate, prostatic urethra, seminal vesicles and ampullae of the vas deferens, associated or not to bilateral lymphadenectomy. During PCa treatment, patient satisfaction and quality of life are affected due to symptoms such as painful urination, urinary incontinence, sexual dysfunction and intestinal changes. Cancer produces a big impact on patient's life and assessing his welfare is important for a more humanistic approach, aiming develop strategies to reduce the unwanted effects of the disease. **Objective:** to evaluate the Health-Related Quality of life (HRQoL) of patients who are in the late postoperative period of prostatectomy and factors related to possible changes in the urinary, intestinal, sexual and hormonal standards. **Methodological procedures:** utilization of transversal observational study with a quantitative approach. For data collection, two instruments were used: one for sociodemographic and clinical characterization of the patients; and Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) questionnaire to evaluate the domains of urinary function, intestinal habits, sexual function and hormonal function. The interview script was submitted to descriptive analysis. The bivariate analysis for dichotomous predictors was used for the Mann-Whitney test and the analysis of quantitative and ordinal predictors included, respectively, Pearson correlation and Spearman. The simultaneous contribution of demographic and clinical predictors included multiple linear regression analysis. A level of significance of $\alpha = 0.05$ was considered. **Results:** 70 patients participated of the study. Participant's age were from 45 up to 86 years old and the mean age were 67 years old. Prevalence of the patients had no family history of PCa, married, white skin, retired, with incomplete elementary school level, with monthly income of one minimum salary and with two to three dependents. Regarding the maximum complaint by function, 11.4% reported very problematic for urinary function; 4.3% moderately problematic for intestinal habit and 47.1% very problematic for sexual function. It was found that 78.6% rarely or never felt depressed and 77.1%

of patients rarely or never had a lack of energy. **Conclusions:** the greatest impact on the HRQoL of the prostatectomized patient was related to the sexual function. Evaluating the HRQoL is important to verify the results obtained from the available treatments. It's impossible think of increasing the patient's survival without having the least quality of life.

Keywords: Quality of life. Prostatectomy. Erectile dysfunction. Urinary incontinence. Rehabilitation.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de próstata (CaP), en Brasil, es el segundo más común tipo de cáncer entre los hombres, su tasa de incidencia es mayor en los países desarrollados y ocurre, la mayoría de las veces, a partir de los 65 años de edad. Para diagnosticar el CaP se realiza el examen de tacto rectal y la dosificación del PSA, pudiendo ser confirmado por medio de la biopsia. Cuando se localiza el CaP, las opciones de tratamiento son la cirugía, la radioterapia o la observación vigilante. La prostatectomía radical (PR) consiste en la retirada completa de la próstata, uretra prostática, vesículas seminales y ampollas de los conductos deferentes, asociada o no a la realización de linfadenectomía bilateral. Durante el tratamiento del CaP, la satisfacción y la calidad de vida del paciente se ven afectadas, debido a los síntomas como dolor al orinar, incontinencia urinaria, disfunción sexual y alteraciones intestinales. El cáncer causa un gran impacto en la vida del paciente y evaluar la calidad de vida relacionada con la salud es importante para un enfoque más humanista, con el objetivo de desarrollar estrategias para disminuir los efectos indeseados de la enfermedad. **Objetivo:** evaluar la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes que se encuentran en el post operatorio tardío de prostatectomía y factores asociados a posibles alteraciones en los estándares urinarios, intestinal, sexual y hormonal. **Procedimientos metodológicos:** se trata de un estudio observacional transversal con abordaje cuantitativo. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos siendo uno para caracterización sociodemográfica y clínica de los pacientes y el cuestionario "Expanded Prostate Cancer Index Composite" (EPIC) para evaluar los dominios de función urinaria, hábitos intestinales, función sexual y función hormonal. Los datos de la entrevista fueron sometidos al análisis descriptivo. El análisis bivariado para predictores dicotómicos empleó el test para puestos de Mann-Whitney y el análisis de predictores cuantitativos y ordinales incluía, respectivamente, correlaciones de Pearson y Spearman. La contribución simultánea de predictores demográficos y clínicos incluyó el análisis de regresión linear múltiple. Se consideró un nivel de significancia de $\alpha = 0,05$. **Resultados:** participaron del estudio 70 pacientes, con edades comprendida entre 45 a 86 años, siendo la media de 67 años. En el caso de los pacientes sin antecedentes familiares con CaP, casados, blancos, retirados, con escolaridad con primer grado incompleto, con renta mensual

de un salario y con dos a tres dependientes. Con respecto a la queja máxima por función, el 11,4% relató muy problemático para la función urinaria; Un 4,3% moderadamente problemático para el hábito intestinal y un 47,1% muy problemático para la función sexual. Se verificó que el 78,6% raras veces o nunca se sintió deprimido y el 77,1% de los pacientes raras veces o nunca presentaron falta de energía. **Conclusión:** el mayor impacto en la QVRS del paciente prostatectomizado fue en relación a la función sexual. Evaluar la QVRS es importante para verificar los resultados obtenidos a partir de los tratamientos disponibles. No se puede pensar en aumentar la supervivencia del paciente sin que tenga el mínimo de calidad de vida posible.

Palabras claves: Calidad de vida. Prostatectomía. Disfunción eréctil. Incontinencia urinaria. Rehabilitación.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das frequências das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	37
Tabela 2	Distribuição das frequências das características da função urinária dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	39
Tabela 3	Distribuição das frequências das características dos hábitos intestinais dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	42
Tabela 4	Distribuição das frequências das características da função sexual dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	46
Tabela 5	Distribuição das frequências das características da função hormonal dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	50
Tabela 6	Distribuição das frequências do grau de satisfação do tratamento recebido pelos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	53
Tabela 7	Correlação dos escores de qualidade de vida com a idade e o tempo de cirurgia nos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	53
Tabela 8	Correlação dos escores de qualidade de vida com a escolaridade e a renda dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	54
Tabela 9	Estatística descritiva dos escores do instrumento de qualidade de vida EPIC dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	54
Tabela 10	Comparação dos escores de qualidade de vida segundo a cor da pele dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	55

Tabela 11	Comparação dos escores de qualidade de vida segundo a escolaridade dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	55
Tabela 12	Comparação dos escores de qualidade de vida segundo a renda dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	56
Tabela 13	Comparação dos escores de qualidade de vida segundo a situação de trabalho dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	56
Tabela 14	Comparação dos escores de qualidade de vida segundo a presença ou ausência de antecedente familiar dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	57
Tabela 15	Comparação dos escores de qualidade de vida segundo a alteração no trabalho dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	57
Tabela 16	Comparação dos escores de qualidade de vida segundo o estado civil dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	58
Tabela 17	Regressão dos escores dos domínios de qualidade de vida com o tempo de cirurgia e a idade nos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.....	58

LISTA DE SIGLAS

AAU - Associação Americana de Urologia
ACCBC - Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central
AEU - Associação Europeia de Urologia
CaP - Câncer de Próstata
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
ERD- Exame Retal Digital
EPIC - *Expanded Prostate Cancer Index Composite*
FDA - *Food and Drug Administration*
GEP – Gerência de ensino e pesquisa
HC-UFTM - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
HHA – Hospital Dr. Hélio Angotti
INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
ISP - Índice de Saúde da Próstata
IU – Incontinência Urinária
OMS - Organização Mundial da Saúde
ERCP - Estudo de Resultados do Câncer de Próstata
PSA - *Prostate-Specific Antigens* (Antígeno Prostático Específico)
PR - Prostatectomia Radical
QVRS - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RDT - Radioterapia
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM - Tumor, Nódulo, Metástase
UICC - *Union Internationale Contre le Cancer*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	APORTE TEÓRICO	20
2.1	RASTREAMENTO.....	20
2.2	ESTADIAMENTO E AVALIAÇÃO DE RISCO.....	22
2.3	TRATAMENTO.....	24
2.4	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	25
2.5	EPIC E ESTUDOS ANTERIORES.....	27
3	JUSTIFICATIVA	29
4	OBJETIVOS	30
4.1	OBJETIVO GERAL.....	30
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
5	MATERIAIS E MÉTODOS	31
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	31
5.2	LOCAL DE ESTUDO.....	31
5.3	POPULAÇÃO.....	32
5.4	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	32
5.5	VARIÁVEIS.....	33
5.5.1	Variáveis sociodemográficas e clínicas	33
5.5.2	Variável função urinária	34
5.5.3	Variável função hábitos intestinais	34
5.5.4	Variável função sexual	34
5.5.5	Variável função hormonal	34
5.6	PROCESSAMENTO DE DADOS.....	34
5.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	35
5.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
6	RESULTADOS	37
6.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.....	37
6.2	RESULTADOS DO INSTRUMENTO EPIC.....	39
6.2.1	Função urinária	39
6.2.2	Hábitos intestinais	42

6.2.3 Função sexual.....	45
6.2.4 Função hormonal.....	50
6.2.5 Grau de satisfação com o tratamento.....	53
7 DISCUSSÃO	59
7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.....	59
7.2 RESULTADOS DO INSTRUMENTO EPIC.....	60
8 CONCLUSÃO	66
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICE A – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.....	75
APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA A COLETA DE DADOS AMBULATORIO MARIA DA GLÓRIA.....	77
APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO PARA A COLETA DE DADOS HOSPITAL DR. HÉLIO ANGOTTI.....	79
APÊNDICE D - AUTORIZAÇÃO DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA	80
APÊNDICE E - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	81
APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	83
ANEXO A - EXPANDED PROSTATE CANCER INDEX COMPOSITE.....	87

1 INTRODUÇÃO

O câncer caracteriza-se pela capacidade das células neoplásicas se reproduzirem sem controle, resultando em tumores, podendo ou não invadir órgãos e tecidos adjacentes e ocorrer metástase, ou seja, se reproduzirem em órgãos e tecidos distantes do tumor original. As causas podem ser externas, entre elas, o meio ambiente, hábitos e costumes, ou internas, como fatores genéticos, e ambas estão inter-relacionadas. Segundo estudos, cerca de 5% a 10% dos tumores malignos têm relação com as características genéticas das pessoas acometidas pelo câncer (FUNDAÇÃO DO CÂNCER, 2017).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA, 2016), no Brasil, o câncer de próstata (CaP) é o segundo mais comum entre os homens, perdendo apenas para o câncer de pele não melanoma, sendo que a taxa de incidência é maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento, e ocorre, na maioria das vezes, a partir dos 65 anos de idade. Com a melhoria da qualidade dos sistemas de informação e o aumento na expectativa de vida, os métodos diagnósticos estão evoluindo no Brasil, justificando o aumento na taxa de incidência dessa patologia. A grande maioria dos tumores de próstata crescem de forma lenta, podendo não manifestar sintomas e nem ameaçar a saúde do homem.

De acordo com Magnabosco (2014), o aumento da idade, mais frequente entre homens acima de 65 anos; a etnia, mais comum e agressivo entre a raça negra, e a genética são fatores de risco bem definidos para o CaP.

Segundo dados estatísticos do INCA, a estimativa de novos casos em 2018 é de 68.220 e o número de mortes de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (2013) foi de 13.772. A estimativa da incidência de CaP em 2018 é de 14.290/100 mil habitantes na região Sul do Brasil, 5.330/100 mil habitantes na região Centro-Oeste, 30.080/100 mil habitantes no Sudeste, 15.820/100 mil habitantes no Nordeste e 2.700/100 mil habitantes na região Norte (INCA, 2018a).

Nos Estados Unidos, o CaP é responsável pela segunda causa de morte por câncer entre os homens, sendo que, em 2017, cerca de 161.360 homens foram diagnosticados com CaP e aproximadamente 26.730 evoluíram para óbito (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2017).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi criada com o objetivo de promover qualidade de vida para a população masculina visando à

atenção integral do cuidado. A maior parte da população masculina não realiza medidas de prevenção primária, resultando em muitos agravos, que poderiam ser evitados (BRASIL, 2008).

O aumento nas taxas de incidência desse câncer no Brasil está relacionado ao aumento da expectativa de vida da população e à melhor qualidade dos métodos diagnósticos e dos sistemas de informação do país. Devido à triagem com o antígeno prostático específico (PSA), o CaP está sendo diagnosticado em estágios cada vez mais precoces, sendo potencialmente tratável (BAUER et al., 2011).

2 APORTE TEÓRICO

2.1 RASTREAMENTO

Para Glina et al. (2015), o rastreamento do CaP ainda está sendo aperfeiçoado com a busca de novos marcadores, a relação do Antígeno Prostático Específico (PSA) e o uso da ressonância magnética, ajudando a identificar tumores e evitando a realização de biópsias desnecessárias.

O PSA é uma proteína produzida pelas células da próstata, sendo que um alto nível desta proteína no sangue geralmente ocorre em pacientes com CaP (INCA, 2016).

Em 1986, a Food and Drug Administration (FDA), agência federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, aprovou o teste de PSA, o qual seria realizado em homens diagnosticados com CaP para monitorar a progressão da doença, e em 1994 aprovou o uso do teste de PSA juntamente com o exame retal digital (ERD) para avaliar homens assintomáticos para CaP, em que, para níveis de PSA acima de 4,0 ng/mL, seria recomendada biópsia para determinar se o câncer estava presente. Estudos recentes mostraram que homens com CaP tiveram níveis de PSA abaixo de 4,0 ng/mL, assim como muitos com níveis mais elevados não possuíam CaP. A prostatite, inflamação da próstata e hiperplasia prostática benigna (HPB), caracterizada pelo aumento da próstata e lesões traumáticas, é condição benigna que pode aumentar o nível de PSA no homem (INCA, 2016).

De acordo com Oesterling et al. (1993), o nível de PSA e o volume prostático estão correlacionados com a idade do paciente, sendo que para um homem saudável com ausência de CaP e idade de 60 anos a concentração sérica de PSA aumenta em aproximadamente 3,2% ao ano (0,04 ng/mL por ano). A faixa de referência recomendada de níveis sanguíneos de PSA em homens de 40 a 49 anos é de 0,0 a 2,5 ng/mL; de 50 a 59 anos, faixa de 0,0 a 3,5 ng/mL; de 60 a 69 anos, faixa de 0,0 a 4,5 ng/mL e de 70 a 79 anos, faixa de 0,0 a 6,5 ng/mL.

Atualmente, o Índice de Saúde da Próstata (ISP) é um dos novos marcadores mais promissores do CaP, pois, de acordo com estudos, tem alta especificidade, podendo detectar carcinomas agressivos, em que tumores maiores que 0,5 cm³ têm valores de ISP significativamente maiores que tumores com volume menor,

contribuindo para que o número de biópsias, muitas vezes desnecessárias, seja reduzido (FRIEDERSDORFF et al., 2017).

Após alterações no ERD e da dosagem do PSA, o diagnóstico do CaP pode ser confirmado por meio da biópsia, realizada preferencialmente por via transretal guiada por ultrassom. A partir de 1994, houve um aumento considerável na indicação de biópsia, devido à atualização do PSA, evidenciando muitos resultados falso-negativos. Os tumores de próstata possuem comportamentos biológicos variáveis, assim a abordagem e o tratamento devem ser realizados de forma individualizada. Para pacientes que possuem expectativa de vida adequada e sem outras comorbidades, a terapia instituída seria a radioterapia (RDT) (isolada ou em associação com a hormonioterapia) ou a prostatectomia radical (PR) (NARDI et al., 2014).

Durante o rastreamento do CaP, alguns riscos existem, entre eles, o resultado falso-positivo em que o exame de rastreamento é positivo, mas o exame histopatológico é negativo. Os resultados falso-positivos podem causar ansiedade entre os homens e seus familiares e levar à realização de exames invasivos desnecessários, que podem trazer riscos, como dor, sangramento e infecções. O sobrediagnóstico se dá quando um câncer que não evoluiria clinicamente e não causaria problemas ao homem é encontrado no rastreamento, levando a exames de acompanhamento e tratamentos desnecessários. Os riscos do sobretratamento são: a disfunção sexual erétil, incontinência urinária, problemas no intestino e riscos de complicações sérias devido à cirurgia (INCA, 2014).

De acordo com estudos, a partir de 2004, na Holanda, a atenção primária registrou um aumento de pacientes com as taxas de PSA elevadas. Entre 2002 a 2011, a incidência global da taxa de PSA em homens acima de 45 anos quase quadruplicou, de 15,5 para 54,3 por 1000 pessoas-ano. Após 2004, houve maior incidência de PSA elevado em homens com doenças cardiovasculares e com problemas urinários (HAMOEN et al., 2013).

A literatura aponta que a população masculina busca o serviço de saúde tardiamente, em estágios já avançados do adoecimento, sendo que esse fato está relacionado à resistência dos homens em relação à procura por cuidados preventivos e primários devido a questões culturais que estabelecem uma dissociação entre os valores de masculinidade e fragilidade representada pela doença (RUANO, 2015).

2.2 ESTADIAMENTO E AVALIAÇÃO DE RISCO

Segundo Magnabosco (2014), o toque retal contribui para o diagnóstico e estadiamento clínico, sendo que a ausência do tumor é classificada como T1, enquanto a presença de nódulo prostático palpável classifica o tumor no estágio T2. Quando os limites da próstata não são nítidos ou a glândula não apresenta mobilidade ao toque, o estadiamento será T3 e a presença de massa extensa, endurecida e fixa pode sugerir um tumor T4.

Conforme Heidenreich et al. (2012), nas DIRETRIZES PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA, é utilizado o sistema de estadiamento da 7ª edição da “*Union Internationale Contre le Cancer*” (UICC) 2009, segundo a classificação Tumor, Nódulo, Metástase (TNM), descrita abaixo:

T= Tumor Primário;

Tx= O tumor primário não pode ser avaliado.

T0=Não há evidência de tumor primário.

T1= Tumor não diagnosticado clinicamente, não palpável ou visível por meio de exame de imagem.

T1a= Achado histológico incidental em 5% ou menos de tecido ressecado.

T1b= Achado histológico incidental em mais que 5% de tecido ressecado.

T1c= Tumor identificado por biópsia de agulha (p. ex., devido à PSA elevado).

T2= Tumor limitado à próstata¹.

T2a= Tumor envolve metade de um dos lobos ou menos.

T2b= Tumor envolve mais do que a metade de um dos lobos, mas não os dois lobos.

T2c= Tumor envolve os dois lobos.

T3= Tumor se estende através da cápsula prostática².

T3a= Extensão extracapsular (unilateral ou bilateral).

T3b= Tumor invade vesícula(s) seminal(is).

T4= Tumor está fixo ou invade outras estruturas adjacentes, que não as vesículas seminais: colo vesical, esfíncter externo, reto, músculos elevadores e/ou parede pélvica.

N – Linfonodos Regionais³;

Nx= Os linfonodos regionais não podem ser avaliados.

N0= Ausência de metástase em linfonodo regional.

N1=Metástase em linfonodo regional.

M= Metástase à distância⁴;

M0= Ausência de metástase à distância.

M1= Metástase à distância.

M1a= Linfonodo(s) não regional(is).

M1b= Osso(s).

M1c= Outra(s) localização(ões).

Sendo que:

¹ = Tumor encontrado em um ou ambos os lobos por biópsia de agulha, mas não palpável ou visível por exame de imagem, e classificado como T1c.

² = Invasão do ápice prostático, ou da cápsula prostática (mas não através), não é classificado como T3, mas como T2.

³ =Os linfonodos regionais são os nódulos da pelve verdadeira, os quais são essencialmente os nódulos abaixo da bifurcação da artéria ilíaca comum. Lateralmente, não há efeito na classificação N.

⁴ = Quando mais de uma localização de metástase está presente, deve ser usada a categoria mais avançada.

A avaliação do Escore de Gleason, segundo Nelson et al. (2008), é uma análise anatomopatológica a partir de tecido prostático obtido por cirurgia ou biópsia. É uma pontuação dada ao câncer de próstata baseada em sua aparência microscópica. O escore de Gleason é importante porque escores maiores estão associados a piores prognósticos, resultando em cânceres mais agressivos, variando de 1 a 5 e estão associados com as seguintes características:

- Grau 1 - A próstata cancerosa se parece muito com o tecido normal. As glândulas são pequenas, bem formadas e muito próximas.

- Grau 2 - O tecido ainda possui glândulas bem formadas, mas elas são maiores e possuem mais tecidos entre cada uma.
- Grau 3 - O tecido ainda possui glândulas reconhecíveis, mas as células são mais escuras. Algumas destas células deixaram as glândulas e estão começando a invadir o tecido circundante.
- Grau 4 - O tecido possui poucas glândulas reconhecíveis. Muitas células estão invadindo o tecido circundante.
- Grau 5 - O tecido não possui glândulas reconhecíveis.

De acordo com Nelson et al. (2008), a avaliação de risco D'Amico é utilizada pela Associação Americana de Urologia (AAU) e pela Associação Europeia de Urologia (AEU) em pacientes com CaP localizado e obtida a partir da análise do estadiamento, dos níveis do PSA e do Escore de Gleason.

- Baixo risco: Estadiamento T1 (doença clinicamente e radiologicamente não visível) ou T2a (tumor envolvendo até metade de um dos lobos da próstata); PSA menor do que 10 ng/ml e escore de Gleason menor ou igual a 6. Neste grupo de pacientes, os estudos clínicos mostram que 83% estarão livres da doença em 10 anos.

- Risco intermediário: Estadiamento T2b (tumor envolvendo mais da metade de um dos lobos da próstata); PSA entre 10 e 20 ng/ml e escore de Gleason de 7. Neste grupo de pacientes, 46% estarão livres da doença em 10 anos.

- Alto risco: Estadiamento T2c (tumor envolvendo os dois lobos da próstata) ou T3 (tumor se estende além da cápsula prostática) ou T4 (tumor se estende para outras estruturas como bexiga, esfíncter externo, reto, músculos elevadores e parede pélvica) e/ou PSA maior do que 20 ng/ml e/ou escore de Gleason maior ou igual a 8. Neste grupo apenas 29% dos pacientes estarão livres da doença em 10 anos.

2.3 TRATAMENTO

Quando o CaP está localizado, as opções de tratamento oferecidas são a cirurgia, radioterapia e/ou a observação vigilante. A radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal são oferecidas quando a doença se encontra localmente avançada. Já a terapia hormonal é indicada para a doença metastática (INCA, 2017).

A observação é utilizada em pacientes idosos ou que possuem comorbidades relevantes, quando o tumor é localizado de risco baixo ou intermediário até o desenvolvimento dos sintomas e no caso de tumores não agressivos. Nos casos de tumores localizados com baixo risco de evolução, a vigilância ativa consiste em não iniciar o tratamento curativo (ADOLFSSON, 2008).

A prostatatectomia radical (PR) é uma opção para o tratamento de CaP localizado e consiste na ressecção completa da próstata, uretra prostática, vesículas seminais e ampolas dos ductos deferentes, associada ou não à realização de linfadenectomia bilateral (WEIN et al., 2011). A PR é indicada como o tratamento padrão-ouro e é frequentemente utilizada para o tratamento do CaP com grau de tumores T1 e T2, ou seja, limitados à próstata (HEIDENREICH et al., 2014).

Ainda para o CaP localizado, pode ser utilizada a radioterapia externa, com técnica convencional ou tridimensional, guiada ou não por imagem, e a radioterapia interna ou braquiterapia, em que se utiliza um implante radioativo, que pode ser permanente ou temporário (SCHER; SCARDINO; ZELEFSKY, 2015).

A PR trata com sucesso o câncer de próstata localizado com taxas de sobrevivência de 10 anos, porém é frequentemente acompanhada por efeitos colaterais em longo prazo, como a disfunção urinária e a sexual, que impactam negativamente na qualidade de vida relacionada à saúde do paciente (MATTHEW et al., 2014).

A prostatectomia foi vista como uma transição psicossocial, ou seja, um evento de alteração da vida que cria perdas sexuais e psicossociais, introduzindo a tristeza e o luto como o processo de mudança. As estratégias de enfrentamento que ajudam na recuperação incluem otimismo, humor, aceitação, afeto, paciência, comunicação sobre perdas, mudanças sexuais e participação do homem em atividades de reabilitação (WITTMANN et al., 2015a).

2.4 CÂNCER DE PRÓSTATA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define “saúde não apenas como a ausência de doença, mas sim como um completo bem-estar físico, mental e social”. O grupo de Qualidade de Vida da OMS definiu qualidade de vida como “sendo a percepção do indivíduo de 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” (WHOQOL, 1994).

O câncer causa um impacto muito grande na vida do paciente, seja no início do diagnóstico ou durante o tratamento, assim avaliar a qualidade de vida é importante para uma abordagem mais humanista, visando desenvolver estratégias para diminuir os efeitos indesejados da doença (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) consiste na percepção do paciente frente aos efeitos da doença na sua vida diária, resultando em mudanças físicas, psicológicas, sociais, emocionais e funcionais (WAN LEUNG et al., 2011).

Durante o tratamento do CaP, a satisfação e a qualidade de vida do paciente são afetadas, pois o resultado muitas vezes será dor ao urinar, incontinência urinária, disfunção sexual e alterações intestinais. Assim, os relatos do paciente são uma fonte valiosa de informação em saúde a respeito das preocupações relacionadas à doença, pois contribuem para um melhor cuidado por parte dos profissionais de saúde, a partir de ações centradas no paciente, reduzindo as angústias e melhorando a comunicação entre cuidador e paciente (HARTZLER et al., 2016).

A incontinência urinária (IU), com prevalência de 5% a 24% em homens submetidos à prostatectomia é o que mais preocupa o paciente, resultando em efeitos negativos em relação à qualidade de vida (EVERAERTS et al., 2015).

O paciente com CaP submetido à cirurgia ou a outro tipo de tratamento tem a sua saúde sexual prejudicada, devido, muitas vezes, à disfunção erétil, à sua autoimagem, à saúde mental, afetando tanto a sua qualidade de vida, como também a do seu parceiro (WITTMANN et al., 2015b).

Estudo na China mostrou que pacientes com CaP possuem pior qualidade de vida, principalmente em relação ao estado de saúde geral e à vitalidade, do que a população em geral, comprometendo a saúde física e mental. Porém, em relação aos outros tipos de câncer, os pacientes com CaP possuem maior QVRS, devido à natureza menos agressiva deste (CHOI et al., 2016).

Embora os pacientes com câncer de próstata vivam rotineiramente mais de 10 anos após o diagnóstico, este longo período proporciona uma maior oportunidade para o desenvolvimento de comorbidades adicionais que podem ter impacto negativo na qualidade de vida (BAYOUD et al., 2015).

Um dos desafios da enfermagem é manter os pacientes confortáveis e com qualidade de vida, mesmo que a doença se encontre em um estágio avançado com pouco potencial de cura. É a equipe de enfermagem que passa a maior parte do tempo com o paciente, vivenciando os efeitos colaterais e impactantes ao paciente,

relacionados ao tratamento. Assim, fornecer apoio emocional, empatia e saber ouvir o paciente e a família é importante para a evolução do tratamento (SONNEK; VAN MUILEKOM, 2013).

2.5 EPIC E ESTUDOS ANTERIORES

De acordo com a revisão integrativa de Izidoro et al. (2017), os instrumentos mais utilizados para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde, geral ou específica, de pacientes com CaP foram o *Expanded Prostate Cancer Index Composite* (EPIC) e o UCLA Prostate Cancer Index (UCLA-PCI), com o objetivo de avaliar o impacto do tratamento do câncer de próstata em estágio inicial na qualidade de vida.

Os questionários de qualidade de vida da Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC QLQ-C30), o EORTC QLQ-PR25 e o *The Patient Oriented Prostate Utility Scale* (PORPUS) são utilizados para avaliar a QVRS em pacientes com câncer de próstata. As Escalas de Qualidade de Vida Relacionada ao Câncer de Próstata (PC-QOL) possuem 11 tópicos relacionados ao câncer de próstata e à qualidade de vida.

O Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) avalia oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O Questionário de Qualidade de Vida (SF-12) foi criado como uma alternativa de mais rápida aplicação ao instrumento SF-36. Já o EQ-5D é um instrumento padronizado para medir o estado geral da saúde.

O ICIQ-LUTS QoI é utilizado para avaliar a qualidade de vida em pacientes com incontinência urinária e a Escala de Qualidade de Vida (FIQLS) é utilizada para avaliar a qualidade de vida em pacientes com incontinência fecal; o King's Health Questionnaire (KHQ) é utilizado para pacientes com incontinência urinária.

Conforme o estudo acima, muitos destes instrumentos são específicos ao CaP, pois avaliam os domínios físicos, mentais, sociais, sexuais e efeitos colaterais do tratamento, como os sintomas intestinais, urinários e hormonais.

Em um estudo com 434 pacientes que se submeteram à prostatectomia radical na Universidade de Michigan, foi aplicado um questionário sociodemográfico e o EPIC e verificou-se que a idade média dos pacientes foi de 63,4 anos. A função urinária e a incontinência pioram após a prostatectomia, com recuperação após 12 meses da

cirurgia, em cerca de 55,8% e 77,5% dos pacientes. A função sexual diminuiu após a cirurgia, apenas 24,2% dos pacientes recuperaram a função sexual após 24 meses da prostatectomia. Voltaram para sua linha de base sexual após 36 meses cerca de 36,8% dos pacientes. Foram observadas mudanças mínimas nos domínios intestinal e hormonal.. (PARKER et al., 2011).

Um estudo sobre o CaP, em homens que foram diagnosticados entre os anos de 1994 e 1995, em Connecticut, Utah, Novo México e nas áreas metropolitanas de Atlanta, Los Angeles e Seattle, analisou que a disfunção erétil afetou cerca de 87% dos homens prostatectomizados e apenas 43,5% relataram ser incomodados em relação aos sintomas sexuais. Apesar de algumas evidências de estabilização ou melhora dos sintomas urinários e sexuais de 2 a 5 anos, o seguimento em longo prazo revela declínios funcionais consistentes após 5 anos, porém não se sabe ao certo se este declínio contínuo é devido ao câncer de próstata e a seu tratamento ou ao processo normal de envelhecimento ou uma a combinação de fatores (RESNICK et al., 2013).

Fowler et al. (1993), em seu estudo no final dos anos 80 com pacientes do Medicare submetidos à prostatectomia radical entre 1988 a 1990, concluiu que 60% dos pacientes relataram ter nenhuma ereção total ou parcial desde a cirurgia e apenas 11% tiveram ereções suficientes para a relação sexual. Seis por cento tiveram que realizar cirurgia após a PR para tratar a incontinência, 15% faziam tratamentos ou utilizavam dispositivos para ajudar na função sexual e 20% relataram necessidade de tratamento pós-cirúrgico para estenose uretral.

3 JUSTIFICATIVA

A população masculina, em geral, possui resistência quanto à busca de assistência médica e prevenção primária, seja por constrangimento, por medo, por preconceito ou pela crença de que os sintomas sejam decorrentes da idade. A melhor prevenção para o câncer de próstata é a realização de exames anuais, enquanto a não realização, muitas vezes, pode gerar um diagnóstico tardio de CaP, podendo estar em estágios já avançados, comprometendo outros órgãos.

Promover ações de saúde que contribuem para a compreensão da realidade masculina e propiciar um melhor acolhimento nos serviços de saúde podem contribuir para a conscientização de que hábitos saudáveis e prevenção são o melhor caminho para o envelhecimento com qualidade de vida.

O estudo tem como objetivo avaliar os fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes que foram diagnosticados com CaP e se encontram no pós-operatório tardio de prostatectomia e pretende-se responder às perguntas abaixo:

- a) Os fatores sociodemográficos e clínicos interferem na qualidade de vida do paciente?
- b) A função urinária, hábitos intestinais, função sexual e hormonal foram afetadas após a realização de prostatectomia?
- c) A qualidade de vida relacionada à saúde ficou comprometida após o tratamento realizado?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- a) Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes que se encontram no pós-operatório tardio de prostatectomia e fatores associados a possíveis alterações nos padrões urinários, intestinal, sexual e hormonal.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes prostatectomizados durante o retorno ao ambulatório.
- b) Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes.
- c) Verificar o padrão de função urinária, hábitos intestinais, função sexual e hormonal desses pacientes.
- d) Analisar a influência de preditores sociodemográficos e clínicos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes prostatectomizados.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de delineamento transversal e analítico, utilizando dados quantitativos.

A pesquisa quantitativa é caracterizada pelo raciocínio dedutivo, pelas regras da lógica e pelos atributos mensuráveis da experiência humana. O delineamento transversal envolve a coleta de dados em um determinado período de tempo ou em pontos de um período de tempo curto (POLIT; BECKER, 2011).

5.2 LOCAL DE ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada no Ambulatório Maria da Glória do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) e no Ambulatório de Urologia do Hospital Doutor Hélio Angotti, localizados no município de Uberaba, MG.

O HC-UFTM atende a 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais como único hospital que oferece atendimento de alta complexidade, 100% pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Recebe, ainda, pacientes de outras regiões de Minas Gerais e de diversos estados brasileiros. Responde por 73% de toda a média e alta complexidade da macrorregião e por 100% da alta complexidade na mesma área, com exceção do tratamento de câncer (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, 2017).

Quanto à estrutura, o HC-UFTM possui 302 leitos ativos, sendo 20 de UTI infantil, 10 de UTI adulto e 10 de UTI coronariano, sete do setor de neurologia, além de 14 salas de cirurgia. O Pronto-Socorro conta com 32 leitos. O HC-UFTM possui cinco anexos: Ambulatório Maria da Glória, Ambulatório de Especialidades, Ambulatório de Pediatria, Centro de Reabilitação e Central de Quimioterapia, totalizando 180 consultórios (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, 2017).

Inaugurado em 1961, o Hospital "Doutor Hélio Angotti" (HHA), considerado referência no Brasil, é entidade de utilidade pública sem fins lucrativos, mantido pela Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central (ACCBC). Sua finalidade

primordial é prestar assistência à população na área oncológica, realizando inclusive campanhas junto à comunidade, procurando orientá-la, instruí-la e propiciar o diagnóstico precoce do câncer (HOSPITAL DOUTOR HÉLIO ANGOTTI, 2017).

O HHA possui 150 leitos instalados e 40 em fase de construção. Possui uma área específica no 3º andar, destinada à quimioterapia ambulatorial de curta e média duração. Está credenciado com um total de 106 leitos para atendimento ao Sistema Único de Saúde. Nos últimos quatro anos, o Hospital disponibilizou mais de 93% de sua capacidade instalada para pacientes do Sistema Único de Saúde (HOSPITAL DOUTOR HÉLIO ANGOTTI, 2017).

5.3 POPULAÇÃO

Este estudo foi realizado com pacientes que se submeteram à prostatectomia radical no HC-UFTM e no HHA. Foram critérios de inclusão para este estudo: pacientes no pós-operatório tardio de prostatectomia radical e apresentar condições físicas e cognitivas para responder aos questionários. Os critérios de exclusão foram pacientes com período inferior a três meses da realização de prostatectomia.

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação apriorístico, $R^2 = 0,13$, em um modelo de regressão linear com 2 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,05$ e erro do tipo II de $\beta = 0,2$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 80%. Utilizando-se o aplicativo PASS (Power Analysis and Sample Size), versão 13, introduzindo-se os valores acima descritos, obtém-se um tamanho de amostra mínimo de $n = 68$ sujeitos. Considerando uma perda de amostragem de 20%, o número máximo de tentativas de recrutamento foi de 85. A variável de desfecho principal foi o escore do domínio função sexual.

A população do estudo foi composta por todos os pacientes submetidos à PR que se encontravam no ambulatório para consulta médica e que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão durante o período da coleta de dados, que foi de janeiro a julho de 2018, totalizando 70 pacientes. Apenas um paciente se recusou a participar do estudo.

5.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para o alcance dos objetivos propostos, foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados, sendo um roteiro de entrevista, elaborado pelas pesquisadoras para caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes (Apêndice A).

O segundo instrumento utilizado foi o questionário Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) (Anexo A), desenvolvido por pesquisadores do Departamento de Urologia da Universidade de Michigan, nos Estados Unidos, que consiste em uma ferramenta para medir questões relacionadas à qualidade de vida em pacientes com CaP. É composto por 32 questões divididas em quatro domínios: função urinária, com sete; hábitos intestinais, com nove; função sexual, com nove, e função hormonal, com seis questões, finalizando com uma questão que avalia o grau de satisfação em relação ao tratamento. As opções de resposta para cada item do EPIC formam uma escala Likert de 0 a 100, em que pontuações mais altas representam melhor qualidade de vida (WEI et al. 2000).

O EPIC foi validado para o português e adaptado ao contexto brasileiro por Alves; Medina e Andreoni (2013), é sensível aos efeitos das terapias de radiação, hormonal, braquiterapia e prostatectomia na qualidade de vida e pode ser utilizado juntamente com outros instrumentos.

Antes da coleta, obteve-se a relação dos pacientes prostatectomizados por meio do programa AGHU do HC-UFTM e disponibilização de uma lista de pacientes que fizeram o procedimento no HAA. A coleta de dados foi realizada em sala própria no ambulatório, antes de se iniciar a consulta com o médico. Após esclarecimento ao paciente e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os instrumentos foram aplicados pela própria pesquisadora, em que esta realizava a leitura de cada item em voz alta e selecionava a alternativa que o paciente julgasse pertinente.

5.5 VARIÁVEIS

5.5.1 Variáveis sociodemográficas e clínicas

Idade, data do diagnóstico, antecedentes familiares (sim, não), data da realização da PR, escolaridade (analfabeto, 1º grau incompleto ou completo, 2º grau incompleto ou completo), estado civil (solteiro, casado, divorciado, viúvo), cor da pele (branco, negro, outros), situação atual de trabalho (ativo, afastado, desempregado,

aposentado), local de trabalho (se ativo), jornada semanal de trabalho (em horas), alterações no trabalho após o diagnóstico da doença (não se aplica, sim, não), renda mensal em salários mínimos (não se aplica, 1 salário, 2 a 3 salários, 4 a 5 salários) e o número de pessoas que vivem dessa renda (até 1 pessoa, 2 a 3 pessoas, 3 a 6 pessoas, 6 a 10 pessoas) (Apêndice A).

As variáveis a seguir são as que constam no instrumento EPIC.

5.5.2 Variável função urinária

Analisa a função urinária, a presença de escape de urina, sangue, dor ou ardor, controle urinário, uso de fraldas.

5.5.3 Variável hábitos intestinais

Analisa a função hábitos intestinais, a presença de urgência para evacuar, eliminação não controlada de fezes, fezes soltas ou líquidas, sangue, dor abdominal, pélvica ou retal.

5.5.4 Variável função sexual

Analisa a função sexual, o desejo sexual, a qualidade e frequência das ereções, a frequência de atividades sexuais e o seu desempenho.

5.5.5 Variável função hormonal

Analisa a função hormonal, a presença de ondas de calor, sensibilidade nas mamas, depressão, tristeza, falta de energia, alteração no peso, perda de pelo do corpo.

5.6 PROCESSAMENTO DE DADOS

Os dados obtidos a partir do roteiro de entrevista e do instrumento EPIC foram digitados em uma planilha de dados eletrônicos, no programa Excel, validados por

dupla digitação e, posteriormente, importados para o aplicativo Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0, para processamento e análise.

5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados do roteiro de entrevista foram submetidos à análise descritiva, por meio de tabelas de frequência absoluta e relativa. Os escores originais do EPIC foram transformados linearmente numa escala que varia de 0 a 100, conforme orientações apresentadas no manual do instrumento (SANDA; WEI; LITWIN, 2002). Posteriormente, foi calculada a média dos escores em cada uma das escalas para cada participante. A consistência interna do instrumento foi verificada por meio do Coeficiente de alfa de *Cronbach*, no qual cada item de uma escala é testado simultaneamente com os outros.

Os dados do EPIC foram avaliados a partir da amostra total de participantes em relação ao efeito do tratamento instituído sobre os domínios: urinário, intestinal, sexual e hormonal. As análises dos escores de QVRS obtidos para os tratamentos serão apresentadas de forma descritiva por meio de medidas de tendência central (média e mediana), bem como medidas de dispersão (amplitude e desvio-padrão).

A análise bivariada para preditores dicotômicos empregou o teste para postos de *Mann-Whitney*, ao passo que a análise de preditores quantitativos e ordinais incluiu, respectivamente, correlações de *Pearson* e de postos de *Spearman*. A contribuição simultânea de preditores demográficos e clínicos incluiu a análise de regressão linear múltipla. Este trabalho considerou o nível de significância de $\alpha = 0,05$. No entanto, os valores de p devem ser interpretados na hipótese de que a casuística constitui uma amostra aleatória simples de uma população com características similares.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida dentro dos padrões éticos segundo as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, por meio da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O projeto foi submetido à análise pelo responsável legal do setor de urologia do Ambulatório Maria da Glória do HC – UFTM (Apêndice B) e pelo diretor clínico do

Hospital Dr. Hélio Angotti (Apêndice C), por meio de um ofício, solicitando permissão para a realização da pesquisa. Foi solicitada também autorização para a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) (Apêndice D). Depois de autorizado, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM por meio da Plataforma Brasil e, após sua aprovação, pelo parecer consubstanciado sob parecer número 2.448.015 (Apêndice E), iniciou-se a coleta de dados.

Para maior segurança, somente o pesquisador teve acesso aos dados. Em relação aos sujeitos da pesquisa, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice F), esclarecendo-os sobre os objetivos da pesquisa, tendo a liberdade de participar ou não. Foi garantido o direito à privacidade e ao anonimato. Os participantes da pesquisa não foram identificados em nenhum momento, pois utilizou-se de códigos de identificação.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Participaram do estudo 70 pacientes submetidos à PR. Os resultados descritos a seguir representam as características sociodemográficas e clínicas quanto à idade, a antecedentes familiares, à escolaridade, ao estado civil, à cor da pele, à situação atual de trabalho, ao local de trabalho (se ativo), à jornada semanal de trabalho, a alterações no trabalho após o diagnóstico da doença, à renda mensal e ao número de pessoas que vivem dessa renda (Tabela 1)

Tabela 1 - Distribuição das frequências das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

Variáveis (n=70)	f	%
(continua)		
Faixa Etária		
< 50	1	1,4
50 60	10	14,3
61 70	35	50,0
71 80	21	30,0
> 80	3	4,3
Antecedentes Familiares		
Não	55	78,6
Sim	15	21,4
Grau de Escolaridade		
Analfabeto	6	8,6
1º grau incompleto	54	77,1
1º grau completo	4	5,7
2º grau completo	6	8,6
Estado Civil		
Solteiro	13	18,6
Casado	41	58,5
Divorciado	9	12,9
Viúvo	7	10,0
Cor da Pele		
Branco	51	72,9
Negro	19	27,1

Tabela 1 - Distribuição das frequências das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

	(conclusão)	
Situação atual de trabalho		
Ativo	11	15,7
Afastado	6	8,6
Desempregado	1	1,4
Aposentado	52	74,3
Jornada de trabalho semanal		
Nenhuma	58	82,9
20 hrs	1	1,4
30 hrs	1	1,4
40 hrs	6	8,6
45 hrs	3	4,3
55 hrs	1	1,4
Alterações no trabalho após o diagnóstico		
Não se aplica	58	82,9
Não	9	12,9
Sim	3	4,2
Renda mensal		
Nenhuma	1	1,4
1 salário mínimo	53	75,7
2 a 3 salários mínimos	15	21,5
4 a 5 salários mínimos	1	1,4
Total de pessoas que vivem dessa renda		
Até 1	18	25,8
2 a 3	43	61,4
3 a 6	8	11,4
6 a 10	1	1,4

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

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

A idade variou de 45 a 86 anos, sendo a média de 67 anos, com 84,3% acima de 60 anos. Do total de pacientes, 78,6% não tiveram antecedentes familiares com CaP, 58,5% eram casados e 72,9% brancos. 77,1% possuem escolaridade primeiro grau incompleto, 75,7% renda mensal de um salário e 61,4% possuem de 2 a 3 dependentes.

Quanto ao vínculo empregatício, a maioria era aposentada (74,3%), o que não excluía outra fonte de renda desta população, geralmente o exercício de atividades autônomas. Dos 15,7% dos pacientes que eram ativos, 8,6% desenvolviam jornada

semanal de trabalho de 40 horas semanais e 12,9% relataram que não houve alteração no trabalho após o diagnóstico da doença.

6.2 RESULTADOS DO INSTRUMENTO EPIC

6.2.1 Função urinária

A Tabela 2 apresenta os resultados segundo a variável função urinária a partir dos resultados do EPIC.

Tabela 2 - Distribuição das frequências das características da função urinária dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

Variáveis (n=70)	(continua)	
	f	%
Quantas vezes deixou escapar urina		
Mais de uma vez ao dia	18	25,7
Cerca de uma vez ao dia	3	4,3
Mais de uma vez por semana	12	17,1
Cerca de uma vez por semana	4	5,8
Raramente ou nunca	33	47,1
Quantas vezes urinou sangue		
Cerca de uma vez ao dia	1	1,4
Mais de uma vez por semana	1	1,4
Cerca de uma vez por semana	1	1,4
Raramente ou nunca	67	95,8
Dor ou ardor ao urinar		
Mais de uma vez ao dia	8	11,4
Cerca de uma vez ao dia	1	1,4
Mais de uma vez por semana	11	15,8
Cerca de uma vez por semana	1	1,4
Raramente ou nunca	49	70,0

Tabela 2 - Distribuição das frequências das características da função urinária dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

(continua)

Controle urinário		
Gotejamento frequente	13	18,6
Gotejamento ocasional	23	32,9
Controle total	34	48,5
Número de fraldas por dia		
Nenhuma	53	75,7
1 fralda	11	15,7
2 fraldas	3	4,3
3 ou mais	3	4,3
Quão problemático foi o escape de urina		
Nada problemático	33	47,1
Muito pouco problemático	6	8,6
Pouco problemático	8	11,4
Moderadamente problemático	10	14,3
Muito problemático	13	18,6
Quão problemática foi a dor ou o ardor ao urinar		
Nada problemático	50	71,4
Muito pouco problemático	3	4,3
Pouco problemático	4	5,8
Moderadamente problemático	5	7,1
Muito problemático	8	11,4
Quão problemático foi o sangramento ao urinar		
Nada problemático	67	95,8
Muito pouco problemático	1	1,4
Moderadamente problemático	1	1,4
Muito problemático	1	1,4

Tabela 2 - Distribuição das frequências das características da função urinária dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018. (conclusão)

Quão problemático foi o jato de urina fraco		
Nada problemático	46	65,7
Muito pouco problemático	5	7,1
Pouco problemático	8	11,4
Moderadamente problemático	9	12,9
Muito problemático	2	2,9
Quão problemático foi acordar para urinar		
Nada problemático	23	32,9
Muito pouco problemático	19	27,1
Pouco problemático	9	12,9
Moderadamente problemático	7	10,0
Muito problemático	12	17,1
Quão problemática foi a necessidade frequente de urinar durante o dia		
Nada problemático	29	41,4
Muito pouco problemático	17	24,3
Pouco problemático	12	17,1
Moderadamente problemático	6	8,6
Muito problemático	6	8,6
Quão problemática foi a função urinária		
Não foi problemático	19	27,1
Muito pouco problemático	18	25,8
Pouco problemático	15	21,4
Moderadamente problemático	10	14,3
Muito problemático	8	11,4

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

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

Dos participantes, 47,1% relataram que raramente ou nunca houve escape de urina e 25,7% relataram que há escape de urina mais de uma vez ao dia. 47,1% disseram ser nada problemático o escape de urina e 18,6% disseram ser muito problemático.

Verificamos que 95,8% dos pacientes raramente ou nunca tiveram urina com sangue e este mesmo número relatou que este fator é nada problemático. Do total de pacientes, 70% raramente ou nunca apresentaram dor ou ardor ao urinar e 15,8% apresentaram mais de uma vez por semana, sendo que 71,4% disseram que este fator é nada problemático e 11,4% disseram que é muito problemático.

Relataram apresentar controle total urinário 48,5% dos pacientes e 32,9% gotejamento ocasional, sendo que 75,7% dos pacientes não necessitam usar nenhuma fralda durante o dia. Neste estudo, 65,7% dos pacientes não apresentaram problemas em relação ao jato de urina ser fraco e 12,9% disseram ser moderadamente problemático.

Em relação a acordar frequentemente para urinar, 32,9% disseram não ser problemático, 27,1% muito pouco problemático e 17,1% muito problemático. Em relação à necessidade frequente de urinar durante o dia, 41,4% disseram ser nada problemático, 24,3% muito pouco problemático e 17,1% pouco problemático.

No geral, a função urinária foi classificada como não problemática por 27,1% dos pacientes e muito problemática por 11,4% dos pacientes.

6.2.2 Hábitos intestinais

A Tabela 3 apresenta os resultados segundo a variável hábito intestinal e dor abdominal a partir dos resultados do EPIC.

Tabela 3 - Distribuição das frequências das características dos hábitos intestinais dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018. (continua)

Variáveis (n=70)	f	%
Apresentou urgência em evacuar		
Cerca de uma vez ao dia	1	1,4
Mais de uma vez por semana	1	1,4
Cerca de uma vez por semana	2	2,9
Raramente ou nunca	66	94,3

Tabela 3 - Distribuição das frequências das características dos hábitos intestinais dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.
(continua)

Eliminação não controlada de fezes		
Cerca de uma vez ao dia	1	1,4
Raramente ou nunca	69	98,6
Evacuações soltas ou líquidas		
Nunca	51	72,8
Raramente	6	8,6
Cerca de metade das vezes	5	7,1
Frequentemente	6	8,6
Sempre	2	2,9
Fezes com sangue		
Nunca	68	97,1
Raramente	2	2,9
Evacuações dolorosas		
Nunca	54	77,1
Raramente	13	18,6
Frequentemente	1	1,4
Sempre	2	2,9
Número de evacuações em um dia normal		
Duas vezes ou menos	65	92,9
Três a quatro vezes	4	5,7
Cinco ou mais vezes	1	1,4
Dores no abdômen, pélvis ou reto		
Mais de uma vez por semana	2	2,9
Cerca de uma vez por semana	4	5,7
Raramente ou nunca	64	91,4

Tabela 3 - Distribuição das frequências das características dos hábitos intestinais dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.
(continua)

Quão problemática foi a urgência para evacuar		
Nada problemático	70	100,0
Quão problemático foi o aumento da frequência das evacuações		
Nada problemático	68	97,2
Muito pouco problemático	1	1,4
Moderadamente problemático	1	1,4
Quão problemáticas foram as fezes líquidas		
Nada problemático	61	87,1
Muito pouco problemático	3	4,3
Pouco problemático	3	4,3
Moderadamente problemático	2	2,9
Muito problemático	1	1,4
Quão problemática foi a perda do controle da evacuação		
Nada problemático	69	98,6
Pouco problemático	1	1,4
Quão problemáticas foram as fezes com sangue		
Nada problemático	69	98,6
Muito pouco problemático	1	1,4
Quão problemática foi a dor abdominal, pélvica, retal		
Nada problemático	64	91,4
Muito pouco problemático	4	5,8
Pouco problemático	1	1,4
Moderadamente problemático	1	1,4

Tabela 3 - Distribuição das frequências das características dos hábitos intestinais dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018. (conclusão)

Quão problemático foi o hábito intestinal		
Não foi problemático	58	82,9
Muito pouco problemático	8	11,4
Pouco problemático	1	1,4
Moderadamente problemático	3	4,3

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

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

Em relação aos hábitos intestinais, 94,3% dos pacientes raramente ou nunca apresentaram urgência em evacuar e 100% relataram não ter sido nada problemático este item. Apenas 1,4% tiveram eliminação não controlada de fezes cerca de uma vez ao dia e 97,2% disseram que não foi nada problemático o aumento da frequência das evacuações. Para 98,6% dos pacientes não houve problemas em relação à perda do controle da evacuação.

Verificamos que 72,8% dos pacientes nunca tiveram evacuações soltas ou líquidas e 87,1% disseram ser nada problemático este fator e apenas 1,4% referiu ser muito problemático. Um total de 97,1% dos pacientes nunca apresentou fezes com sangue e 98,6% disseram que este fator não foi nada problemático. Destes pacientes, 77,1% nunca tiveram evacuações dolorosas e 18,6% raramente apresentaram evacuações dolorosas.

Dos pacientes que participaram do estudo, 92,9% apresentaram duas ou menos evacuações em um dia normal, 91,4% raramente ou nunca apresentaram dores no abdômen, pélvis ou reto e apenas 5,7% apresentaram este sintoma cerca de uma vez por semana, sendo que 91,4% disseram ser nada problemática a dor abdominal, pélvica e retal e 5,8% muito pouco problemática.

No geral, em relação aos hábitos intestinais, não foram problemáticos para 82,9% dos pacientes e para 11,4% muito pouco problemáticos.

6.2.3 Função sexual

A Tabela 4 apresenta os resultados segundo a variável função sexual e satisfação sexual a partir dos resultados do EPIC.

Tabela 4 - Distribuição das frequências das características da função sexual dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.
(continua)

Variáveis (n=70)	f	%
Nível de desejo sexual		
Muito deficiente a nulo	1	1,4
Deficiente	10	14,3
Razoável	4	5,7
Bom	27	38,6
Muito bom	28	40,0
Capacidade de ter ereção		
Muito deficiente a nulo	37	52,9
Deficiente	18	25,7
Razoável	8	11,4
Bom	7	10,0
Capacidade de ter um orgasmo		
Muito deficiente a nulo	40	57,2
Deficiente	15	21,4
Razoável	8	11,4
Bom	7	10,0
Qualidade das ereções		
Absolutamente nenhuma	40	57,1
Não o suficiente firme para qualquer atividade sexual	14	20,0
Firme para masturbação e preliminares	7	10,0
Firme para a relação sexual	9	12,9

Tabela 4 - Distribuição das frequências das características da função sexual dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.
(continua)

Frequência de ereções		
Nunca teve	38	54,3
Menos da metade das vezes	15	21,4
Cerca de metade das vezes	4	5,7
Mais da metade das vezes	6	8,6
Toda vez	7	10,0
Acordar de manhã ou à noite com uma ereção		
Nunca	51	72,9
Menos de uma vez por semana	12	17,1
Cerca de uma vez por semana	4	5,7
Várias vezes por semana	2	2,9
Diariamente	1	1,4
Frequência em relação a qualquer atividade sexual		
Nenhuma vez	44	62,9
Menos de uma vez por semana	15	21,4
Cerca de uma vez por semana	8	11,4
Várias vezes por semana	2	2,9
Diariamente	1	1,4
Frequência de relações sexuais		
Nenhuma vez	46	65,7
Menos de uma vez por semana	13	18,6
Cerca de uma vez por semana	7	10,0
Várias vezes por semana	3	4,3
Diariamente	1	1,4
Capacidade de desempenho sexual		
Muito pobre	42	60,0
Pobre	9	12,9

Tabela 4 - Distribuição das frequências das características da função sexual dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.
(continua)

Razoável	12	17,1
Boa	5	7,1
Muito boa	2	2,9
Quão problemático foi o nível de desejo sexual		
Nada problemático	30	42,9
Muito pouco problemático	12	17,1
Pouco problemático	15	21,4
Moderadamente problemático	7	10,0
Muito problemático	6	8,6
Quão problemática foi a capacidade de ter ereção		
Nada problemático	5	7,1
Muito pouco problemático	10	14,3
Pouco problemático	14	20,0
Moderadamente problemático	6	8,6
Muito problemático	35	50,0
Quão problemática foi a capacidade de ter orgasmo		
Nada problemático	5	7,1
Muito pouco problemático	10	14,3
Pouco problemático	14	20,0
Moderadamente problemático	6	8,6
Muito problemático	35	50,0
Quão problemática tem sido a função sexual		
Não foi problemático	5	7,1
Muito pouco problemático	9	12,9

Tabela 4 - Distribuição das frequências das características da função sexual dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018. (conclusão)

Pouco problemático	13	18,6
Moderadamente problemático	10	14,3
Muito problemático	33	47,1

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

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

No nosso estudo encontramos que 40% dos pacientes referiram que o nível de desejo sexual após a PR se manteve muito bom, 38,6% disseram estar bom e 14,3% deficiente, sendo que 42,9% dos pacientes disseram ser nada problemático, 21,4% pouco problemático e 8,6% muito problemático.

Em relação à capacidade de ter uma ereção, 52,9% disseram ser muito deficiente a nulo e 10% bom. Cinquenta por cento dos pacientes classificaram como muito problemática a capacidade de ter uma ereção e 20% classificou como pouco problemática.

Observamos também que 57,2% relataram ser muito deficiente a nulo a capacidade de ter um orgasmo e apenas 10% relataram boa capacidade. Disseram ser muito problemática 50% dos pacientes, 20% pouco problemática e 14,3% muito pouco problemática.

Em relação à qualidade das ereções, 57,1% referem ter absolutamente nenhuma e apenas 12,9% estão bem-dispostos para a relação sexual. 54,3% dos pacientes nunca tiveram uma ereção quando queriam, 21,4% menos da metade das vezes e 10% conseguiam toda vez.

Dos participantes, 72,9% nunca acordaram de manhã ou à noite com uma ereção, 62,9% não possuíam qualquer atividade sexual, 21,4% realizavam atividade sexual menos de uma vez por semana e 2,9% várias vezes por semana. Já 65,7% não possuíam nenhuma relação sexual, 18,6% menos de uma vez por semana e 4,3% várias vezes por semana. Em relação à capacidade do desempenho sexual, 60% dos pacientes referiram ser muito pobre, 17,1% razoável e 2,9% muito bom.

No geral, a função sexual foi classificada como muito problemática por 47,1% dos pacientes, 18,6% disseram ser pouco problemática e 14,3% moderadamente problemática.

6.2.4 Função hormonal

A Tabela 5 apresenta os resultados segundo a variável função hormonal a partir dos resultados do EPIC.

Tabela 5 - Distribuição das frequências das características da função hormonal dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

Variáveis (n=70)	f	%
(continua)		
Frequência de ondas de calor		
Mais de uma vez ao dia	1	1,4
Cerca de uma vez ao dia	5	7,1
Mais de uma vez por semana	9	12,9
Cerca de uma vez por semana	6	8,6
Raramente ou nunca	49	70,0
Sensibilidade nas mamas		
Raramente ou nunca	70	100,0
Com que frequência se sentiu deprimido		
Mais de uma vez ao dia	4	5,7
Mais de uma vez por semana	5	7,1
Cerca de uma vez por semana	6	8,6
Raramente ou nunca	55	78,6
Com que frequência sentiu falta de energia		
Mais de uma vez por semana	9	12,9
Cerca de uma vez por semana	7	10,0
Raramente ou nunca	54	77,1
Mudança de peso		
Ganhou 5 kg ou mais	6	8,6

Tabela 5 - Distribuição das frequências das características da função hormonal dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

(continua)

Ganhou menos de 5 kg	9	12,9
Não houve alteração	42	60,0
Perdeu menos 5kg	5	7,1
Perdeu 5 kg ou mais	8	11,4
Quão problemáticas foram as ondas de calor		
Nada problemático	56	80,0
Muito pouco problemático	6	8,6
Pouco problemático	2	2,8
Moderadamente problemático	6	8,6
Quão problemática foi a sensibilidade nas mamas		
Nada problemático	70	100,0
Quão problemática foi a perda de pelo do corpo		
Nada problemático	69	98,6
Muito pouco problemático	1	1,4
Quão problemático foi sentir-se deprimido		
Nada problemático	57	81,4
Muito pouco problemático	1	1,4
Pouco problemático	3	4,3
Moderadamente problemático	3	4,3
Muito problemático	6	8,6
Quão problemática foi a falta de energia		
Nada problemático	58	82,9
Muito pouco problemático	3	4,3
Pouco problemático	5	7,1

Tabela 5 - Distribuição das frequências das características da função hormonal dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018. (conclusão)

Moderadamente problemático	3	4,3
Muito problemático	1	1,4
Quão problemática foi a mudança de peso		
Nada problemático	62	88,6
Muito pouco problemático	5	7,2
Pouco problemático	1	1,4
Moderadamente problemático	1	1,4
Muito problemático	1	1,4

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

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

Em relação à função hormonal, 70% dos pacientes raramente ou nunca tiveram ondas de calor, apenas 12,9% relataram ter mais de uma vez por semana e 7,1% cerca de uma vez ao dia. Oitenta por cento dos pacientes disseram que as ondas de calor não foram nada problemáticas.

Raramente ou nunca apresentaram sensibilidade nas mamas 100% dos pacientes, resultando em nada problemático em relação a este item. Verificou-se que 78,6% raramente ou nunca se sentiram deprimidos, 8,6% cerca de uma vez por semana e 5,7% se encontraram deprimidos mais de uma vez ao dia. Sendo que para 81,4% dos pacientes não foi nada problemático e para 8,6% muito problemático.

Raramente ou nunca sentiram falta de energia para desenvolver suas atividades diárias 77,1% dos pacientes e apresentam falta de energia mais de uma vez por semana 12,9%. Sendo que 82,9% disseram ser nada problemática a falta de energia e 7,1% disseram ser pouco problemática.

Em relação à mudança de peso, para 60% dos pacientes não houve alteração, 12,9% ganharam menos de cinco quilos e 11,4% perderam cinco quilos ou mais. Para 88,6% dos pacientes não foi problemática esta mudança e para 7,2% muito pouco problemática. Um total de 98,6% dos pacientes relatou nenhum problema em relação à perda de pelos pelo corpo.

6.2.5 Grau de satisfação com o tratamento

A Tabela 6 apresenta os resultados sobre o grau de satisfação com o tratamento recebido em relação ao câncer de próstata a partir dos resultados do EPIC.

Tabela 6 - Distribuição das frequências do grau de satisfação do tratamento recebido pelos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

Variáveis (n=70)	f	%
Grau de satisfação com o tratamento		
Não tenho certeza	3	4,3
Satisfeito	58	82,8
Extremamente satisfeito	9	12,9

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

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

A maioria dos pacientes se sentiram satisfeitos com o tratamento recebido (82,8%), apenas 4,3% dos pacientes não tiveram certeza, a maioria devido aos sintomas que ainda permanecerem por um longo tempo após a cirurgia. Nenhum paciente relatou estar insatisfeito com o tratamento. Verificamos a falta de clareza sobre os sintomas da doença e o tratamento recebido em vários pacientes que participaram da pesquisa, é necessário que esta população entenda melhor sobre a assistência que lhe está sendo prestada para uma classificação real do grau de satisfação com o tratamento.

Tabela 7 - Correlação dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde com a idade e o tempo de cirurgia nos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

Domínios	Idade		Tempo de cirurgia	
	R	pa	R	pa
Urinário	0,01	0,93	0,17	0,15
Intestinal	0,03	0,82	0,12	0,31
Sexual	-0,10	0,42	0,30	0,01*
Hormonal	-0,13	0,30	-0,01	0,93

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

a Correlação Linear de Pearson

* p < 0,05 significativo

A Tabela 7 indica que houve correlação significativa entre a QVRS e o tempo de cirurgia no item domínio sexual. O EPIC considera para os domínios que quanto maior o escore melhor a QVRS. Podemos afirmar que quanto maior o tempo de cirurgia melhor foi a QVRS em relação à função sexual do paciente, mostrando-se uma correlação moderada.

Tabela 8 - Correlação dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde com a escolaridade e a renda dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

Domínios	Escolaridade		Renda	
	<i>R</i>	<i>p b</i>	<i>r</i>	<i>p b</i>
Urinário	0,13	0,27	-0,08	0,53
Intestinal	0,06	0,60	-0,05	0,69
Sexual	0,09	0,46	0,09	0,46
Hormonal	0,19	0,11	-0,02	0,84

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

b Correlação Ordinal de *Spearman*

A Tabela 8 indica que não houve correlação significativa entre a QVRS e a escolaridade e renda dos pacientes prostatectomizados em relação aos domínios urinário, intestinal, sexual e hormonal.

A Tabela 9 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 do EPIC.

Tabela 9 - Estatística descritiva dos escores do instrumento de qualidade de vida EPIC dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

Domínios	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	DP	α
Urinário	25,0	100,0	76,3	79,9	19,6	0,85
Intestinal	71,0	100,0	96,1	100,0	6,3	0,69
Sexual	2,0	88,0	29,4	21,1	22,4	0,94
Hormonal	59,0	100,0	90,5	93,2	28,7	0,52

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Para o domínio hormonal, o resultado da média foi igual a 90,5 pontos, revelando pouco comprometimento da QVRS. O menor escore foi em relação ao domínio sexual (29,4) e o maior foi em relação ao domínio intestinal (96,1).

De acordo com os dados apresentados, a QVRS em geral foi considerada boa, este resultado pode ser devido à ausência de sintomatologia característica do CaP.

Tabela 10 - Comparação dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde segundo a cor da pele dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

Domínios	COR DA PELE						p*
	BRANCO			NEGRO			
	Média	Posto Médio	DP	Média	Posto Médio	DP	
Urinário	77,88	37,08	18,47	71,90	31,26	22,25	0,29
Intestinal	96,57	35,99	5,70	94,92	34,18	7,77	0,72
Sexual	32,13	37,88	23,45	22,19	29,11	17,77	0,11
Hormonal	91,53	37,75	8,67	87,68	29,47	10,85	0,13

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

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

A Tabela 10 indica os dados referentes à QVRS em relação à cor da pele dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Podemos verificar que não houve correlação significativa em relação à cor da pele dos pacientes prostatectomizados e os domínios urinário, intestinal, sexual e hormonal.

Tabela 11 - Comparação dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde segundo a escolaridade dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

Domínios	ESCOLARIDADE						p*
	ESTUDOU			NÃO ESTUDOU			
	Média	Posto Médio	DP	Média	Posto Médio	DP	
Urinário	77,60	36,50	18,34	61,92	24,83	28,0	0,18
Intestinal	96,23	35,14	5,86	94,94	39,33	10,73	0,61
Sexual	30,02	35,91	22,91	23,18	31,08	15,6	0,59
Hormonal	91,37	36,75	8,22	81,06	22,17	15,79	0,93

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

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

A Tabela 11 aponta resultados da QVRS nos pacientes com escolaridade e naqueles sem escolaridade. Verifica-se que não houve correlação significativa entre as variáveis presentes na tabela.

Tabela 12 - Comparação dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde segundo a renda dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

Domínios	RENDA						<i>p</i> *
	ATÉ 1 SALÁRIO			MAIOR QUE 1 SALÁRIO			
	Média	Posto Médio	DP	Média	Posto Médio	DP	
Urinário	76,76	36,34	20,45	74,57	32,66	16,8	0,53
Intestinal	96,26	35,99	6,28	95,65	33,84	6,58	0,69
Sexual	28,65	34,52	22,20	32,05	38,81	23,48	0,46
Hormonal	91,04	35,77	8,68	88,64	34,59	11,62	0,84

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

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

A Tabela 12 aponta resultados da QVRS nos pacientes com até um salário mínimo e naqueles com mais de um salário mínimo. Nota-se que não houve correlação significativa entre renda dos pacientes prostatectomizados em relação aos domínios do instrumento EPIC.

Tabela 13 - Comparação dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde segundo a situação de trabalho dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

Domínios	SITUAÇÃO DE TRABALHO						<i>p</i> *
	ATIVO			NÃO ATIVO			
	Média	Posto Médio	DP	Média	Posto Médio	DP	
Urinário	78,35	35,73	13,14	75,87	35,46	20,63	0,97
Intestinal	95,62	35,77	8,46	96,22	35,45	5,91	0,96
Sexual	40,27	45,00	27,76	27,41	33,73	20,88	0,09
Hormonal	95,04	49,18	8,55	89,64	32,95	9,36	0,01*

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

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

* *p* < 0,05 significativo

A Tabela 13 indica os resultados da QVRS nos pacientes que estão ativos e naqueles que não estão ativos no trabalho. Verifica-se que houve correlação

significativa dos pacientes que estão ativos no trabalho em relação ao domínio função hormonal, em que aqueles que estão ativos apresentam melhor QVRS em relação ao domínio hormonal (média: 95,04).

Tabela 14 - Comparação dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde segundo a presença ou ausência de antecedente familiar dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

Domínios	ANTECEDENTE FAMILIAR						p^*
	SIM			NÃO			
	Média	Posto Médio	DP	Média	Posto Médio	DP	
Urinário	77,88	35,50	15,87	75,82	35,50	20,59	1,00
Intestinal	93,21	27,50	8,83	96,92	37,68	5,26	0,06
Sexual	37,90	42,63	25,28	27,12	33,55	21,18	0,13
Hormonal	88,64	32,33	9,91	90,99	36,36	9,28	0,50

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

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

A Tabela 14 mostra resultados da QVRS nos pacientes com antecedente familiar de CaP e naqueles que não tiveram casos na família. Podemos afirmar que não houve correlação significativa entre a variável antecedente familiar e os domínios do instrumento EPIC.

Tabela 15 - Comparação dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde segundo a alteração no trabalho dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

Domínios	ALTERAÇÃO NO TRABALHO						p^*
	SIM			NÃO			
	Média	Posto Médio	DP	Média	Posto Médio	DP	
Urinário	74,31	30,33	8,42	76,34	35,73	19,97	0,67
Intestinal	98,21	40,83	3,09	96,03	35,26	6,42	0,71
Sexual	17,31	28,33	3,33	29,97	35,82	22,72	0,56
Hormonal	88,64	31,67	9,91	90,57	35,67	9,44	0,76

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

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

A Tabela 15 indica resultados da QVRS nos pacientes que apresentaram alterações no trabalho após a realização da prostatectomia radical e naqueles que não apresentaram alterações. Verifica-se que não houve correlação significativa entre

apresentar ou não alteração no trabalho em relação aos domínios urinário, intestinal, sexual e hormonal.

Tabela 16 - Comparação dos escores de qualidade de vida relacionada à saúde segundo o estado civil dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

Domínios	COMPANHEIRO						p*
	SIM			NÃO			
	Média	Posto Médio	DP	Média	Posto Médio	DP	
Urinário	76,20	35,06	18,90	76,34	36,12	20,85	0,83
Intestinal	96,82	36,65	4,93	95,14	33,88	7,85	0,55
Sexual	29,88	36,65	21,56	28,80	33,88	23,85	0,58
Hormonal	90,52	34,01	70,80	90,44	37,60	11,42	0,47

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

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

A Tabela 16 aponta os resultados da QVRS nos pacientes que possuem companheiro e naqueles que não possuem. Não houve correlação significativa entre as variáveis apresentadas na tabela.

Tabela 17 - Regressão dos escores dos domínios de qualidade de vida relacionada à saúde com o tempo de cirurgia e a idade nos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba (MG), 2018.

DOMÍNIOS	URINÁRIO		INTESTINAL		SEXUAL		HORMONAL	
	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p
Tempo de cirurgia	0,176	0,149	0,124	0,311	0,297	0,013	-0,015	0,899
Idade do paciente	0,018	0,885	0,033	0,785	-0,086	0,464	-0,126	0,302

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

A Tabela 17 apresenta os resultados da QVRS em relação ao tempo de cirurgia e à idade do paciente. Podemos confirmar por meio da tabela acima que o tempo de cirurgia foi um fator importante para os pacientes submetidos à prostatectomia radical, em que quanto maior for o intervalo de tempo da realização da cirurgia melhor será a QVRS em relação à função sexual desempenhada pelo paciente.

7 DISCUSSÃO

7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Pelos resultados deste estudo a média da idade dos pacientes que realizaram a PR foi de 67 anos, corroborando os dados do INCA, em que o câncer de próstata é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida (INCA, 2018b).

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos. Segundo Ruano (2015), a idade média dos participantes do estudo foi de 65 anos, variando entre 52 e 75 anos, indicando que a população que realiza o tratamento para o câncer de próstata é configurada em grande maioria por idosos. Isto pode estar relacionado com a faixa etária estipulada para a realização dos exames de rastreamento, como exame de toque e PSA.

O declínio fisiológico da disfunção erétil e do trato urinário inferior com o envelhecimento reduz a diferença entre homens não operados e operados após a cirurgia com o avançar da idade (AL-ALI et al., 2017).

De acordo com o INCA, em relação às pessoas da família, como pai ou irmão, com câncer de próstata antes dos 60 anos, o risco de se ter a doença é de 3 a 10 vezes maior quando comparado com a população em geral, podendo refletir tanto fatores genéticos quanto hábitos alimentares ou estilo de vida de risco de algumas famílias (INCA, 2018c). No presente estudo, a maioria dos pacientes (78,6%) não tiveram antecedentes familiares.

No presente estudo encontrou-se que a maioria dos pacientes que participaram eram brancos (72,9%), porém a literatura apresenta que o CaP é mais comum em negros. De acordo com o INCA (2014), o CaP tem aproximadamente duas vezes mais chance de acometer homens negros do que brancos, sendo que os americanos, jamaicanos e caribenhos descendentes de africanos possuem as mais elevadas taxas de incidência desse câncer num espectro mundial, justificando a susceptibilidade genética (5% a 10%).

Apresentaram maior frequência, neste estudo, os casados (58,6%), corroborando um estudo chinês, que teve por objetivo determinar os fatores que interferiam na QVRS de pacientes com CaP, demonstrando que os casados (86,2%) manifestam melhores resultados nos domínios relacionados à saúde, às relações sociais e à satisfação sexual, concluindo que o estado civil é um importante determinante na QVRS de homens com a doença (KAO et al., 2015).

Verificou-se nesta pesquisa que 77,1% dos pacientes tinham escolaridade primeiro grau incompleto e 75,7% renda mensal de um salário mínimo. Em outro estudo, foi observado que a baixa renda e a prevalência de poucos anos de escolaridade sugerem maior atenção por parte dos profissionais de saúde no momento de realizar orientações de saúde a esses usuários. A baixa escolaridade pode estar relacionada à maior exposição aos fatores de riscos, a menos informação, a menos acesso à saúde e à reduzida qualificação profissional (CZORNY et al., 2017).

7.2 RESULTADOS DO INSTRUMENTO EPIC

Encontrou-se como resultado que 25,7% dos pacientes apresentaram escape de urina mais de uma vez ao dia, 48,6% relataram apresentar controle urinário total e 32,9% gotejamento ocasional. De forma semelhante, podemos verificar que no estudo de Al-Ali et al. (2017) a prevalência de incontinência urinária (IU) foi de 39,9% para os homens após PR, sendo que, de 60 a 70 anos, a prevalência foi de 41,9% e de 71 a 80 anos foi de 37,7% e foi verificado também no estudo citado que o comprometimento da qualidade de vida, devido à incontinência urinária após a PR, foi relatado por 70,1% dos homens de 60 a 70 anos e por 66,1% dos homens de 71 a 80 anos.

De acordo com a pesquisa de Hosier et al. (2016), de um total de 256 pacientes, 29% desenvolveram um ou mais sintomas urinários, incluindo nictúria (22%), aumento da frequência urinária (21%), urgência urinária (19%) e incontinência de urgência (6%) após PR e 165 pacientes desenvolveram bexiga hiperativa após a PR.

Do ponto de vista do paciente, a incontinência urinária diminui a qualidade de vida, mesmo que o tempo para a recuperação da função urinária tenha sido encurtado devido à melhora nas diferentes técnicas cirúrgicas que preservam e reconstróem as estruturas anatômicas nem todos os pacientes

alcançarão continência imediata após
remoção de cateter (HATIBOGLU et al., 2016).

A PR apresenta um índice de sucesso que varia de 5% a 45% dependendo de estágio tumoral, grau de diferenciação do tumor, técnica utilizada e da habilidade do cirurgião. A razão do aparecimento de incontinência urinária após a PR é decorrente da localização anatômica da próstata, assim qualquer modificação da forma e do volume dessa glândula pode ter consequência no escoamento da urina, além da lesão iatrogênica dos esfíncteres urinários e da musculatura do assoalho pélvico (MAP) durante a PR. Uma das possibilidades de tratamento da IU após PR é a fisioterapia, que se destaca com resultados positivos, pode ser realizada logo após a retirada do cateter vesical e está relacionada com uma efetiva recuperação dos pacientes, influenciando a retomada da QVRS (SANTOS et al., 2016).

Estudos semelhantes, como o de Bayoud et al (2015), também mostram que 44% dos homens que realizaram prostatectomia radical, com idade entre 50 e 70 anos, apresentaram sintomas graves do trato urinário inferior e relataram que a prostatectomia radical melhorou a pontuação internacional dos Sintomas da Próstata e qualidade de vida ao longo de 24 meses.

Para a maioria dos pacientes não houve problemas em relação à função intestinal após a realização da PR. Na literatura, há poucos relatos de sintomas relacionados à função intestinal ocasionados pela PR. Pode-se observar no estudo de Ramsey et al. (2013) que os sintomas irritativos intestinais não mudaram consideravelmente ao longo do tempo e, segundo a pesquisa de Matthew et al. (2014), os problemas intestinais foram os piores em 1 mês após a PR, correspondendo à diarreia ocasional, ao desconforto retal ou à constipação.

Considerando que a função sexual foi a mais afetada entre os participantes, indicando baixa QVRS durante o tratamento, em que a maioria, 52,9, disse ser muito deficiente a nulo em relação à capacidade de ter uma ereção e 50% dos pacientes classificaram como muito problemática a capacidade de ter uma ereção. Estudo semelhante de Sato et al. (2013) verificou que 65 pacientes apresentavam desejo sexual bom (40,1%) e 97 (59,9%) apresentavam desejo sexual pobre. Foi verificada uma baixa atividade sexual pré-operatória nos pacientes estudados, dissociação significativa das atitudes em relação à vida sexual pós-operatória entre os pacientes e seus parceiros e aos efeitos das expectativas e à motivação dos parceiros na vida sexual pós-operatória.

No estudo de Capogrosso (2016), 29,5% dos pacientes relataram climactúria (incontinência associada ao orgasmo) após a prostatectomia radical e 11,6% relataram orgasmo doloroso após a PR, sendo que a climactúria é uma complicação pós-operatória que pode se tornar um incômodo para o paciente, causando constrangimento e problemas no relacionamento.

Foi observado que 57,1% dos pacientes não conseguiam ter nenhuma ereção durante a relação sexual e apenas 12,9% estavam firmes para a relação sexual, sendo que 54,3% dos pacientes nunca tiveram uma ereção quando queriam, 21,4% menos da metade das vezes e 10% conseguiam toda vez, dessa forma a reabilitação erétil após a PR é uma opção para ajudar os homens a recuperar o funcionamento erétil, no entanto muitos têm dificuldade em aderir a este tipo de reabilitação. A frustração dos homens em relação à disfunção erétil pode levá-los a evitar situações sexuais e tratamentos, afetando-os negativamente (NELSON et al., 2015).

No estudo de Matthew et al. (2014) 4,9% dos 325 homens relataram nenhuma disfunção sexual no pré-operatório. Esta proporção subiu para 10,8% de 3 a 9 meses pós PR, 23,4% de 9 a 18 meses e 32,3% de 18 a 30 meses após PR.

A disfunção sexual após PR é um problema significativo, mesmo com os protocolos de reabilitação se mostrando úteis. A preservação e recuperação da capacidade erétil após a PR são fundamentais para a atividade sexual continuada. Porém, outros fatores podem comprometer o sucesso da atividade sexual na vida pós-operatória, como motivação e atitudes sexuais negativas dos pacientes e seus parceiros (SATO et al., 2013).

Embora na amostra estudada o domínio hormonal não tenha tido alto impacto na QVRS dos participantes, podemos considerar que o tratamento para o CaP pode causar algum efeito colateral durante ou após o tratamento (QUIJADA et al., 2017).

No presente estudo foi verificado que 8,6% dos pacientes se encontravam deprimidos cerca de uma vez por semana e 5,7% mais de uma vez ao dia. A depressão e o incômodo podem impactar o casal, resultando em perda da intimidade, que por sua vez pode levar ao estresse e conflito no relacionamento (NELSON et al., 2015).

Para Mata et al. (2015), a autoeficácia é um componente da motivação, pois se trata de uma avaliação de desempenho fundamental para a aquisição e mudança de comportamento. Os resultados revelaram que a morbidade psicológica (ansiedade e depressão) é um preditor significativo na variável de autoeficácia, em que 31,6% dos

pacientes tinham ansiedade e 0,5%, depressão, assim quanto menor a morbidade psicológica maior a autoeficácia.

Segundo Dinkel et al. (2014), a prevalência de aflição em pacientes com câncer de próstata foi de 16,4%, o sentimento de imperfeição fisicamente foi de 12,3%, sono perturbado foi de 6,5% e os que temem que a doença se repita foram 6,3%. Seis por cento relataram que tiveram depressão e 6,3% tiveram ansiedade.

Segundo Nelson et al. (2015), quando solicitado ao paciente falar sobre sua experiência com a disfunção erétil, os homens expressaram um sentimento de profunda decepção e angústia, relatando sentimentos de "frustração", "vergonha" e "ansiedade", e caracterizaram a experiência como "devastadora".

Neste estudo, 12,9% dos pacientes apresentaram falta de energia mais de uma vez por semana para desenvolverem suas atividades diárias. No estudo de Köhler et al. (2014), entre 3 e 12 meses após a cirurgia, 47 pacientes (14%) foram caracterizados com fadiga clínica pelo menos duas vezes, portanto a fadiga crônica foi desenvolvida. Dez pacientes (3%) que não tinham fadiga antes da cirurgia foram rastreados com fadiga em todos os pontos de avaliação após a cirurgia e nove pacientes (2,7%) foram rastreados com fadiga em todos os pontos de avaliação antes e depois da cirurgia. Dezenove pacientes (6%) foram selecionados com fadiga clínica apenas uma vez depois da cirurgia.

A experiência do diagnóstico e o tratamento do câncer de próstata envolvem diversos estressores físicos e emocionais que aumentam o risco de sofrimento emocional e depressão dos pacientes. Os próximos 24 meses da prostatectomia radical são exigentes, caracterizados por mudanças relativamente rápidas no funcionamento físico e sexual, incluindo disfunção erétil, ereções menos firmes, experiência subjetiva de se sentir menos excitado e diminuição do envolvimento global na atividade sexual. Essas mudanças sexuais têm sido associadas ao aumento do risco de sintomas depressivos e pior qualidade de vida relacionada à saúde (HOYT; CARPENTER, 2015).

Segundo Kohler et al. (2014), um dia antes da cirurgia, ansiedade foi relatada por 13% dos pacientes e 19% foram identificados como casos suspeitos. Três tiveram ansiedade depois de 6 e 12 meses da cirurgia. Independentemente do momento, entre 6% e 8% dos pacientes relataram depressão definida.

A depressão tem um impacto muito grande na saúde de pacientes. A presença de sintomas depressivos está diretamente relacionada ao declínio físico, psicológico

e social, tendo características que impactam na qualidade de vida e sua funcionalidade. É necessário prover uma maior atenção psicológica a esses pacientes, a fim de oferecer qualidade de informações, auxílio psicológico, formação de grupos de apoio e outras medidas, já que, em muitos casos, a sobrevida, que não é acompanhada de boa qualidade de vida, pode não ser a melhor opção para o paciente, causando mais sofrimento (SEEMANN et al., 2018).

Assim como foi mostrado que quanto maior o tempo de cirurgia melhor é a QVRS em relação ao domínio função sexual dos pacientes prostatectomizados, grande parte dos tratamentos resulta em declínios na QVRS, com alguma recuperação ao longo dos próximos 1 ou 2 anos, mas que a cirurgia apresenta o maior impacto sobre a função sexual e urinária, sendo que a radiação apresenta um efeito mais forte sobre o funcionamento do intestino, e a terapia de privação de andrógeno apresenta efeito mais forte sobre a função física (PUNNEN et al., 2015).

No estudo de Sridhar (2016), a função erétil pré e pós-operatória foi avaliada usando o Inventário de Saúde Sexual IIEF-5 para homens aos 3 meses, 6 meses, 1 ano, 2 anos, 3 anos e 4 anos de pós-operatório. No geral, o retorno da função erétil foi observado em 23,5% dos pacientes aos 18 meses. Isso foi significativamente aumentado em homens com menos de 60 anos ($p = 0,024$).

A disfunção erétil é uma das complicações pós-operatórias mais comuns da PR, com uma incidência de 25-75%. A maioria dos doentes recupera a sua função sexual parcial ou totalmente em 12 a 24 meses, sendo improvável uma recuperação após 2 anos. Nos casos de disfunção erétil refratária ao tratamento médico após 2 anos da cirurgia, deverá ser ponderada a colocação de prótese peniana (SEPÚLVEDA et al., 2016).

A demora no tratamento da disfunção erétil pode causar um impacto negativo na recuperação e afetar a relação do casal. Qualquer intervenção a ser realizada deve envolver o parceiro para ser mais efetiva. Comunicação mais aberta e frequente sobre a doença e seus efeitos colaterais, sobre a sexualidade e sobre expressão de afeto permite integrar os tratamentos para a disfunção erétil, melhorando a satisfação sexual do sobrevivente e de seu parceiro (CANADA et al., 2005).

A recuperação da função erétil no pós-operatório precoce, aos três meses, especialmente sem a necessidade de inibidores da fosfodiesterase-5 (PDE5i), é um bom indicador de prognóstico para disfunção erétil em 12 meses. Boas ereções após a cirurgia é incomum (16%). No entanto, um grupo distinto de homens perde ereções

funcionais dentro de seis meses após a cirurgia. É importante informar os pacientes sobre esta possibilidade, pois tem-se um impacto sobre a QVRS e, potencialmente, sobre a melhor compreensão e conseqüente aderência à terapia para disfunção erétil pós PR (KATZ et al., 2010).

Como limitação do estudo, podemos citar o recorte transversal e o número reduzido de participantes. É importante a realização de novas pesquisas com um número amostral maior, a fim de identificar os efeitos dos diferentes tratamentos para o CaP, as conseqüências para o paciente e os métodos eficazes de reabilitação.

8 CONCLUSÃO

Podemos concluir que, do total de 70 pacientes que participaram do estudo, a média de idade foi de 67 anos e 84,3% acima de 60 anos, a maioria era casada (58,5%), brancos (72,9%), aposentados (74,3%) e não tiveram antecedentes familiares (78,6%). Cursaram até o primeiro grau incompleto 77,1%, possuíam uma renda mensal de um salário mínimo 75,7% e de dois a três dependentes 61,4%.

A função urinária foi classificada como muito problemática por 11,4% dos pacientes. 4,3% disseram que os hábitos intestinais foram moderadamente problemático. Em relação à função hormonal, verificou-se que 78,6% raramente ou nunca se sentiram deprimidos e 77,1% dos pacientes raramente ou nunca apresentaram falta de energia. A função sexual dos pacientes submetidos à prostatectomia radical foi a mais prejudicada durante o tratamento, resultando em baixa QVRS, sendo que 60% dos pacientes que participaram da pesquisa referiram ter um desempenho sexual muito pobre e 47,1% classificaram a função sexual como sendo muito problemática.

Verificou-se neste estudo que quanto maior o tempo após a realização da cirurgia melhor a QVRS do paciente prostatectomizado em relação à função sexual.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo contribuiu para verificar o quanto é importante avaliar a QVRS de paciente com CaP que foi submetido a procedimento cirúrgico de PR. O instrumento utilizado para a coleta de dados (EPIC) foi útil na investigação dos problemas causados na função urinária, intestinal, sexual e hormonal, sendo que o domínio função sexual foi o mais afetado entre os pacientes que participaram da pesquisa.

Os aspectos psicológicos, fisiológicos e sociais do paciente com CaP, submetido ao procedimento cirúrgico de PR, na maioria das vezes, são afetados, assim o profissional de saúde deve promover melhor qualidade de vida ao paciente e seus familiares, tornando o ambiente hospitalar mais leve e humanizado.

A avaliação pré-operatória deve ser abrangente, fornecendo informações e expectativas realistas, abordando as preocupações e angústias, visando a intervenções psicossociais ao nível do casal, contribuindo para o controle do sofrimento psicológico relacionado ao tratamento e às opções de reabilitação.

Durante a pesquisa, verificou-se que a maioria dos pacientes estavam psicologicamente afetados, devido, principalmente, aos sintomas urinários e sexuais que estavam apresentando, onde muitos não conseguiam abordar o assunto com a equipe médica por vergonha, frustração ou estarem acompanhados por alguma pessoa da família. E durante a coleta de dados, vários pacientes apontavam suas dificuldades, tristezas e os problemas enfrentados no relacionamento devido à PR e até retornavam após a realização da pesquisa, mostrando a necessidade de um acompanhamento psicológico e uma melhor assistência da equipe multiprofissional no pós-operatório deste paciente.

REFERÊNCIAS

ADOLFSSON, J. Watchful waiting and active surveillance: the current position. **BJU Int.**, Edinburgh, v.102, n.1, p.10-4, 2008. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1464-410X.2008.07585.x/>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

AL-ALI, B.M et al. The long-term effect of radical prostatectomy on erectile function, urinary continence, and lower urinary tract symptoms: a comparison to age-matched healthy controls. **BioMed Res. Int.**, New York, 2017:9615080. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/9615080/>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

ALVES, E.; MEDINA, R.; ANDREONI, C. Validation of the Brazilian version of the Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) for patients submitted to radical prostatectomy. **Int. Braz. J. Urol.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 344–52, 2013.

BAUER, R. M. et al. Contemporary management of postprostatectomy incontinence. **Eur. Urol.**, Basel, v. 59, p. 985-996, 2011. Disponível em: <[https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(11\)00264-8/fulltext](https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(11)00264-8/fulltext) />. Acesso em: 15 abr. 2017.

BAYOUD, Y. et al. International Prostate Symptom Score is a predictive factor of lower urinary tract symptoms after radical prostatectomy. **Int. J. Urol.**, Tokyo, v. 22, n. 3, p. 283–87, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html/>. Acesso em: 23 jul. 2017.

CANADA, A.L. et al. Pilot intervention to enhance sexual rehabilitation for couples after treatment for localized prostate carcinoma. **Cancer**, Philadelphia, v. 104, n. 12, p. 2689-2700, 2005.

CAPOGROSSO, P et al. Orgasmic dysfunction after robot-assisted versus open radical prostatectomy. **Eur. Urol.**, Basel, v.70, n. 2, p. 223 – 26, 2016. Disponível em: <[https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(15\)01080-5/pdf/](https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(15)01080-5/pdf/)>. Acesso em: 19 mai. 2017.

CHOI, E. P. H. et al. Health-related quality of life of Chinese patients with prostate cancer in comparison to general population and other cancer populations. **Support. Care Cancer**, Berlin, v. 24, n. 4, p. 1849–56, 2016.

CZORNY, R.C.N. et al. Fatores de risco para o câncer de próstata: população de uma unidade básica de saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.22, n.4, e51823, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51823/pdf/>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

DINKEL, A. et al. Influence of family history on psychosocial distress and perceived need for treatment in prostate cancer survivors. **Fam. Cancer**, Dordrecht, v. 13, n. 3, p. 481–88, 2014.

EVERAERTS, W. et al. Radical treatment of localized prostate cancer in the elderly. **BJU Int.**, Edinburgh, v. 116, n. 6, p. 847–52, 2015. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bju.13128>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

FOWLER, F. J. et al. Patient-reported complications and follow-up treatment after radical prostatectomy: the national medicare experience: 1988–1990 (updated June 1993). **Urology**, Ridgewood, v. 42, n. 6, p. 622–28, 1993.

FRIEDERSDORFF, F. et al. Does the prostate health index depend on tumor volume? - a study on 196 patients after radical prostatectomy. **Int J Mol Sci.**, Switzerland, v. 18, n. 3, E488, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5372504/pdf/ijms-18-00488.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

FUNDAÇÃO DO CÂNCER (Brasil). **Sobre o Câncer**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://www.cancer.org.br/sobre-o-cancer/>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

GLINA, S. et al. Prostate cancer: what is the right message? **Einstein**. São Paulo, v. 13, n. 4, p. 7–8, 2015.

HAMOEN, E. H. et al. Discrepancies between guidelines and clinical practice regarding prostate-specific antigen testing. **Fam. Pract.**, Oxford, v. 30, n. 6, p. 648–54, 2013. Disponível em: <<https://academic.oup.com/fampra/article/30/6/648/526952/>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

HARTZLER, A. L. et al. Design and feasibility of integrating personalized PRO dashboards into prostate cancer care. **J. Am. Med. Inform. Assoc.**, Philadelphia, v. 23, n. 1, p. 38-47, 2016. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jamia/article/23/1/38/2380095/>>. Acesso em: 27 ago. 2017.

HATIBOGLU, G. et al. Predictive factors for immediate continence after radical prostatectomy. **World J. Urol.**, Berlin, v. 34, n. 1, p.113-20, 2016. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00345-015-1594-4/>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

HEIDENREICH, A. et al. Diretrizes para o câncer de próstata. **Eur. Urol.**, Basel, v. 53, n. 1, p. 68-80, 2012. Disponível em: <<http://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2017/06/50.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

HEIDENREICH, A. et al. EAU guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis and local treatment with curative intent. **Eur. Urol.**, Basel, v. 65, n.1, p. 124-37, 2014. Disponível em: <[https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(13\)01040-3/fulltext/](https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(13)01040-3/fulltext/)>. Acesso em: 26 jul. 2017.

HOSIER, G. W. et al. Overactive bladder and storage lower urinary tract symptoms following radical prostatectomy. **Urology**, Ridgewood, v. 94, p. 193–97, 2016. Disponível em: <[https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(16\)30157-1/fulltext/](https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(16)30157-1/fulltext/)>. Acesso em: 27 jun. 2017.

HOYT, M. A.; CARPENTER, K. M. Sexual self-schema and depressive symptoms after prostate cancer. **Psycho-Oncol.**, Chichester, v. 24, n. 4, p. 395–401, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4265002//>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

HOSPITAL DOUTOR HÉLIO ANGOTTI. [História]. Uberaba, MG, 2017. Disponível em: <<https://www.helioangotti.com.br/hospital/>> Acesso em: 13 mar. 2018.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tratamento**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/assuntos/tratamento/>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

_____. **Estimativa**: 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2018a. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

_____. **Monitoramento das ações de controle do câncer de próstata**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Informativo_Deteccao_Precoce_2_agosto_2014.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017.

_____. **Próstata**. Rio de Janeiro, 2018b. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata/>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

_____. **Prevenção**. Rio de Janeiro, 2018c. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/assuntos/prevencao/>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

_____. **Tipos de Câncer: Próstata**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

IZIDORO, L. C. de R. et al. Qualidade de vida em homens submetidos à prostatectomia: revisão integrativa. **Psicol. Saúde Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 1, p. 186–202, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000100016/>. Acesso em: 15 jun. 2018.

KAO, Y.L. et al. Determinants of quality of life in prostate cancer patients: single institute analysis. **Urol. Sci.**, [Taipei], v. 26, n.4, p. 254-58, 2015. Disponível em: <<https://ac.els-cdn.com/S1879522615003632/1-s2.0-S1879522615003632->

main.pdf?_tid=c9de9366-f7ea-4372-8a3c-bd1d2a1cb7ab&acdnat=1546435168_359fcd07a7d50d0bc6fd1cffe578d05a/>. Acesso em: 23 jul. 2017.

KATZ, D. et al. Chronology of erectile function in patients with early functional erections following radical prostatectomy. **J. Sex. Med.**, Malden, v. 7, n. 2, p. 1803-09, 2010. Disponível em: <[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743-6095\(15\)32886-1](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743-6095(15)32886-1) />. Acesso em: 24 jul. 2018.

KÖHLER, N. et al. Cancer-related fatigue in patients before and after radical prostatectomy. Results of a prospective multi-centre study. **Support. Care Cancer**, Berlin, v. 22, n. 11, p. 2883–89, 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1007/s00520-014-2265-5/>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

KÖHLER, N. et al. Psychological distress and adjustment to disease in patients before and after radical prostatectomy. Results of a prospective multi-centre study. **Eur. J. Cancer Care**, Oxford, v. 23, n. 6, p. 795-802, 2014. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ecc.12186> />. Acesso em: 14 mar. 2018.

MAGNABOSCO, W.J. Câncer de próstata: diagnóstico e estadiamento. **Onco.&Uro.**, v.1, n.1, p.22-5, 2014.

MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. de A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 49–58, 2006. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao2.pdf/>. Acesso em: 25 jul. 2017.

Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos baseado nas normas de documentação da ABNT / Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Biblioteca Universitária; organizado por Beatriz Gabellini Alves, Rachel Inês da Silva, Maira Silveira de Almeida. 2. ed. **rev. atual.** 2013.

MATA, L.R.F. da. et al. Postoperative self-efficacy and psychological morbidity in radical prostatectomy. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 23, n.5, p. 806-13, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4660401/pdf/0104-1169-rlae-23-05-00806.pdf/>>. Acesso em: 19 mai. 2018.

MATTHEW, A. G. et al. Health-related quality of life following radical prostatectomy: long-term outcomes. **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 23, n. 8, p. 2309-17, 2014. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-014-0664-1/>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

NARDI, A. C. et al. (ed.), **Diretrizes Urologia-AMB**. Rio de Janeiro, SBU, 2014. p. 129-46. Disponível em: <http://sbu-sp.org.br/wp-content/uploads/2016/02/Livro_Diretrizes_Urologia.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2017.

NELSON, C. J. et al. Men's experience with penile rehabilitation following radical prostatectomy: a qualitative study with the goal of informing a therapeutic

intervention. **Psycho-Oncol.**, Chichester, v. 24, n. 12, p. 1646-54, 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4765804/> />. Acesso em: 16 jun. 2018.

NELSON, W. G. et al. Prostate cancer. In: ABELOFF, M.D. et al. (ed.). **Abeloff's clinical oncology**. Philadelphia: Elsevier, 2008. p.1653-1700.

OESTERLING, J. E. et al. Serum prostate-specific antigen in a community-based population of healthy men. Establishment of age-specific reference ranges. **JAMA**, Chicago, v. 270, n. 7, p. 860-64, 1993.

PAICH, K. et al. Preparing patients and partners for recovery from the side effects of prostate cancer surgery: a group approach. **Urology**, New York, v. 88, p. 36-42, 2016. Disponível em: < [https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(15\)00935-8/fulltext/](https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(15)00935-8/fulltext/)>. Acesso em: 16 jun. 2018.

PARKER, W. R. et al. Five year expanded prostate cancer index composite-based quality of life outcomes after prostatectomy for localized prostate cancer. **BJU Int.**, Edinburgh, v. 107, n. 4, p. 585–90, 2011. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1464-410X.2010.09579.x>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PUNNEN et al. Long-term health-related quality of life after primary treatment for localized prostate cancer: results from the CaPSURE registry. **Eur. Urol.**, Basel, v. 68, n. 4, p. 600-08, 2015. Disponível em: <[https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(14\)00844-6/fulltext/](https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(14)00844-6/fulltext/)>. Acesso em: 25 jul. 2017.

QUIJADA, P.D.S. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de próstata. **Rev Cuid.**, Bucaramanga, v. 8, n. 3, p. 1826-38, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v8n3/2216-0973-cuid-08-03-1826.pdf/>>. Acesso em: 21 mai. 2017.

RAMSEY, et al. Impact of prostate cancer on sexual relationships: a longitudinal perspective on intimate partners' experiences. **J. Sex. Med.**, Malden, v. 10, n. 12, p. 3135-43, 2013. Disponível em: < [https://www.jsm.jssexmed.org/article/S1743-6095\(15\)30228-9/fulltext](https://www.jsm.jssexmed.org/article/S1743-6095(15)30228-9/fulltext) />. Acesso em: 10 ago. 2018.

RESNICK, M. J. et al. Long-Term Functional Outcomes after Treatment for Localized Prostate Cancer. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 368, n. 5, p. 436-45, 2013. Disponível em: < <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1209978/>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

RUANO, R. S. **Aspectos psicológicos de pacientes diagnosticados com câncer de próstata no momento pré-cirúrgico**. 2015. 81 f. Monografia (Aprimoramento Profissional) -- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

SANDA, M. G.; WEI, J.T.; LITWIN, M.S. Scoring instructions for the Expanded Prostate cancer Index Composite (EPIC). **Ann Arbor**, v. 1001, p. 1-5, 2002.

Disponível em:

<<https://medicine.umich.edu/sites/default/files/content/downloads/Scoring%20Instructions-EPIC.pdf/>>. Acesso em: 21 jul. 2017.

SANTOS, A. S. dos. et al. Eletroestimulação na incontinência urinária pós-prostatectomia radical. **Fisioter. Bras.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 50-5, 2016.

Disponível em: <<http://perineo.net/pub/santos2016.pdf> />. Acesso em: 10 ago. 2018.

SATO, Y. et al. Dissociation between patients and their partners in expectations for sexual life after radical prostatectomy. **Int. J. Urol.**, Tokyo, v. 20, n. 3, p. 322-28, 2013. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/iju.12022> />. Acesso em: 10 ago. 2018.

SCHER, H.I., SCARDINO, P.T., ZELEFSKY, M.J. Cancer of the prostate. In: **DeVita, Hellman and Rosenberg's Cancer principles and practice of oncology**. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2015. p. 932-80.

SEEMANN, T. et al. Influência de sintomas depressivos na qualidade de vida em homens diagnosticados com câncer de próstata. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 72-81, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v21n1/pt_1809-9823-rbagg-21-01-00070.pdf/>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SEPÚLVEDA, L. et al. Próteses penianas no tratamento da disfunção erétil: a casuística de 13 anos. **Acta Urológica Portuguesa**, Lisboa, v.33, n.3, p. 75-80, 2016. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341402216300325/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SIEGEL, R. L.; MILLER, K. D.; JEMAL, A. Cancer statistics, 2017. **CA Cancer J Clin.**, New York, v. 67, n. 1, p. 7-30, 2017. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21387/>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

SONNEK, F. C.; VAN MUILEKOM, E. Metastatic castration-resistant prostate cancer. Part 2: helping patients make informed choices and managing treatment side effects.

Eur. j. oncol. nurs., Edinburgh, v. 17, p. S7–S12, 2013. Disponível em:

<[https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(14\)70003-1/fulltext/](https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(14)70003-1/fulltext/)>. Acesso em: 28 jul. 2018.

SRIDHAR, A.N. et al. Recovery of Baseline Erectile Function in Men Following Radical Prostatectomy for High-Risk Prostate Cancer: A Prospective Analysis Using Validated Measures, **J. Sex. Med.**, Amsterdam, v. 13, n. 3, p. 435 – 43, 2016.

Disponível em: <[https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(16\)00082-5/fulltext/](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(16)00082-5/fulltext/)>. Acesso em: 05 ago. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. Hospital de Clínicas. **Institucional**. Uberaba, MG, 2017. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufm/historia>. Acesso em: 20 jul.2017.

XAVIER, Francisco Cândido. *Palavras de Emmanuel. Pelo Espírito Emmanuel*. **8. ed.** Rio de Janeiro: FEB, 2002.

WAN LEUNG, S. et al. Health-related quality of life in 640 head and neck cancer survivors after radiotherapy using EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 questionnaires. **BMC cancer**, London, v. 11, p. 128, 2011. Disponível em: <<https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-11-128/>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

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, 2000. Disponível em: <[https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(00\)00858-X/fulltext/](https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(00)00858-X/fulltext/)>. Acesso em: 25 jul. 2017.

WEIN, A.J. et al. *Campbell-Walsh Urology: Expert Consult Premium Edition: Enhanced Online Features and Print*, **10th Edition**. 2011.

WITTMANN, D. et al. A Pilot Study of Potential Pre-Operative Barriers to Couples' Sexual Recovery After Radical Prostatectomy for Prostate Cancer. **J. sex marital ther.**, New York, v. 41, n. 2, p. 155-68, 2015a. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4506793/>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

WITTMANN, D. et al. What couples say about their recovery of sexual intimacy after prostatectomy: toward the development of a conceptual model of couples' sexual recovery after surgery for prostate cancer. **J. Sex. Med.**, Amsterdam, v. 12, n. 2, p. 494–504, 2015b. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4373522/>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Eds.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Springer, Berlin, Heidelberg, p.41-57, 1994.

APÊNDICE A – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

1. Iniciais do Nome _____
2. Idade _____
3. Data do diagnóstico: _____
4. Antecedentes familiares: _____
5. Mês da realização da prostatectomia radical: _____
6. Escolaridade
 - a. Analfabeto
 - b. 1º grau () Incompleto () Completo
 - c. 2º grau () Incompleto () Completo
 - d. Profissionalizante () Incompleto () Completo
 - e. Superior () Incompleto () Completo
 - f. Pós – Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado
7. Estado civil

() Solteiro () Casado () União Estável () Divorciado () Separado () Viúvo
8. Cor da pele

() Branco () Pardo () Negro () Amarelo () Outros
9. Situação atual de trabalho

() Ativo () Afastado () Desempregado () Aposentado () Outros

Se ativo:

Local de trabalho: _____

Jornada de trabalho semanal: _____

Houve alterações no trabalho após o diagnóstico da doença?

SIM NÃO
10. 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

11. Quantas pessoas vivem desta renda?

até 1 pessoa 2 a 3 pessoas 3 a 6 pessoas 6 a 10 pessoas Acima
de 10 pessoas

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA A COLETA DE DADOS
AMBULATÓRIO MARIA DA GLÓRIA



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
 CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Av. Getúlio Guaritá, 159 - Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG, 38025-440

Uberaba (MG), 18 de setembro de 2017

Assunto: Pedido de autorização para acesso a dados

Ilmo. Dr. Paulo Ricardo Monti

1. Solicitamos, respeitosamente, autorização para a coleta de dados, como parte da pesquisa: "Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes submetidos à prostatectomia", sob a responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Elizabeth Barichello. O objetivo dessa pesquisa é avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes que se encontram no pós-operatório tardio de prostatectomia. Para atingirmos os resultados dessa pesquisa necessitaremos aplicar instrumentos validados para a literatura brasileira juntos aos participantes que se encontram no ambulatório de urologia para retorno do pós-operatório tardio, como parte da metodologia para alcance dos objetivos propostos no projeto da pesquisa.

2. Salientamos que esta autorização é indispensável para a submissão do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM, órgão responsável pela apreciação ética em pesquisa com seres humanos. E conforme prevê a Resolução 466/12 CNS, a pesquisa somente será iniciada a partir da aprovação do referido comitê.

3. Sem mais para o momento, agradecemos a atenção e nos colocamos a disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Prof^a. Dr^a. Elizabeth Barichello

De acordo com a realização da pesquisa:

deferido

indeferido

Prof. Dr. Paulo Ricardo Monti
 Responsável pela Disciplina de
 UROLOGIA

Uberaba, 03 Outubro 2017

Chefe do Setor de Urologia
 Assinatura e Carimbo

Local e data



CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO – SETOR DE UROLOGIA/AMBULATÓRIO MARIA DA GLÓRIA - HC/UFTM

O responsável legal pelo setor de urologia do Ambulatório Maria da Glória - HC/UFTM/Filial Ebserh **abaixo assinado**, está ciente e autoriza a realização do projeto de pesquisa intitulado “QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTES SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA”, coordenado pela PROF^a. DR^a. ELIZABETH BARICHELLO no referido Setor/Unidades do HC/UFTM/ Filial Ebserh. Esta pesquisa tem como objetivo “Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes que se encontram no pós-operatório tardio de prostatectomia”, cujo trabalho de campo no HC/UFTM/ Filial Ebserh será realizado durante 3 meses, após a aprovação pela GEP-HC/UFTM/ Filial Ebserh e pelo CEP, no período da manhã e da tarde.

Setor/Unidade de coleta de dados	Responsável pelo Setor de Coleta de dados (Nome/email)	Período (Manhã, Tarde e/ou Noite)
Ambulatório Maria da Glória, Setor de Urologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Dr. Paulo Ricardo Monti	Manhã e tarde

O Pesquisador Responsável pela pesquisa assina, junto com os demais, este documento.

Prof. Dr. Paulo Ricardo Monti
 Responsável pela Disciplina de
 UROLOGIA

Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Setor ou Unidade ou Setor1
Telefone de contato

Assinatura e Carimbo do Pesquisador Responsável pela Pesquisa
Telefone de contato

APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO PARA A COLETA DE DADOS

HOSPITAL DR. HÉLIO ANGOTTI



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

CARTA DE SOLICITAÇÃO

Uberaba (MG), 18 de setembro de 2017

Ilmo. Dr. José Joaquim Gomes Nabuco
Diretor Clínico da Associação de combate ao Câncer do Brasil Central

Venho por meio desta solicitar vossa autorização, para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado: “Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes submetidos à prostatectomia”. Os sujeitos da pesquisa serão os pacientes que foram submetidos à prostatectomia e se encontram no pós-operatório tardio para retorno no Ambulatório de Urologia.

Os objetivos do estudo são:

- 1- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes que se encontram no pós-operatório tardio de prostatectomia;
- 2- Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes prostatectomizados durante o retorno no ambulatório;
- 3- Avaliar os efeitos da prostatectomia na qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes;
- 4- Verificar se a função urinária, hábitos intestinais, função sexual e hormonal dos pacientes foram afetados. Para atingir os objetivos do estudo, serão utilizados instrumentos validados para a literatura brasileira.

Ressaltamos que a coleta de dados só será iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

deferido () indeferido

Atenciosamente,

Elizabeth Barichello

Profa. Dra. Elizabeth Barichello

Dr. José Joaquim Gomes Nabuco
CRM: 48835 (MG)
Diretor Clínico
Hospital Dr. Hélio Angotti

25438409/0001-15

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO
CÂNCER DO BRASIL CENTRAL
e Carimbo

Diretor Clínico – Assinatura e Carimbo
RUA GOVERNADOR VALADARES, 640
FABRÍCIO - CEP 38065 - 065

UBERABA - MG



Uberaba, 25 setembro 2017

Local e data

APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
 HOSPITAL DE CLÍNICAS
 Gerência de Ensino e Pesquisa
 Rua Benjamin Constant, 16 - Cep: 38.025-470 - Uberaba- MG
 Fone: (34) 3318 5527/5319 - E-mail – diretoria.pesquisa@hc.uftm.edu.br

Mem. nº222/2017/GEP/HC/UFTM.

Em 16 de outubro de 2017.

À **Prof. Dra. Elizabeth Barichello**

Assunto: Autorização de projeto de pesquisa

1. Acusamos o recebimento de sua solicitação para realizar de projeto de pesquisa intitulado: “QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTES SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA”, juntamente com a documentação abaixo descrita:

- Formulário eletrônico da Gerência de Ensino e Pesquisa preenchido (PDF);
- Carta de ciência do Setor/Unidade-HC/UFTM/Filial Ebserh, onde será realizada a pesquisa.

realizada a pesquisa.

2. Em vista disso, damos também o nosso “de acordo”, desejando pleno êxito em sua pesquisa, ressaltando que:

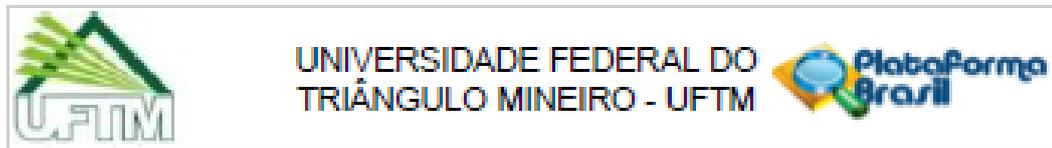
- O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, cuja cópia do parecer deverá ser encaminhada a esta Gerência.
- Envio de relatórios parcial(is) (semestral) e final a contar da data de registro na GEP.
- Os relatórios devem ser preenchidos no formulário online: <https://goo.gl/forms/OlinSeAWIXfcmZTL2>
- É necessário apresentar, quando solicitado, o documento de registro do projeto ao(s) setor(es) do HC em que a pesquisa será realizada. Este documento será enviado a Vsa. após a submissão no CEP e encaminhamento para esta Gerência do número CAAE e situação do projeto(em análise, aprovado, reprovado ou retirado).

Atenciosamente,

Prof. Dr. Gilberto de Araújo Pereira
 Gerente de Ensino e Pesquisa/HC/UFTM-EBSERH
 (em exercício)

Dr. Gilberto de Araújo Pereira
 Gerente de Ensino e Pesquisa
 HC / UFTM / Filial EBSEH
 Em Exercício

APÊNDICE E – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes submetidos à prostatectomia

Pesquisador: Elizabeth Barichello

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79697317.1.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.448.015

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores:

TEMA EM ESTUDO: O câncer caracteriza-se pela capacidade das células neoplásicas se reproduzirem sem controle, resultando em tumores, podendo ou não invadir órgãos e tecidos adjacentes e ocorrer metástase, ou seja, se reproduzirem em órgãos e tecidos distantes do tumor original. As causas podem ser externas, dentre elas o meio ambiente, hábitos e costumes ou internas, como fatores genéticos e ambas estão inter-relacionadas. Segundo estudos, cerca de 5% a 10% dos tumores malignos têm relação com as características genéticas das pessoas acometidas pelo câncer (BRASIL, 2017a).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi criada com o objetivo de promover qualidade de vida para a população masculina visando a atenção integral cuidado. A maior parte da população masculina não realiza medidas de prevenção primária, resultando em muitos agravos que poderiam ser evitados (BRASIL, 2008).

Para Gilin e Pasternak (2015), o rastreamento do CaP ainda está sendo aperfeiçoado com a busca de novos marcadores, a relação do PSA e o uso da ressonância magnética, ajudando a identificar tumores e evitando a realização de biópsias desnecessárias.

O Antígeno Prostático Específico (PSA) é uma proteína produzida pelas células da próstata, sendo que alto nível desta proteína no sangue geralmente ocorre em pacientes com CaP (BRASIL, 2016c).

Em 1986, a FDA aprovou o teste de PSA na qual seria realizado em homens diagnosticados com

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
 Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-100
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3700-6778 E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.468.015

Infraestrutura	autorizacaoHelloAngotti.pdf	07/11/2017 21:27:12	Elizabeth Barichello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoGEP.pdf	07/11/2017 21:26:58	Elizabeth Barichello	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLE.docx	07/11/2017 21:26:37	Elizabeth Barichello	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	07/11/2017 21:25:13	Elizabeth Barichello	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 19 de Dezembro de 2017

Assinado por:

Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-8778

E-mail: cep@uftm.edu.br

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO RELATO: Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes submetidos à prostatectomia

JUSTIFICATIVA E DESCRIÇÃO DO RELATO:

A população masculina, em geral, possui resistência quanto à busca de assistência médica e prevenção primária, seja por constrangimento, por medo, por preconceito ou pela crença de que os sintomas sejam decorrentes da idade. A melhor prevenção para o câncer de próstata é a realização de exames anuais, enquanto a não realização, muitas vezes, pode gerar um diagnóstico tardio de CaP, podendo estar em estágios já avançados, comprometendo outros órgãos.

Promover ações de saúde que contribuem para a compreensão da realidade masculina e propiciar um melhor acolhimento nos serviços de saúde podem contribuir para a conscientização de que hábitos saudáveis e prevenção são o melhor caminho para o envelhecimento com qualidade de vida.

Este estudo poderá contribuir para verificar os resultados obtidos a partir dos tratamentos disponíveis por meio da avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Os objetivos deste estudo é avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes que se encontram no pós-operatório tardio de prostatectomia, identificar o perfil epidemiológico dos pacientes prostatectomizados durante o retorno no ambulatório, avaliar os efeitos da prostatectomia na qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes e verificar se a função urinária, hábitos intestinais, função sexual e hormonal dos pacientes foram afetados.

Os questionários sociodemográfico e clínico e o Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) serão aplicados pela própria pesquisadora, em dia e horário previamente agendado.

DESCONFORTOS E RISCOS PELA PUBLICAÇÃO/APRESENTAÇÃO DO CASO:

O participante da pesquisa não será exposto a nenhum risco que cause danos físicos, psíquicos ou mentais. Todos os dados coletados serão descritos de forma impessoal para não identificar nenhum participante e serão armazenados em local inacessível a qualquer outra pessoa, preservando o sigilo e a segurança das informações coletadas. Em caso de furto ou perda do material devido a algum desastre natural, o pesquisador será responsável por realizar o comunicado ao CEP, interrompendo a pesquisa.

REFERÊNCIA AOS TIPOS DE INFORMAÇÃO QUE SERÃO RELATADAS NAS PUBLICAÇÕES/APRESENTAÇÕES:

Serão analisados se fatores sociodemográficos e clínicos interferem na qualidade de vida do paciente prostatectomizado, assim como verificar se a função urinária, hábitos intestinais, função sexual e hormonal são afetados após a realização de prostatectomia e se a qualidade de vida relacionada à saúde se torna comprometida após o tratamento cirúrgico.

BENEFÍCIOS DIRETOS PARA O PARTICIPANTE:

O cliente com CaP necessita de cuidados permanentes, devido aos sintomas e aos desconfortos do tratamento. Avaliar a qualidade de vida na prática clínica nos permite ter uma visão completa do paciente, orientando-o quanto à sua recuperação e auxiliando-o positivamente na evolução do quadro, visando melhorar o atendimento a esses pacientes e minimizar os sintomas e as complicações resultantes do tratamento cirúrgico.

BASES DA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA, CONFIDENCIALIDADE E CUSTOS:

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.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Nome: Elizabeth Barichello

E-mail: lizabarichello@hotmail.com

Telefone: (34) 3700-6703

Endereço: Av. Getúlio Guaritá nº 107, Bairro Abadia, Uberaba-MG

Nome: Danielle Campos Massa

E-mail: dcamposmassa@gmail.com

Telefone: (34) 99223 7766

Endereço: Av. Getúlio Guaritá nº 107, Bairro Abadia, Uberaba-MG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes submetidos à prostatectomia

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o relato e qual sua finalidade. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do relato. Eu entendi que sou livre para **não** aceitar que o meu caso seja relatado e que isso não prejudicará futuros atendimentos em serviços dos quais eu possa necessitar na instituição da UFTM. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e que não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo com o relato do meu caso, "**Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes submetidos à prostatectomia**", e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário

Telefone: _____

Endereço: _____

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

Elizabeth Barichello (34) 3700-6703

Danielle Campos Massa (34) 99223-7766

ANEXO A - EXPANDED PROSTATE CANCER INDEX COMPOSITE

<p style="text-align: center;"><u>EPIC</u></p> <p style="text-align: center;">Expanded Prostate Cancer Index Composite</p> <p style="text-align: center;">(Versão Brasileira)</p>

Este questionário destina-se a medir questões relativas à Qualidade de Vida em pacientes com Câncer da Próstata. Para nos ajudar a obter uma mensuração mais precisa, é importante que as perguntas sejam respondidas de maneira completa e honesta.

Lembre-se que, como em qualquer registro médico, as informações contidas neste questionário serão mantidas em sigilo.

Data Atual (favor inserir a data após preenchimento completo do questionário): ____/____/____

Nome (opcional): _____

Data de Nascimento (opcional): ____/____/____

FUNÇÃO URINÁRIAEsta seção trata de seus hábitos urinários. Considerar **SOMENTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.**1. Nas **últimas 4 semanas**, quantas vezes deixou escapar a urina?

- Mais de uma vez ao dia.....1
 Cerca de uma vez ao dia.....2
 Mais de uma vez por semana.....3 (Circule um número)
 Cerca de uma vez por semana.....4
 Raramente ou nunca.....5

23/

2. Nas **últimas 4 semanas**, quantas vezes você urinou sangue?

- Mais de uma vez ao dia.....1
 Cerca de uma vez ao dia.....2
 Mais de uma vez por semana.....3 (Circule um número)
 Cerca de uma vez por semana.....4
 Raramente ou nunca.....5

24/

3. Nas **últimas 4 semanas**, quantas vezes você sentiu dor ou ardor ao urinar?

- Mais de uma vez ao dia.....1
 Cerca de uma vez ao dia.....2
 Mais de uma vez por semana.....3 (Circule um número)
 Cerca de uma vez por semana.....4
 Raramente ou nunca.....5

25/

4. Qual das opções a seguir descreve melhor o seu controle urinário **durante as últimas 4 semanas**?

- Nenhum controle urinário.....1
 Gotejamento frequente.....2
 Gotejamento ocasional.....3 (Circule um número)
 Controle total.....4

26/

Página 3

Não
Anote
Nesse
Espaço

5. Quantos absorventes ou fraldas para adultos você normalmente usou por dia para controlar as perdas de urina durante as últimas 4 semanas?

- Nenhum..... 0
 1 absorvente por dia..... 1
 2 absorventes por dia..... 2 (Circule um número)
 3 ou mais absorventes por dia..... 3

27/

6. Quão problemático foi para você cada um dos itens abaixo durante as últimas 4 semanas?
 (Circule um número em cada linha)

	Nada Problemático	Muito Pouco Problemático	Pouco Problemático	Moderadamente Problemático	Muito Problemático	
a. Gotejou ou escapou urina.....	0	1	2	3	4	28/
b. Doeu ou ardeu ao urinar.....	0	1	2	3	4	29/
c. Sangramento ao urinar.....	0	1	2	3	4	30/
d. Jato de urina fraco ou esvaziamento incompleto da bexiga.....	0	1	2	3	4	31/
e. Acordou para urinar.....	0	1	2	3	4	32/
f. Necessidade frequente de urinar durante o dia.....	0	1	2	3	4	33/

7. No geral, quão problemática foi a sua função urinária durante as últimas 4 semanas?

- Não foi problemática..... 1
 Muito pouco problemática..... 2
 Pouco problemática..... 3 (Circule um número)
 Moderadamente problemática..... 4
 Muito problemática..... 5

34/

HÁBITOS INTESTINAIS

A próxima seção é sobre seus hábitos intestinais e dor abdominal.
Por favor, considere **SOMENTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS**.

8. Com que frequência você teve urgência de evacuar (sentiu que precisava eliminar as fezes, mas não ocorreu) **durante as últimas 4 semanas?**

- Mais de uma vez ao dia.....1
 Cerca de uma vez ao dia.....2
 Mais de uma vez por semana.....3 (Circule um número)
 Cerca de uma vez por semana.....4
 Raramente ou nunca.....5

42/

9. Com que frequência você teve eliminação não controlada de fezes?

- Mais de uma vez ao dia.....1
 Cerca de uma vez ao dia.....2
 Mais de uma vez por semana.....3 (Circule um número)
 Cerca de uma vez por semana.....4
 Raramente ou nunca.....5

43/

10. Com que frequência você teve as fezes (evacuações) soltas ou líquidas (sem forma, aguadas, moles) **durante as últimas 4 semanas?**

- Nunca.....1
 Raramente.....2
 Cerca de metade das vezes.....3 (Circule um número)
 Frequentemente.....4
 Sempre.....5

44/

11. Com que frequência você teve fezes com sangue **durante as últimas 4 semanas?**

- Nunca.....1
 Raramente.....2
 Cerca de metade das vezes.....3 (Circule um número)
 Frequentemente.....4
 Sempre.....5

45/

12. Com que frequência você teve evacuações dolorosas durante as últimas 4 semanas?

- Nunca..... 1
 Raramente.....2
 Cerca de metade das vezes.....3 (Circule um número)
 Frequentemente.....4
 Sempre.....5

48/

13. Quantas evacuações você teve em um dia normal durante as últimas 4 semanas?

- Duas vezes ou menos..... 1
 Três a quatro vezes.....2 (Circule um número)
 Cinco ou mais vezes.....3

47/

14. Com que frequência você sentiu dores em seu abdômen, pélvis ou reto durante as últimas 4 semanas?

- Mais de uma vez ao dia.....1
 Cerca de uma vez ao dia.....2
 Mais de uma vez por semana.....3 (Circule um número)
 Cerca de uma vez por semana.....4
 Raramente ou nunca.....5

48/

15. Quão problemático foi para você cada um dos itens abaixo durante as últimas 4 semanas?
 (Circule um número em cada linha)

	Nada Problemático	Muito Pouco Problemático	Pouco Problemático	Moderadamente Problemático	Muito Problemático	
a. Urgência para evacuar.....	0	1	2	3	4	49/
b. Aumento da frequência das evacuações....	0	1	2	3	4	50/
c. Fezes líquidas.....	0	1	2	3	4	51/
d. Perda do controle da evacuação.....	0	1	2	3	4	52/
e. Fezes com sangue.....	0	1	2	3	4	53/
f. Dor abdominal / Pélvica / Retal.....	0	1	2	3	4	54/

16. No geral, quão problemático foi seu hábito intestinal durante as últimas 4 semanas?

- Não foi problemático.....1
 Muito pouco problemático.....2
 Pouco problemático.....3 (Circule um número)
 Moderadamente problemático.....4
 Muito problemático.....5

55/

FUNÇÃO SEXUAL

A próxima seção é sobre sua **atual** função sexual e satisfação sexual. Muitas das perguntas são bem pessoais, porém elas nos ajudarão a compreender as questões importantes que você enfrenta diariamente. Lembre-se de que **AS INFORMAÇÕES DESTE QUESTIONÁRIO SÃO TOTALMENTE CONFIDENCIAIS**. Por favor, responda honestamente somente em relação **ÀS ÚLTIMAS 4 SEMANAS**.

17. Como você classificaria cada um dos itens abaixo **durante as últimas 4 semanas?**
(Circule um número em cada linha)

	Muito deficiente a Nulo(a)	Deficiente	Razoável	Bom(a)	Muito Bom(a)	
a. Seu nível de desejo sexual?.....	1	2	3	4	5	56/
b. Sua capacidade de ter uma ereção?.....	1	2	3	4	5	57/
c. Sua capacidade de ter um orgasmo (clímax)?.....	1	2	3	4	5	58/

18. Como você descreveria a **QUALIDADE** habitual de suas ereções **durante as últimas 4 semanas?**

Absolutamente nenhuma.....	1					
Não o suficientemente firme para qualquer atividade sexual.....	2					
Firme o suficiente somente para masturbação e preliminares.....	3					(Circule um número) 59/
Firme o suficiente para a relação sexual.....	4					

19. Como você descreveria a **FREQUÊNCIA** de suas ereções **durante as últimas 4 semanas?**

Eu NUNCA tive uma ereção quando queria ter uma.....	1					
Eu tive uma ereção MENOS DA METADE das vezes quando queria ter uma.....	2					
Eu tive uma ereção CERCA DE METADE das vezes quando queria ter uma.....	3					(Circule um número) 60/
Eu tive uma ereção MAIS DA METADE das vezes quando queria ter uma.....	4					
Eu tive uma ereção TODA VEZ que queria ter uma.....	5					

20. Com que frequência você acordou de manhã ou à noite com uma ereção **durante as últimas 4 semanas?**

Nunca.....	1					
Menos de uma vez por semana.....	2					
Cerca de uma vez por semana.....	3					(Circule um número) 61/
Várias vezes por semana.....	4					
Diariamente.....	5					

21. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você teve qualquer atividade sexual?

- Nenhuma vez.....1
 Menos de uma vez por semana..... 2
 Cerca de uma vez por semana..... 3 (Circule um número)
 Várias vezes por semana..... 4
 Diariamente..... 5

62/

22. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você teve relações sexuais?

- Nenhuma vez.....1
 Menos de uma vez por semana..... 2
 Cerca de uma vez por semana..... 3 (Circule um número)
 Várias vezes por semana..... 4
 Diariamente..... 5

63/

23. No geral, como você avalia sua capacidade de desempenho sexual durante as últimas 4 semanas?

- Muito pobre.....1
 Pobre.....2
 Razoável.....3 (Circule um número)
 Boa.....4
 Muito boa.....5

64/

24. Quão problemático foi para você cada um dos itens abaixo durante as últimas 4 semanas?
 (Circule um número em cada linha)

	Nada Problemático	Muito Pouco Problemático	Pouco Problemático	Moderadamente Problemático	Muito Problemático	
a. Seu nível de desejo sexual.....	0	1	2	3	4	65/
b. Sua capacidade de ter uma ereção.....	0	1	2	3	4	66/
c. Sua capacidade de ter um orgasmo.....	0	1	2	3	4	67/

25. No geral, quão problemática tem sido sua função sexual ou sua falta de função sexual durante as últimas 4 semanas?

- Não foi problemático.....1
 Muito pouco problemático.....2
 Pouco problemático.....3 (Circule um número)
 Moderadamente problemático.....4
 Muito problemático.....5

68/

FUNÇÃO HORMONAL

A próxima seção é sobre sua função hormonal. Por favor, considere **APENAS AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS**.

Não
Anote
Nesse
Espaço

26. No decorrer das últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu ondas de calor?

- Mais de uma vez ao dia.....1
 Cerca de uma vez ao dia.....2
 Mais de uma vez por semana.....3 (Circule um número)
 Cerca de uma vez por semana.....4
 Raramente ou nunca.....5

69/

27. Com que frequência você teve sensibilidade nas mamas durante as últimas 4 semanas?

- Mais de uma vez ao dia.....1
 Cerca de uma vez ao dia.....2
 Mais de uma vez por semana.....3 (Circule um número)
 Cerca de uma vez por semana.....4
 Raramente ou nunca.....5

70/

28. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu deprimido?

- Mais de uma vez ao dia.....1
 Cerca de uma vez ao dia.....2
 Mais de uma vez por semana.....3 (Circule um número)
 Cerca de uma vez por semana.....4
 Raramente ou nunca.....5

71/

29. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu falta de energia?

- Mais de uma vez ao dia.....1
 Cerca de uma vez ao dia.....2
 Mais de uma vez por semana.....3 (Circule um número)
 Cerca de uma vez por semana.....4
 Raramente ou nunca.....5

72/

30. Qual foi sua mudança de peso durante as últimas 4 semanas?

- Ganhei 5 kg ou mais.....1
 Ganhei menos de 5 kg.....2
 Não houve alteração em meu peso.....3 (Circule um número)
 Perdi menos 5 kg ou mais.....4
 Perdi 5 kg ou mais.....5

73/

31. Quão problemático foi para você cada um dos itens abaixo durante as últimas 4 semanas?
(Circule um número em cada linha)

	Nada Problemático	Muito Pouco Problemático	Pouco Problemático	Moderadamente Problemático	Muito Problemático	
a. Ondas de calor.....	0	1	2	3	4	74/
b. Sensibilidade nas mamas / aumento.....	0	1	2	3	4	75/
c. Perda de pelos do corpo.....	0	1	2	3	4	76/
d. Sentindo-se deprimido.....	0	1	2	3	4	77/
e. Falta de energia.....	0	1	2	3	4	78/
f. Mudança de peso.....	0	1	2	3	4	79/

Satisfação Geral

32. No geral, qual o seu grau de satisfação com o tratamento recebido em relação ao câncer de próstata?

- Extremamente insatisfeito..... 1
 Insatisfeito..... 2
 Não tenho certeza..... 3 (Circule um número)
 Satisfeito..... 4
 Extremamente satisfeito..... 5

80/

MUITO OBRIGADO