ANA CRISTINA DE OLIVEIRA ALMEIDA VIEIRA

**O impacto da doença e tratamento cirúrgico em homens
acometidos por câncer de próstata: estudo exploratório
da qualidade de vida**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências
Área de concentração: Urologia
Orientador: Prof. Dr. Marcos Francisco Dall'Oglio

SÃO PAULO

2010

**PARA ANTÔNIO CÂNDIDO E MANOLO
(IN MEMORIAN)**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Vieira, Ana Cristina de Oliveira Almeida

O impacto da doença e tratamento cirúrgico em homens acometidos por câncer de próstata : estudo exploratório da qualidade de vida / Ana Cristina de Oliveira Almeida Vieira. -- São Paulo, 2010.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Cirurgia.

Área de concentração: Urologia.

Orientador: Marcos Francisco Dall'Oglio.

Descritores: 1.Neoplasias da próstata/cirurgia 2.Qualidade de vida/psicologia 3.Sexualidade

USP/FM/SBD-095/10

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Miguel Srougi por acreditar no trabalho interdisciplinar, viabilizando a realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Marcos Francisco Dall'Oglio pela disponibilidade em me orientar neste trabalho.

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos Lima Pompeo e Dr. Cristiano Mendes pelo apoio incentivo e colaboração preciosa ao iniciar este estudo.

À Prof. Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo e Prof. Dra. Bellkiss Romano pela participação na comissão examinadora do exame de qualificação e preciosas contribuições.

A Dra. Maria Lúcia Livramento pela participação na comissão examinadora do exame de qualificação, especialmente pela colaboração constante em minha formação profissional e pessoal.

À Adriana Sãnudo pelo trabalho de análise estatística e amizade.

Às psicólogas Arlete Modelli e Lia Maria Brito Silva pela disponibilidade em discutir as questões surgidas ao longo do desenvolvimento do trabalho e principalmente pela amizade.

À psicóloga Rita de Cássia do Amaral pelas conferências finais dessa tese e amizade.

Aos familiares que estiveram ao meu lado durante meu percurso profissional, e àqueles que puderam compartilhar mais de perto minha angústia ao longo do desenvolvimento desta pesquisa.

Especialmente ao meu filho Antônio Sérgio por questionar sempre a importância deste trabalho em função de minhas ausências, fazendo-me refletir sistematicamente sobre o que é essencial a vida.

Aos funcionários da Divisão de Clínica Urológica pelo auxílio nas diversas etapas de execução deste trabalho.

Aos homens que se dispuseram a participar deste estudo.

Esta dissertação está de acordo com:

Referências: adaptado de Internacional Committee of Medical Journals
Editors
(Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro Cunha, Maria Júlia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2004.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas

Lista de Tabelas

Lista de Figuras

Resumo

Summary

1- INTRODUÇÃO	1
1.1 – Câncer de Próstata.	1
1.2 – O Homem e o Câncer de Próstata.	2
1.3 – Qualidade de Vida e o Câncer de Próstata	9
2 – OBJETIVOS	13
2.1 – Objetivos Específicos.	17
3 – CASUÍSTICA E MÉTODO	14
3.1 – Sujeitos	14
3.1.1 – Critérios de Inclusão	14
3.1.2 – Critérios de Exclusão	15
3.1.3 – Local	15
3.2 – Instrumentos	16
3.2.1 – Entrevista Psicológica Semidirigida	16
3.2.2 – The Medical Outcomes Study-36-Item Short Form Health Survey- SF-36 (Escala para Avaliação da Qualidade de Vida)	17
3.2.3 – Índice Internacional de Função Erétil – IIEF5	18
3.2.4 – Prontuário Médico.	19
3.3 – Questões de Ética	19
3.4 – Métodos	20
3.4.1 – Procedimentos	20
3.4.1.1 – Primeira Etapa	20
3.4.1.2 – Segunda Etapa	22
3.5 – Tratamento de Dados	23
4 – RESULTADOS	25
4.1 – Resultado Geral	25

4.1.1 – Primeira Etapa.....	25
4.1.1.1 – Entrevista Psicológica Semidirigida.....	27
4.1.1.2 – Índice Internacional de Função Erétil – IIEF5	31
4.1.2 – Segunda Etapa	32
4.2 – Qualidade de Vida - SF36 Pré e Pós Tratamento Cirúrgico.....	36
4.3 – Análise de Variância.....	37
4.3.1 – Faixa Etária	38
4.3.2 – Comorbidade	45
4.3.3 – Índice Internacional de Função Erétil – IIEF5.....	50
4.3.4 – Atividade Sexual Antes e Após Cirurgia	54
5 – DISCUSSÃO	63
6 – CONCLUSÕES	74
7 – ANEXOS	75
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
Anexo B – Roteiro de Entrevista.	77
Anexo C – Pesquisa em Saúde – SF-36	78
Anexo D – Cálculo de Escore do Questionário SF-36.....	84
Anexo E – IIEF5 - Índice Internacional de Função Erétil.....	88
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92
Apêndice	96

LISTA DE ABREVIATURAS

CaP	Câncer de Próstata
TR	Toque Retal
PR	Prostatectomia Radical
QV	Qualidade de Vida
OMS	Organização Mundial de Saúde
SF-36	Short-Form Health Survey (SF-36)
DE	Disfunção Erétil
IU	Incontinência Urinária
IIEF	Índice Internacional de Função Erétil

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados Demográficos - 52 pacientes.....	26
Tabela 2 – Representações e fantasias relacionadas à origem do CaP.....	28
Tabela 3: Formas de enfrentamento dos conflitos relacionados ao CaP e prostatectomia radical.....	29
Tabela 4: Distribuição das dificuldades conjugais/sexuais antes da cirurgia.....	30
Tabela 5: Distribuição dos pacientes de acordo com a situação profissional após a cirurgia.....	33
Tabela 6: Distribuição conjunta dos pacientes de acordo com a atividade sexual antes e após a cirurgia.....	33
Tabela 7: Distribuição dos 49 pacientes com atividade sexual antes da cirurgia de acordo com IIEF e atividade sexual após cirurgia.....	34
Tabela 8: Distribuição das seqüelas relatadas pelos pacientes.....	35
Tabela 9: Qualidade de Vida - domínios do SF-36 dos pacientes avaliados de acordo com o momento em relação ao tratamento cirúrgico.....	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Expectativas e fantasias relacionadas a prostatectomia radical.....	27
Figura 2: Avaliação da função erétil dos 52 homens de acordo com IIEF5 (antes da cirurgia).....	32
Figura 3: Perfil médio da Vitalidade antes e após a cirurgia de acordo com a faixa etária.....	41
Figura 4: Perfil médio dos Aspectos Sociais antes e após a cirurgia de acordo com a faixa etária.....	42
Figura 5: Perfil médio do domínio Aspectos Emocionais antes e após a cirurgia de acordo com a faixa etária.....	43
Figura 6: Perfil médio de Saúde Mental antes e após a cirurgia de acordo com a faixa etária.....	44
Figura 7: Perfil médio de Vitalidade antes e após a cirurgia de acordo com comorbidades.....	47
Figura 8: Perfil médio de Aspectos Sociais antes e após a cirurgia de acordo com comorbidades.....	48
Figura 9: Perfil médio Aspectos Emocionais antes e após a cirurgia de acordo com comorbidades.....	49
Figura 10: Perfil médio Saúde Mental antes e após a cirurgia de acordo com comorbidades.....	50
Figura 11: Perfil médio da Capacidade Funcional antes e após a cirurgia de acordo com IIEF5 pacientes.....	51

Figura 12: Perfil médio de Vitalidade antes e após a cirurgia de acordo com IIEF5 cirúrgico.....	52
Figura 13: Perfil médio de Aspectos Sociais antes e após a cirurgia de acordo com IIEF5.....	52
Figura 14: Perfil médio de Aspectos Emocionais antes e após a cirurgia de acordo com IIEF5.....	53
Figura 15: Perfil médio de Saúde Mental antes e após a cirurgia de acordo com IIEF5.....	53
Figura 16: Perfil médio da Capacidade Funcional antes e após a cirurgia de acordo com atividade sexual antes e após a cirurgia.....	55
Figura 17: Perfil médio domínio Aspectos Físicos antes e após a cirurgia de acordo com atividade sexual antes e após a cirurgia.....	56
Figura 18: Perfil médio de Dor antes e após a cirurgia de acordo com atividade sexual antes e após a cirurgia.....	57
Figura 19: Perfil médio de EGS antes e após a cirurgia de acordo com atividade sexual antes e após a cirurgia.....	58
Figura 20: Perfil médio de Vitalidade antes e após a cirurgia de acordo com atividade sexual antes e após a cirurgia.....	59
Figura 21: Perfil médio de Aspectos Sociais antes e após a cirurgia de acordo com atividade sexual antes e após a cirurgia.....	60
Figura 22: Perfil médio de Aspectos Emocionais antes e após a cirurgia de acordo com atividade sexual antes e após a cirurgia.....	61
Figura 23: Perfil médio de Saúde Mental antes e após a cirurgia de acordo com atividade sexual antes e após a cirurgia.....	62

RESUMO

Vieira, A.C.O.A. *O impacto da doença e tratamento cirúrgico em homens acometidos por câncer de próstata: estudo exploratório da qualidade de vida* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2010.

O câncer de próstata é o segundo tumor maligno mais prevalente e quarta causa de óbitos no Brasil em homens após 50 anos. Está relacionado ao processo de envelhecimento, uma vez que sua incidência aumenta com a idade. O tratamento cirúrgico, prostatectomia radical, é considerado o método mais eficaz para tumores localizados. Dentre as complicações cirúrgicas mais comuns, destacam-se a disfunção erétil e as perdas urinárias. Este trabalho aborda o sofrimento emocional e impacto da doença e tratamento cirúrgico na qualidade de vida de homens com CaP. Objetivou-se, investigar prospectivamente o impacto psicológico da doença e tratamento cirúrgico no pré e pós operatório. Como objetivos específicos: identificar formas de percepção do CaP antes e após PR e avaliar a QV após diagnóstico e tratamento cirúrgico. Foram estudados 52 pacientes antes e após o evento cirúrgico através de entrevista psicológica semidirigida, questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (Short-Form Health Survey) e avaliação função erétil através IIEF5 (Índice Internacional de Função Erétil). A análise dos dados se deu de forma quantitativa e qualitativa. Os resultados obtidos apontam que o sofrimento emocional antes da cirurgia está relacionado às representações do CaP e suas associações com a identidade masculina. Vivências subjetivas que envolvem doença e cirurgia se relacionam à morte e perda da identidade masculina. A análise estatística dos escores obtidos na SF-36 não evidenciou diferença significativa nas médias de cada domínio que compõe a referida escala antes e após o evento cirúrgico. O IIEF-5 diagnosticou 60% dos pacientes antes da cirurgia com algum grau de DE. Antes da cirurgia 94% referiram

atividade sexual, após cirurgia, 63,5% dos casos estudados relataram ausência de atividade sexual. 63,43% dos homens declararam-se satisfeitos com o tratamento, 34,54% declaram-se insatisfeitos e a queixa principal nos dois grupos referiu-se às sequelas. Conclui o CaP e possíveis sequelas da PR tem impacto significativo na sexualidade masculina e QV em homens acometidos pela doença. O sofrimento emocional e ambivalência antes da PR estão relacionados ao desempenho sexual, visto que a virilidade é um dos aspectos que compõe as representações de masculinidade. A intervenção psicológica e a prática assistencial interdisciplinar são necessárias para abordar as questões que envolvem a saúde do homem.

Descritores: NEOPLASIAS DA PRÓSTATA/cirurgia; QUALIDADE DE VIDA/psicologia; SEXUALIDADE

SUMMARY

Vieira, A.C.O.A. *The impact of the disease and surgical treatment in men affected by prostate cancer: an exploratory study of quality of life*

[dissertation]. São Paulo: School of Medicine, University of São Paulo. 2010.

Prostate cancer (PC) is the second most prevalent malignancy and the fourth cause of death in Brazil in men over 50 years of age. It is related to the aging process, since its incidence increases with age. The surgical treatment, radical prostatectomy (RP) is considered the most effective method for localized tumors. Among the most common surgical complications, erectile dysfunction and urinary losses tend to stand out. This study focuses on the emotional distress and impact of the disease and surgical treatment on the quality of life of men with PC. The objective is to investigate prospectively the psychological impact of the disease and surgical treatment before and after surgery. As specific objectives: to identify ways of perception for PC before and after RP and assess QoL after diagnosis and surgical treatment. We've studied 52 patients before and after the surgical procedure through semi-oriented psychological interview, the generic quality of life questionnaire SF-36 (Short-Form Health Survey) and erectile function assessment by IIEF-5 (International Index of Erectile Function). The data analysis was quantitative and qualitative. The results indicate that the emotional distress before surgery is related to representations of PC and their associations with the male identity. Subjective experiences involving the disease and surgery relate to death and loss of male identity. Statistical analysis of scores on SF-36 showed no significant difference in the averages of each field that make up such a scale before and after the surgical event. IIEF-5 diagnosed 60% of patients before surgery with some degree of erectile dysfunction. Before surgery 94% reported sexual activity, after surgery 63.5% of cases reported lack of sexual activity. 63.43% of men declared they were satisfied with the treatment, 34.54% were unsatisfied and the main complaint for both groups

was the sequel. Conclusion is that PC and possible sequel of RP have a significant impact on male sexuality and QoL in men affected by the disease. The emotional distress and ambivalence before the RP are related to sexual performance, as the virility is one of the aspects that make up the representations of masculinity. A psychological intervention and practice interdisciplinary care are needed to address issues involving men's health.

Keywords: NEOPLASMS PROSTATIC/surgery; QUALITY OF LIFE/
psychology;SEXUALITY

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - Câncer de próstata

O câncer de próstata é um dos tumores mais comuns entre os homens. No Brasil foram estimados para 2010, 52.350 novos casos, 13.160 casos no Estado de São Paulo, 4.110 na capital. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata (CaP) é o mais freqüente entre a população masculina. Estima-se para região sudeste, a incidência de 62/1000.000; é a segunda maior incidência de CaP por região. O aumento na incidência pode ter sido influenciado em regiões em que o rastreamento pela determinação da concentração sérica do antígeno prostático específico (PSA) é comum ⁽¹⁾. Fatores hereditários, variações regionais e raciais, devido às condições genéticas e ambientais, principalmente alimentares interferem na incidência do CaP. É considerado o câncer da terceira idade, pois sua incidência aumenta progressivamente com a idade.

Nas fases iniciais o CaP só pode ser diagnosticado através de exames clínicos de rotina, manifestações clínicas geralmente ocorrem quando a neoplasia atinge a cápsula prostática, quando a doença já se apresenta relativamente avançada. As manifestações mais comuns são a disfunção miccional, hematúria e hemospermia. A dor óssea, fraturas ósseas patológicas, edema de membros inferiores e da genitália externa, anemia, emagrecimento, são manifestações decorrentes do comprometimento metastático. A detecção precoce do CaP se dá pelo exame de toque retal (TR), PSA e biópsia transretal ⁽²⁾.

A evolução dos pacientes com CaP é relativamente imprevisível, com casos de rápida disseminação, assintomáticos, e casos de evolução lenta. O grau histológico dos adenocarcinomas da próstata constitui fator prognóstico extremamente relevante, relacionando-se ao comportamento biológico do tumor e sobrevida do paciente ⁽³⁾.

Os pacientes com CaP devem ser tratados em função do estágio da doença e neste sentido, a prostatectomia ou radioterapia são indicações

para o tratamento de tumores localizados e, terapêutica endócrina nos casos de doença disseminada. Nos casos de tumores restritos à próstata, a radical (PR) constitui a única forma de tratamento realmente curativo, sendo considerado o método mais seguro e confiável para erradicar o CaP localizado, apresentando prognóstico e sobrevida mais favoráveis quando a doença é diagnosticada precocemente ⁽²⁾.

As principais complicações da PRR mais freqüentemente relatadas relacionam-se com a incontinência urinária, estreitamento uretral e disfunção erétil ⁽³⁾. A prostatectomia radical tem sido o tratamento de escolha para câncer de próstata confinado ao órgão há várias décadas. Todas as modalidades terapêuticas apresentam riscos significativos e efeitos colaterais em longo prazo, alterando e com impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes ⁽⁴⁾.

Os fatores determinantes do sucesso pós-cirúrgico são: ausência de margens cirúrgicas comprometidas, ausência de infiltração das vesículas seminais, ausência de infiltração linfonodal e nível sérico de PSA indetectável após três meses de cirurgia.

1.2 - O homem e o Câncer de Próstata

O diagnóstico de câncer de próstata e o tratamento provocam profundas modificações na vida do homem. As alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento e/ou condições médicas, como o CaP, afetam a sexualidade masculina e o desempenho sexual, o corpo é sentido como estranho. Há um desencontro entre a força do desejo e a impossibilidade desse corpo funcionar como instrumento de satisfação desse desejo. Kusnetzoff ⁽⁵⁾ afirma que o tratamento cirúrgico do CaP e a possibilidade de seqüelas incrementam e facilitam a emergência de fantasias relacionadas à impotência, perdas e morte. Além disso, considera-se presente o mito que associa a virilidade sexual à masculinidade, doenças da próstata à disfunção erétil. A detecção precoce e tratamento do câncer de

próstata devem considerar os aspectos emocionais envolvidos, visto que muitos homens adiam e/ou recusam-se a participar de programas preventivos. Há muita falta de informação, entretanto, são fantasias conflitivas associadas aos exames clínicos e a glândula prostática que sustentam resistências ao tratamento médico ⁽⁶⁾. Ainda segundo Kusnetzoff ⁽⁶⁾, existe uma crença difundida de que os homens ficam com ‘impotência’ sexual após a cirurgia na próstata. O exame clínico, o toque retal, parece incrementar tais fantasias e afastar muitos homens da detecção precoce e tratamento do câncer de próstata, portanto há, no relacionamento afetivo sexual importantes repercussões a serem investigadas e compreendidas.

Carvalho ⁽⁷⁾ esclarece que muitos mitos e medos em torno do câncer estão relacionados às crenças sobre sua etiologia, oriundas do século XIX. Acreditava-se que o câncer era doença sexualmente transmissível, idéia esta reforçada pelas deformidades causadas pelos tumores de mama e órgãos genitais femininos e masculinos. As lesões aparentes eram semelhantes às lesões provocadas por doenças venéreas.

No homem, o câncer de próstata, propicia a emergência de conflitos sexuais, constitui-se em ameaça à integridade egóica e identidade masculina. Diante da comunicação diagnóstica feita pelo médico emergem inúmeras interrogações e a constatação inexorável de que somos finitos e limitados ⁽⁸⁾. As doenças prostáticas, especificamente o câncer de próstata relaciona-se ao envelhecimento do homem, no entanto, cada indivíduo reage a este processo natural de acordo com sua personalidade, de forma única e singular. A comunicação entre o médico e paciente é um fator importante na adesão ao tratamento proposto, além de permitir o esclarecimento de questões relativas ao funcionamento sexual. Mas são raros os homens que confessam suas intimidades sexuais a um profissional. Mesmo que a glândula prostática não esteja ligada a vida erótica, muitos homens depositam suas fantasias e expectativas em torno do seu desempenho sexual na saúde deste órgão, o que torna as intervenções clínicas e/ou cirúrgicas ameaçadoras ⁽⁵⁾.

Algumas alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento afetam a sexualidade masculina e desempenho sexual: 1- função reprodutiva lentificada e em declínio. 2- ereções mais lentas e menos freqüentes. 3- detumescência rápida após orgasmo. Alterações estas, nem sempre percebidas entre outras razões, por sinalizar os limites da vida.

Embora com o avanço da idade o homem sofra e perceba alterações nas potencialidades corporais, o surgimento de uma doença constitui-se em ameaça, sinalizando a finitude. Mesmo que o sujeito mantenha-se ativo e socialmente útil até uma idade bem avançada, as limitações impostas pelas perdas funcionais e a consciência da finitude interferem negativamente nos processos psíquicos relacionados à criatividade, participação social, autonomia e independência ⁽⁹⁾.

A maturidade e o envelhecimento trazem consigo a perspectiva da finitude como um desafio, que exige um trabalho psíquico e traz uma dupla exigência: conservar o desejo pela própria vida, até o fim, e viver considerando a possibilidade do fim. Para superar e se adaptar às situações de perdas, é necessário que se tenha desenvolvido recursos para elaboração durante toda a vida, como o grau de maturidade, da auto-estima, da tolerabilidade à frustração e a capacidade de reinvestir em objetos substitutivos ⁽⁹⁾.

O CaP intensifica a crise enquanto ameaça silenciosamente a vida do homem de meia idade ou idoso.

Sobre o adoecer Freud ⁽¹⁰⁾ nos fala:

“É do conhecimento de todos, e eu o aceito como coisa natural, que uma pessoa atormentada por dor e mau estar orgânico, deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento... retira o interesse libidinal de seus objetos amorosos: enquanto sofre deixa de amar” (p. 98).

A crise instaurada pelo diagnóstico oncológico tem usualmente um impacto negativo na saúde mental do paciente, podendo suscitar reações de ansiedade e depressão. O luto vivenciado em torno da perda da saúde acentua-se quando se trata de câncer. Este está ligado à idéia de

morte, embora atualmente os prognósticos sejam favoráveis e ocorram muitos casos de cura. Medos de mutilações, medo do desconhecido, receiam de tratamentos dolorosos, medo das muitas perdas e prováveis alterações na imagem corporal associada à doença e terapêutica são questões comuns, além da preocupação excessiva em relação à tomada de decisões ^(11, 12).

Faz-se necessário conceituar e compreender o constructo teórico representação social (RS), visto que o câncer suscita uma série de associações e representações. Tratando-se de CaP, as representações suscitadas remetem não só à dor mas também à sexualidade masculina.

Bleger ⁽¹³⁾ conceitua o homem como um ser social aonde seu alto grau de individualidade chega a desenvolver-se num produto social. Há a necessidade de relacionar-se com os outros para se constituir enquanto sujeito. Neste sentido o conceito de representação social é tema de investigação em todas as Ciências Humanas, na qual se busca compreender tal fenômeno.

Gomes ⁽¹⁴⁾, resgata a origem do conceito formulado primeiramente por Durkheim, na qual a concepção de representações coletivas estaria vinculada inicialmente à religião, na origem dos sistemas de representação que o indivíduo faz de si e do mundo e, à *posteriori*, as representações traduziriam a maneira como o grupo se concebe frente às suas relações com os objetos que o afetam.

Moscovici, segundo Gomes ⁽¹⁴⁾ partiria do conceito de representações coletivas para propor o constructo representação social, na qual as interações entre o individual e o coletivo ocorrem de forma dinâmica e flexível.

As representações sociais são modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal. Enquanto tais, elas apresentam características específicas no plano da organização dos conteúdos, das operações mentais e da lógica. A marcação social dos conteúdos ou dos processos de representação refere-se às condições e aos contextos nos

quais emergem as representações, às comunicações pelas quais elas circulam, às funções que elas servem na interação com o mundo e com os outros. São socialmente construídas e compartilhadas, apresentam pontos comuns, homogêneos, porém com alta complexidade. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através das vivências cotidianas ⁽¹⁵⁾.

As representações sociais objetivam minimizar a angústia existencial, pois busca tornar o desconhecido familiar e organizar as experiências emocionais do indivíduo. Frente a uma realidade na qual o indivíduo não consegue manter contato direto, ele utiliza-se das representações para facilitar a elaboração e produção de sentidos às suas angústias. A representação é um processo dinâmico que mobiliza e confere um sentido, uma produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente, de uma ação que modifica com uma reação a um dado estímulo exterior. São propostas de transações comuns da sociedade que acabam encontrando expressão, formas simbólicas de existir. Como se houvesse uma transformação de um conhecimento indireto num conhecimento direto, constituindo o único meio de nos apropriarmos do universo exterior. Exterior num duplo sentido, o que não nos pertence e o que está fora dos limites do nosso campo de ação, por exemplo, a doença ⁽¹⁶⁾.

Especificamente no campo da saúde e, para este estudo consideramos as questões sinalizadas por Cardoso e Gomes⁽¹⁷⁾. Os autores destacam que diferentes grupos sociais experimentam concepções diversificadas relativas à etiologia das doenças e na interpretação dos fenômenos corporais, as pessoas engendram explicações de acordo com noções, símbolos e esquemas referenciais interiorizados de acordo com o grupo social onde estão inseridas. Sendo este processo de produção de sentidos contínuo, dinâmico e passível de intervenções.

O impacto psicológico do câncer é significativo, tanto no paciente como em sua família e equipe de saúde envolvida no tratamento. Frente ao diagnóstico de câncer, o homem possivelmente terá sua vida alterada em vários aspectos: social, familiar, profissional e pessoal. Kovács ⁽¹⁸⁾ ressalta

que uma das crenças ainda arraigada em nossa sociedade é a de que a morte por câncer tende a ser obrigatoriamente acompanhada de dor, sofrimento, sem possibilidades de autonomia dos pacientes. Tais crenças e mitos acerca do câncer são representações sociais que emergem para o enfrentamento da angústia que invade o sujeito frente ao câncer.

Em pesquisa realizada por Schulze *apud* Spink ⁽¹⁹⁾, buscando compreender as representações sociais sobre o câncer em pessoas acometidas, familiares e indivíduos saudáveis, encontrou em seus resultados que: o câncer está associado à morte e a maioria dos familiares preferiu que o diagnóstico não fosse informado ao seu familiar doente. Afirma, a partir de seus resultados, que a questão de contar ao paciente sobre sua doença e o estado que se encontra é tido como problema para a equipe de saúde, a família e o próprio doente.

Evangelista ⁽²⁰⁾ estudou as representações sociais e estratégias de enfrentamento acerca do câncer utilizando-se para tanto de análise qualitativa do material clínico obtido através de entrevista semi-estruturada e Procedimento de Desenho-Estória ⁽²¹⁾. Estudou 25 homens, sendo 18 acometidos de câncer (de pulmão, de estômago e de próstata) e sete homens sem câncer. Uma de suas conclusões aponta que a identidade masculina, determinada pela força, poder e virilidade, se opõe à imagem do câncer. Tal contraposição pode interferir na adesão dos homens a programas de detecção precoce para o CaP, pois os exames necessários podem remeter aos significados de fragilidade do corpo masculino, fraqueza, restrições, medo, insegurança, incertezas. Significados estes incompatíveis com representações de virilidade, ou seja, de ser homem.

Stoller ⁽²²⁾ conceitua gênero como o sentimento social ou psíquico da identidade sexual, enquanto o sexo define a organização anatômica da diferença entre o macho e a fêmea. Deste ponto de vista, o gênero é uma entidade construída, a masculinidade, por exemplo, não é algo dado, mas algo que se procura conquistar. As representações do masculino são de fundamental importância para compreendermos as questões que emergem

quando o homem adoece e suas necessidades ante os procedimentos clínicos e cirúrgicos envolvendo diagnóstico e tratamento de CaP.

Em 2008, o Ministério da Saúde lança a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”, e ao estabelecer os princípios e diretrizes que regem esta nova ação, reconhece que... “os homens são mais vulneráveis às doenças, especialmente às enfermidades graves e crônicas, morrem mais precocemente que as mulheres....” “os homens não buscam serviços de atenção primária, adentrando ao sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade”. Dentre as razões elencadas para a resistência às ações de saúde, destaca-se as variáveis culturais e a necessidade de compreensão daquilo que constitui o gênero masculino nos seus diversos contextos socioculturais e político econômico (23).

1.3 - Qualidade de Vida e Câncer de Próstata

A Organização Mundial de Saúde (OMS), desde sua fundação, definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença ^(24, 25). No entanto, as políticas de saúde sempre priorizaram o controle da morbidade e mortalidade. Recentemente, observamos uma crescente preocupação, não só com a frequência e a severidade das doenças, mas também com as medidas de impacto da doença e comprometimento das atividades diárias, medidas de percepção de saúde e medida de disfunção/status funcional ⁽²⁶⁾.

Após a segunda guerra mundial, qualidade de vida (QV) tornou-se um constructo importante, significando inicialmente, melhoria no padrão de vida. O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. Gradativamente o conceito foi ampliado, englobando o desenvolvimento sócio-econômico e humano e a percepção das pessoas a respeito de suas vidas. O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências afins trouxe uma consequência negativa: a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Considera em sua definição "a percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" ⁽²⁷⁾.

Qualidade de vida relacionada com a saúde ("Health-related quality of life") e estado subjetivo de saúde ("subjective health status") são conceitos afins centrados na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. A avaliação da qualidade de vida foi acrescentada nos ensaios clínicos randomizados como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia e da segurança ⁽²⁶⁾.

A oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes. Assim que os estudos enfocando a qualidade de vida começaram a ser realizados, em sua grande maioria dedicavam-se a pacientes oncológicos ⁽²⁸⁾.

Concomitantemente, surge a psico-oncologia como um campo interdisciplinar da saúde que estuda a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação de pacientes com câncer. Entre os principais objetivos da psico-oncologia está a identificação de variáveis psicossociais e contextos ambientais em que a intervenção psicológica possa auxiliar o processo de enfrentamento da doença, incluindo quaisquer situações potencialmente estressantes a que pacientes e familiares são submetidos ⁽²⁹⁾.

Para nosso estudo, optamos por um instrumento de qualidade de vida, por suas várias utilidades, dentre elas a possibilidade caracterizar a população estudada, facilitando o diálogo com a equipe de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas) com vistas a uma prática assistencial interdisciplinar.

A avaliação da QV se apresenta como um instrumento para identificar as necessidades de saúde de determinada população e/ou facilitar a comparação dos estados de saúde de diferentes grupos de pacientes tratados. Tais informações facilitam a tomada de decisões quanto à alocação de recursos e decisão sobre prioridade em assistir determinados setores. Em situação clínica, eles podem identificar pacientes e avaliar a efetividade da intervenção ⁽³⁰⁾.

Estudos com o objetivo específico de avaliar a QV após diagnóstico e tratamento para o Câncer devem considerar a forma como o sujeito se adapta às funções urinária, intestinal e sexual eventualmente comprometidas ou alteradas pelo tratamento, mudanças na percepção de si mesmo, potencialidades, persistência de incertezas sobre seu CaP, e a escolha terapêutica que foi obrigado a fazer ⁽³¹⁾.

Korfage⁽³²⁾ aponta em sua pesquisa que a disfunção erétil (DE) e a redução da atividade sexual era percebida pelos pacientes como decorrente do aumento da idade, portanto esperada e normal. Não era um aspecto abordado nas entrevistas de QV. Já em relação às disfunções urinárias e intestinais, muitos pacientes relataram ter mudado sua avaliação quanto à saúde e padrão de vida, de acordo com a presença e a persistência destes efeitos colaterais.

Burke et al.⁽³³⁾ estudaram por meio da utilização de uma escala de qualidade de vida, as reações de um grupo de homens frente ao diagnóstico e num segundo momento, em tratamento de câncer de próstata. No momento do diagnóstico observaram reações de medo da morte, dependência, interrupção de relações sociais e profissionais, incremento de sintomas somáticos. Após o tratamento cirúrgico (prostatectomia radical), apontam como principais fatores que comprometem a qualidade de vida a incontinência urinária e a disfunção erétil.

Em um estudo sobre o câncer de próstata e suas implicações na qualidade de vida dos pacientes, Fan et al.⁽³⁴⁾ observaram que os vários procedimentos clínicos e cirúrgicos utilizados para o tratamento tiveram implicações negativas para a vida do paciente. Os autores relataram que os pacientes com marcas visíveis ou alterações externas no corpo manifestaram uma percepção negativa quanto à sua aparência física, seu estado de saúde e sua sexualidade.

Em estudo desenvolvido por Clark et al.⁽⁴⁾ os pacientes relataram que as percepções sobre o controle da doença e as decisões relativas à escolha do tratamento foram positivas, mas apresentaram variações quanto à modalidade terapêutica. Pacientes submetidos à prostatectomia radical, apesar de relatarem mais comumente incontinência urinária e disfunção erétil, acreditavam possuir maior controle da doença devido à agressividade do tratamento.

Gugliotta⁽³⁵⁾ avaliou a QV utilizando a escala SF-36 em pacientes tratados com prostatectomia radical e radioterapia. Concluiu que a avaliação da QV pode determinar a eficácia do tratamento instituído, mas, a análise

dos resultados em seu estudo não mostrou diferença significativa do ponto de vista estatístico, na QV de homens tratados com PRR em relação ao grupo tratado com radioterapia.

Litwin et al.⁽³⁶⁾ em seu estudo revela que, a saúde mental apresentou diferenças entre pacientes submetidos à cirurgia , à radioterapia e à observação. Inicialmente todos os grupos apresentavam resultados semelhantes, mas com o passar do tempo diferenças expressivas começaram a aparecer. Após o tratamento cirúrgico, saúde mental, limitações/restrições em consequência de problemas emocionais, vitalidade e função social apresentaram melhoras significativas.

Consideramos que avaliar as influências da PR na qualidade de vida é primordial para contribuir na verificação da eficácia deste tratamento, nortear condutas terapêuticas e melhorar as informações passadas aos pacientes que necessitam escolher e conviver com as implicações da opção por tratamento cirúrgico.

Este estudo buscou levantar o impacto do diagnóstico e tratamento cirúrgico em homens acometidos por CaP através de entrevistas psicológicas, identificando formas de percepção do câncer e avaliando a qualidade de vida antes e após prostatectomia radical através de escala específica.

A relevância do tema relaciona-se à necessidade de subsídios sobre a população masculina acometida por esta condição médica em nosso país, especificamente aqueles assistidos na Instituição onde este estudo foi efetuado. Raros são os estudos sobre o gênero masculino. Tal necessidade relaciona-se a adequação na assistência oferecida a partir do conhecimento do homem doente e não só de sua doença.

2 - OBJETIVOS

Investigar prospectivamente o impacto e as repercussões psicológicas em pacientes acometidos por câncer da próstata localizado no pré-operatório e após no mínimo seis meses da realização de prostatectomia radical.

2.1 - Objetivos Específicos

- Identificar formas de percepção do câncer de próstata antes do tratamento e após no mínimo, seis meses de tratamento cirúrgico.
- Avaliar a qualidade de vida após diagnóstico do CaP e após tratamento cirúrgico.

3 - CASUÍSTICA E MÉTODO

Estudo exploratório prospectivo realizado com homens acometidos por adenocarcinoma de próstata, submetidos a tratamento cirúrgico de prostatectomia radical. A participação foi voluntária, com aqueles que compareceram após encaminhamento médico e aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Constituímos desta forma uma amostragem intencional por conveniência.

3.1 – Casuísta

Este estudo foi desenvolvido na Divisão de Clínica Urológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foram selecionados 52 pacientes, com idade entre 43 e 77anos, sem distinção de raça, credo, escolaridade, estado civil. Tais distinções não foram consideradas relevantes para este estudo, contribuindo apenas para a caracterização sócio-demográfica da referida população.

3.1.1 - Critérios de Inclusão

Foram considerados critérios de inclusão, que os pacientes:

1. Estivessem matriculados no ICHC-FMUSP, Divisão de Clínica Urológica.
2. Idade mínima de 40 anos.
3. Possuíssem diagnóstico anatomopatológico de câncer de próstata.
4. Tivessem indicação de tratamento cirúrgico (prostatectomia radical).
5. Apresentassem condições cognitivas para compreensão das questões e da atividade proposta

6. Consentissem em participar do estudo, assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

3.1.2 - Critérios de Exclusão

Foram excluídos deste estudo, pacientes com diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia ou transtorno bipolar, demência ou rebaixamento de consciência e aqueles que utilizaram medicamentos com efeitos no Sistema Nervoso Central.

3.1.3 - Local

A aplicação dos instrumentos técnicos foi realizada em consultórios (médico e psicológico), no ambulatório da Divisão de Clínica Urológica do Instituto Central do Hospital das Clínicas – FMUSP, os quais apresentaram plenas condições à realização das entrevistas (temperatura, iluminação, acústica e privacidade).

Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo após terem recebido o diagnóstico de CaP e indicação para tratamento cirúrgico através de prostatectomia radical. O encaminhamento inicial para a participação deste estudo foi feito pelo médico, no momento do encaminhamento para cirurgia. Em outros momentos do estudo, porém, aqueles que não compareceram após primeiro encaminhamento, foram reencaminhados por profissionais da equipe de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos) e, outros funcionários da área administrativa ligados ao agendamento de cirurgias. Todos foram orientados quanto aos objetivos deste estudo e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

Cabe esclarecer que, após encaminhamento para tratamento cirúrgico, o paciente deveria efetuar exames pré-operatórios e aguardar em

uma lista de espera, o que nos proporcionou a oportunidade de abordar mais de uma vez os pacientes que não compareceram após indicação médica ou eventualmente não foi encaminhado no momento da indicação para cirurgia.

3.2 - Instrumentos

3.2.1 - Entrevista Psicológica Semidirigida

A entrevista psicológica é um instrumento característico e específico da prática do psicólogo, onde a regra básica é a obtenção de dados acerca do comportamento total do sujeito ao longo da entrevista. O entrevistador além da escuta, observa e vivencia o que acontece durante o processo ⁽¹⁴⁾.

São tomados em consideração os comportamentos verbais e não-verbais do entrevistado, assim como conteúdos que emergem na entrevista oriundos da transferência^a e contratransferência^b, devendo ser utilizadas como instrumentos técnicos de observação e compreensão do material colhido na entrevista.

Optou-se pela entrevista semidirigida, pois esta permite que o indivíduo tenha liberdade de expor-se “começando por onde preferir e incluindo o que desejar”. Nesta modalidade de entrevista, segundo Ocampo e Arzeno⁽³⁷⁾, o entrevistador interviria em três situações específicas: auxiliar o indivíduo, quando este não souber como começar ou prosseguir; garantir o cumprimento dos objetivos da entrevista sinalizando eventuais bloqueios e paralizações; e preencher lacunas nas informações do entrevistado relevantes para a finalidade da entrevista.

As entrevistas foram realizadas considerando um roteiro organizado, a partir de eixos temáticos, elaborados para este estudo (Anexo

^a “(...) atualização, na entrevista, de sentimentos, atitudes e condutas inconscientes, por parte do entrevistado, que correspondem a modelos que este estabeleceu no curso do desenvolvimento, especialmente na relação com seu meio familiar” – Bleger ⁽¹³⁾

^b “Na contratransferência incluem-se todos os fenômenos que aparecem no entrevistador como emergentes do campo psicológico que se configura na entrevista; são as respostas do entrevistador às manifestações do entrevistado, o efeito que têm sobre ele” 13. Ibid.

B). Abaixo relacionamos os temas abordados com o intuito de favorecer nossa investigação.

- Dados sócio-demográficos (idade, estado civil, escolaridade, religião, situação socioeconômica e de trabalho).
- Diagnóstico médico e tratamento.
- Representações e fantasias relacionadas à saúde e à doença.
- Suporte familiar referido.
- Vida afetivo-relacional / vida sexual.
- Vida profissional.

3.2.2 - The Medical Outcomes Study-36-Item Short Form Health Survey- SF-36 (Escala para Avaliação da Qualidade de Vida)

A escala escolhida para a avaliação de qualidade de vida neste estudo apresenta as propriedades de medida, como reprodutividade, validade, e sensibilidade à alteração já demonstrada. O Short-Form Health Survey (SF-36) (Anexo C) já está traduzido e validado para a língua portuguesa ⁽³⁸⁾. É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre condições de saúde atual e de um ano atrás, item este, que não é pontuado, porém é útil para o conhecimento da evolução de uma doença.

Avalia tanto os aspectos negativos da saúde (doença), como os aspectos positivos (bem-estar). Cada questão apresentada é seguida de escores numéricos devendo ser escolhida apenas uma alternativa por

questão. Os resultados são transformados em uma escala de 0 a 100 (Raw Scale), no qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado geral de saúde (Anexo D).

É um questionário multidimensional de avaliação de saúde, objetivando detectar e apontar o impacto de uma doença sobre a vida do sujeito, de fácil aplicação e compreensão. A vantagem do questionário genérico é a possibilidade de comparações entre diferentes doenças, tratamentos ou, com a população em geral ⁽³⁸⁾.

3.2.3 - Índice Internacional de Função Erétil – IIEF5

Em razão da população de nosso estudo constituir-se de homens maduros, muito já na terceira idade optou-se por avaliar a função erétil antes da cirurgia; visto que o procedimento cirúrgico pode causar prejuízos à função erétil e/ou exacerbar disfunção erétil já existente. Pretendeu-se com este instrumento detectar alterações de caráter orgânico na função erétil dos homens estudados.

O IIEF5 é um questionário com 15 itens (Anexo E), desenvolvido e validado como uma escala auto-aplicável, para avaliar a função sexual. É válido do ponto de vista psicométrico e de fácil aplicação em pesquisas de ambiente clínico. Cinco fatores ou parâmetros de respostas são identificados: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação na relação sexual e satisfação global ⁽³⁹⁾.

Para este estudo, considerando nossos objetivos, foi avaliada função erétil (questões de 1 a 5) e questão 15. Cada questão apresentada é seguida de escores numéricos, os quais apenas uma alternativa deve ser escolhida, que a seguir são transformados em escala de 0 a 30, classificando-se conforme abaixo:

Pontuação	Interpretação da DE
0 – 6	Grave
7 -12	Moderada

13 – 18	Moderada a Leve
19 -24	Leve
25 – 30	Sem DE

Outros aspectos que envolvem a sexualidade e especificamente a atividade sexual foram avaliados na entrevista psicológica.

3.2.4 - Prontuário Médico

Os prontuários médicos dos sujeitos selecionados e incluídos neste estudo foram consultados com o objetivo de esclarecer o diagnóstico, evolução e prognóstico nas diversas etapas do estudo, bem como, levantar dados clínicos relevantes para a pesquisa, porém a consulta sempre ocorreu após a aplicação dos instrumentos na primeira etapa. Isto é, sempre após a aplicação do protocolo no momento pré-cirúrgico.

3. 3 - Questões Éticas

Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pela comissão de ética em pesquisa do HCFMUSP – CAPPesq (Apêndice). As participações nas entrevistas foram consideradas sem risco, não havendo previsão da existência de nenhum dano ou consequência para os participantes desta pesquisa. Foi assegurado e oferecido aos participantes a possibilidade de realizar tratamento psicológico se necessário fosse e/ou houvesse interesse, na Divisão de Clínica Urológica do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Cabe sinalizar que os atendimentos e intervenções psicológicas realizados, após aplicação do protocolo de pesquisa, não fazem parte deste estudo.

3.4 - Métodos

Neste estudo exploratório, utilizou-se metodologia qualitativa para analisar e compreender os dados e associações obtidos na entrevista clínica acerca da doença e tratamento cirúrgico. Avaliamos a QV através do SF-36. Buscou-se também, analisar o conteúdo das entrevistas, categorizando qualitativamente e quantitativamente, esclarecendo o impacto da doença e tratamento cirúrgico e correlações com a qualidade de vida dos pacientes, avaliada através de instrumento específico.

Os instrumentos foram aplicados conforme a sequência abaixo:

1. Termo de Consentimento (Anexo A)
2. Entrevista Psicológica Semidirigida (Anexo B)
3. Escala SF – 36 (Anexo C)
4. I.I.E.F5.-Índice Internacional de Função Erétil (Anexo E)
5. Consulta ao prontuário médico

3.4.1 - Procedimentos

Os procedimentos necessários à realização da pesquisa ocorreram em duas etapas:

1. Primeira etapa: pré-prostatectomia radical
2. Segunda etapa: pós-prostatectomia radical

3.4.1.1 - Primeira Etapa

Na primeira etapa, os pacientes encaminhados para tratamento cirúrgico foram encaminhados à psicóloga. Neste momento, realizou-se uma entrevista, informando-lhe os objetivos da pesquisa e como seria seu procedimento, garantindo o anonimato. Durante a entrevista inicial, selecionou-se os indivíduos que responderam aos critérios de inclusão e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Aqueles

que não foram mantidos na pesquisa foram encaminhados para orientação pré-cirúrgica grupal informativa e/ou intervenção psicológica de caráter psicodinâmico, se necessário.

As entrevistas foram baseadas em roteiro elaborado pelos pesquisadores (Anexo B). Em todos os casos foram agendadas pelo menos mais uma entrevista para complementação das informações ou finalização da aplicação dos instrumentos nesta primeira etapa.

Foram avaliados 70 pacientes na primeira etapa, que aguardavam em lista de espera ou em preparo para cirurgia. Todas as entrevistas foram realizadas no ambulatório.

As entrevistas priorizaram a verbalização dos sujeitos participantes, com intervenções pontuais sobre tópicos do roteiro não respondidos espontaneamente, no sentido de favorecer a coleta do maior número de informações fundamentais a este estudo.

Ao término da entrevista foram apresentadas ao paciente as instruções para realização da avaliação de QV através do SF-36 e em seguida o IIEF5 para avaliar a função erétil. As questões foram lidas pela psicóloga e somente em caso de dúvida foram feitos esclarecimentos para sua melhor compreensão, buscando, entretanto não alterar o sentido original da questão. Foram necessários esclarecimentos em razão da ansiedade inerente a condição médica do entrevistado e em casos em que o paciente apresentava baixo nível de escolarização.

As entrevistas tiveram duração mínima de 1 hora e 10 minutos e, cada paciente necessitou em média de duas entrevistas no primeiro momento do estudo.

Utilizou-se o prontuário médico ao longo das duas etapas do estudo. Na primeira etapa, auxiliou no esclarecimento de dúvidas quanto aos critérios de inclusão/exclusão e esclarecimento de aspectos médicos, tais como comorbidades, por exemplo.

3.4.1.2 - Segunda Etapa

A segunda etapa do estudo ocorreu após tratamento cirúrgico, decorridos no mínimo seis meses da cirurgia. Os pacientes foram convocados por telefone ou carta após mínimo de seis meses de cirurgia e, quando possível, a psicóloga os convocou pessoalmente no momento do retorno médico. A rotina de retornos médicos após cirurgia inclui retornos programados aos 14 dias de cirurgia, 2 meses, 6 meses e 12 meses. Estes retornos variam conforme as necessidades de cada paciente.

Compareceram na segunda etapa 52 sujeitos. Da amostra inicial, três pacientes desistiram da cirurgia, dois foram a óbito após cirurgia por complicações diversas e treze não compareceram por motivos distintos, mesmo tendo sido convocados mais de uma vez e abordados pela psicóloga no retorno médico.

Todos foram submetidos a uma nova entrevista semidirigida conforme roteiro e eixos temáticos utilizados nas entrevistas da primeira etapa (Anexo B). O foco das entrevistas nesta segunda etapa foi o evento cirúrgico e suas seqüelas sempre considerando os eixos temáticos propostos. Ao final da entrevista, foi reaplicada a escala para avaliação da QV. As questões foram lidas pela psicóloga como na primeira etapa. Em média cada paciente compareceu a uma entrevista de uma hora e vinte minutos.

Considerando os dados obtidos na entrevista sobre a sexualidade, não foi necessário aplicar o IIEF5, visto tratar-se de um instrumento que avalia especificamente a função erétil e nesta segunda etapa, os sujeitos de nossa amostra se apresentaram com comprometimento da função erétil já avaliado por seu médico.

O prontuário do paciente nessa etapa (pós-cirurgia) foi útil para a compreensão da evolução e prognóstico médico.

3.5 - Tratamentos dos Dados

Inicialmente os dados coletados foram avaliados de acordo com as normas propostas de cada instrumento e submetidos à análise estatística.

Todos os dados coletados foram armazenados em uma planilha tipo EXCEL e então submetidos à análise estatística.

As variáveis qualitativas foram descritas através da frequência absoluta (n^0) e da frequência relativa (%). As variáveis quantitativas foram descritas através da média $\pm$ desvio padrão e os valores de mínimo e de máximo.

Para avaliar associação entre variáveis qualitativas foi utilizado o teste Qui-Quadrado.

A comparação da média dos escores do SF-36 do momento antes com o momento após a cirurgia foi avaliada através do teste t-pareado.

A influência de possíveis variáveis que poderiam interferir na média dos escores do SF-36 foi avaliada descritivamente com a construção do gráfico de perfil (representação da média de cada um dos domínios nos dois instantes de avaliação de acordo com as categorias da variável que está sendo avaliada).

Para avaliar se possíveis variações observadas nos gráficos de perfis apresentavam significância estatística foi construído um modelo de Análise de Variância (ANOVA) com medida repetida com o auxílio do software SAS 9.1.3. Esse modelo permitiu levar em consideração a possível correlação existente entre as observações realizadas, no mesmo indivíduo, em dois instantes do tempo.

Em toda análise estatística foi adotado um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), ou seja, foram considerados como estatisticamente significantes os resultados que apresentaram p-valor menor do que 5% ($p<0,05$).

A análise dos dados obtidos nas entrevistas semidirigidas foi realizada qualitativamente através da Análise Temática, proposta por Bardin

⁽⁴⁰⁾ na qual o objetivo é possibilitar a interpretação do conteúdo do discurso, quantificando o conteúdo manifesto das entrevistas.

O autor citado propôs esta técnica e a definiu como formas de análise da comunicação, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens na busca de indicadores que permitam a compreensão das condições de produção e recepção das mensagens contidas no discurso analisado.

Inicialmente, conforme a proposta da autora, os dados são codificados, transformando-se as respostas dissertativas da entrevistas em categorias. As entrevistas foram analisadas considerando cada eixo temático, buscando sentidos que compõem a comunicação de cada paciente, criando desta maneira categorias que emergem dos conteúdos mais freqüentes. As entrevistas foram recortadas ao redor de cada eixo temático, codificando os dados do discurso, categorizando os conteúdos. Esta forma de análise também permite análise quantitativa. Os dados foram tabulados e organizados em planilhas, com o objetivo de facilitar a associação entre as variáveis estudadas. Procedeu-se também a análise global do conteúdo da entrevista a partir das associações mais freqüentes observadas nos relatos dos sujeitos que compuseram a amostra. Através desta técnica, os dados foram descritos, interpretados e compreendidos.

4 - RESULTADOS

A amostra, ao final da primeira etapa foi de 70 pacientes, porém na segunda etapa, obteve-se o comparecimento de 52 pacientes para a continuidade da pesquisa. Essa frequência resulta 74,29% (52/70) de comparecimentos e 25,71% (18/70) pacientes ausentes, que não concluíram o protocolo proposto nesta investigação.

Do total de 52 pacientes submetidos à prostatectomia radical que participaram do protocolo nas duas etapas, 96%, foram submetidos à técnica retropúbica ^c e nos demais, foi utilizada a técnica perineal ^d.

4.1 – Resultado Geral

4.1.1 - Primeira Etapa

A tabela 1 apresenta a descrição dos dados clínicos e demográficos dos pacientes antes da cirurgia. Observou-se que a idade dos pacientes incluídos no estudo variou de 43 a 77 anos, sendo que foi observada maior porcentagem de pacientes com idade maior do que 60 anos (81%). Também foi interessante observar que aproximadamente 73% dos pacientes apresentavam escolaridade até o Fundamental Completo. O estado civil mais freqüente na amostra foi casado (84,6%), entretanto, apenas 38% do total de pacientes relataram parceira fixa. Outro fato importante a ser observado é que a maioria dos homens nesse estudo encontrava-se aposentado (44,2%), entretanto 57,7% declararam atividade profissional remunerada. Em 69,2% de nossa amostra a renda pessoal variou entre mais que três salários mínimos até seis salários mínimos.

^c Prostatectomia radical retropúbica: Remoção cirúrgica total da próstata através de incisão feita no abdome inferior, com remoção da próstata por trás do osso púbico.

^d Prostatectomia radical perineal: remoção cirúrgica total da próstata através de incisão feita no períneo, entre o reto e o escroto para remoção da próstata.

Tabela 1: Dados Demográficos – n=52

Idade (anos)	
Média ± desvio padrão	66,1 ± 6,8
Mínimo – Máximo	43 – 77
Escolaridade	
Analfabeto	6 (11,5%)
Fundamental incompleto	20 (38,5%)
Fundamental completo	12 (23,1%)
Médio	9 (17,3%)
Superior completo	5 (9,6%)
Estado civil	
Amasiado / Casado	45 (86,5%)
Divorciado	3 (5,8%)
Solteiro	2 (3,8%)
Viúvo	2 (3,8%)
Situação Profissional	
Aposentado	23 (44,2%)
Ativo	22 (42,3%)
Auxílio Doença	2 (3,8%)
Desempregado	5 (9,6%)
Renda Pessoal	
Até 3 SM	24 (46,1%)
3SM – 6SM	26(69,2%)
>6SM	2 (3,8%)

*SM – salário mínimo

4.1.1.1 – Entrevista Psicológica Semidirigida

A entrevista buscou investigar a percepção do paciente sobre sua doença e tratamento, considerando seu percurso e tempo de tratamento nesta instituição. As expectativas frente ao tratamento e relacionamento com o médico e equipe de saúde foi temática abordada espontaneamente por todos os pacientes nas entrevistas anteriores à cirurgia.

Observou-se que a maioria dos pacientes apresentava alguma comorbidade, a hipertensão arterial sistêmica foi a mais freqüente (44%). Verificou-se que o tempo entre o diagnóstico de CaP, indicação e encaminhamento para cirurgia foi entre 1 – 6 meses, 63% (33/52) e em 11%(6/52) mais de um ano.

Foram Investigados outros tratamentos realizados para CaP até a indicação cirúrgica e 80%(42/52) dos homens entrevistados referiram nenhum tratamento anterior a indicação cirúrgica. Entretanto, em 19%(10/52) encontrou-se 60% de tratamentos não prescritos pelo medico (30% remédios caseiros, 20% cirurgia espiritual, 10% repouso/abstinência sexual).

As expectativas dos indivíduos quanto ao tratamento cirúrgico, conforme a figura 1 mostrou que 42% (22/52) dos homens entrevistados relataram fantasias relacionadas à morte e expressão de angústia de morte (sintomas depressivos); em 57% (30/52) encontramos relatos de medo associado ao evento cirúrgico e suas possíveis seqüelas (DE, IU).

Figura 1 – Expectativas e fantasias relacionadas a prostatectomia radical

Quanto a origem do CaP, verificamos que 48% (25/52) referiu não saber a origem do CaP, 19% (10/52) atribuíram o CaP à sexualidade, isto é, às experiências sexuais 9%(5/52) atribui a etiologia do CaP a fatores hereditários, 9%(5/52) a fatores emocionais, e 7,69% (4/52) ao envelhecimento (tabela 2).

Tabela 2: Representações e fantasias relacionadas à origem do CaP

Representações e fantasias	n=52
Não sabe/ não associa	48% (25)
Vida Sexual	19% (10)
Hereditariedade	9% (5)
Fatores Emocionais	9% (5)
Envelhecimento	7,69% (4)

Diante do sofrimento emocional e dos conflitos suscitados e/ou exacerbados pelo CaP e tratamento cirúrgico observou-se que os pacientes utilizaram-se dos seguintes mecanismos de defesa ^e: 32% (17/52) buscam a religiosidade^f, 25%(13/52) recorrem à idealização^g do médico e do tratamento proposto, 23% (12/52) evitação fóbica^h, isto é,

^e Mecanismos de defesa - Freud designa por este termo o conjunto das manifestações de proteção do eu contra as agressões internas e externas, suscetíveis de constituir fontes de excitação e, por conseguinte, de serem fatores de desprazer - Rodinesco ⁽⁴¹⁾

^f Religião - As idéias religiosas constituem a realização dos mais antigos anseios da humanidade, antes de mais nada, o de nos protegermos da onipotência da natureza, sem termos de suportar as limitações e as privações trazidas pela cultura. Mas tal resultado é impossível; assim só pode ser uma ilusão. ...a ilusão esclarece Freud, não é necessariamente falsa, mas se caracteriza pelo fato de ser um produto dos desejos humanos... "todas as doutrinas religiosas são ilusões"... "é tão impossível refutá-las quanto prová-las." Freud apud Roudinesco ⁽⁴¹⁾

^g Idealização- Processo psíquico pelo qual as qualidades e o valor do objeto são levados à perfeição. Ibid, p.291

^h Fobia –Termo derivado do grego *phobos* e utilizado na língua francesa como sufixo, para designar o pavor de um sujeito em relação a um objeto, um ser vivo ou situação, gerando evitação em relação ao objeto fóbico. Ibid, p.243

inconscientemente adiram procedimentos necessários à realização do tratamento. Em 11% (6/52) verificou-se que intelectualizaçãoⁱ, expressos na necessidade de sucessivas orientações médicas e muitas vezes urgência pela cirurgia foi a forma prioritária de conter o sofrimento emocional.

A tabela 3 apresenta a freqüência dos dados relevantes sobre o enfrentamento da doença e do tratamento.

Tabela 3: Formas de enfrentamento dos conflitos relacionados ao CaP e prostatectomia radical

Enfrentamento dos conflitos	n=52
Religiosidade	32% (17)
Idealização do Médico	25% (13)
Negação ^j	7% (4)
Intelectualização	11% (6)
Evitação fóbica	23% (12)

Especificamente quanto à relação médico-paciente, verificou-se que em 57% (30/53) dos casos estudados o paciente estabeleceu com seu médico um vínculo de confiança, marcado por extrema idealização da figura do cirurgião. O cirurgião é aquele que cura, semelhante e equiparado em alguns casos a Deus. Em 42% (22/52) dos casos estabeleceram com o médico relacionamento ambivalente, isto é, oscilando entre a confiança e a desconfiança, gerando dúvida e desamparo quanto ao tratamento. Neste grupo os pacientes foram atendidos por diversos profissionais, em mais de uma instituição, o que pareceu interferir na relação médico-paciente de forma negativa.

A Divisão de Clínica Urológica, através do Setor de Tumores, recebe pacientes através de encaminhamento da Secretaria da Saúde do

ⁱ Intelectualização - processo pelo qual o indivíduo procura dar uma formulação discursiva aos seus conflitos e as suas emoções, de modo a dominá-los - Laplace ⁽⁴²⁾, p.315

^j Negação – Processo pelo qual o indivíduo, embora formulando um de seus desejos, pensamentos ou sentimento, até aí recalcado, continua a defender-se dele negando que lhe pertença. Ibid p. 373

Estado de São Paulo, das Unidades Básicas de Saúde, dos Ambulatórios de Especialidades e, oriundos de outras Clínicas do Instituto Central do HCFMUSP. Estes pacientes ao agendarem a primeira consulta (triagem) no Setor de Tumores, já o fazem com a biópsia. Após esta triagem são encaminhados para exames complementares e tratamento, que pode ser no próprio Setor de Tumores ou outra Instituição que ofereça o tratamento indicado. A comunicação diagnóstica, em muitos casos, já foi realizada por outro profissional, na instituição de origem pelo médico que solicitou biópsia e outros procedimentos diagnósticos.

O relacionamento familiar antes da cirurgia foi percebido como satisfatório em 84% (44/52) dos homens.

No momento da entrevista, na primeira etapa do estudo observou-se que 49 pacientes (94%) referiram atividade sexual enquanto que três pacientes (6%) referiram ausência atividade sexual antes da cirurgia. A tabela 4 apresenta as dificuldades conjugais/sexuais relatadas pelos 52 pacientes acerca de sua vida sexual.

Tabela 4: Distribuição das dificuldades conjugais/sexuais antes da cirurgia

Dificuldades relatadas	n=52 (%)
Conflito Conjugal	2 (4)
DE	16 (31)
Hérnia – indiferença da parceira	1 (2)
Inibição do desejo	5 (10)
Masturbação/abstinência	9 (17)
Sem dificuldade	19 (36)

Quanto à satisfação com o relacionamento conjugal antes da cirurgia, 48% (25/52) sentiam-se insatisfeitos, 46% (24/52) referiram satisfação, 6% (3/52) não mantinham vínculo conjugal e/ou relacionamento

estável. Importante observar que 72% (38/52) afirmaram ter parceira fixa e 28% (14/52) dos homens em nossa amostra não tinha parceira fixa.

Durante a primeira etapa do estudo foi necessário em 48% (25/52) dos casos, três entrevistas para a realização do protocolo e em 46% (24/52) duas entrevistas. Tal fato ocorreu em razão dos temas abordados na entrevista exacerbarem o sofrimento emocional. Quanto à temática das entrevistas na primeira etapa do estudo, elencamos abaixo, as mais frequentes:

- ✓ 37% (19/52) angústia e ansiedade em relação a lista de espera para cirurgia.
- ✓ 29% (15/52) dúvidas, desorientação sobre a doença e tratamento.
- ✓ 23%(12/52) sintomas relacionados à angústia e depressão ante o CaP.
- ✓ 12%(6/52) questionaram o diagnóstico e necessidade de cirurgia - negação do CaP.

4.1.1.2 – Índice Internacional para Avaliação da Função Erétil – IIEF5

Quanto ao IIEF5 (pergunta 1 a 5 + pergunta 15) observou-se que o escore obtido por essa amostra de 52 homens variou de 1 a 30 com mediana igual a 22 pontos. A figura 2 apresenta os índices de função erétil obtidos por este grupo e a classificação de acordo com a proposta do IIEF5. Pode-se observar que aproximadamente 40% dos pacientes não apresentaram disfunção erétil. Como já referido na descrição metodológica deste estudo, o IIEF5 foi utilizado somente na primeira etapa do estudo, visto que na segunda etapa, somente três sujeitos referiram ereções espontâneas.

Figura 2: Avaliação da função erétil dos 52 homens de acordo com IIEF5

4.1.2 - Segunda Etapa

Durante a segunda etapa do estudo, foi difícil o comparecimento dos pacientes. Apesar dos retornos programados pela equipe médica, nem sempre foi possível conciliar a data do retorno médico com a entrevista psicológica, pois muitos pacientes retornavam em uma mesma data e recusavam-se a esperar, alegando trabalho e compromissos outros. Nestes casos foi feito o agendamento para outra data, porém a indisponibilidade do paciente se revelou nas faltas. O que gerou a necessidade de convocação destes pacientes especificamente para entrevista psicológica por meio de carta ou contato telefônico. Resultando em 25,71% (18/70) pacientes ausentes que não concluíram o protocolo.

De acordo com a tabela 5 pode-se observar que a situação profissional mais freqüente após a cirurgia continuou sendo aposentado, 54% dos casos.

Tabela 5: Distribuição pacientes de acordo com a situação profissional após a cirurgia

Situação Profissional Após Cirurgia	n=52
Aposentado	54% (28)
Ativo	34,5% (18)
Desempregado	11,5% (6)

Após a cirurgia, no 2º relato, observou-se que 19 pacientes (36,5%) relataram apresentar atividade sexual e 33 deles (63,5%) relataram não apresentar atividade sexual. Os dados apresentados foram colhidos em entrevista psicológica e quando necessário consultado o prontuário.

A tabela 6 apresenta a distribuição conjunta entre a atividade sexual antes da cirurgia com a situação conjugal após a cirurgia, na qual observo-se que houve um decréscimo significativo ($p < 0,001$) na proporção de homens que antes da cirurgia referiam ter atividade sexual (94%) quando comparado com a proporção apresentada após a intervenção cirúrgica (36,5%).

Tabela 6: Distribuição conjunta dos pacientes de acordo com a atividade sexual antes e após a cirurgia

	Atividade Sexual	
	Presente	Ausente
Antes Cirurgia	94% (49/52)	6% (3/52)
Após Cirurgia	36,5% (19/52)	63,5% (33/52)

Entre os 30 pacientes que antes da cirurgia apresentaram atividade sexual e após a cirurgia deixaram de apresentar foi observado nos dados colhidos em entrevista, as seguintes características quanto à vida sexual:

- ✓ 9 (30%) deles não referiam dificuldade antes da cirurgia;
- ✓ 8 (27%) deles referiam DE;

- ✓ 8 (27%) deles referiam como atividade sexual a masturbação;
- ✓ 4 (13%) referiam inibição do desejo, e;
- ✓ 1 (3%) referia conflito conjugal.

A tabela 7 apresenta a distribuição do IIEF5 dos 49 pacientes que antes da cirurgia apresentavam relato de atividade sexual de acordo com a atividade sexual após a cirurgia e IIEF5.

Observou-se que a maioria dos pacientes que deixou de apresentar atividade sexual após a cirurgia, mais da metade deles antes da cirurgia apresentavam IIEF5 apontando DE (MODERADA/GRAVE). Já entre os pacientes que continuaram com atividade sexual presente após a cirurgia a maioria deles apresentava IIEF5 normal antes da cirurgia. Através da Generalização do Teste Exato de Fisher verificou-se que essa associação descrita mostrou-se estatisticamente significativa ($p=0,024$). Entre os 19 pacientes com atividade sexual presente após a cirurgia observou-se que 13 deles (74%) utilizavam medicação (11 com tratamento via oral e 1 com injeção intracavernosa), 3 (21%) sem medicação e 2 (5%) com prótese peniana. Nestes dois últimos casos citados, já havia indicação de colocação de prótese peniana antes da cirurgia.

Tabela 7: Distribuição dos 49 pacientes com atividade sexual antes da cirurgia de acordo com IIEF5 e atividade sexual após cirurgia

IIEF5 pré cirurgia	Atividade Sexual Após Cirurgia	
	Presente	Ausente
Grave	-	5 (100%)
Moderada	1 (14,%)	6 (86%)
Mod/Leve	1 (14,%)	6 (86%)
Leve	6 (67%)	3 (33%)
Normal	11 (52,%)	10 (48%)
Total	19 (39%)	30 (61%)

Dos 52 pacientes avaliados observou-se que, aproximadamente, 6% dos pacientes (n=3) não apresentaram seqüelas. A tabela 8 apresenta a distribuição da queixa de seqüela dos 49 pacientes restantes. Nessa amostra observou-se baixa incidência de incontinência urinária.

Tabela 8: Distribuição das seqüelas relatadas pelos pacientes

SEQUELAS	nº (%)
DE	35 (71,4)
DE/ IU	5 (10,2)
DE/ Estenose	2 (4,1)
DE/ Perdas Urinárias	2 (4,1)
DE/ Trombose	1 (2)
DE/ Hérnia	1 (2)
Estenose Uretral	1 (2)
Estreitamento Uretral	1 (2)
Perdas Urinárias	1 (2)
Sem Sequelas	3 (6)
Total	49 (100)

Nota: DE – Disfunção Erétil; IU – Incontinência Urinária

Após a cirurgia, 86% (45/52) dos homens perceberam-se satisfeitos com a relação estabelecida com sua família. Houve inclusive melhora em alguns casos.

Ao final da segunda etapa pode-se observar que os conteúdos mais frequentes abordados em entrevista foram:

- ✓ 33/52 (63,46%) satisfação com o tratamento (lembranças da internação, recuperação, gratidão)
- ✓ 19/52 (36,54%) insatisfação com o tratamento (desorientação quanto às seqüelas e potencialidades corporais após cirurgia)

Interessante observar que entre os pacientes que se declararam satisfeitos com tratamento cirúrgico e o fariam novamente, 4/33(12,12%) necessitaram de tratamento psicológico, 4/33(12,12%) relataram DE, mas não desejaram o tratamento. Entre o grupo de pacientes que referiu insatisfação com o tratamento, 11/19(57,89%) queixaram-se de DE, 2/19(10,53%) alcoolismo e DE, 6/19(31,58%) depressão e outras queixas relacionadas às vivências psicológicas acerca do CaP e tratamento cirúrgico.

4.2 - Qualidade de Vida - SF36 Pré e Pós Tratamento Cirúrgico

A tabela 9 apresenta as médias de cada um dos domínios avaliados de acordo com o momento (antes e após a cirurgia). De acordo com a tabela citada, observou-se que para a capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais e aspectos emocionais houve um decréscimo na média do momento pós quando comparado com o momento pré. Já para a dor, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental podemos observar acréscimo na média do momento pós quando comparado com o momento pré.

Apesar dessas diferenças observadas o teste estatístico não foi capaz de evidenciar diferença significativa em nenhum dos domínios do momento pré para o momento pós cirúrgico. Entretanto, foi interessante observar que aspectos físicos e estado geral de saúde apresentaram resultado marginalmente significativo ($p=0,071$ e $p= 0,065$, respectivamente). Ou seja, no domínio Aspectos Físicos a média do momento pós foi inferior a observada no momento pré, entretanto o teste estatístico não foi capaz de evidenciar tal diferença. Para o domínio Estado Geral de Saúde foi observado um acréscimo na média desse domínio do instante pré para o instante pós, porém mais uma vez o teste não foi capaz de evidenciar tal diferença.

Tabela 9: Qualidade de Vida - domínios do SF-36 dos pacientes avaliados de acordo com o momento em relação ao tratamento cirúrgico

	Pré	Pós	<i>p</i> -valor
Capacidade Funcional	86 ± 14,5 (25 – 100)	85 ± 17 (15 – 100)	NS
Aspectos Físicos	70 ± 38 (0 – 100)	56 ± 47 (0 – 100)	0,071
Dor	72 ± 21 (12 – 90)	77 ± 16 (31 – 90)	NS
Estado Geral	51 ± 12 (17 – 77)	55 ± 9 (32 – 72)	0,065
Vitalidade	70 ± 18 (30 – 100)	72 ± 16 (30 – 95)	NS
Aspectos Sociais	74 ± 24 (12 – 100)	69 ± 25 (25 – 100)	NS
Aspectos Emocionais	60 ± 42 (0 – 100)	58 ± 42 (0 – 100)	NS
Saúde Mental	68 ± 17 (28 – 96)	69 ± 19,5 (20 – 92)	NS

Nota: NS: Não Significante

4.3 - Análise de Variância (ANOVA)

Com o objetivo de avaliar se algumas variáveis antes da cirurgia poderiam interferir no escore do SF-36 foi realizada uma análise de variância (ANOVA) com medida repetida com cada uma das seguintes variáveis como variável explicativa: Faixa etária (=60 anos, 61 a 70 anos e 71 a 77 anos),

Comorbidade (presente e ausente), e IIEF5 (Grave, Moderada, Mod/Leve, Leve e Normal).

Considerando os dados sobre a atividade sexual antes e após a cirurgia (Tabela 4), no qual se pode observar que dos 52 pacientes avaliados, 49 deles apresentavam atividade sexual antes da cirurgia e após 19 deles mantiveram-se ativos sexualmente e ausência de atividade sexual em 30 casos após evento cirúrgico; criou-se uma nova variável designada de grupo com duas categorias, a saber:

1. Sim e Sim constituída por 19 pacientes que apresentavam atividade sexual antes da cirurgia e continuaram com atividade sexual após a cirurgia.
2. Sim e Não constituída por 30 pacientes que apresentavam atividade sexual antes da cirurgia e deixaram de ter atividade sexual após a cirurgia.

Com base nessa informação foi avaliado se esses dois grupos de pacientes apresentavam comportamento distinto no desempenho da avaliação de QV, realizada através do questionário SF-36 tanto no momento antes da cirurgia como no momento após a cirurgia, considerando os domínios que compõe a referida escala.

4.3.1 – Faixa Etária

Foi observado que antes da cirurgia a média da Capacidade Funcional dos pacientes com idade menor ou igual a 70 anos pareceu ser maior do que a apresentada pelos pacientes com idade maior do que 70 anos. No momento após a cirurgia observou-se que a média da capacidade funcional da faixa etária de 61 a 70 anos não pareceu apresentar variação enquanto que a dos pacientes com idade menor ou igual a 60 anos pareceu aproximar-se da média apresentada pelos pacientes com idade maior do que 70 anos. Porém, o teste estatístico não foi capaz de evidenciar diferença

significativa da média de capacidade funcional entre as três faixas etárias ($p=0,220$) e também não foi observado efeito de tempo ($p=0,593$), ou seja, não houve variação significativa na média de Capacidade Funcional do momento pré para o momento pós em nenhuma das três faixas etárias avaliadas.

Em relação ao perfil médio da Limitação Física antes e após a cirurgia de acordo com a faixa etária observamos que antes da cirurgia a média obtida no domínio Aspectos Físicos entre os pacientes com idade maior do que 70 anos mostrou-se inferior a apresentada pelas demais faixas sendo que a faixa etária de 61 a 70 anos, foi a que apresentou a maior média. No momento após a cirurgia observou-se que as três faixas etárias apresentaram um decréscimo na média de Aspectos Físicos sendo que a faixa etária com 60 anos ou menos pareceu ser a que apresentou a menor queda nesta média. Entretanto o teste estatístico não foi capaz de evidenciar diferença significativa da média de Aspectos Físicos entre as três faixas etárias ($p=0,573$) e também não foi observado efeito de tempo ($p=0,189$), ou seja, não houve variação significativa na média de Aspectos Físicos do momento pré para o momento pós em nenhuma das três faixas etárias avaliadas.

Ao ser avaliado o perfil médio da Dor antes e após a cirurgia de acordo com a faixa a faixa etária, verificou-se que antes da cirurgia a média da Dor entre os pacientes com idade menor ou igual a 60 anos foi a menor das três faixas etárias. Após a cirurgia observou-se que as três faixas etárias apresentaram um acréscimo na média do escore dor indicando uma melhora nesse quesito, entretanto mais uma vez pode-se observar que a faixa etária menor ou igual a 60 anos continuou apresentando menor média desse escore. O teste estatístico não foi capaz de evidenciar diferença significativa da média de dor entre as três faixas etárias ($p=0,281$). Também não foi observado efeito de tempo ($p=0,214$), ou seja, não houve variação significativa na média de dor do momento pré para o momento pós em nenhuma das três faixas etárias avaliadas.

Verificou-se que em relação ao perfil médio do Estado Geral de Saúde, antes e após a cirurgia de acordo com a faixa etária avaliada não apresentou diferença na média do EGS nem no momento antes e nem no momento após a cirurgia. Também se observou-se que do momento pré para o momento pós a cirurgia houve um pequeno acréscimo na média do EGS das três faixas etárias, contudo através da ANOVA com medida repetida observou-se que não houve diferença significativa da média de EGS entre as três faixas etárias ($p=0,836$). Também não foi observado efeito de tempo ($p=0,141$), ou seja, não houve variação significativa na média do EGS do momento pré para o momento pós em nenhuma das três faixas etárias avaliadas.

De acordo com a figura 3 observou-se que as três faixas etárias avaliadas não pareceram apresentar diferença na média da vitalidade no momento antes da cirurgia. No momento após a cirurgia foi interessante observar que os pacientes com idade menor ou igual a 60 anos apresentaram decréscimo na média de vitalidade. Já aqueles com idade entre 61 e 70 anos apresentaram um acréscimo na média da vitalidade enquanto que, os pacientes com idade maior do que 70 anos, não pareceram apresentar variação na média do escore de vitalidade.

Apesar da variação descrita na figura citada, o teste estatístico não foi capaz de evidenciar diferença significativa da média de vitalidade entre as três faixas etárias ($p=0,870$). Também não foi observado efeito de tempo ($p=0,979$), ou seja, não houve variação significativa na média de Dor do momento pré para o momento pós em nenhuma das três faixas etárias avaliadas.

Figura 3: Perfil médio da Vitalidade antes e após a cirurgia de acordo com a faixa etária

De acordo com a figura 4, observou-se que no momento antes da cirurgia a faixa etária maior do que 70 anos apresenta média no domínio Aspectos Sociais maior do que a apresentada pelas demais faixas etárias. No momento após a cirurgia observou-se que a faixa etária menor ou igual a 60 anos apresentou um decréscimo na média de aspectos sociais, assim como a faixa etária maior do que 70 anos. Na faixa etária de 61 a 70 anos apresentou um ligeiro acréscimo na média de aspectos sociais, apresentando praticamente a mesma média da faixa etária maior do que 70 anos.

Através do modelo de ANOVA com medida repetida observou-se que houve diferença significativa da média de aspectos sociais entre as três faixas etárias ($p=0,011$). Apesar da variação, observada na figura abaixo, do momento pré para o momento pós o teste estatístico não foi capaz de evidenciar tal diferença apresentando apenas um resultado marginalmente significativo ($p=0,098$).

Com o objetivo de detectar onde se encontravam as diferenças de aspectos sociais entre as três faixas etárias prosseguiu-se a análise através de comparações múltiplas nas quais se observou que no momento antes da

cirurgia as faixas etárias menor ou igual a 60 anos e 61 a 70 anos não se diferenciaram em termos de média de Aspectos Sociais ($p=0,639$). Ao comparar a média de Aspectos Sociais da faixa etária maior do que 70 anos com as demais faixas etárias não se observou diferença significativa nem na comparação com a faixa etária menor ou igual a 60 anos ($p=0,056$) e nem com a faixa etária 61 a 70 ($p=0,058$). No entanto, no momento após a cirurgia as faixas etárias 61 a 70 anos e maior do que 70 anos não se diferenciaram em termos de média de aspectos sociais ($p=0,984$), sendo que essas duas faixas apresentaram média de Aspectos Sociais estatisticamente maior do que a apresentada pela faixa etária menor ou igual a 60 anos ($p=0,010$ e $p=0,018$, respectivamente).

Figura 4: Perfil médio dos Aspectos Sociais antes e após a cirurgia de acordo com a faixa etária.

De acordo com a figura 5, observou-se que a faixa etária 61 a 70 anos foi a que apresentou maior média no domínio Aspectos Emocionais no momento antes da cirurgia enquanto que a faixa etária menor ou igual a 60 anos foi a que apresentou a menor média em Aspectos Emocionais. Já no momento após a cirurgia, observou-se que a faixa etária de 61 a 70 anos

apresentou um decréscimo na média de aspectos emocionais enquanto que, a faixa etária menor ou igual a 60 anos apresentou um acréscimo na média de aspectos emocionais. Na faixa etária maior do que 70 anos pareceu apresentar praticamente o mesmo valor médio apresentado no momento antes da cirurgia.

Apesar da variação descrita abaixo, o teste estatístico não foi capaz de evidenciar diferença significativa da média de limitações emocionais entre as três faixas etárias ($p=0,847$). Também não foi observado efeito de tempo ($p=0,777$), ou seja, não houve variação significativa na média de limitações emocionais do momento pré para o momento pós em nenhuma das três faixas etárias avaliadas.

Figura 5: Perfil médio do domínio Aspectos Emocionais antes e após a cirurgia de acordo com a faixa etária.

De acordo com a figura 6 observou-se que a faixa etária menor ou igual a 60 anos apresentou média de Saúde Mental menor do que a apresentada pelas demais faixas etárias nos dois momentos de avaliação. A faixa etária maior do que 70 anos foi a que apresentou maior média no domínio Saúde Mental no momento pré. No momento após a cirurgia essa faixa etária (>70 anos) apresentou um ligeiro decréscimo na média de saúde mental fazendo com que a média apresentada parecesse ser igual a apresentada pela faixa etária de 61 a 70 anos.

Através do modelo de ANOVA, com medida repetida, observou-se que houve diferença significativa da média de Saúde Mental nas três faixas etárias ($p<0,001$). Apesar da variação de média de saúde mental que a figura 6 sugere, o teste estatístico não foi capaz de evidenciar tal diferença apresentando resultado estatisticamente não significativo ($p=0,843$).

Através de comparações múltiplas observou-se que no momento antes da cirurgia a faixa etária menor ou igual a 60 anos apresentou média de Saúde Mental estatisticamente menor do que a apresentada tanto pela faixa etária 61 a 70 anos ($p=0,024$) como a de 71 a 80 anos ($p=0,001$). Ainda no momento antes da cirurgia apesar da faixa etária 61 a 70 anos apresentar média no domínio Saúde Mental menor do que a apresentada pela faixa etária maior do que 70 anos, o teste estatístico não foi capaz de evidenciar tal diferença apresentando apenas um resultado marginalmente significativo ($p=0,082$).

No momento após a cirurgia observou-se que não houve diferença significativa na média de saúde mental entre as faixas etárias 61 a 70 anos e maior do que 70 anos ($p=0,614$). Na faixa etária menor ou igual a 60 anos apresentou média de Saúde Mental estatisticamente menor do que a apresentada pelas faixas etárias 61 a 70 anos ($p=0,027$) e maior do que 70 anos ($p=0,017$).

Figura 6: Perfil médio de Saúde Mental antes e após a cirurgia de acordo com a faixa etária

4.3.2 - COMORBIDADE

O perfil médio da Capacidade Funcional antes e após cirurgia, de acordo com a variável Comorbidade, tanto no momento antes da cirurgia como no momento pós cirurgia do grupo de pacientes Sem Comorbidade, apresentou média no domínio Capacidade Funcional maior do que a apresentada pelo grupo de pacientes Com Comorbidade. Ainda verificou-se que o grupo Sem Comorbidade apresentou um pequeno decréscimo na média de Capacidade Funcional enquanto que, o grupo Com Comorbidade, não pareceu apresentar variação.

Através do modelo de ANOVA com medida repetida observou-se que no momento antes da cirurgia o grupo Sem Comorbidade apresentou média de Capacidade Funcional estatisticamente maior do que a apresentada pelo grupo Com Comorbidade ($p=0,016$), sendo a diferença média estimada entre esses dois grupos de $11,1 \pm 4,5$ pontos. No momento após a cirurgia apesar do grupo Sem Comorbidade continuar apresentando média de Capacidade Funcional maior do que a do grupo Com Comorbidade, o teste estatístico não foi capaz de evidenciar tal diferença apresentando apenas um resultado marginalmente significativo ($p=0,084$). Não foi observada variação significativa na média de Capacidade Funcional do momento antes da cirurgia para o momento após a cirurgia nem no grupo Sem Comorbidade ($p=0,533$) e nem no grupo Com Comorbidade ($p=0,975$).

Verificou-se que tanto no momento antes da cirurgia como no momento após a cirurgia o grupo Sem Comorbidade apresentou média do domínio Aspectos Físicos maior do que a apresentada pelo grupo Com Comorbidade. Observou-se que, ambos os grupos, apresentaram decréscimo na média de Aspectos Físicos, entretanto, parece que esse decréscimo foi mais acentuado no grupo Com Comorbidade.

Através do modelo de ANOVA com medida repetida, observou-se que, tanto no momento antes da cirurgia como no momento após a cirurgia, o grupo Sem Comorbidade apresentou média de Aspectos Físicos estatisticamente maior do que a apresentada pelo grupo Com Comorbidade

($p=0,035$ e $p=0,002$, respectivamente), sendo a diferença média estimada entre esses dois grupos de $24,9 \pm 11,5$ pontos no momento pré e $38,6 \pm 11,5$ pontos no momento pós.

Não foi observada variação significativa na média de Aspectos Físicos do momento antes da cirurgia para o momento após a cirurgia nem no grupo Sem Comorbidade ($p=0,686$) e nem no grupo Com Comorbidade ($p=0,060$). Foi interessante observar que no grupo Com Comorbidade apesar do domínio Aspectos Físicos apresentar um decréscimo na média do momento antes para o momento após a cirurgia, estimado em $18,9 \pm 9,8$ pontos, o teste estatístico não foi capaz de evidenciar tal diferença apresentando apenas um resultado marginalmente significativo ($p=0,060$).

O perfil médio de Dor antes e após a cirurgia de acordo com Comorbidade,, tanto no momento antes da cirurgia como no momento após a cirurgia o grupo Sem Comorbidade apresentou média do domínio Dor maior do que a apresentada pelo grupo Com Comorbidade. Ambos os grupos, apresentaram acréscimo na média de Dor, entretanto pareceu que esse acréscimo foi mais acentuado no grupo Sem Comorbidade.

Através do modelo de ANOVA com medida repetida observou-se que no momento antes da cirurgia os dois grupos não se diferenciaram em termos do domínio Dor ($p=0,119$). No momento após a cirurgia o grupo Sem Comorbidade apresentou média de Dor estatisticamente maior do que a apresentada pelo grupo Com Comorbidade ($p=0,020$), sendo a diferença média estimada entre esses dois grupos de $12,6 \pm 5,2$ pontos. Não foi observada variação significativa na média de Dor do momento antes da cirurgia para o momento após a cirurgia nem no grupo Sem Comorbidade ($p=0,207$) e nem no grupo Com Comorbidade ($p=0,464$).

O domínio Estado Geral, tanto no momento antes da cirurgia como no momento após a cirurgia, através do modelo de ANOVA com medida repetida não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos nem no momento antes ($p=0,677$) e nem no momento após a cirurgia ($p=0,885$). Também não foi observada diferença significativa do

momento antes para o momento após a cirurgia nem para o grupo Sem Comorbidade ($p=0,372$) e nem para o grupo Com Comorbidade ($p=0,139$).

De acordo com a figura 7 observa-se que tanto no momento antes da cirurgia como no momento após a cirurgia o grupo Sem Comorbidade apresentou média do domínio Vitalidade maior do que a apresentada pelo grupo Com Comorbidade. Ainda de acordo com abaixo, observou-se que, ambos os grupos, apresentaram um pequeno acréscimo na média de Vitalidade.

Através do modelo de ANOVA com medida repetida observou-se que tanto no momento antes como após a cirurgia, os dois grupos não se mostraram homogêneos em termos do domínio Vitalidade ($p=0,022$ e $p=0,017$, respectivamente). A diferença média estimada entre esses dois grupos foi de $11,1 \pm 4,7$ pontos no pré e de $11,6 \pm 4,7$ no pós, sendo que ambas as diferenças a favor do grupo Sem Comorbidade.

Não foi observada variação significativa na média de Vitalidade do momento antes da cirurgia para o momento após a cirurgia nem no grupo Sem Comorbidade ($p=0,656$) e nem no grupo Com Comorbidade ($p=0,653$).

Figura 7: Perfil médio de Vitalidade antes e após a cirurgia de acordo com comorbidades.

De acordo com a figura 8 observou-se que, tanto no momento antes da cirurgia como no momento após a cirurgia, o grupo Sem Comorbidade apresentou média do domínio Aspecto Social maior do que a apresentada pelo grupo Com Comorbidade. Ainda de acordo com a figura 8 observa-se que, ambos os grupos, apresentaram decréscimo na média de Aspectos Sociais.

Através do modelo de ANOVA com medida repetida observou-se que tanto no momento antes como após a cirurgia os dois grupos não se diferenciaram em termos do domínio Aspectos Sociais ($p=0,083$ e $p=0,342$, respectivamente). Ou seja, no momento antes da cirurgia apesar do grupo Sem Comorbidade apresentar $12,3 \pm 7,0$ pontos a mais no domínio Aspectos Sociais quando comparado ao grupo Com Comorbidade, o teste estatístico não foi capaz de evidenciar tal diferença apresentando apenas um resultado marginalmente significativo como foi mostrado acima.

Não foi observada variação significativa na média de Aspectos Sociais do momento antes da cirurgia para o momento após a cirurgia, nem no grupo Sem Comorbidade ($p=0,278$) e nem no grupo Com Comorbidade ($p=0,618$).

Figura 8: Perfil médio de Aspectos Sociais antes e após a cirurgia de acordo com comorbidades.

De acordo com a figura 9 observou-se que os dois grupos pareceram apresentar a mesma média do domínio Aspectos Emocionais no momento anterior à cirurgia. No momento após a cirurgia, o grupo Com Comorbidade não parece apresentar variação na média desse domínio, enquanto que, o grupo Sem Comorbidade apresentou um decréscimo na média de Aspectos Emocionais.

Através do modelo de ANOVA, com medida repetida, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos nem no momento antes ($p=0,945$) e nem no momento após a cirurgia ($p=0,671$). Também não foi observada diferença significativa do momento antes para o momento após a cirurgia nem para o grupo Sem Comorbidade ($p=0,701$) e nem para o grupo Com Comorbidade ($p=0,939$).

Figura 9: Perfil médio Aspectos Emocionais antes e após a cirurgia de acordo com comorbidades.

De acordo com a Figura 10 observa-se que, tanto no momento antes da cirurgia como no momento após a cirurgia, o grupo Sem Comorbidade apresentou média no domínio Saúde Mental maior do que a apresentada pelo grupo Com Comorbidade, entretanto essa diferença pareceu ser mais acentuada no momento após a cirurgia. Ainda de acordo

com a figura abaixo observou-se que, enquanto o grupo Sem Comorbidade apresentou um acréscimo na média de Aspectos Mentais o grupo Com Comorbidade apresentou um decréscimo nessa média.

Através do modelo de ANOVA, com medida repetida, observou-se que no momento antes da cirurgia não houve diferença significativa em termos do domínio de Aspectos Mentais entre os dois grupos ($p=0,180$). No momento após a cirurgia, observou-se que o grupo Sem Comorbidade apresentou, em média, $14,6 \pm 5,1$ pontos a mais no domínio Aspectos Mentais quando comparado ao grupo Com Comorbidade ($p=0,006$).

Não foi observada variação significativa na média do domínio Aspectos Mentais do momento antes da cirurgia para o momento após a cirurgia, nem no grupo Sem Comorbidade ($p=0,306$) e nem no grupo Com Comorbidade ($p=0,676$).

Figura 10: Perfil médio Saúde Mental antes e após a cirurgia de acordo com comorbidades.

4.3.3 – Índice internacional de Função Erétil - IIEF5

O perfil médio no domínio Capacidade Funcional (tabela 11) não apresentou diferença significativa entre os grupos antes da intervenção cirúrgica ($p>0,05$).

No momento pós, o grupo diagnosticado com DE Moderado/Leve apresentou Capacidade Funcional menor do que o grupo de pacientes diagnosticado com DE Leve ($p=0,011$) e Normal ($p=0,007$). Contudo não encontramos diferenças entre as demais comparações ($p>0,05$). Sem efeito de tempo ($p=0,666$).

Perfil médio de Aspectos Físicos antes e após a cirurgia de acordo com IIEF5, sem diferença significativa entre os grupos no pré ($p=0,221$) e no pós ($p=0,239$). Sem efeito de tempo ($p=0,116$).

No domínio Dor não encontramos diferença significativa entre os grupos no pré ($p=0,908$) e no pós ($p=0,807$). Sem efeito de tempo ($p=0,217$).

O mesmo ocorreu no perfil médio de EGS, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos no momento anterior à cirurgia ($p=0,279$) e nem no pós cirúrgico ($p=0,881$). Não houve efeito de tempo ($p=0,135$).

Figura 11: Perfil médio da Capacidade Funcional antes e após a cirurgia de acordo com IIEF5

A figura 12 mostrou que não houve diferença significativa entre os grupos no pré ($p=0,053$) e no pós ($p=0,149$). Sem efeito de tempo ($p=0,573$).

Figura 12: Perfil médio de Vitalidade antes e após a cirurgia de acordo com IIEF5

Sem diferença significativa entre os grupos (figura 13), no pré ($p=0,598$) e no pós ($p=0,415$). Sem efeito de tempo ($p=0,190$).

Figura 13: Perfil médio de Aspectos Sociais antes e após a cirurgia de acordo com IIEF5

A figura 14, se apresentou sem diferença significativa entre os grupos no pré ($p=0,331$) e no pós ($p=0,827$). Sem efeito de tempo ($p=0,901$).

Figura 14: Perfil médio de Aspectos Emocionais antes e após a cirurgia de acordo com IIEF5

Sem diferença significativa entre os grupos (figura 15), no pré ($p=0,885$) e no pós ($p=0,287$). Sem efeito de tempo ($p=0,910$).

Figura 15: Perfil médio de Saúde Mental antes e após a cirurgia de acordo com IIEF5

4.3.3 - Atividade Sexual Antes e Após a Cirurgia

De acordo com a tabela 6 (apresentada anteriormente), observou-se que dos 52 pacientes avaliados, 49 deles apresentavam atividade sexual antes da cirurgia e após a cirurgia, 19 deles continuaram com atividade sexual e os 30 pacientes restantes deixaram de apresentar atividade sexual após a cirurgia.

Com base nessa informação foi criada uma nova variável designada de Grupo com duas categorias, a saber:

1. Sim e Sim constituída por 19 pacientes que apresentavam atividade sexual antes da cirurgia e continuaram com atividade sexual após a cirurgia.
2. Sim e Não constituída por 30 pacientes que apresentavam atividade sexual antes da cirurgia e deixaram de ter atividade sexual após a cirurgia.

Com base nessa informação foi avaliado se esses dois grupos de pacientes apresentavam comportamento distinto no desempenho da avaliação de QV, realizada através do questionário SF-36 tanto no momento antes da cirurgia como no momento após a cirurgia, considerando os domínios que compõe a referida escala.

De acordo com a figura 16 observou-se que no momento antes da cirurgia os dois grupos não pareceram se diferenciar em termos de média da Capacidade Funcional. Após a cirurgia pode-se observar que o grupo que deixou de apresentar atividade sexual após a cirurgia apresentou um ligeiro decréscimo na média de Capacidade Funcional, enquanto que, o grupo que continuou com atividade sexual após a cirurgia apresentou um ligeiro acréscimo na média deste domínio.

Através do modelo de ANOVA, com medida repetida, observou-se que não houve diferença significativa da média de Capacidade Funcional entre os dois grupos ($p=0,236$). Também não foi verificada diferença estatisticamente significativa na média de Capacidade Funcional do momento antes da cirurgia para o momento após a cirurgia ($p=0,790$). Ou

seja, apesar da variação sugerida na figura abaixo, o teste estatístico não foi capaz de evidenciar tal diferença.

Com o objetivo de quantificar a magnitude da diferença na média da Capacidade Funcional entre os dois grupos no momento após a cirurgia, foi realizada tal comparação na qual se observou que o grupo Sim e Sim apresentou, em média, $7,8 \pm 4,8$ unidades a mais nesse domínio quando comparado com o grupo Sim e Não, entretanto tal diferença não se mostrou significativa ($p=0,107$).

Figura 16: Perfil médio da Capacidade Funcional antes e após a cirurgia de acordo com atividade sexual antes e após a cirurgia

De acordo com a figura 17 observou-se que no momento antes da cirurgia o grupo Sim e Sim apresentou média de Aspectos Físicos maior do que a apresentada pelo grupo Sim e Não. Após a cirurgia, observou-se que ambos os grupos mostraram um decréscimo na média de Aspectos Físicos, porém mesmo após a cirurgia o grupo Sim e Não apresentou média de Aspectos Físicos maior do que a apresentada pelo grupo Sim e Sim.

Através do modelo de ANOVA com medida repetida observou-se que não houve diferença significativa da média de Aspectos Físicos entre os dois grupos nem no momento antes da cirurgia ($p=0,071$) e nem no

momento após a cirurgia ($p=0,293$). Também não foi verificada diferença estatisticamente significativa na média de Aspectos Físicos do momento antes da cirurgia para o momento após a cirurgia, nem no grupo Sim e Sim ($p=0,156$) e nem no grupo Sim e Não ($p=0,364$).

A diferença média observada no domínio Aspectos Físicos entre os dois grupos (Sim e Sim x Sim e Não) no momento antes da cirurgia foi de $22,9 \pm 12,4$ unidades. Entretanto, como já foi descrito, o teste estatístico apresentou apenas resultado marginalmente significativo ($p=0,071$).

Figura 17: Perfil médio domínio Aspectos Físicos antes e após a cirurgia de acordo com atividade sexual antes e após a cirurgia

De acordo com a figura 18, observou-se que no momento antes da cirurgia o grupo Sim e Sim apresentou média de Dor maior do que a apresentada pelo grupo Sim e Não. Após a cirurgia, observou-se que, o grupo Sim e Sim apresentou um pequeno decréscimo na média de Dor, enquanto que, o grupo Sim e Não apresentou um acréscimo na média desse domínio fazendo com que ambos os grupos apresentassem o mesmo valor médio desse domínio no momento após a cirurgia.

Através do modelo de ANOVA, com medida repetida, observou-se que no momento antes da cirurgia o grupo Sim e Sim apresentou média de

Dor estatisticamente maior do que a apresentada pelo grupo Sim e Não ($p=0,047$). Ou seja, o grupo Sim e Sim apresentou, em média, $11,1 \pm 5,5$ unidades a mais no domínio Dor quando comparado ao grupo Sim e Não. No momento após a cirurgia os dois grupos não se diferenciaram em termos de Dor ($p=0,753$).

Não foi observada diferença significativa no domínio Dor do momento antes da cirurgia para o momento após a cirurgia, nem no grupo Sim e Sim ($p=0,762$) e nem no grupo Sim e Não ($p=0,123$).

Figura 18: Perfil médio de Dor antes e após a cirurgia de acordo com atividade sexual antes e após a cirurgia

De acordo com a figura 19 observa-se que, os dois grupos pareceram apresentar a mesma média do domínio EGS tanto no momento, antes da cirurgia como no momento após a cirurgia. Ainda observando-se a mesma figura, notou-se que ambos os grupos pareceram apresentar um pequeno acréscimo na média desse domínio do momento antes para o momento após a cirurgia.

Através do modelo de ANOVA, com medida repetida, observou-se que não houve diferença estatisticamente significante entre os dois grupos nem no momento antes ($p=0,683$) e nem no momento após a cirurgia

($p=0,681$). Também não foi observada diferença significativa do momento antes para o momento após a cirurgia nem para o grupo Sim e Sim ($p=0,413$) e nem para o grupo Sim e Não ($p=0,306$).

Figura 19: Perfil médio de EGS antes e após a cirurgia de acordo com atividade sexual antes e após a cirurgia.

De acordo com a figura 20, observou-se que no momento antes da cirurgia o grupo Sim e Sim apresentou média de Vitalidade maior do que a apresentada pelo grupo Sim e Não. Após a cirurgia observou-se que, o grupo Sim e Sim apresentou um pequeno decréscimo na média de Vitalidade enquanto que o grupo Sim e Não apresentou um acréscimo na média desse domínio fazendo com que ambos os grupos apresentassem o mesmo valor médio desse domínio no momento após a cirurgia.

Através do modelo de ANOVA com medida repetida observou-se que no momento antes da cirurgia o grupo Sim e Sim apresentou média de Vitalidade estatisticamente maior do que a apresentada pelo grupo Sim e Não ($p=0,010$), ou seja, o grupo Sim e Sim apresentou, em média, $13,2 \pm 4,9$ unidades a mais no domínio Vitalidade, quando comparado ao grupo Sim e Não. No momento após a cirurgia os dois grupos não se diferenciaram em termos de Vitalidade ($p=0,846$).

Não foi observada diferença significativa no domínio Vitalidade do momento antes da cirurgia para o momento após a cirurgia, nem no grupo Sim e Sim ($p=0,316$) e nem no grupo Sim e Não ($p=0,132$).

Figura 20: Perfil médio de Vitalidade antes e após a cirurgia de acordo com atividade sexual antes e após a cirurgia

De acordo com a figura 21, observou-se que os dois grupos pareceram apresentar a mesma média do domínio Aspectos Sociais tanto no momento antes da cirurgia como no momento após a cirurgia. Ainda de acordo com a figura 21 notou-se que ambos os grupos pareceram apresentar um pequeno decréscimo na média desse domínio do momento antes para o momento após a cirurgia.

Através do modelo de ANOVA, com medida repetida, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos nem no momento antes ($p=0,932$) e nem no momento após a cirurgia ($p=0,936$). Também não foi observada diferença significativa do momento antes para o momento após a cirurgia nem para o grupo Sim e Sim ($p=0,403$) e nem para o grupo Sim e Não ($p=0,298$).

Figura 21: Perfil médio de Aspectos Sociais antes e após a cirurgia de acordo com atividade sexual antes e após a cirurgia

De acordo com a figura 22, observou-se que no momento antes da cirurgia o grupo Sim e Sim apresentou média do domínio Aspectos Emocionais maior do que a apresentada pelo grupo Sim e Não. Após a cirurgia, observou-se que o grupo Sim e Sim apresentou um pequeno decréscimo na média de Aspectos Emocionais enquanto que, o grupo Sim e Não, apresentou um acréscimo na média desse domínio fazendo com que ambos os grupos apresentassem o mesmo valor médio desse domínio no momento após a cirurgia.

Através do modelo de ANOVA, com medida repetida, observou-se que não houve diferença estatisticamente significante entre os dois grupos, nem no momento antes ($p=0,289$) e nem no momento após a cirurgia ($p=0,961$). Ou seja, apesar da impressão visual produzida pela figura 22, o teste estatístico não foi capaz de evidenciar tal diferença. Também não foi observada diferença significativa do momento antes para o momento após a cirurgia nem para o grupo Sim e Sim ($p=0,451$) e nem para o grupo Sim e Não ($p=0,838$).

Figura 22: Perfil médio de Aspectos Emocionais antes e após a cirurgia de acordo com atividade sexual antes e após a cirurgia.

De acordo com a figura 23, observou-se que, tanto no momento antes como no momento após a cirurgia, o grupo Sim e Sim apresentou média no domínio Saúde Mental maior do que a apresentada pelo grupo Sim e Não. Em ambos os grupos não pareceu ocorrer variações na média de Saúde Mental.

Através do modelo de ANOVA, com medidas repetidas, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, nem no momento antes ($p=0,411$) e nem no momento após a cirurgia ($p=0,320$). Também não foi observada diferença significativa do momento antes para o momento após cirurgia nos dois grupos. O grupo Sim e Sim ($p=0,806$) e o grupo Sim e Não ($p=0,911$) tiveram desempenhos próximos do ponto de vista estatístico.

Figura 23: Perfil médio de Saúde Mental antes e após a cirurgia de acordo com atividade sexual antes e após a cirurgia.

5 - DISCUSSÃO

Na amostra estudada, a média de idade foi de 66 anos, sendo 81% dos sujeitos com idade maior do que 60 anos, a idade mínima foi de 43 anos e a máxima 77 anos. O CaP é considerado o câncer da terceira idade, uma vez que três quartos de casos no mundo ocorrem à partir dos 65 anos⁽⁴³⁾.

Quanto à situação trabalhista observou-se que mais da metade dos homens da amostra mantinham atividade profissional remunerada, mesmo quando aposentados. A atividade profissional foi referida como fonte de prazer entre os sujeitos que se mantinham ativos, neste grupo o trabalho e a renda compunham o papel de provedor reafirmando a identidade masculina.

Nesse estudo, observou-se que entre o diagnóstico de CaP, indicação para tratamento cirúrgico e início da preparação para cirurgia, há um longo caminho a ser percorrido pelo paciente. Encontrou-se ainda neste grupo, um sujeito que não soube referir há quanto tempo havia recebido do médico diagnóstico de câncer. A dificuldade de acesso ao SUS para tratamento do CaP, foi referida por quase totalidade da amostra, onde tivemos dois sujeitos que mudaram de domicílio, deixando seu estado de origem na busca por tratamento. O conhecimento do diagnóstico mobilizou extrema angústia e desamparo, pois com freqüência o diagnóstico ou a suspeita do CaP foi realizado por um médico que não pôde tratá-lo. Os afetos suscitados neste momento interferem e modificam o sujeito causando impacto profundo na percepção de si mesmo. Em um dos casos paciente relata que nunca precisou de médico, porém buscou assistência médica para tratar uma hérnia e ao fazer exames, o médico solicitou biópsia, pois apresentou exames de PSA e TR alterados. Refere duvidar do diagnóstico de CaP, não sinto nada. "...Tenho muito medo de cortar, referindo-se à cirurgia". Neste caso entre a suspeita de CaP e o evento cirúrgico transcorreram-se onze meses. Diante do diagnóstico vê-se desamparado.

Situação de desamparo também vivenciada pelo o paciente que realiza regularmente exames, e ao surgir o CaP, vê-se sem assistência de médica, pois não consegue custear seu tratamento no sistema de saúde privado.

A doença é algo que desestrutura, ameaça; como uma agressão, a libido passa a ser investida no próprio corpo ⁽¹⁰⁾. Até a chegada para tratamento na Divisão de Clínica Urológica do ICHC-FMUSP observou-se que muitos homens buscaram tratamentos diversos, nem sempre prescritos pelo médico; remédios caseiros, cirurgia espiritual, repouso e abstinência sexual foram tratamentos referidos na tentativa de controle do CaP, e o sofrimento decorrente desta.

Quando se investigou as representações e fantasias acerca da doença, encontraram-se sujeitos que não conseguem expressar em seu discurso nenhuma idéia e/ou associação em torno da origem do CaP, mostraram-se impactados e paralisados ante o diagnóstico. Dentre aqueles que produziram associações em torno da origem do CaP, fatores emocionais, especificamente perdas amorosas (filho, esposa, parceiro), foram citados como eventos que contribuíram para o surgimento da doença.

As poucas associações apontam o impacto do diagnóstico:

“Câncer é câncer...é uma palavra muito forte. Foi um baque. Fiquei revoltado. Será que é castigo, já tive muita mulher...” (pac.43 anos).

“Pensei em morrer. Vou ficar um homem sem valor, sem trabalhar.” (pac.48 anos).

“Agora é conformar na religião...Já paguei tudo...Se caso eu fechar olho está tudo certo. Se eu for, já vivi 69anos.” (pac.69 anos).

“Não tinha nada, tinha vergonha de procurar o médico. Aí fui...Entreguei a Deus tudo que vai acontecer comigo... Aproveitei bem a parte de sexo.” (pac.74 anos).

As representações em do torno câncer referem-se à morte, dor, sofrimento, perdas, especificamente no sujeito com CaP as perdas referem-se diretamente à sexualidade e identidade sexual. Os sentidos atribuídos à sexualidade masculina interferem relação médico-paciente. O toque retal e a biópsia mobilizam o imaginário masculino afastando os homens dos exames

de detecção precoce rotineiros, diagnóstico e tratamentos possíveis quando necessário. Gomes ⁽⁶⁾ em seu ensaio pontua que as questões ligadas à saúde do homem devem ser abordadas a partir da compreensão de como se estrutura a sexualidade masculina em diferentes estratos sociais, sinalizando a ausência de estudos que possam instrumentalizar as práticas de saúde. Destacamos ainda 9% de sujeitos que atribuíram a origem do CaP a fatores emocionais, especificamente perdas amorosas (filho, esposa, parceiro).

O temor da morte e a angústia de morte foi o mais freqüente. O medo das sequelas após cirurgia também foi referido nos casos estudados, sendo a DE a sequela mais mencionada e temida em quase totalidade da amostra. O grupo que mencionou o temor pelas seqüelas, mostrou-se mais ativo e implicado em seu tratamento, pois ao expressar suas dúvidas e fantasias pôde deparar-se com dados de realidade sobre a doença e tratamento, construindo expectativas mais realistas sobre a cirurgia. Burke et al. ⁽³³⁾ estudou as reações de um grupo de homens antes e após tratamento cirúrgico através de questionário para avaliação da qualidade de vida. Destacou que os principais fatores que comprometiam a qualidade de vida eram as queixas relacionadas a disfunções sexuais e à incontinência urinária.

O enfrentamento dos conflitos suscitados pelo CaP ocorreu através da exacerbação da religiosidade e idealização do médico e tratamento. Esses dois grupos nos pareceram semelhantes, visto que a figura do médico foi investida de atributos divinos e sua prática (cirurgia) torna-se assim obra divina. Nestes dois grupos, a ansiedade pela cirurgia e o temor de ser esquecido na lista de espera eram referidos com freqüência nas entrevistas. Observamos ainda casos onde o mecanismo de defesa preferencialmente utilizado pelo sujeito foi a evitação fóbica. Isto é, diante da ameaça e fantasias terroríficas envolvendo o tratamento do CaP inconscientemente adiam ações necessárias a cirurgia, como por exemplo, realizar os exames pré-operatórios de rotina, tornando-se apto ao procedimento cirúrgico. Em nosso serviço, temos pacientes há anos na lista

de espera, estes são abordados com regularidade pela equipe de saúde, entretanto adiam por motivos diversos a cirurgia e/ou quaisquer tratamento.

Comparecer e estabelecer com a equipe de saúde um relacionamento terapêutico mobiliza questões e angústias que o sujeito evita. Tais como; deparar-se com as implicações da doença e tratamento, com a perspectiva de envelhecimento e finitude.

Encontrou-se ainda sujeitos que se utilizaram de intelectualização, ou seja, apresentavam-se com um discurso dissociado do afeto, buscando controlar seus conflitos através de orientações médicas minuciosas sobre a doença e tratamento e muitas vezes solicitando urgência nas condutas médicas.

A relação médico-paciente é permeada pela idealização do médico cirurgião. Encontramos no discurso dos sujeitos um cirurgião investido de recursos e instrumentos divinos, admirado pela sua competência e perfeição. Um paciente ao descrever seu médico relatou após dois adiamentos da cirurgia por questões da instituição:

“...Achava que não ia dar, não ia agüentar a cirurgia, duas vezes adiada, aí ele(cirurgião) falou ... Calma, está tudo bem... Se Deus quiser eu vou operar o senhor...

Hoje eu tô aqui.”(pac. 63 anos)

Um outro sujeito referiu:

“...Tem que ter fé, é Deus lá em cima e o médico aqui embaixo.”(pac. 69 anos).

A extrema idealização do médico pode impedir que o paciente se oriente quanto aos efeitos colaterais do tratamento cirúrgico e complicações, comprometendo à *posteriori* seu processo de reabilitação e elaboração dos afetos suscitados pela doença e tratamento. O relacionamento com o médico foi ambivalente, oscilando entre a confiança e a desconfiança, ou ainda, o sujeito não tinha um médico a quem pudesse se reportar quer-se dizer com isto que o vínculo estabelecido era com a instituição hospitalar ou equipe médica. Observou-se que a ausência de um profissional como

referência interferiu na relação médico-paciente de forma negativa, exacerbando o medo e o desamparo presentes na situação de cirurgia.

O relacionamento familiar antes da cirurgia foi percebido como satisfatório e referido como muito importante. Entretanto, questões envolvendo a comunicação do diagnóstico aos familiares foram freqüentes, um dos pacientes só comunicou o diagnóstico aos filhos quando foi convocado para a cirurgia. Em alguns casos, o temor da DE no pós-operatório suscitou temores e fantasias de perda da parceira. Estudos apontam que o suporte familiar, na medida em que proporciona ao paciente contato social, segurança, valoração e bem-estar facilitam a superação das adversidades ao longo do processo de tratamento⁽⁴⁴⁾. Em dois casos, nos quais os sujeitos vivenciavam crise familiar e conjugal, foi necessária a assistência psicológica e psiquiátrica em razão de quadro depressivo reativo, ausência de sentido e significados para a própria vida. Em um dos casos o sujeito mantinha a compulsão por álcool sob controle e após diagnóstico e indicação cirúrgica perdeu totalmente a possibilidade de controle sobre o álcool. Alguns estudos identificam como fator de risco para o suicídio em pacientes oncológicos, o fato de ser solteiro ou sozinho^(4, 45).

Durante a primeira etapa do estudo observou-se que a ansiedade em torno da doença e cirurgia se relacionou com ameaça de perda da masculinidade e também à falta de informações referentes à doença, tratamento e organização institucional (lista de espera, internação). A ausência de informações realistas não pareceu relacionar-se à escolaridade da amostra. Mesmo entre os que apresentavam escolaridade no nível médio haviam dúvidas ou crenças relacionadas às representações associadas a morte, perda, dor, castração. De acordo com Gomes⁽⁷⁾ não é a falta de informações que afasta o homem das questões referentes à sua saúde e sim os procedimentos médicos a serem realizados, pois mexem com o imaginário masculino, ameaçando-o em suas características identitárias. Ser homem mostrou estar relacionado às diversas representações do masculino ancoradas na função sexual, força e poder.

Na segunda etapa do estudo, verificaram-se diversas dificuldades na execução de nossa pesquisa (faltas desistências). Foram observadas resistências provavelmente associadas à presença de seqüelas, afinal a cirurgia atualiza vivências de castração^k. A entrevista psicológica é um convite ao contato consigo mesmo, com os afetos e sentidos que envolvem a situação de doença e tratamento.

Importante observar que na primeira etapa do estudo, o estado civil mais freqüente foi casado, 38% relatou parceira fixa, 94% dos sujeitos mantinham-se ativos sexualmente, apesar de 60% apresentarem algum grau de disfunção erétil. Os sujeitos de nosso estudo mantêm relacionamentos estáveis, em quase totalidade dos casos. Entretanto, quando avaliados pelo IIEF5, encontramos DE em aproximadamente 60% dos casos; e nos relatos de entrevista 48% sentiam-se insatisfeitos com o relacionamento conjugal. A presença de DE em nossa amostra é coincidente com os achados de Abdo ⁽⁴⁵⁾, em seu estudo apontou que com a idade, crescem os níveis de DE moderada e completa, enquanto que os de DE mínima tendem a diminuir. Em sua amostra o grupo que apresentou DE comparado ao grupo de homens sem DE, encontrou maiores índices de doenças referidas entre aqueles que apresentam DE. Em sua amostra a HAS foi a terceira comorbidade mais freqüente. Entre os homens com DE e com relacionamento estável, tanto nos que faziam tratamento medicamentoso (62%) como entre aqueles que não faziam tratamento para DE (48%), responderam que têm relacionamento extraconjugal.

Dentre as associações produzidas em torno da doença encontramos referências a práticas e vivências sexuais como fator na etiologia do CaP, inclusive fantasias de contágio através do ato sexual. Na

^k Complexo de Castração - O termo castração, derivado do latim *castratio* e surgido no fim do séc. XIV para designar a operação pela qual um homem ou animal é privado de suas glândulas genitais, é sinônimo de emasculação, mais recente, que o uso contemporâneo tende a privilegiar para designar a remoção real dos testículos. Sigmund Freud denominou Complexo de Castração o sentimento inconsciente de ameaça experimentado pela criança quando ela constata a diferença anatômica entre os sexos...como indicam Jean Laplanche e Jean Bertrand Pontalis, para que o complexo de castração continue a ser pensado na categoria fantasia, quando se trata de uma ameaça, e na do originário, quando se trata da articulação com o Édipo,...deve também "ser referido à ordem cultural", com o que isso implica em termos de proibição e da lei constitutiva da ordem humana. (Rodinesco ⁽⁴¹⁾, p. 105-6)

primeira etapa, foi freqüente a dúvida tanto dos homens como de suas parceiras em relação a atividade sexual antes do tratamento. O diagnóstico, pelo impacto emocional que gera, já é um fator de alteração na atividade sexual do sujeito acometido por CaP, mesmo quando não há a presença de sintomas ⁽⁸⁾

Após a cirurgia encontrou-se na amostra 61,2% de sujeitos que referiram DE e ausência de qualquer atividade sexual, entretanto mais da metade destes homens, quando avaliados pelo IIEF5 já apresentavam DE em algum grau. No grupo de sujeitos que referiu atividade sexual após a cirurgia, observou-se também que aproximadamente 50% dos casos já apresentavam algum grau de DE. No grupo de sujeitos avaliados com o IIEF5, apenas três casos não apresentaram seqüelas na função erétil após intervenção cirúrgica. Conforme já descrito, dentre o grupo que se manteve ativo sexualmente, foram necessárias intervenções médicas para restabelecimento ou melhora da função erétil possibilitando relações sexuais com intercurso vaginal. A intervenção cirúrgica piorou a função erétil nos casos onde a presença de algum grau de disfunção já existia. Importante ressaltar que população estudada, apesar de manter-se ativa sexualmente, já apresenta disfunções sexuais diversas associadas à faixa etária, porém muitas vezes não há queixa, pois a atividade sexual é considerada satisfatória ⁽⁴⁶⁾. A avaliação da função sexual antes da cirurgia mostrou ser relevante para esclarecer e nortear a evolução no pós-operatório e prognóstico, considerando a importância da sexualidade para a saúde e qualidade de vida do sujeito acometido por CaP. Porém a entrevista psicológica nos pareceu suficiente e esclarecedora na investigação da sexualidade, além de propiciar efeitos terapêuticos e auxiliar no esclarecimento dos fatores que favorecem a preservação da atividade sexual após tratamento de CaP localizado. Refiro-me às fantasias e crenças acerca do CaP e atividade sexual. Neste sentido o IIEF5 pôde melhor ser interpretado à luz de dados obtidos na entrevista psicológica.

Litwin et al.⁽³⁶⁾, aponta controvérsias sobre este tema, isto é, questiona a avaliações baseadas somente no IIEF5, considerando que

vários estudos apresentam evidências conflitantes, sugerindo dificuldades metodológicas na avaliação de ereção, idade do paciente, técnica cirúrgica empregada, habilidade do cirurgião e coleta de dados retrospectivos.

Ao analisar-se o resultado das médias de cada um dos domínios que compõe a escala SF-36 antes e após o evento cirúrgico percebeu-se algumas mudanças entre os pré e pós cirurgia, porém sem diferença significativa do ponto de vista estatístico. Interessante observar que no momento posterior à cirurgia os resultados no domínio Limitações Físicas apresentou resultado marginalmente significativo, houve um decréscimo, porém do ponto de vista qualitativo é relevante, pois só após a cirurgia ocorrem mudanças corporais visíveis, de grande impacto; já que o CaP é assintomático e localizado quando em seu estágio inicial e a cirurgia é indicação específica para tumor localizado. No pós-operatório, há evidências e alterações corporais (seqüelas) que exigirão intenso trabalho psíquico nesta nova etapa de redescobrimento das potencialidades corporais. Em contrapartida, o domínio Estado Geral de Saúde, após cirurgia, apresentou pequeno aumento em sua média. Considerando as entrevistas, nos pareceu que a melhora está associada a retirada do câncer, ameaça invisível, mas presente.

A faixa etária dos sujeitos acometidos por CaP pode interferir na qualidade de vida, especificamente nos domínios Aspecto Social e saúde mental. O impacto do diagnóstico parece ter motivado médias em saúde mental, menores nos sujeitos com faixa etária igual ou menor que 60 anos, o que é reafirmado pelos dados clínicos, visto que neste grupo a preocupação com o desempenho sexual e seqüelas decorrentes da cirurgia foi uma queixa freqüente no antes e após a cirurgia. Buscando correlações entre Comorbidades e qualidade de vida, observamos que em todos os domínios o grupo que não apresentava Comorbidades, obteve médias melhores no momento anterior à cirurgia, porém no pós-operatório, apresentou decréscimo nos domínios Aspectos Emocionais, Aspectos Sociais e Saúde Mental. Apesar de ser um dado sem significância estatística, coincide com nossa experiência clínica, dados de nossas entrevistas e também da

literatura. A presença de outras doenças e vivências subjetivas relativas à terceira idade intensifica o sofrimento emocional, especificamente o temor da morte e constatação da finitude. O câncer, seqüelas e outras complicações ao longo do tratamento tende a comprometer a qualidade de vida.

Foi discutido anteriormente que não foi necessário aplicar o IIEF5 na segunda etapa do estudo. Os dados da entrevista foram suficientes para a avaliação da sexualidade após cirurgia, uma vez que o instrumento em questão somente avalia a função erétil. Foi criada então, nova variável composta por duas categorias: Sim e Sim, formada por pacientes ativos sexualmente antes e após tratamento cirúrgico e Sim e Não, formada por pacientes ativos sexualmente antes da cirurgia e sem atividade sexual após cirurgia. Considerando estes dados, buscamos investigar se havia interferência da vida sexual antes e após cirurgia na qualidade de vida dos sujeitos que compuseram nossa amostra. Observamos que do ponto de vista estatístico os dois grupos apresentaram desempenho próximos, porém nos domínios Aspectos Físicos e Saúde Mental o grupo que manteve atividade sexual ao longo do tratamento para o CaP, obteve melhor desempenho. Um dos sujeitos que manteve atividade sexual espontânea, referiu que sua vida sexual melhorou após cirurgia, sentia-se mais 'homem'.

Observou-se que entre as questões sobre a vida sexual após cirurgia referida pelo grupo Sim e Sim, foi a surpresa com a vivência do orgasmo seco, pois uma das fantasias acerca da cirurgia era de impossibilidade de prazer. O orgasmo estava associado à ejaculação e em alguns casos, à penetração vaginal e ejaculação.

O medo de medicação via oral para DE, esteve presente tanto nos sujeitos como em suas parceiras, associações com morte súbita ou um 'esforço' prejudicial à saúde foram freqüentes. Perda da identidade sexual e alterações na forma como esta será expressa após cirurgia, nos pareceu serem as questões que sustentam algumas fantasias sobre a sexualidade no momento anterior a cirurgia e propiciaram surpresa no momento após a cirurgia. Há que redescobrir as potencialidades corporais e experimentar novas formas de gratificação sexual, o que implica em deparar-se com

diversas perdas (do órgão, do ideal de saúde, de representações identitárias, entre outras).

O grupo Sim e Não, apresentou intenso sofrimento e insatisfação com o tratamento cirúrgico. Entre as queixas encontramos alcoolismo, depressão, desorientação quanto ao seguimento médico. A intervenção psicológica foi necessária e nossos dados evidenciam a importância do apoio psicológico nos dois grupos. Os homens aprendem a valorizar atividade sexual como algo que certifica sua identidade masculina, a dor diante das seqüelas se refere a uma perda de si mesmo, isto é, de representações primitivas que compõe a masculinidade.

Para finalizar, aproximadamente 63% dos casos da amostra mostraram-se satisfeitos com o tratamento e o fariam novamente. As representações associadas ao câncer, dor, morte e perdas; apontam a necessidade de práticas interdisciplinares em relação ao CaP em todas as etapas que compõe o tratamento e posterior reabilitação. O homem acometido pelo CaP vê-se inicialmente dividido com angústias relacionadas a morte e relacionadas a seqüelas da cirurgia proposta como tratamento. Na avaliação da qualidade de vida através do SF-36, não houve diferenças significativas entre o pré e o pós-operatório, independente de faixa etária. Considerando as queixas referidas a sexualidade neste grupo de homens, a vida sexual após evento cirúrgico não exerceu um componente significativo na qualidade de vida, levando em conta apenas os resultados da escala SF-36. Porém analisando dados obtidos na entrevista psicológica verificou-se que a sexualidade gera alterações na qualidade de vida e a entrevista mostrou ser um componente importante na investigação da qualidade de vida. Além disso, a entrevista psicológica neste estudo propiciou aos pacientes a possibilidade de entrar em contato com as vivências subjetivas advindas da doença e tratamento, iniciando processos psíquicos relacionados à elaboração dos conflitos emergentes.

Esse estudo buscou colaborar com informações acerca das necessidades cotidianas de pacientes submetidos a tratamento oncológico, especificamente prostatectomia radical no sentido de promover condições

favoráveis para prática interdisciplinar junto a população masculina com câncer de próstata. A cirurgia é uma das formas de tratar, há a necessidade de investigar as outras formas de tratamento para o CaP e seu impacto para o sujeito. Verificou-se também a necessidade de ampliar este estudo para o campo da oncologia urológica, considerando que tumores urológicos têm grande repercussão na sexualidade do sujeito.

Os achados sinalizam a necessidade de políticas públicas para a saúde do homem que contemplem as questões do gênero masculino numa perspectiva interdisciplinar, na qual as práticas psicológicas são fundamentais.

6 - CONCLUSÕES

Mesmo estando no século XXI e diante de todo o avanço da medicina, especialmente da Oncologia, os achados neste estudo sinalizam que o câncer é marcado por representações de morte, dor, e sofrimento. Quando localizado na próstata verificamos que provoca e/ou exacerba conflitos relacionados à sexualidade.

Investigado o impacto e a repercussão psicológica do CaP em homens tratados cirurgicamente e concluí-se que o sofrimento emocional observado está relacionado à sexualidade e identidade masculina desde o momento do diagnóstico. A prostatectomia radical é tida como ameaçadora à identidade masculina e relacionada ao desempenho sexual, visto que a virilidade é um dos aspectos presentes nas representações sociais de masculinidade.

A avaliação da Qualidade de Vida realizada através do SF-36 neste estudo, não mostrou resultados significativos comparando-se os momentos antes e após prostatectomia radical. Entretanto, a análise dos dados obtidos através da entrevista psicológica semidirigida, mostrou que há alterações na qualidade de vida dos homens estudados, e que estas estão presentes desde o momento anterior a cirurgia e relacionam-se às questões do gênero masculino

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO

CAIXA POSTAL, 8091 – SÃO PAULO - BRASIL

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

- 1. NOME DO PACIENTE**
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : **SEXO** : .M ? F ?
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO **Nº** **APTO**:
BAIRRO: **CIDADE**
CEP: **TELEFONE**: DDD (.....)
- 2. RESPONSÁVEL LEGAL**
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : **SEXO**: M ? F ?
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: **Nº** **APTO**:
BAIRRO: **CIDADE**:
CEP: **TELEFONE**: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

- 1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA**: “O impacto da doença e tratamento cirúrgico em homens com câncer de próstata; estudo exploratório da qualidade de vida”
- 2. PESQUISADOR**: Dr. Marcos Francisco Dall'Oglio
CARGO/FUNÇÃO: Médico Assistente e Chefe do Setor de Uro-Oncologia
INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 84.860
UNIDADE DO HCFMUSP: Divisão de Clínica Urológica
- 3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA**:
SEM RISCO ? RISCO MÍNIMO **X** RISCO MÉDIO ?
RISCO BAIXO ? RISCO MAIOR ?
(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)
- 4. DURAÇÃO DA PESQUISA** 2 anos

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa: Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como título: "O impacto da doença e tratamento cirúrgico em homens com câncer de próstata: estudo exploratório da qualidade de vida." Esta pesquisa tem por objetivo investigar os aspectos emocionais relacionados a doença e tratamento cirúrgico em pacientes acometidos por câncer na próstata, investigando antes da cirurgia e após no mínimo, seis meses de cirurgia. Pretendemos caracterizar a população assistida nesta instituição, avaliando também, a qualidade de vida antes e após o surgimento da doença e tratamento cirúrgico do câncer. Pretendemos conhecer e levantar que alterações ocorreram em sua vida, após surgimento da doença e após tratamento.
2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos,, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais:
Pretendemos entrevistar 65 pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma de próstata localizado e com indicação para tratamento por meio de cirurgia (prostatectomia radical), antes e após seis meses de cirurgia. A entrevista abordará sua história de vida, história da doença e tratamento. Em seguida você responderá um questionário sobre qualidade de vida. O tempo necessário para a realização da entrevista será de aproximadamente 1 hora e 30 minutos.
3. Desconfortos e riscos esperados:
Esta pesquisa não oferece riscos, porém caso você sinta-se angustiado à partir das questões emocionais levantadas e/ou suscitadas na entrevista, ou ainda a pesquisadora perceba a necessidade de assistência psicológica, será-lhe oferecido atendimento psicológico.
4. Benefícios que poderão ser obtidos:
Esperamos que os resultados desta pesquisa possam oferecer subsídios para melhorias e adequações na qualidade do atendimento oferecido aos pacientes em questão.
5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas. Todos os participantes da pesquisa terão acesso garantido, às informações sobre qualquer assunto referente à pesquisa e eventuais dúvidas que possam surgir serão esclarecidas pelo pesquisador executante.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência. Como você pode perceber, não há risco de nenhum tipo e, se você não quiser participar do estudo ou desistir após o seu início, não haverá nenhum prejuízo para seu tratamento.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade. Não haverá também nenhuma possibilidade de você ser reconhecido à partir de sua colaboração.
4. Disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa. Nesta pesquisa não estão previstos danos à saúde.
5. Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa. Não há possibilidade de indenizações, visto não haver risco de danos eventuais à saúde.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Dr. Marcos Dall'Oglio / Divisão de Clínica Urológica do ICHC – 7º. Andar SI.710F

Fone: (11)3069-8086 Fax: (11) 3069-8086 ou 3069-8081

Ana Cristina de Oliveira Almeida Vieira – ICHC – Divisão de Clínica Urológica tel: (11) 3069-6439 e Divisão de Psicologia: (11) 3069-6459

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de março de 2007.

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

Anexo B - Roteiro da Entrevista

I – Dados sócio-demográficos:

- Nome:.....Idade:
- Estado Civil:
- Escolaridade:.....Profissão:.....
- Religião:.....Situação Profissional Atual:.....

II – Diagnóstico Médico, Evolução e Tratamento:

- Tipo de câncer e tempo de diagnóstico
- Tratamentos realizados anteriormente e os atuais
- Tempo de tratamento no Hospital das Clínicas, especificamente na Divisão de Clínica Urológica
- Evolução da doença
- Expectativas frente ao tratamento
- Sexualidade
- Relacionamento com o médico e equipe de saúde

III – Representações e fantasias relacionadas à saúde e a equipe:

- O que o paciente supõe que causou a doença
- Como acha que pode controlar a doença
- Como espera receber ajuda

IV – Suporte Familiar:

- Relacionamento e dinâmica familiar antes e após a doença
- Relacionamento conjugal, antes e após doença

V – Vida profissional:

- Antes da cirurgia e após

Anexo C - Pesquisa em saúde: SF-36

Nome: _____ Cód: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre a sua saúde. Estas instruções nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder:

1 – Em geral, você diria sua saúde é:
(circule uma)

Excelente _____ 1
Muito boa _____ 2
Boa _____ 3
Ruim _____ 4
Muito Ruim _____ 5

2 – **Comparada a um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, agora?
(circule uma)

Muito melhor agora do que a um ano atrás _____ 1
Um pouco melhor agora do que a um ano atrás _____ 2
Quase a mesma de um ano atrás _____ 3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás _____ 4
Muito pior agora do que há um ano atrás _____ 5

3 – Os seguintes itens são sobre atividades que poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, para você tem dificuldade fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas , que exige muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escadas	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quilômetros	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4 – Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outra atividade (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5 – Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de **algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6 – Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma _____ 1
 Ligeiramente _____ 2
 Moderadamente _____ 3
 Bastaste _____ 4
 Extremamente _____ 5

7 – Quanta dor no corpo você teve durante as **últimas 4 semanas**?

Nenhuma _____ 1
Muito leve _____ 2
Leve _____ 3
Moderada _____ 4
Muito grave _____ 5

8 – Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)?

De maneira alguma _____ 1
Um pouco _____ 2
Moderadamente _____ 3
Bastante _____ 4
Extremamente _____ 5

9 – Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxima da maneira como se sente. Em relação às **últimas 4 semanas**.

(circule um número em cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 – Durante às **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a **sua saúde física ou problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?
(circule uma)

Todo o tempo _____ 1
 A maior parte do tempo _____ 2
 Alguma parte do tempo _____ 3
 Uma pequena parte do tempo _____ 4
 Nenhuma parte do tempo _____ 5

11 – O quanto **verdadeiro** ou **falso** é **cada** uma das afirmações para você?
(circule um número em cada linha)

	Definitivame nte Verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não Sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva mente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Anexo D - Cálculo do Escore do Questionário SF-36

FASE 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for: 1 2 3 4 5	A pontuação será: 5,0 4,4 3,4 2,0 1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Sorna de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Sorna de todos os valores	
06	Se a resposta for: 1 2 3 4 5	A pontuação será: 5 4 3 2 1
07	Se a resposta for: 1 2 3 4 5 6	A pontuação será: 6,0 5,4 4,2 3,1 2,2 1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 = 1 e se 8 = 1 o valor da questão é (6) Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 1 o valor da questão é (5) Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 2 o valor da questão é (4) Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 3 o valor da questão é (3) Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 4 o valor da questão é (2) Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 5 o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p>	

	<p>Se a resposta for (1) a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2) a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3) a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4) a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5) a pontuação será (1,0)</p>
09	<p>Nesta questão a pontuação para os itens a, d, e, h deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1 o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2 o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3 o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4 o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5 o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6 o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c, f, g, i) o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deve-se seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1 o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2 o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3 o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4 o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5 o valor será (1)</p>

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de Raw Scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínios:

1. Capacidade Funcional
2. Limitação Por Aspectos Físicos
3. Dor
4. Estado Geral De Saúde
5. Vitalidade
6. Aspectos Sociais
7. Aspectos Emocionais
8. Saúde Mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior}}{\text{Variação (Score Range)}} \times 100$

Na fórmula os valores de Limites inferior e Variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo:

Domínio	Pontuação Da (S) Questão (ões) Correspondentes	Limite Inferior	Variação (Score Range)
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral da saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

1- Capacidade funcional: (ver tabela)

- verificar a pontuação obtida na questão 03, ex: 21
- aplicar a fórmula

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior}}{\text{Variação (Score Range)}} \times 100$

Capacidade funcional: $\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, numa escala que varia de 0 a 100, onde 0 é o pior estado e 100 é o melhor.

2- Dor: (ver tabela)

- verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08, ex: 5,4 e 4. Somando as duas teremos 9,4
- aplicar a fórmula

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior}}{\text{Variação (Score Range)}} \times 100$

Dor = $\frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$

O valor para o domínio capacidade funcional é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde 0 é o pior estado e 100 é o melhor.

Observações:

- O cálculo deverá ser feito para todos os domínios, obtendo 8 notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e faer uma média.
- A questão 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, ela é utilizada somente para se avaliar o quanto o paciente está melhor ou pior comparando a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% ou mais dos seus itens

Anexo E – IIFE5 – Índice Internacional de Função Erétil

Nome: _____

Data: _____

Responda as seguintes questões da forma mais próxima da realidade. Ao responder, considere as seguintes definições:

1. Atividade Sexual: Inclui penetração carícias preliminares e masturbação
2. Penetração: penetração vaginal
3. Estímulo sexual: preliminares com a parceira ver filmes ou revistas eróticas, etc.
4. Ejaculação: Saída de Sêmen (ou a sensação)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6) Quantas vezes você tentou penetração ?

- 0 – não tentei
- 1 – uma a duas tentativas
- 2 – três a quatro tentativas
- 3 – cinco a seis tentativas
- 4 – sete a dez vezes
- 5 – onze ou mais tentativas

7) Quando você tentou penetração com que frequência foi satisfeita para você ?

- 0 – não tentei
- 1 – quase nunca ou nunca
- 2 – poucas vezes (bem menos da metade)
- 3 – metade das vezes
- 4 – muitas vezes (bem mais da metade)
- 5 – quase sempre ou sempre

8) Ao penetrar o quanto isto te foi agradável ?

- 0 – não penetrei
- 1 – não foi agradável
- 2 – quase não agradável
- 3 – pouco agradável
- 4 – muito agradável
- 5 – extremamente agradável

9) Quando você teve estímulo sexual ou penetração com que frequência você ejaculou ?

- 0 – não tive estímulo ou penetração
- 1 – quase nunca ou nunca
- 2 – poucas vezes (bem menos da metade)
- 3 – metade das vezes
- 4 – muitas vezes (bem mais da metade)
- 5 – quase sempre ou sempre

10) Quando você teve estímulo sexual ou penetração com que frequência você teve sensação de orgasmo ou clímax ?

- 0 – não tive estímulo ou penetração
- 1 – quase nunca ou nunca
- 2 – poucas vezes (bem menos da metade)
- 3 – metade das vezes
- 4 – muitas vezes (bem mais da metade)
- 5 – quase sempre ou sempre

11) Com que frequência você teve desejo sexual ?

- 1 – quase nunca ou nunca
- 2 – poucas vezes (bem menos da metade)
- 3 – metade das vezes
- 4 – muitas vezes (bem mais da metade)
- 5 – quase sempre ou sempre

12) Como você classificou o seu desejo sexual ?

- 1 – muito baixo ou quase nada
- 2 – baixo
- 3 – moderado
- 4 – alto
- 5 – muito alto

13) Qual foi a sua satisfação sexual com a sua vida sexual ?

- 1 – muito satisfeito
- 2 – moderadamente satisfeito
- 3 – igualmente satisfeito e insatisfeito
- 4 – moderadamente insatisfeito
- 5 – muito insatisfeito

14)Qual foi a sua satisfação com seu relacionamento sexual com sua parceira ?

- 1 – muito satisfeito
- 2 – moderadamente satisfeito
- 3 – igualmente satisfeito e insatisfeito
- 4 – moderadamente satisfeito
- 5 – muito satisfeito

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

- 1 – muito baixo
- 2 – baixo
- 3 – moderado
- 4 – alto
- 5 – muito alto

Interpretação clínica das respostas do IIEF – 5
--

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

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade de câncer no Brasil. Brasília, DF; 2009 [acesso jan 2010]. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>>. 2009.
2. Srougi M, Góes GM. Câncer urológico: câncer de próstata. J Bras Urol. 1983;9(1):21-34.
3. Srougi M, Simon SD. Câncer Urológico. São Paulo: Platina; 1990.
4. Clark JA, Inui TS, Silliman RA, Bokhour BG, Krasnow SH, RA RAR, et al. Patients' perceptions of quality of life after treatment for early prostate cancer. J Clin Oncol. 2003;21(20):3777-84.
5. Kusnetzoff IC. O homem sexualmente feliz. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1987.
6. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8(3):825-9.
7. Carvalho MJ. Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo: Summus; 1998.
8. Vieira ACOA, Lucon AM, Pompeo ACL. Sexualidade antes e após o diagnóstico de câncer de próstata. [PO 56]. Int Braz J Urol. 2005;30(Suppl. Special).
9. Goldfarb DC. Corpo, tempo e envelhecimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998.
10. Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Edição Standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; (1914) 1996.
11. Carvalho MM. Psico-Oncologia: História, Características e Desafios. Psicologia USP. 2002;13(1):151-66.
12. Kunkel EJ, Bakker JR, Myers RE, Oyesanmi O, Gomella LG. Biopsychosocial aspects of prostate cancer. Psychosomatics. 2000;41(2):85-94.

13. Bleger J. Temas em psicologia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.
14. Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As representações sociais e a experiência da doença. Cad Saúde Pública. 2002 set-out;18(5):1207-14.
15. Moscovici S. Representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
16. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.
17. Cardoso MHCA, Gomes R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. Cad Saúde Pública. 2000 aabr-jun;16(2):499-506.
18. Kovacs MJ. Qualidade de vida em pacientes com câncer: Efeitos de um programa de intervenção psicossocial. Rev Psicologia Hospitalar. 1994;4(1):7-19.
19. Spink MJP. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1995.
20. Evangelista R. Câncer e o imaginário masculino: a expressão da doença para o homem. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
21. Trinca W. Formas de investigação clínica em psicologia: procedimentos de desenhos-estórias: procedimento de desenhos de família com estórias. São Paulo: Vetor; 1997.
22. Stoller R. Masculinidade e Feminilidade: apresentação do gênero. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Princípios e Diretrizes. Brasília, DF; agosto de 2008. [acesso em ago 2008]. Disponível em. 2008.
24. Word Health Organization. Constitution of World Health Organization. Basic documents. Geneve. 1946.
25. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from The World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9.

26. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) Rev Bras Psiquiatr. 1999 Jan/Mar;21(1):19-28.
27. Moreno AB, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS, Chor D. Propriedades Psicométricas do Instrumento Abreviado de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. Cad Saúde Pública. 2006 dez;22(12):2585-97.
28. Meyerowitz BE, Willian JG, Gessner J. Perceptions of controllability and attitudes toward cancer and cancer patients. J Appl Social Psychol. 1987;17:471-92.
29. CostaJr AL. O desenvolvimento da Psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção em saúde. Psicologia Ciência e Profissão. 2001;21(2):36-43.
30. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de qualidade de vida SF-36. Rev Bras Reumatol. 1999;39:143-9.
31. Quek ML, Penson DF. Quality of Life in Patients with localized prostate cancer. Urologic Oncology: seminars and Original Investigations. 2005;23:208-15.
32. Korfage IJ, Essink-Bot ML, Borsboom GJ, Madalinska JB, Kirkels WJ, Habbema JD. Five-year follow-up of health-related quality of life after primary treatment of localized prostate cancer. Int J Cancer. 2005;116(2):291-6.
33. Burke MA, Lowrance W, Perczek R. Emotional and cognitive burden of prostate cancer. Urol Clin North Am. 2003;30(2):295-304.
34. Fan AM. Psychological and psychosocial effects of prostate cancer. Nurs Stand. 2002;17(13):33-7.
35. Gugliotta A. Qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer localizado da próstata e tratados com prostatectomia radical e radioterapia. Tese(Doutorado)
Campinas-SP: Universidade Estadual de Campinas; 2001.

36. Litwin MS, Lubeck DP, Spitalny GM, Henning JM, Carroll PR. Mental health in men treated for early stage prostate carcinoma: a posttreatment, longitudinal quality of life analysis from the Cancer of the Prostate Strategic Urologic Research Endeavor. *Cancer*. 2002;95(1):54-60.
37. Ocampo MES, Arzeno EG, Piccolo EG. O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. São Paulo: Martins Fontes; 1985.
38. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)". [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
39. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*. 1999;11(6):319-26.
40. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1988.
41. Rodinresco E, Plon N. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1998.
42. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 1986.
43. INCA. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil [acessado em jan 2010] <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/> In: Câncer INd, editor.; 2009.
44. Billington A. Prostate cancer and its effect on sexuality. *Community Nurse*. 1998;4(10):33-4.
45. Abdo CHN, Jr WMO, Jr EDM, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultado do estudo do comportamento sexual do brasileiro (ECOS). *Rev Bras Med*. 2002;59(4):205-7.
46. Hedesting O, Sandman PO, Tomic R, Widmark A. Living after radical prostatectomy for localized prostate cancer: a qualitative analysis of patient narratives. *Acta Oncol*. 2005;44(7):679-86.

Apêndice

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 01/08/2007, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0570/07**, intitulado: **"O IMPACTO DA DOENÇA E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM HOMENS COM CÂNCER DE PRÓSTATA: ESTUDO EXPLORATÓRIO DA QUALIDADE DE VIDA"** apresentado pelo **DEPARTAMENTO DE CIRURGIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Marcos Francisco Dall'Oglio**

Pesquisador (a) Executante: **Ana Cristina de Oliveira Almeida Vieira**

CAPPesq, 08 de Agosto de 2007

Prof. Dr. Eduardo Massad
**Presidente da Comissão
de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa**

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 255, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq2@hcnet.usp.br - fe