

GEORGIA MAYUMI AOKI IEMA

**Impacto e adaptação às alterações urinárias e sexuais
decorrentes da prostatectomia radical**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de Urologia

Orientador: Prof. Dr. Marcos Francisco Dall'Oglio

São Paulo

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Iema, Georgia Mayumi Aoki

Impacto e adaptação às alterações urinárias e sexuais decorrentes da
prostatectomia radical / Georgia Mayumi Aoki Iema. -- São Paulo, 2015.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Urologia.

Orientador: Marcos Francisco Dall'Oglio.

Descritores: 1.Disfunção sexual fisiológica 2.Adaptação psicológica
3.Prostatectomia 4.Qualidade de vida 5.Incontinência urinária 6.Questionários

USP/FM/DBD-429/15

Ao Rafael com muito Amor.

Agradecimientos

- Ao Prof. Dr. Miguel Srougi; grande cirurgião, amor à medicina e ao ser humano, apoiando a importância do atendimento multidisciplinar;
- Ao Prof. Dr. Marcos Francisco Dall'Oglio, meu orientador; pela disponibilidade e confiança em viabilizar meu estudo: gratidão;
- Ao Prof. Dr. Alberto Azoubel Antunes, Professor Associado de Urologia da Faculdade de Medicina da USP e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências-Urologia;
- Ao Prof. Dr. José Cury, querido professor, enorme carinho e amizade pelo apoio, confiança e incentivo a meu trabalho, fatores imensuráveis para a sua realização;
- Ao querido Grupo de Medicina Sexual do HCFMUSP: estudos e alegria com constância;
- Ao Prof. Dr. Homero Bruschini, pelo apoio amigo em viabilizar esta empreitada;
- A Elisa e Sanarely, secretárias da Pós-Graduação/Urologia HCFMUSP, pela ajuda primorosa e atenciosa nas resoluções administrativas e burocráticas da pesquisa;
- A Valdecir Marvulle, meu estatístico, pois sem sua análise não seria possível obter tais resultados;
- À FAPESP, pelos recursos fornecidos à elaboração desta pesquisa no Departamento de Urologia;
- À querida Profa. Dra. Kayoko Yamamoto, pela delicadeza e atenção em me socorrer durante o percurso deste trabalho, e por sua disponibilidade em participar da banca de qualificação;

- À prezada Profa. Dra. Ivonise Fernades Motta, pelo carinho e gentis contribuições feitas em sua participação na banca de qualificação;
- À Dra. Gina Khafif Levinzon, minha imensa gratidão pelo incansável apoio e intervenções até então não percebidas por mim e que fizeram toda a diferença;
- À minha família, in memoriam a Eisi Aoki, e, em especial, ao Mestre Carlos Roberto Dias Iema, por sua atenção e experiência na operacionalização do trabalho;
- Aos meus queridos amigos, que me apoiaram constantemente e, em especial, a Evandro dos Santos e a Rosângela Pereira da Fonseca, que compartilharam minhas angústias. A vocês, eterna gratidão;
- Finalmente, registro meu apreço pelos pacientes que tão amigavelmente participaram desta pesquisa.

Esta dissertação está de acordo as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de ilustrações

Lista de quadros e tabelas

Lista de abreviaturas

Resumo

Abstract

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Câncer de próstata.....	6
1.2 Qualidade de vida	9
1.3 Adaptação do homem pós-PR	12
2 OBJETIVO	16
2.1 Objetivos secundários	17
3 MÉTODO E CASUÍSTICAS	18
3.1 Desenho.....	19
3.2 Local e época	19
3.3 Sujeitos	19
3.4 Critérios de inclusão.....	20
3.5 Critério de exclusão.....	21
3.6 Intervenção	21
3.7 Critérios de avaliação.....	21
3.7.1 Procedimento e instrumentos.....	21
3.7.2 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida - EDAO- R	23
3.7.3 Questionário de avaliação sexual masculina: Quociente Sexual Masculino - QS-M.....	25
3.7.4 Questionário de Avaliação de Incontinência Urinária – ICIQ-SF	26
3.7.5 Questionário de comprometimento cognitivo - Mini-exame de Estado Mental – MEEM.....	26
3.8 Análise estatística	28
4 RESULTADOS.....	30
4.1 Dados demográficos	31
4.2 Resultados da avaliação MEEM	33
4.3 Resultados da avaliação EDAO-R	35
4.4 Resultados da avaliação dos setores: Afetivo-Relacional(A-R) e de Produtividade(Pr)	38

4.5 Resultados da avaliação de QS-M.....	42
4.5.1 Resultados de comparação de QS-M e EDAO-R nos momentos 1, 2, 3 e 4 à PR.	45
4.6 Resultados de avaliação de ICIQ-SF	47
4.6.1 Resultados de comparação de ICIQ-SF e EDAO-R nos momentos 1, 2, 3 e 4 à PR.....	50
4.7 Resultados da avaliação de ICIQ-SF entre pacientes incontinentes que usam/e não usam fraldas nos momentos 2, 3 e 4.	51
4.7.1 Resultados da avaliação: comparação de ICIQ-SF e EDAO-R entre pacientes incontinentes que usam fralda e que não usam fralda	54
5 DISCUSSÃO	57
6 CONCLUSÕES	77
7 REFERÊNCIAS.....	80
ANEXOS	87
ANEXO A - Ficha de identificação do paciente da pesquisa	88
ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido	89
ANEXO C - Avaliação da adequação por itens por Setor Adaptativo	91
Anexo C1 - Setor Afetivo-Relacional	91
Anexo C 2 - Setor da Produtividade	96
Anexo C 3 - Setor Sócio-Cultural.....	99
Anexo C 4 - Setor Orgânico.....	101
Anexo C 5 - Quantificação dos Setores Adaptativos AR e Pr....	103
ANEXO D - Folha de diagnóstico EDAO	105
ANEXO E - Quociente Sexual Masculino - QS-M.....	106
ANEXO F - Questionário de Incontinência Urinária na forma simples ICIQ-SF	107
ANEXO G - Escala de Avaliação Mini-exame de Estado Mental - MEEM.....	108
ANEXO H - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	110

Listas

ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	MEEM 1 e MEEM 2: avaliação do MEEM 1 no momento pré-cirúrgico e MEEM 2 no momento 2 (após 1 ano - PR).	33
Gráfico 2 -	EDAO-R 1: avaliação de pacientes pré-cirúrgicos – momento 1	35
Gráfico 3 -	EDAO-R 2: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos – momento 2.....	35
Gráfico 4 -	EDAO-R 3: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos – momento 3.....	36
Gráfico 5 -	EDAO-R 4: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos – momento 4.....	36
Gráfico 6 -	Avaliação de pacientes por setores: A-R e Pr pré-cirúrgicos – momento 1.....	38
Gráfico 7 -	Avaliação de pacientes por setores: A-R e Pr pós-cirúrgicos - momento 2	38
Gráfico 8 -	Avaliação de pacientes por setores: A-R e Pr pós-cirúrgicos - momento 3	39
Gráfico 9 -	Avaliação de pacientes por setores: A-R e Pr pós-cirúrgicos - momento 4	39
Gráfico 10 -	QS-M 1: avaliação de pacientes pré-cirúrgicos - momento 1	43
Gráfico 11 -	QS-M 2: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos - momento 2.....	43
Gráfico 12 -	QS-M 3: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos - momento 3.....	44
Gráfico 13 -	QS-M 4: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos - momento 4.....	44
Gráfico 14 -	ICIQ-SF 2: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos - momento 2.....	47
Gráfico 15 -	ICIQ-SF 3: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos - momento	48
Gráfico 16 -	ICIQ-SF 4: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos - momento 4.....	48

Gráfico 17 - ICIQ-SF 2: avaliação de pacientes incontinentes com uso de fraldas no momento 2	51
Gráfico 18 - ICIQ-SF 3: avaliação de pacientes incontinentes com uso de fraldas no momento 3	52
Gráfico 19 - ICIQ-SF 4: avaliação de pacientes incontinentes com uso de fraldas no momento 4	53
Gráfico 20 - Avaliação de EDAO-R: pacientes incontinentes com uso de fralda no momento 2	54
Gráfico 21 - Avaliação de EDAO-R: pacientes incontinentes com uso de fraldas no momento 3	55
Gráfico 22 - Avaliação de EDAO-R: pacientes incontinentes com uso de fraldas no momento 4	56

QUADROS E TABELAS

Quadro 1 -	Quadro de pontuação das questões do Mini-mental.....	27
Quadro 2 -	Quadro de nota de corte do Mini-mental pela escolaridade	28
Tabela 1 -	Dados demográficos	32
Tabela 2 -	MEEM 1 e MEEM 2 por EDAO-R 1 e EDAO-R 2: avaliação de MEEM 1 em EDAO-R 1(grupos G1,G2,G3 e G4) avaliação de MEEM 2 com EDAO-R 2 (grupos G1,G2,G3 e G4).....	34
Tabela 3 -	EDAO-R: nos 4 momentos 1, 2, 3 e 4.....	37
Tabela 4 -	EDAO-R: avaliação de comparações entre os momentos 1, 2, 3 e 4.....	37
Tabela 5 -	Avaliação por setores: A-R e Pr.....	41
Tabela 6 -	QS-M: avaliação de comparações entre os momentos 1, 2, 3 e 4.....	45
Tabela 7 -	QS-M por EDAO-R: avaliação de QS-M nos momentos 1,2,3 e 4 por EDAO-R nos grupos: G1, G2, G3 e G4	46
Tabela 8 -	Avaliação de pacientes que namoram/não namoram fazendo uso/não uso de medicação	46
Tabela 9 -	ICIQ-SF: avaliação de pacientes pré-cirúrgico	47
Tabela 10 -	ICIQ-SF: avaliação das comparações entre os momentos 1, 2, 3 e 4.....	49
Tabela 11 -	ICIQ-SF por EDAO-R: avaliação de ICIQ-SF nos momentos 2, 3 e 4 em EDAO-R nos grupos G1, G2, G3 e G4.....	50
Tabela 12 -	ICIQ-SF: avaliação de pacientes incontinentes com uso de fraldas e sem uso de fraldas nos momentos 2, 3 e 4.....	53
Tabela 13 -	EDAO-R: avaliação de pacientes incontinentes com uso de fraldas nos momentos 2, 3 e 4.....	56

ABREVIATURAS

A-R	Setor Afetivo Relacional
CaP	Câncer de Próstata
DE	Disfunção Erétil
EDAO-R	Escala Adaptativa Operacionalizada Redefinida
G1	Grupo de Adaptação Eficaz
G2	Grupo de Adaptação Ineficaz Leve
G3	Grupo de Adaptação Ineficaz Moderada
G4	Grupo de Adaptação Ineficaz Severa
G5	Grupo de Adaptação Ineficaz Grave
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo
ICESP	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
ICIQ-SF	International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form
IU	Incontinência urinária
MEEM	Mini-exame do Estado Mental
MEEM 1	Mini-exame do Estado Mental – pré-cirúrgico
MEEM 2	Mini-exame do estado Mental – um ano após à PR
Momento 1	Pré-cirúrgico
Momento 2	Três meses à PR
Momento 3	Seis meses à PR
Momento 4	Um ano à PR
OMS	Organização Mundial da Saúde
Or	Setor Orgânico

Pr	Setor de Produtividade
PR	Prostatectomia Radical
QS-M	Quociente Sexual Masculino

Resumo

lema GMA. *Impacto e adaptação às alterações urinárias e sexuais decorrentes da prostatectomia radical* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

A prostatectomia radical é o método terapêutico mais utilizado no tratamento do câncer de próstata localizado. O objetivo deste estudo é avaliar a readaptação urinária e sexual no período pós-operatório. **Método:** Foram estudados 46 homens tratados por Prostatectomia Radical à quatro tempos: pré-cirurgia e após três meses; seis meses e um ano após cirurgia, através dos seguintes instrumentos: escala adaptativa operacionalizada redefinida (EDAO-R); questionário de avaliação da disfunção sexual masculina – (QS-M); questionário de incontinência urinária – (ICIQ-SF) e o questionário de comprometimento cognitivo – (MEEM). Em um ano de estudo a análise estatística avaliou quantitativamente a eficácia adaptativa em quatro setores, estruturados nos seguintes pressupostos: Afetivo-Relacional (A-R); Produtividade (Pr); Orgânico (Or) e Socio-Cultural (S-C). **Resultados:** Encontrou-se diferença significativa nos valores da adequação diagnóstica pela EDAO-R entre o momento 3 (6 meses de PR: G1 8,7%; G2 15,2%; G3 17,4%; G4 28,3%; G5 30,4%) e o momento 4 (1 ano de PR: G1 8,7%, G2 17,4%; G3 23,9%, G4 19,6%; G5 30,4%) em relação ao momento 1 (pré-cirúrgico: G1 28,3%; G2 17,4%; G3 26,1%; G4 17,4%, G5 10,9%). E no momento 3 (6 meses de PR: G1 8,7%; G2 15,2%; G3 17,4%; G4 28,3%; G5 30,4%) houve um aumento significativo em relação ao momento 2 (3 meses de PR: G1 10,9%; G2 17,4%; G3 37,0%; G4 17,4%; G5 17,4%). O ICIQ-SF diagnosticou diferenças significativas entre os todos os momentos ($p < 0,001$). O MEEM resultou no momento 2 (um ano de PR) com valores significativamente maiores que os apresentados no momento 1 pré-cirúrgico ($p = 0,001$). O QS-M revelou no momento pré-cirúrgico que 80,5% dos pacientes se encontravam num escore de bom a excelente em relação ao desempenho sexual e que 19,5% se encontravam num escore de desfavorável a regular. No momento 4 (um ano de PR), os achados foram: 21,7% dos pacientes classificados na categoria de bom a excelente; 54,4%, na categoria de ruim a desfavorável e 23,9%, na categoria de nulo a ruim. **Conclusão:** Os homens submetidos à PR durante o período do estudo ficaram comprometidos na organização e na readaptação às alterações urinárias e sexuais decorrentes do tratamento.

Descritores: disfunção sexual fisiológica; adaptação psicológica; prostatectomia; qualidade de vida; incontinência urinária; questionários.

Abstract

lema GMA. *Impact and adaptation to urinary and sexual changes resulting from radical prostatectomy* [Dissertation]. Sao Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo", 2015.

Radical prostatectomy (RP) is the most widely used therapeutic method in the treatment of localized prostate cancer. The aim of this study is to evaluate the urinary and sexual rehabilitation in the postoperative period. **Methods:** A study was done of 46 men treated with radical prostatectomy at four time intervals: pre-surgery, three months, six months and one year post-surgery. The following instruments were used: Revised Operational Adaptive Diagnostic Scale - (ROADS); questionnaire for the assessment of male sexual dysfunction - (QS -M); International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ -SF) and the cognitive impairment test (Mini-Mental State Examination - MMSE). In a year of study the statistical analysis quantitatively evaluated the adaptive efficacy in four sectors, structured in the following assumptions: Affective - relational (AR); Productivity (Pr); Organic (Or) and Socio-Cultural (S- C). **Results:** There was a significant difference in the values of diagnostic suitability for the ROADS between time interval 3 (6 months of RP: G1 8.7%; G2 15.2%; G3 17.4%; G4 28.3%; G5 30.4%) and time interval 4 (1 year RP: G1 8.7%; G2 17.4%; G3 23.9%; G4, 19.6%; G5 30.4%) relative to time interval 1 (pre-surgical: G1 28.3%; G2 17.4%; G3 26.1%; G4 17.4%; G5 10.9%). Additionally at time interval 3 (6 months of RP: G1 8.7%; G2 15.2%; G3 17.4%; G4 28.3%; G5 30.4%) there was a significant increase compared to the second time interval (RP 3 months: G1 10.9%; G2 17.4%; G3 37.0%; G4 17.4%; G5 17.4%). The ICIQ-SF diagnosed significant differences between all four time intervals ($p < 0.001$). The MMSE resulted in time interval 2 (1year os RP) having significantly higher values than those presented pre-surgery in time interval 1 ($p = 0.001$). The QS-M revealed that 80.5% of the patients were found to have a good to excellent score in relation to sexual performance and that 19.5% had an unfavorable to regular score prior to surgery. At time interval 4 (one year PR), the findings were: 21.7% of patients were classified as good to excellent; 54.4% were classified as bad to unfavorable and 23.9% were in the null to bad category. **Conclusion:** The men submitted to PR during the study period were committed to the organization and rehabilitation of the urinary and sexual changes due to treatment.

Descriptors: sexual dysfunction; adaptation, psychological; prostatectomy; quality of life; quality life; urinary incontinence; questionnaires.

1 Introdução

A incidência do câncer de próstata (CaP) aumenta a cada ano (INCA, 2014). Ainda que a prostatectomia radical (PR) seja feita por diferentes vias, como aberta, laparoscopia, ou robótica e seja considerada a opção de tratamento mais utilizada para o CaP localizado e identificada como uma intervenção de baixa mortalidade, tal cirurgia pode promover a impotência sexual e incontinência urinária, comprometendo a qualidade de vida (Srougi, 2014).

Atualmente, a vigilância ativa que vem sendo indicada é considerada mais uma modalidade terapêutica para os indivíduos com diagnóstico de câncer de próstata localizado de baixo risco. Porém há questionamento em se oferecer essa modalidade a pacientes muito jovens, com expectativa de vida maior do que 20 anos (Carneiro et al., 2013). A justificativa para se utilizar a vigilância ativa é que o paciente poderá evitar os riscos de incontinência urinária (IU) e disfunção erétil (DE) relacionados ao tratamento cirúrgico ou radioterápico ou tumores de menor potencial de agressividade (Carneiro et al., 2013).

Dall'oglio (2011) relata sobrevida de 10 anos, superior a 92% dos casos, após o tratamento e convivência com as sequelas resultantes. O autor acrescenta que mesmo a DE apesar de ser uma doença benigna, causa um impacto importante na qualidade de vida do homem, pois afeta a saúde física e emocional.

Para Shlomm e Adam (2014), a função urinária diminui significativamente após a cirurgia e pode perdurar por um período de 2 anos, variando de paciente para paciente. Os autores referem que, após essa fase, a redução de recuperação dependerá da idade do homem, com uma queda maior entre 8 e 10 anos.

Prabhu et al. e Sivarajan et al. (apud Shlomm, 2014) abordam que é possível garantir a função urinária e sexual ao longo da vida dos pacientes acometidos por PR, porém apenas para aqueles que se recuperaram nos primeiros 2 anos após a cirurgia.

Johansson et al. (2011) relatam que o tratamento pela prostatectomia radical e pela vigilância ativa para CaP localizada não difere na qualidade de vida a longo prazo.

Dessa forma, a literatura científica demonstra variados relatos sobre o grau de impacto e adaptação das disfunções urinárias e sexuais decorrentes da PR. Este procedimento, então, pode comprometer a qualidade de vida do paciente e gerar angústia, pois “no momento do diagnóstico a maioria dos pacientes expressa o desejo de prolongar a sua existência” (Srougi, 2010).

Os pacientes acometidos pelo CaP podem não saber lidar com as novas reações não “permitindo a manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida”. Com isso, para que a adaptação possa ser bem sucedida ou adequada ao evento, o paciente teria que obter novas respostas para a nova situação, pois, uma vez dada a notícia da doença, o sentimento de angústia poderá se repetir enquanto o organismo

buscar a saúde. Sendo assim, a *eficácia* da adaptação poderia ser questionada. O autor esclarece que o paciente poderá viver uma situação desconhecida de “perda significativa no espaço de seu universo pessoal”; configurando uma crise adaptativa que implicaria novas adequações levando, a mudanças importantes em sua vida (Simon, 1989).

Simon (1989) argumenta que a vida exige novas respostas diante de novas situações, cobrando adequações. No período de modificações, após o procedimento da cirurgia, os fatores internos e/ou externos¹ poderão provocar alterações importantes na eficácia da adaptação.

Campos (2012) afirma que apesar da iniciativa do Ministério da Saúde com a portaria 3.535/98, cujo objetivo é promover a obrigatoriedade da atuação de um psicólogo em todas as clínicas e instituições de atendimento a pacientes portadores de câncer, a lei não é cumprida devidamente. Os motivos para o não cumprimento da referida portaria variam. A autora revela que muitas vezes os profissionais são atingidos por quadros de estresse que os afastam temporariamente do serviço; outras vezes, os profissionais são transferidos para outros serviços que não atendem pacientes portadores de câncer, o que leva à necessidade de uma reestruturação constante da equipe de profissionais dessa área. Diante dessa realidade, Campos (2012) ressalta a urgência de se obter o conhecimento básico da doença, suas modalidades e tratamento, para que o psicólogo se torne mais instrumentalizado para dar atendimento a esses pacientes.

¹ Fatores internos (se intrapessoais) e fatores externos (se ambientais): elementos do ambiente e intrapsíquicos, externos ou internos, positivos ou negativos (Simon, 1989).

A autora continua informando que quanto ao doente, “a doença é sempre uma ameaça à integridade do indivíduo em seus aspectos somáticos, emocionais e sociais”, alertando para o fato de que muitas vezes não se tem controle sobre o surgimento e desenvolvimento do câncer. (Campos, 2012, p.85). Os pacientes apresentam diferenças no desenvolvimento da moléstia, assim como na adesão aos tratamentos e na adaptação à mesma (Campos, 2012, p.28). Portanto, pode-se ressaltar o conceito a respeito do processo de adaptação definido por Simon (1989, p.14): esse processo é “o conjunto de respostas do organismo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo a manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida”. A autora deixa claro no seu estudo que a adaptação é inerente à sobrevivência do ser humano.

Mata (2012) destaca a importância do apoio físico em relação às alterações urinárias, sexuais e psicológicas, pois elas são consequências das alterações nos níveis de ansiedade e depressão. Só assim, com a administração dos sintomas no período de recuperação, com o direcionamento de um profissional da área competente, no caso, a Psicologia, a adaptação ocorreria de forma abrangente e eficaz.

O presente estudo, através do procedimento de avaliação qualitativo da EDAO-R para responder à eficácia da adaptação decorrente da PR, mostrou que os doentes, na sua maioria, demonstraram controle emocional quanto ao recebimento do diagnóstico, provavelmente devido às informações sobre o sucesso das remoções dos tumores, seja pela mídia,

por algum parente, ou conhecido que tenha passado pela intervenção. Assim como em alguns atendimentos médicos, através de informações especializadas e com a habilidade de assegurar e aliviar o impacto da notícia; intervenção e sintomas da doença. Após a PR, dentro do período de um ano, na sua maioria, os casos classificaram-se em grupos de ineficácia adaptativa.

1.1 Câncer de Próstata

De acordo com a projeção da Organização Mundial da Saúde (OMS) haverá 27 milhões de novos casos de câncer previstos para 2030 em todo o mundo, ocorrendo 17 milhões de mortes pela doença. O Brasil estará entre os países afetados. O CaP, considerado a neoplasia maligna mais frequente nos homens, foi estimado pelo Instituto Nacional do Câncer-INCA em 68.800 novos casos no Brasil no ano de 2014, sendo 17.830 localizados no Estado de São Paulo. Valores que corresponderam a um risco estimado de 70,42 casos novos a cada 100 mil homens (INCA, 2014).

Segundo Srougi (2010), o CaP acomete 10% dos homens com 50 anos, 30% daqueles com 70 anos e 100% dos que chegarem aos 100 anos de idade. O autor descreve que é um câncer considerado da terceira idade, pois três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos, sendo o envelhecimento considerado como o maior fator de risco, além da etnia e predisposição hereditária.

Os negros têm maior incidências do CaP em 70% e os asiáticos em 70% menor, comparados com a raça branca (Srougi, 2008). Gonçalves et al. (2008) confirmaram:

parentes de primeiro grau de pacientes com câncer de próstata apresentam risco aumentado de duas a três vezes, quando comparado a homens na população geral. Entre outros fatores de risco, encontram-se a dieta altamente calórica e os hormônios masculinos (Gonçalves et al., 2008).

Dessa forma, além do aumento de pesquisas no conhecimento das neoplasias da próstata, a avaliação da qualidade de vida destes homens acometidos por CaP vem sendo, de maneira objetiva, agregada aos resultados positivos da indicação da terapêutica.

Conforme estudo de Gugliotta (2001), “dados de sobrevida, taxas de complicações e as respostas ao tratamento pelos sintomas, não representam valores suficientes para avaliar o impacto da doença e seu tratamento”. Salientando assim, a importância de se avaliar a qualidade de vida do paciente pré e pós-tratamento: como se sente fisicamente, emocionalmente e socialmente.

Os tratamentos indicados para a doença maligna da próstata localizada são: prostactetomia radical; radioterapia externa; radioterapia conformal tridimensional (3D-CRT), radioterapia intersticial (braquiterapia) e observação clínica. Sendo a PR realizada por via retropúbica, perineal, laparoscópica ou robótica. Tais procedimentos podem ocasionar sequelas apesar de serem de baixo risco de mortalidade. Com relação à PR, podem

ocorrer sangramento, lesão retal e uretral. A pós-operatória precoce pode ocasionar trombose venosa profunda, linfocele e embolia pulmonar; a pós-operatória tardia pode ocasionar estenose de colo vesical, incontinência urinária e disfunção sexual. O câncer de próstata é assintomático enquanto estiver clinicamente localizado, mas pode causar obstrução miccional, dores pélvicas e ósseas e outros sintomas, quando diagnosticado tardiamente e já existirem metástases.

A disfunção sexual, com perda das ereções penianas, atinge 95% dos casos operados com mais de 70 anos de idade; em 50% dos operados com 55 a 65 anos; de 15% a 20% dos pacientes com menos de 55 anos submetidos à cirurgia e cerca de 40% a 50% daqueles tratados com radioterapia. Esse processo resulta da lesão dos nervos e das artérias cavernosas, que transitam ao lado da próstata e que podem ser lesados pela manipulação cirúrgica ou pela irradiação. Já a incontinência urinária moderada ou grave atinge cerca de 3% a 5% dos casos, quando a intervenção é realizada por equipes habilitadas (Srougi et al., 2008).

Homens brasileiros diagnosticados com CaP têm aproximadamente 40% de prevalência de DE, alta taxa de disorgasmia e também desprazer na qualidade de vida (Paranhos et al., 2009).

O homem quando acometido por disfunção erétil, mesmo estimulado e excitado, e com desejo de realizar atividade sexual, não permanece com o pênis ereto. O mecanismo do reflexo vascular simplesmente deixa de bombear o sangue suficiente para os corpos cavernosos do pênis para

deixá-lo firme e rígido. E como os reflexos eréteis e ejaculatórios são dissociados, existem alguns homens que ejaculam com o pênis flácido. Portanto, o fator essencial da disfunção erétil é a impossibilidade de se obter ereção suficiente para a penetração, seja por fatores orgânicos, seja por fatores psicológicos ou por ambos os fatores.

A incontinência urinária (IU) é uma das sequelas do tratamento para o câncer de próstata, podendo ser considerada como um dos sinais e sintomas que interferem na qualidade de vida do homem, provocando o isolamento social em função do constrangimento da incontinência; acometendo de 3% a 35% dos pacientes operados ou irradiados (Srougi, 2010). Cirurgiões relatam que a incontinência que ocorre após uma cirurgia prostática pode ser temporária ou definitiva (esta irá requerer tratamento) e pode dever-se a um problema primário da bexiga ou ao enfraquecimento do esfíncter da uretra (responsável por conter a urina). O grau de incontinência varia para cada paciente e, na maioria dos casos, o controle miccional melhora progressivamente durante o primeiro ano após a cirurgia.

1.2 Qualidade de Vida

Considerando a definição referida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a saúde sendo um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (WHO, 1946), as políticas em saúde e seus profissionais priorizavam o controle da morbidade e mortalidade. Porém, atualmente, a preocupação também visa a avaliar

medidas de impacto da doença e comprometimento das atividades diárias (Bergner et al., 1981); medidas de percepção da saúde (Hunt et al., 1985) e medidas de disfunção/*status* funcional (Ware et al., 1992).

Passado mais de dez anos o tratamento do câncer de próstata continua afetando a masculinidade e colaborando para que muitos homens se tornem impotentes e valorizem a qualidade de vida no tratamento. (Tofani; Vaz, 2002).

Bokhour et al. (2002) afirmam que a intimidade sexual comprometida interfere na qualidade de interação com as mulheres, nas fantasias e na percepção de sua masculinidade.

Carvalho (2002) refere que a incidência de depressão nos pacientes acometidos por câncer de próstata é maior do que a população geral.

Para Tofani e Vaz (2002), o diagnóstico de câncer de próstata para o homem conscientiza-o de sua finitude, acompanhado de depressão pela falta de aceitação. A aceitação inicial da doença pode deprimi-lo ou isso acontecerá durante o tratamento (Moraes, 1994). E Cachochinov (2001) acrescenta que as reações emocionais, tais como choque ou descrença, intensificam-se durante o diagnóstico e ficam associadas a sintomas de ansiedade, tristeza e irritabilidade.

No trabalho de Burke et al. (2003) citado por Vieira (2010), as reações de medo da morte também foram mencionadas, assim como as interrupções das relações sociais e profissionais na etapa do diagnóstico. A incontinência urinária e alterações sexuais são consideradas como fatores importantes

que comprometem a qualidade de vida do homem frente ao tratamento da PR.

Muitos autores consideram que a PR é o método considerado padrão-ouro, com sobrevida livre de progressão em dez anos de 47 a 74% (Nardoza Junior et al., 2010). Walsh et al. garantem que o procedimento é um método bastante seguro, devido às modernas técnicas de preservação dos feixes neurovasculares. No relato das experiências, são unânimes quanto à qualidade de vida e o enfrentamento do processo, que estão diretamente ligados à recuperação rápida das funções urinária e sexual. Os contextos dos autores relatam o decréscimo de continência urinária com o tempo, devido ao efeito natural da idade, que é um dado existente em vários estudos. Complementam o fato informando a importância do “aconselhamento pré-operatório e pós-operatório do paciente individual, fatores de risco individuais para disfunções urinárias e ou sexuais pós-operatórias e toxicidade final têm que ser identificados”. E finalizam: “os pacientes com câncer não têm a opção de escolher entre o tratamento do câncer e ser saudável. Eles são obrigados a ponderar os prós e os contras das diferentes opções de tratamento”.

Com o objetivo de intensificar a qualidade de vida dos homens prostatectomizados radicalmente, introduziram-se muitas modificações cirúrgicas e também estratégias de reabilitação, como por exemplo, a preservação das funções urinárias e sexuais. Sivarajan (2013) relata que o declínio inicial é esperado da função sexual e urinária ocorrerem após PR. A maioria dos homens experimentam melhoras significativas das funções

durante dois anos após a cirurgia, e além dos dois anos, as funções são geralmente estáveis por dez anos.

Campos (2010) refere que a “qualidade de vida do paciente tem sido mais importante do que a sobrevida propriamente dita e deve ser tratado como um todo” e isso significaria o aumento desta qualidade.

1.3 Adaptação do homem pós PR

Gianini (2004), em Tofani e Vaz (2002), analisou o processo de enfrentamento de homens com câncer de próstata e mulheres com câncer de mama. Os seus achados foram de homens que demonstraram dificuldades em reconhecer e expressar seus sentimentos de medo, exceto com pessoas que também estivessem fazendo os mesmos tratamentos e que o sofrimento emocional se relacionava às limitações físicas, à diminuição da capacidade de ereção, ao cansaço, à fadiga e à retirada dos testículos, responsável pela produção do hormônio masculino (testosterona), que inibe o crescimento do tumor, mas que também interfere na função sexual. A maior dificuldade do homem se instaura em lidar sozinho com as limitações físicas e interrupções bruscas das atividades e perda da função de provedor da família.

Freud (1915 apud Sordi, 2001), em sua obra “Luto e melancolia” descreve “o luto como um processo reativo a uma perda, onde ocorreriam inibição e diminuição de interesse”, o ego estaria absorvido ao processo de

luto e à resolução pela renúncia do que foi perdido; ficando a libido livre para ser investida em novos objetos ou ideais. A autora interpreta que no

luto, o mundo se torna pobre e vazio, na melancolia é o próprio ego que se esvazia. A melancolia estaria relacionada não somente à perda real em si, mas a todas as representações objetais inconscientes relacionadas a ela. A libido não fica livre para ser deslocada para outro objeto, ao contrário, é fixada na identificação do ego com o objeto abandonado, "e a sombra do objeto recai sobre o ego".

Carvalho (1994) revela que os pacientes que têm condições de reconhecer e aceitar seus sentimentos de medos, desenvolvem maior autoconfiança, dificultando o ciclo da depressão e desesperança, além de melhorar a capacidade de lidar com o sofrimento (Tofani; Vaz, 2002).

Para Simon (1989) conforme sua teoria da evolução da adaptação, o sujeito desde o nascimento é detentor de força vital até tornar-se adulto, com oportunidades externas favoráveis, quando possível. Com o passar da idade, seja a força física como psíquica diminuem e os fatores externos positivos consecutivamente, como perdas afetivas e materiais. Assim, o encontro de soluções adequadas pode ficar cada vez mais comprometido, levando o indivíduo a um quadro depressivo e dificultando sua adaptação de forma eficaz. "As depressões seriam o corolário das adaptações ineficazes". Portanto segundo o autor: "quanto menos eficaz a adaptação, maior o halo depressivo". Sendo assim, o autor definiu depressão como: "...o resultado de continuadas soluções pouco ou pouquíssimo adequadas" (Simon, 2001).

Campos (2010) também se refere à depressão como sendo um dos principais aspectos a que se deve estar atento. Continua relatando que as etapas a serem delineadas pelo médico e equipe seriam: “o diagnóstico, as decisões do tratamento, prognóstico e terminalidade”. O diagnóstico, para a autora, foi descrito como a fase impactante e desestruturante. Fase aguda: o de choque emocional, sendo que algum familiar poderia apresentar mais estresse do que o paciente. Em sequência, a fase crônica, fase do início do tratamento, na qual os comportamentos estariam mais brandos e mais esperançosos com a saúde. E a última fase: a resolução, seja ela a morte ou a remissão da doença, tornando-se um sobrevivente. A mesma autora ainda afirma que existem diferenças entre fatores etiológicos e fatores desencadeantes da doença. Uma coisa é o “saber do paciente” em relação à situação e ao desencadeamento da doença, e outra é colocar este “saber” como etiologia da doença. A autora também relembra que a medicina baseada em evidência como método de tratamento estatístico não seria um modelo que levaria a uma evidência da verdade humana (Campos, 2010).

Dessa forma a pesquisadora conta do surgimento da Psico-oncologia como interfase da Psicologia com a Oncologia. Um modo assistencial influenciado pelos fatores psicossociais, biológicos e psicológicos que acometem o portador de câncer e seus familiares. “A busca da compreensão dos processos de adoecimento e desenvolvimento da moléstia, assim como a adaptação a essa doença no entrosamento familiar, social e profissional constituiria esta subespecialidade”.

Portanto, é evidente que receber a notícia do diagnóstico de câncer de próstata causa aflição e insegurança aos pacientes acometidos pela doença.

No momento do diagnóstico, observaram-se reações de medo da morte, dependência, interrupções das relações sociais e profissionais, incremento de sintomas somáticos. No tratamento da PR, aponta-se como um dos principais fatores que comprometem a qualidade de vida a incontinência urinária e a disfunção sexual (Burke et al., 2003).

Vieira (2010), em seu estudo, destaca a importância de considerar-se a forma de adaptação às funções urinárias, intestinais e sexuais dos homens com câncer de próstata, após o diagnóstico que eventualmente pode ocorrer.

Para esse processo, este estudo utilizou como fator essencial a *adaptação* para a compreensão da qualidade de vida dos homens que sofreram a cirurgia de prostatectomia radical. Segundo Simon (1989), a adaptação foi conceituada como o "... conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo a manutenção de sua organização, por mínima que seja compatível com a vida." Assim sendo, a eficácia da adaptação dependerá de cada pessoa, conforme as influências favoráveis ou desfavoráveis a que ela está sujeita por predisposição natural interna ou ambiental. Conclui-se então que "sem adaptação a vida deixa de existir e o processo da morte se instala" (Simon, 1989).

2 Objetivo

2 OBJETIVO

O objetivo primário deste estudo foi avaliar o impacto e a adaptação às alterações urinárias e sexuais decorrentes da cirurgia de prostatectomia radical.

2.1 Objetivos secundários

- Verificar mudanças na eficácia adaptativa pós-cirúrgica;
- Verificar quais setores sofreram mais mudanças significativas;
- Verificar a ocorrência de situações de crise por perda.

3 Método e Casuísticas

3 MÉTODO E CASUÍSTICAS

3.1 Desenho

Estudo prospectivo e descritivo tendo como características a utilização de questionários para: avaliação sexual masculina – QS-M; incontinência urinária - questionário short form - ICIQ-SF; comprometimento cognitivo Mini-exame de Estado Mental - MEEM; eficácia adaptativa escala diagnóstico adaptativa operacionalizada redefinida – EDAO-R. Entrevistas psicológicas para coleta de dados da EDAO-R.

3.2 Local e época

Os entrevistados neste estudo foram avaliados através dos instrumentos de pesquisa mencionados no item anterior, no ambulatório do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), dentro do período de janeiro de 2013 a fevereiro de 2014.

3.3 Sujeitos

Foram entrevistados quarenta e seis pacientes com média de idades ($61,5 \pm 5,7$) entre 40 e 70 anos. Homens com diagnósticos de câncer de próstata localizado (estágio clínico T1, T2) confirmado por biopsia; sexualmente ativos e tratados com Prostatectomia Radical.

Utilizando a variável EDAO-R como variável principal de estudo, sendo considerado como tendo um desvio padrão igual a 0,63, utilizou-se o teste ANOVA de medidas como método estatístico para o cálculo do N. Considerando um poder de 90%, significância 5% e uma diferença detectável igual a 0,5 pontos na diferença dos valores médios de EDAO-R entre os momentos, medida em 4 momentos diferentes ao longo do tempo (inicial, 3 meses, 6 meses e 12 meses), encontramos um N = 46 pacientes. Considerando uma perda de 20% de pacientes ao longo do estudo, iniciou-se o mesmo com um N = 55 pacientes.

3.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos neste estudo indivíduos com as seguintes características:

1. Idade entre 40 e 70 anos;
2. Indicados para o procedimento de prostatectomia radical devido ao CaP localizado;
3. Com atividade sexual ativa na etapa pré-operatória e com parceiras fixas há um ano; sem queixa de DE; sem queixa de incontinência urinária;
4. Ausência de estados psiquiátricos importantes: psicóticos e dependentes químicos.

3.5 Critério de exclusão

1. Tratamento antiandrogênico prévio;
2. Radioterapia pélvica;
3. Uso de IPDES (inibidor da 5 fosfodiesterase);
4. Doenças degenerativas.

3.6 Intervenção

O estudo realizado foi composto por quarenta e seis homens diagnosticados com CaP e sem distinção racial, de escolaridade, ou de estado civil e de religião; tratados pela técnica da PR via aberta retropúbica e vídeo laparoscópico no ICESP, encaminhados consecutivamente para a equipe de Medicina Sexual do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo - (HCFMUSP) que concordaram em participar do estudo e preencheram os critérios de inclusão e aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.7 Critérios de Avaliação

3.7.1 Procedimento e Instrumentos

Os pacientes foram convocados pelos médicos do grupo de Medicina Sexual do HCFMUSP no ICESP e encaminhados, em seguida, para a psicóloga-executante da pesquisa e, a partir da explicação do estudo e da declaração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOS A e

B), foram iniciadas as entrevistas psicológicas e a aplicação dos devidos questionários de avaliação sexual masculina - QS-M e de avaliação de incontinência urinária ICIQ-SF, assim como a escala EDAO-R. Todos os pacientes submetidos à PR foram atendidos no ambulatório do ICESP com dia e horário agendados individualmente. Após três meses, os homens foram novamente convocados e avaliados com os mesmos instrumentos; assim como nos seguintes seis meses e um ano pós-tratamento, com a finalidade de se conhecer a eficácia da adaptação às alterações urinárias e sexuais decorrentes da prostatectomia radical.

Todos os pacientes homens passaram por entrevistas psicológicas nas quatro etapas; um procedimento de investigação científica em psicologia (Bleger, 1980). Tais instrumentos de avaliação permitem “avaliar as condições mentais, emocionais, materiais e circunstanciais da vida do paciente” (Zimmerman, 1999). Dessa forma, através do uso das entrevistas foram obtidos dados por meio de três critérios propostos pela EDAO-R. Tais dados foram adotados para esclarecer soluções encontradas, com a finalidade de manter a adaptação e a fim de verificar a eficácia da adaptação desses participantes prostatectomizados radicalmente. Assim, obteve-se uma visão global do paciente quanto à sua afetividade relacional, ao seu corpo, à sua família e ao seu entorno sociocultural (Simon, 2005).

3.7.2 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida - EDAO-R

A EDAO-R é considerada um procedimento de avaliação quantitativo no qual entrevistas semidirigidas permitem a obtenção de dados sobre o paciente quanto à eficácia adaptativa nos quatro setores estruturados no pressuposto em que o ser humano se engloba. São eles: Afetivo-Relacional (A-R); Produtivo (Pr); Orgânico (Or) e Sócio-Cultural (S-C).

A adaptação é avaliada, segundo a adequação do conjunto de respostas que o sujeito apresenta para satisfação de suas necessidades. (Simon, 1998).

A adequação diagnóstica pela escala EDAO-R segue três formas discriminatórias para avaliação:

- **Adequado:** quando atende aos três critérios: resolve: soluciona o problema que surge no paciente; gratifica: a solução traz satisfação para o indivíduo; sem conflitos: a solução não provoca conflitos intrapsíquicos e nem conflitos sócio-culturais (grifo meu).
- **Pouco adequado:** a solução encontrada atende dois dos três critérios: resolve o problema; mas é insatisfatória: não gratifica; mas sem conflitos, ou a solução resolve o problema, é satisfatória, mas com conflito (grifo nosso).
- **Pouquíssimo adequado:** a solução encontrada resolve, mas não é satisfatória e gera conflito intrapsíquico e/ou ambiental nos quatros setores de funcionamento.

Serão investigados quatro setores básicos da vida pessoal dos pacientes:

Afetivo-Relacional (A-R): refere-se a todas as relações afetivas intra e interpessoais. (ANEXO C 1).

Produtividade (Pr): relações com o trabalho, estudo, ou qualquer atividade produtiva. (ANEXO C 2).

Sócio-cultural (S-C): refere-se ao conjunto das relações sociais e à cultura. (ANEXO C 3).

Orgânico (Or): expressa as relações do sujeito com seu corpo, salubridade e o funcionamento total do organismo. (ANEXO C 4).

Portanto, para a classificação quantitativa teremos:

Grupo 1 - **Adaptação Eficaz** (soma de 5,0 pontos);

Grupo 2 - **Adaptação Ineficaz Leve** (soma de 4,0 pontos);

Grupo 3 - **Adaptação Ineficaz Moderada** (soma de 3,0 a 3,5 pontos);

Grupo 4 - **Adaptação Ineficaz Severa** (soma de 2,0 a 2,5 pontos);

Grupo 5 - **Adaptação Ineficaz Grave** (soma de 1,5 pontos).

(ANEXO C5 e D).

Os setores sócio-cultural e orgânico receberam uma avaliação qualitativa.

3.7.3 Questionário de avaliação sexual masculina: quociente sexual Masculino - QS-M

Em seguida, foram aplicados os questionários de avaliação da função sexual masculina – QS-M. Uma escala que avalia a função sexual do Homem (Abdo, 2006a). Os aspectos avaliados pela escala são: o desejo e o interesse sexual (questão 1); autoconfiança (questão 2); qualidade de ereção (questões 5, 6 e 7); controle da ejaculação (questão 8); capacidade de atingir o orgasmo (questão 9); satisfação que o homem obtém (questões 3, 4 e 10) e que proporciona à sua parceira (questões 3 e 10). (ANEXO E)

O cálculo do resultado da escala QS-M (questionário de avaliação da função sexual masculina) é obtido através da soma dos pontos assinalados em cada questão (Q=questão):

$$Q1+Q2+Q3+Q5+Q6+Q7+Q7+Q8+Q8+Q9+Q10$$

Em seguida, multiplica-se o total da soma por 2, possibilitando o alcance dos seguintes resultados:.

Padrão de desempenho sexual

82-100 pontos = bom a excelente

62-80 pontos = regular a bom

42-60 pontos = desfavorável a regular

22-40 pontos = ruim a desfavorável

0-20 pontos = nulo a ruim

3.7.4 Questionário de Avaliação de Incontinência Urinária – ICIQ-SF

O International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form - ICIQ-SF, questionário de incontinência urinária, foi aplicado a todos os participantes. O UI-Short Form ICIQ-SF, totalmente validado de acordo com o protocolo de validação ICIQ-SF, foi traduzido e validado com sucesso para aplicação em pacientes brasileiros de ambos os sexos, com queixa de incontinência urinária, apresentando satisfatória confiabilidade e validade de constructo (Tamanini et al., 2004).

O ICIQ-SF é um questionário autoaplicável, simples e breve, que avalia o impacto da incontinência urinária e a qualidade da perda urinária. Consiste em seis questões, sendo a primeira e a segunda questão relacionadas a dados pessoais para a identificação pessoal; as questões 3, 4 e 5 têm por finalidade rastrear a presença de incontinência urinária (IU) em relação à frequência, à gravidade e ao impacto sobre a qualidade de vida. Já a questão 6 descreve os possíveis tipos de sintomas urinários. A somatória das respostas 3, 4 e 5 dão o total do escore. (Anexo F).

3.7.5 Questionário de comprometimento cognitivo - Mini-exame de Estado Mental – MEEM

MEEM, proposto por Folstein et al. (1975), é um instrumento utilizado para avaliar o comprometimento cognitivo. O instrumento apresenta itens

com perguntas que avaliam a orientação temporal, a orientação espacial e a memória imediata; cálculo, atenção. A forma utilizada para o estudo foi a forma adaptada e sugerida por Nitrini et al. (2003), recomendada para a população brasileira por ser a versão que busca diminuir a influência do nível escolar em nosso meio (Folstein et al., 1975; Trombangh et al., 1992; Bertolucci et al., 1994). (Anexo G).

Os valores de corte a serem utilizados como referência serão os mesmos propostos por Brucki et al. (2003): 20 para analfabetos; 25 para escolaridade entre 1 e 4 anos; 26,5 para escolaridade entre 5 e 8 anos; 28 para escolaridade entre 9 e 11 anos, e 29 para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos. O teste é aplicado e pontuado de acordo com versão e normas publicadas previamente e de acordo com Bertolucci et al. (1994). O escore máximo para o teste é 30 pontos.

Quadro 1 - Quadro de pontuação das questões do Mini-mental

Questões	Pontuação
Orientação temporal e espacial	0-1
Memória imediata e tardia	0-3
Números e soletração	0-5
Nomeação	0-2
Repetir frase	0-1
Tarefa sequencial	0-3
Leitura e execução	0-1
Escrever frase e desenho	0-1

Quadro 2 - Quadro de nota de corte do Mini-mental pela escolaridade

Escolaridade	Pontuação
Analfabetos	20
1 a 4 anos	25
5 a 8 anos	26,5
9 a 11 anos	28
Acima de 11 anos	29

3.8 Análise Estatística

Utilizando a variável EDAO-R como variável principal do estudo, sendo considerado como tendo um desvio padrão igual a 0,63 pontos (baseado em trabalhos anteriores), utilizou-se o teste ANOVA de medidas repetidas como método estatístico para o cálculo do N. Considerando um poder de 90%, significância 5% e uma diferença detectável igual a 0,5 pontos na diferença dos valores médios de EDAO-R entre os momentos, medida em 4 momentos diferentes ao longo do tempo (inicial, 3 meses, 6 meses e 12 meses), encontramos um N = 46 pacientes. Considera-se uma perda de 20% de pacientes ao longo do estudo, pois iniciou-se o mesmo com um N = 55 pacientes.

Utilizou-se o software SPSS versão 19.0 (Chicago, IL) para realizar a análise estatística dos dados. A estatística descritiva (média e desvio-padrão para variáveis contínuas e freqüências e proporções para variáveis categóricas) foi utilizada para a caracterização dos pacientes.

Para comparações entre grupos num único momento, utilizamos o teste t-Student (dois grupos e dados considerados com distribuição normal), ou o teste ANOVA One-Way (três ou mais grupos e dados considerados com distribuição normal) ou o teste de Mann-Whitney (dois grupos e dados considerados sem distribuição normal) ou o teste de Kruskal-Wallis (três ou mais grupos e dados considerados sem distribuição normal). A análise de variância (ANOVA) com medidas repetidas foi utilizada para avaliar a resposta intragrupo ao longo do tempo.

Para comparações entre grupos em dois ou mais momentos, utilizou-se o teste ANOVA de medidas repetidas (para um único grupo ou dois ou mais grupos respectivamente, com dados considerados com distribuição normal), ou teste de Wilcoxon para medidas pareadas ou teste de Friedman (para um único grupo e dois ou três ou mais momentos respectivamente com dados considerados sem distribuição normal).

Para variáveis categóricas, utilizou-se ou o teste qui-quadrado (para comparações num único momento) ou o teste ANOVA, de medidas repetidas para variáveis categóricas (dois ou mais momentos).

Para as comparações múltiplas, foi usado a correção de Bonferroni quando necessário.

O nível de significância estatística adotado foi de 5%.

4 Resultados

4 RESULTADOS

A avaliação prospectiva em relação ao impacto e à adaptação das alterações urinárias e sexuais de 46 pacientes submetidos ao tratamento de prostatectomia radical permitiram as observações que serão apresentadas a seguir, destacando-se que a avaliação foi realizada nas situações pré e pós-cirúrgica com um ano de PR.

Avaliação pré e pós-cirúrgica de 46 pacientes com um ano de PR.

4.1 Dados demográficos

A seguir, é apresentada a Tabela 1, que demonstra os dados demográficos dos pacientes avaliados.

A amostra possibilitou observar um número maior de homens na faixa etária entre $61,5 \pm 5,7$, com escolaridade fundamental (completo e incompleto) na sua maioria, isto é, 29 indivíduos, correspondente a 63% dos casos avaliados.

Detectou-se também que 6,5% dos pacientes eram analfabetos.

Utilizou-se o teste de comprometimento cognitivo, Mini-exame de Estado Mental-MEEM.

Tabela 1 - Dados Demográficos

Idade (média ± dp)		61,5 ± 5,7
Idade (n (%))	40-50 anos	2 (4,3)
	51-60 anos	17 (37,0)
	61-70 anos	27 (58,7)
Escolaridade (n (%))	Analfabeto	3 (6,5)
	Fundamental	29 (63,0)
	Ensino Médio	9 (19,6)
	Superior	5 (10,9)
Estado Civil (n (%))	Casados	46 (100,0)
Ocupação (n (%))	Aposentados / trabalhando	16 (34,8) / 7 (15,2)
	Ativos	21 (45,7)
	Desempregados	2 (4,3)
Religião (n (%))	Católicos	32 (69,5)
	Evangélico	12 (26,1)
	Espírita	1 (2,2)
	Sem religião	1 (2,2)

4.2 Resultados da Avaliação de MEEM

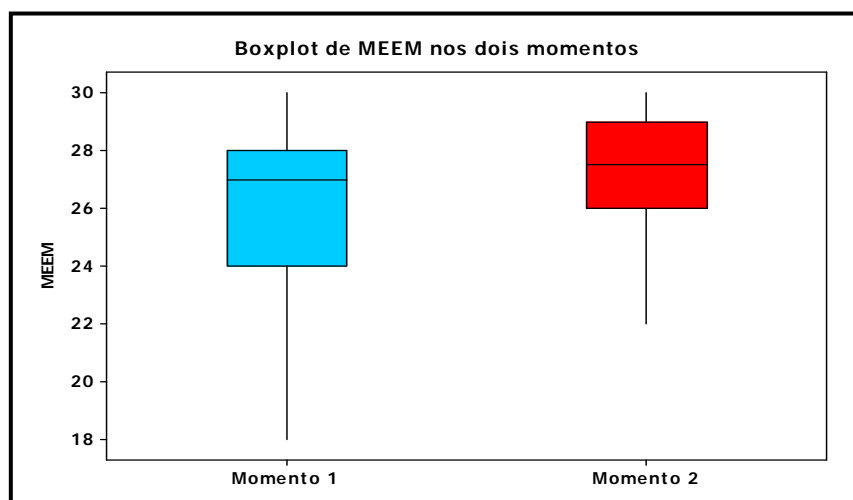


Gráfico 1- MEEM 1 e MEEM 2: avaliação do MEEM 1 no momento pré-cirúrgico e MEEM 2 no momento 2 (após 1 ano - PR)

Quanto à avaliação do comprometimento cognitivo dos pacientes submetidos à PR, verifica-se que na situação pré-cirúrgica encontraram-se valores menores no teste de comprometimento cognitivo do que no momento pós-cirúrgicos de um ano. Utilizando-se o teste de Wilcoxon para medidas pareadas, verifica-se que os valores de MEEM 2 são significativamente maiores que os valores de MEEM 1 ($p = 0,001$) (Gráfico 1). Utilizando-se o teste ANOVA de medidas repetidas, encontrou-se um aumento significativo de MEEM para todos os níveis de escolaridade (p intragrupo = 0,003). Assim como foram encontradas diferenças nos valores de MEEM entre os analfabetos e os demais níveis de escolaridade. Utilizando-se o teste ANOVA para comparar o comprometimento cognitivo dos pacientes pré-cirúrgicos entre os grupos de EDAO-R, não foram

encontradas diferenças significativas nas médias ($p = 0,794$) (Tabela 2). Também não foram encontradas, com o uso do mesmo teste, diferenças significativas nas médias de MEEM 2 (pós-cirurgia - um ano de PR) entre os grupos de EDAO-R 4 ($p = 0,107$) (Tabela 2).

Tabela 2 - MEEM 1 e MEEM 2 por EDAO-R 1 e EDAO-R 4: avaliação de MEEM 1 em EDAO-R 1 (grupos G1, G2, G3 e G4) e avaliação de MEEM 2 com EDAO-R 2 (grupos G1, G2, G3 e G4)

	G1	G2	G3	G4	G5	p**
MEEM1*	26,2 (3,4)	27,0 (2,9)	26,3 (1,8)	25,1 (4,1)	25,8 (2,2)	0,794
MEEM2*	27,8 (2,6)	28,4 (1,7)	26,1 (2,3)	28,2 (1,4)	27,4 (2,1)	0,107

* Média (Desvio-Padrão); ** Teste ANOVA

4.3 Resultados da Avaliação de EDAO-R

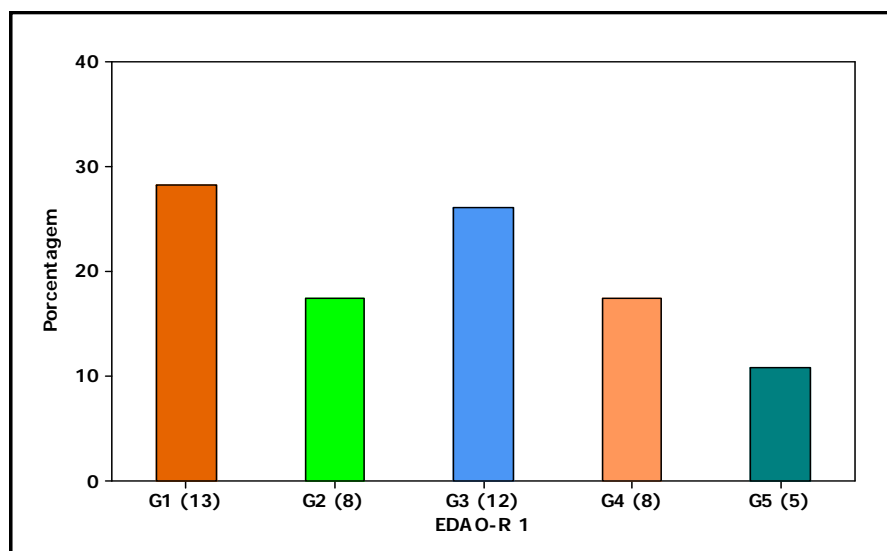


Gráfico 2 - EDAO-R 1: avaliação de pacientes pré-cirúrgicos – momento 1

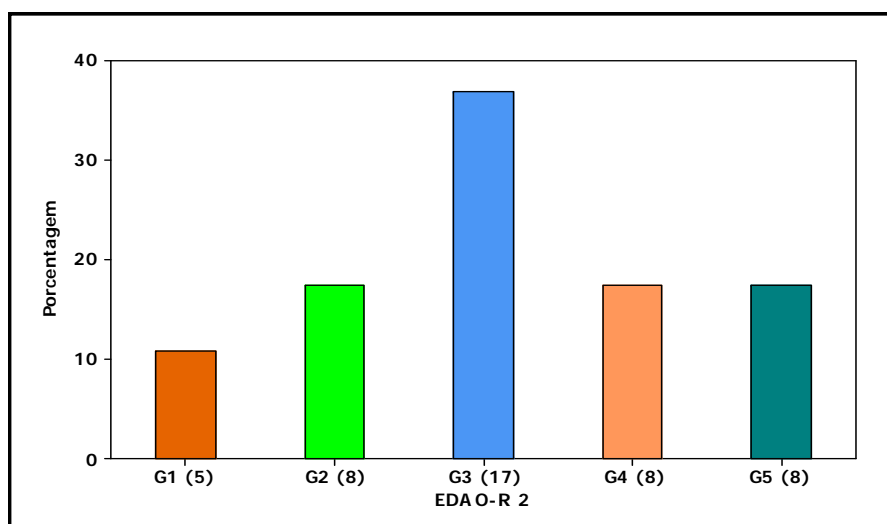


Gráfico 3 - EDAO-R 2: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos – momento 2

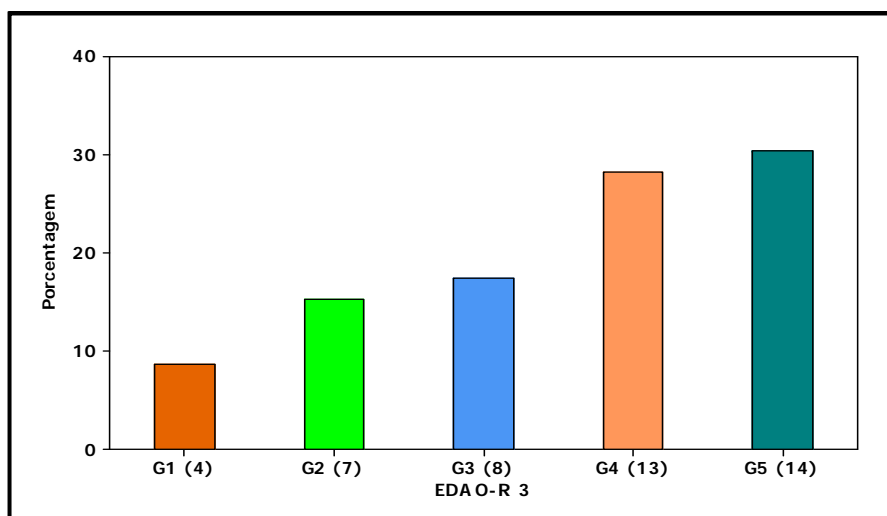


Gráfico 4 – EDAO-R 3: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos – momento 3

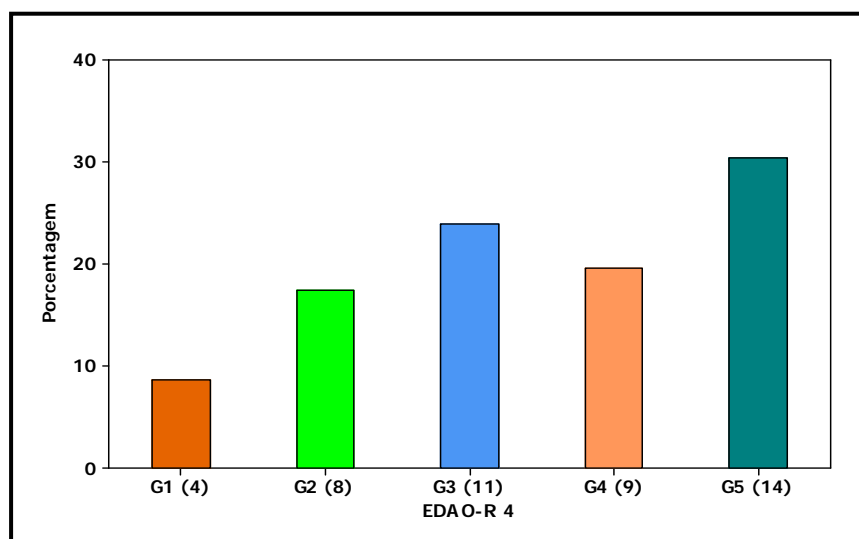


Gráfico 5 – EDAO-R 4: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos – momento 4

A avaliação quantitativa foi realizada através de entrevistas semidirigidas quanto à eficácia adaptativa nos quatro setores estruturados no pressuposto em que o ser humano se insere. São eles: Afetivo-Relacional (A-R); Produtivo (Pr); Orgânico (Or) e Sócio-Cultural (S-C). Utiliza-se o teste

de Wilcoxon para medidas pareadas. Foram diagnosticadas diferenças significativas nos valores de EDAO-R entre os 4 momentos, no prazo de um ano, através do teste de Wilcoxon (Tabela 3)(Gráficos 3; 4 e 5). No momento 3 (após 6 meses da PR) e 4 (após um ano da PR), houve um aumento significativo nos valores de EDAO-R em relação ao momento 1 (pré-cirúrgico) ($p = 0,001$ e $p = 0,002$ respectivamente), e no momento 3 houve um aumento significativo nos valores de EDAO-R em relação ao momento 2 (após 3 meses da PR) ($p = 0,024$)(Tabela 4).

Tabela 3 - EDAO-R: avaliação nos 4 momentos 1, 2, 3 e 4

	G1*	G2*	G3*	G4*	G5*
Momento 1**	13 (28,3)	8 (17,4)	12 (26,1)	8 (17,4)	5 (10,9)
Momento 2***	5 (10,9)	8 (17,4)	17 (37,0)	8 (17,4)	8 (17,4)
Momento 3	4 (8,7)	7 (15,2)	8 (17,4)	13 (28,3)	14 (30,4)
Momento 4	4 (8,7)	8 (17,4)	11 (23,9)	9 (19,6)	14 (30,4)

* n (%); ** Encontrou-se pacientes avaliados no momento 1 possuindo -valores de EDAO-R significativamente mais altos que no momento 3 ($p = 0,001$) e que no momento 4 ($p = 0,002$); *** verifica-se que os pacientes no momento 2 possuem valores de EDAO-R significativamente mais baixos que no momento 3 ($p = 0,024$). Teste de Wilcoxon.

Tabela 4 - EDAO-R: avaliação de comparações entre os momentos 1, 2, 3 e 4

	Estatísticas de teste ^a					
	EDAO-R2 e EDAO-R1	EDAO-R3 e EDAO-R1	EDAO-R4 e EDAO-R1	EDAO-R3 e EDAO-R2	EDAO-R4 e EDAO-R2	EDAO-R4 e EDAO-R 3
p	0,056	0,001	0,002	0,024	0,111	0,472

a. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon

4.4 Resultados da Avaliação dos setores: Afetivo-Relacional (A-R) e de Produtividade (Pr)

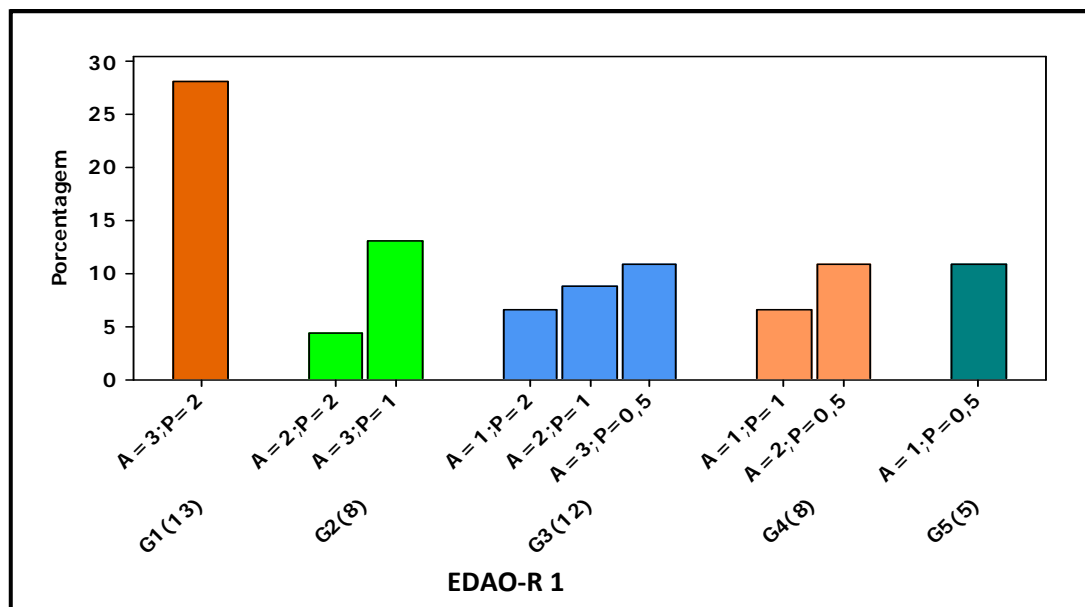


Gráfico 6 – Avaliação de pacientes pré-cirúrgicos por setores: A-R e Pr – momento 1

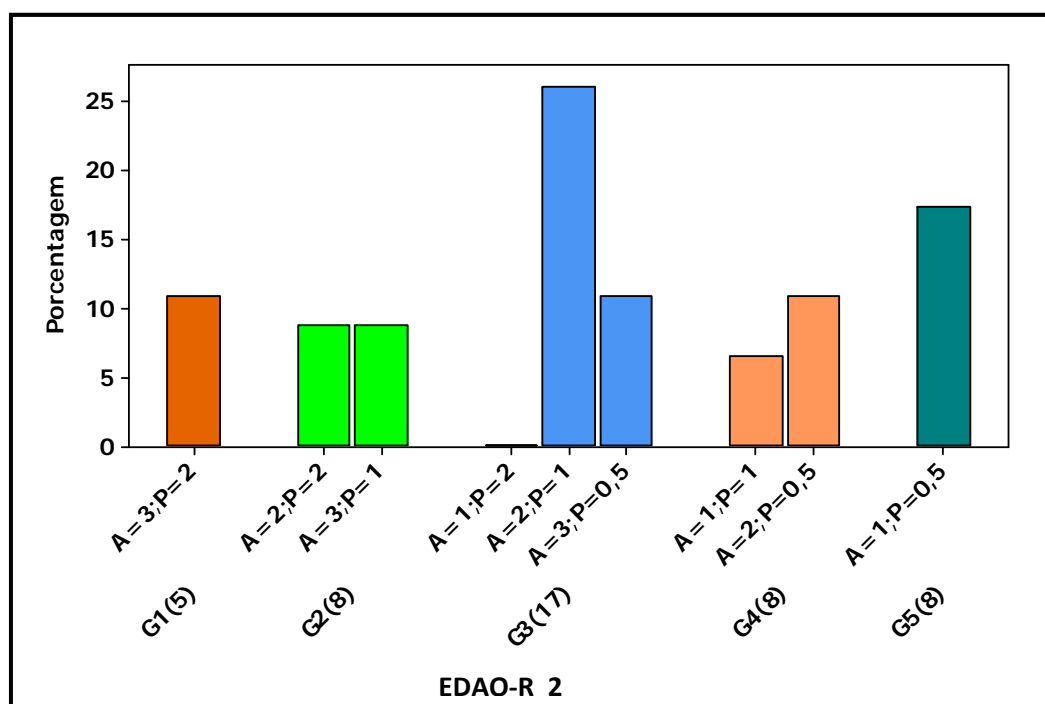


Gráfico 7 - Avaliação de pacientes pós-cirúrgicos por setores: A-R e Pr – momento 2

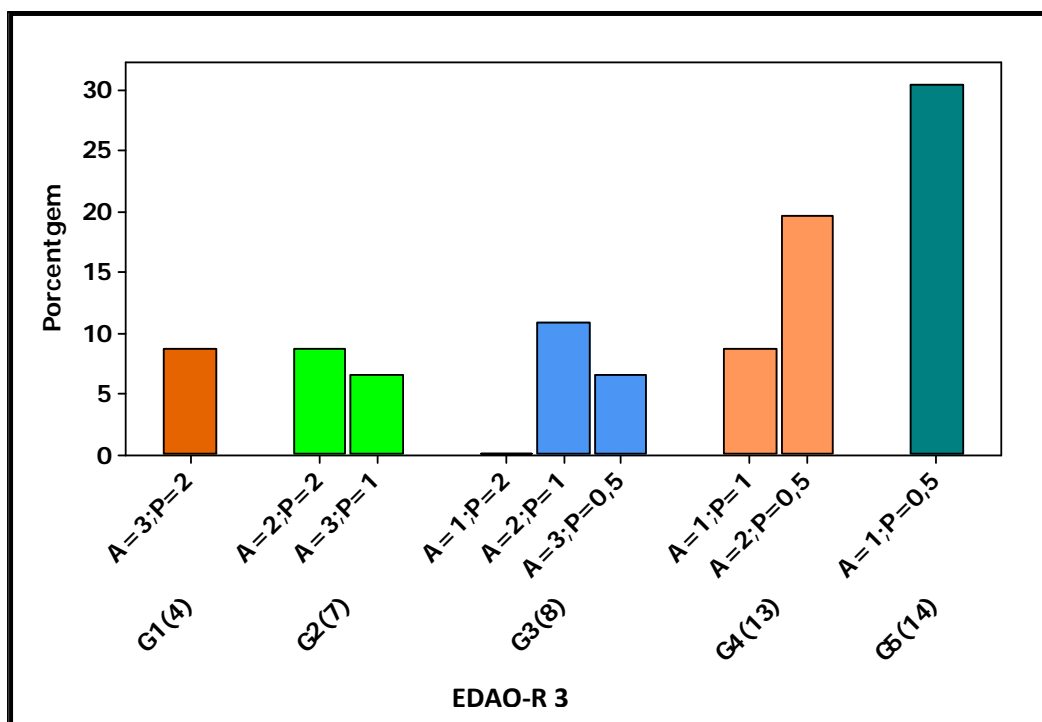


Gráfico 8 - Avaliação de pacientes pós-cirúrgicos por setores: A-R e Pr – momento 3

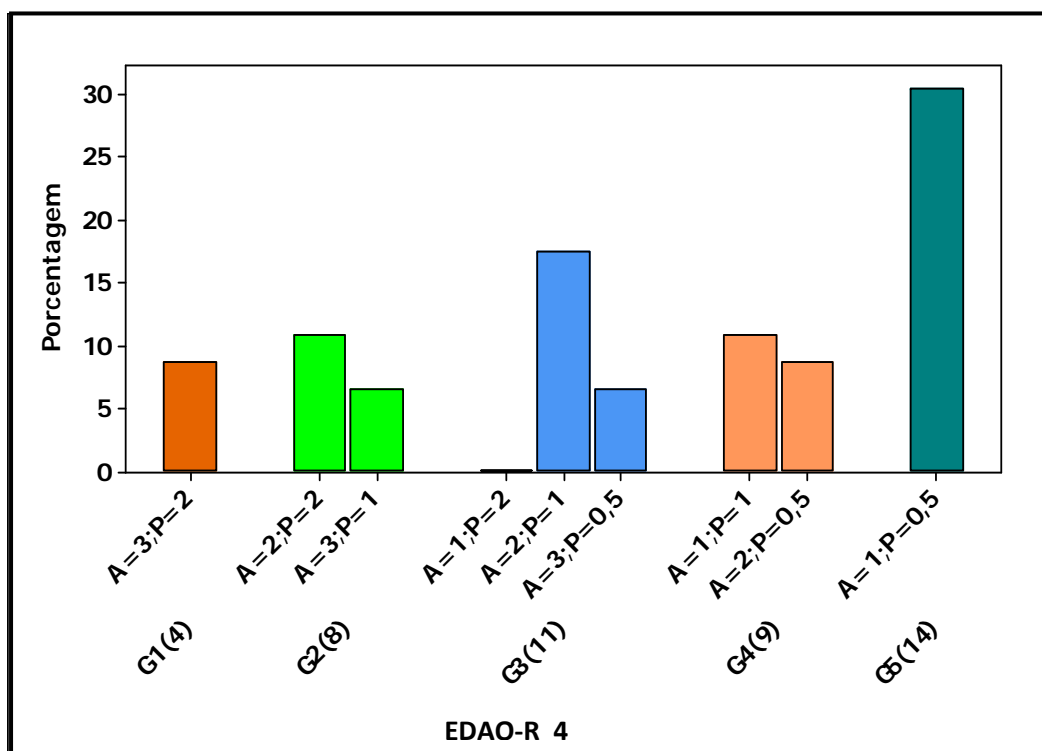


Gráfico 9 – Avaliação de pacientes pós-cirúrgicos por setores: A-R e Pr – momento 4

Através da escala diagnóstica EDAO-R a avaliação de adequação das respostas nos setores afetivo-relacional (A-R) e de produtividade (Pr), utilizando o teste de Wilcoxon no momento 1(Gráfico 6), atingiu valores no setor AR significativamente mais altos que no momento 2 ($p = 0,022$) (gráfico 7), que no momento 3 ($p < 0,001$)(Gráfico 8) e que no momento 4 ($p < 0,001$)(Gráfico 9) e também verifica-se que no momento 1 possuíam valores do setor Pr significativamente mais altos que no momento 3 ($p = 0,024$) e que no momento 4 ($p = 0,045$)(Tabela 5). Os pacientes no momento 2 apontaram valores no setor A-R significativamente mais altos que no momento 3 ($p = 0,030$) (Tabela 5). Nos outros momentos, não foram encontrados valores significativos do ponto de vista estatístico.

Tabela 5 - Avaliação por setores: A-R e Pr

		G1*	G2*		G3*			G4*		G5*
AR		PR=2	PR=2	PR=1	PR=2	PR=1	PR=0,5	PR=1	PR=0,5	PR=0,5
MOMENTO 1**	1				3 (6,5)			3 (6,5)		5 (10,9)
	2		2 (4,4)		4 (8,7)			5 (10,9)		
	3	13 (28,3)	6 (13,0)		5 (10,9)					
	Total	13 (28,3)	8 (17,4)		12 (26,1)			8 (17,4)		5 (10,9)
MOMENTO 2***	AR	PR=2	PR=2	PR=1	PR=2	PR=1	PR=0,5	PR=1	PR=0,5	PR=0,5
	1							3 (6,5)		8 (17,4)
	2		4 (8,7)		12 (26,1)			5 (10,9)		
	3	5 (10,9)	4 (8,7)		5 (10,9)					
Total	5 (10,9)	8 (17,4)		17 (40,0)			8 (17,4)		8 (17,4)	
MOMENTO 3	AR	PR=2	PR=2	PR=1	PR=2	PR=1	PR=0,5	PR=1	PR=0,5	PR=0,5
	1							4 (8,7)		14 (30,4)
	2		4 (8,7)		5 (10,9)			9 (19,6)		
	3	4 (8,7)	3 (6,5)		3 (6,5)					
Total	4 (8,7)	7 (15,2)		8 (17,4)			13 (28,3)		14 (30,4)	
MOMENTO 4	AR	PR=2	PR=2	PR=1	PR=2	PR=1	PR=0,5	PR=1	PR=0,5	PR=0,5
	1							5 (10,9)		14 (30,4)
	2		5 (10,9)		8 (17,4)			4 (8,7)		
	3	4 (8,7)	3 (6,5)		3 (6,5)					
Total	4 (8,7)	8 (17,4)		11 (23,9)			9 (19,6)		14 (30,4)	

* n (%); ** verifica-se que os pacientes no momento 1 possuem valores de AR significativamente mais altos que no momento 2 ($p = 0,022$), que no momento 3 ($p < 0,001$) e que no momento 4 ($p < 0,001$) e que no momento 1 possuem valores de PR significativamente mais altos que no momento 3 ($p = 0,024$) e que no momento 4 ($p = 0,045$); *** verifica-se que os pacientes no momento 2 possuem valores de AR significativamente mais altos que no momento 3 ($p = 0,030$). Teste de Wilcoxon.

4.5 Resultados da Avaliação de QS-M

Nos questionários de avaliação da função sexual masculina aplicados aos pacientes pré-cirúrgicos e pós-cirúrgicos, utilizando-se o teste de Friedman, encontramos diferenças significativas nos valores de QS-M entre os vários momentos ($p < 0,001$)(Gráficos: 10, 11 e 13). Através do teste de Wilcoxon com correção de Bonferroni, foi encontrada diferença nos valores de QS-M no momento 1, significativamente maior que no momento 2 ($p < 0,001$), diagnosticando maiores valores nas categorias de desempenho sexual classificados como: bom a excelente e regular a bom, que no momento 3 ($p < 0,001$) e que no momento 4 ($p < 0,001$). Não foram encontradas diferenças significativas nos valores de QS-M entre os momentos 2, 3 e 4 (Tabela 6). Com base nos dados investigados, o desempenho sexual, na sua maioria, foi classificado na categoria de pontuações de desfavorável a regular.

De acordo com os dados investigados, as proporções de QS-M do momento 2, 3 e 4 diferem significativamente do momento 1 (todos com $p < 0,001$). A partir do momento 2, não foram detectadas diferenças significativas nas proporções de QS-M (Tabela 6).

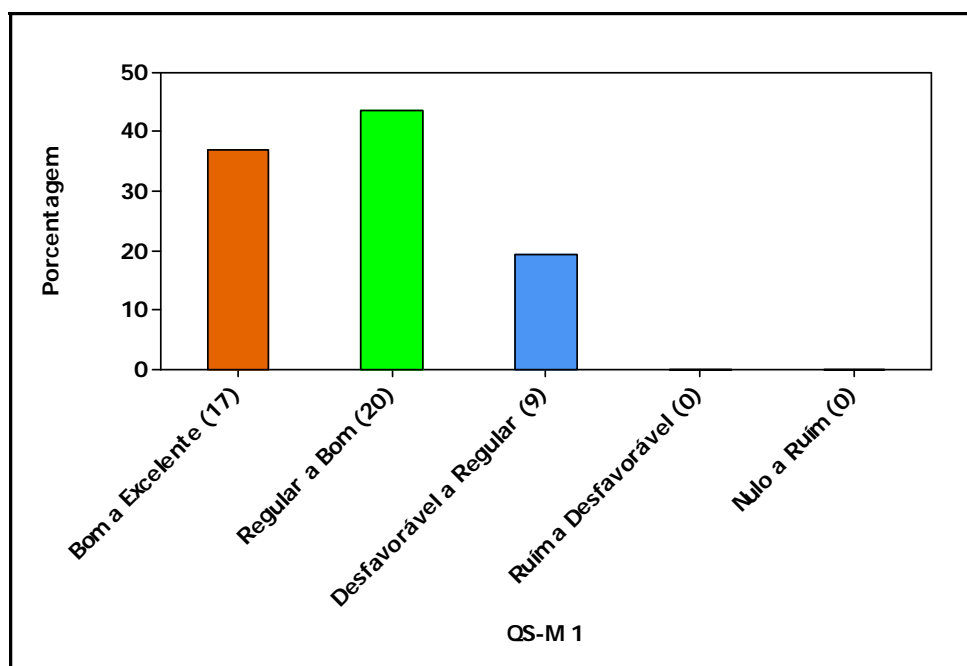


Gráfico 10 - QS-M 1: avaliação de pacientes pré-cirúrgicos à PR – momento 1

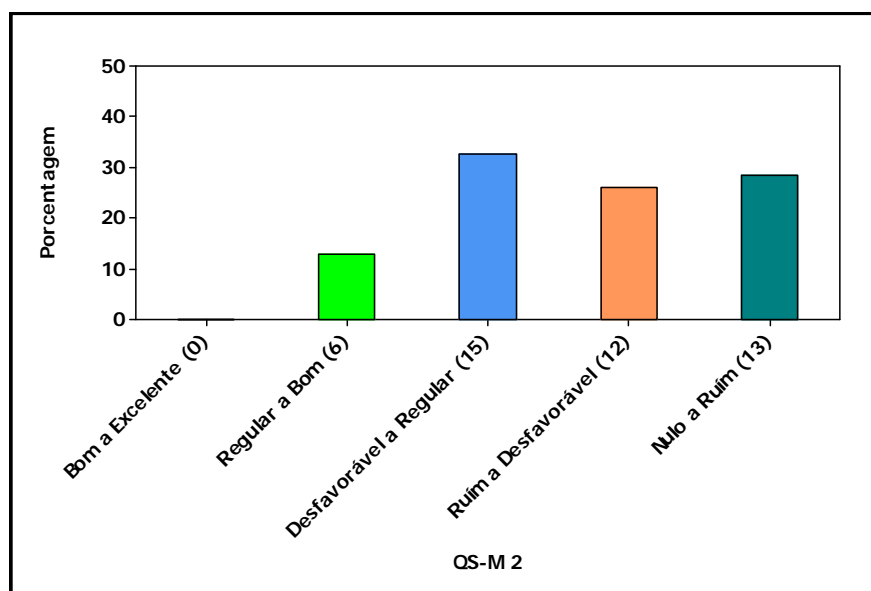


Gráfico 11 - QS-M 2: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos à PR - momento 2

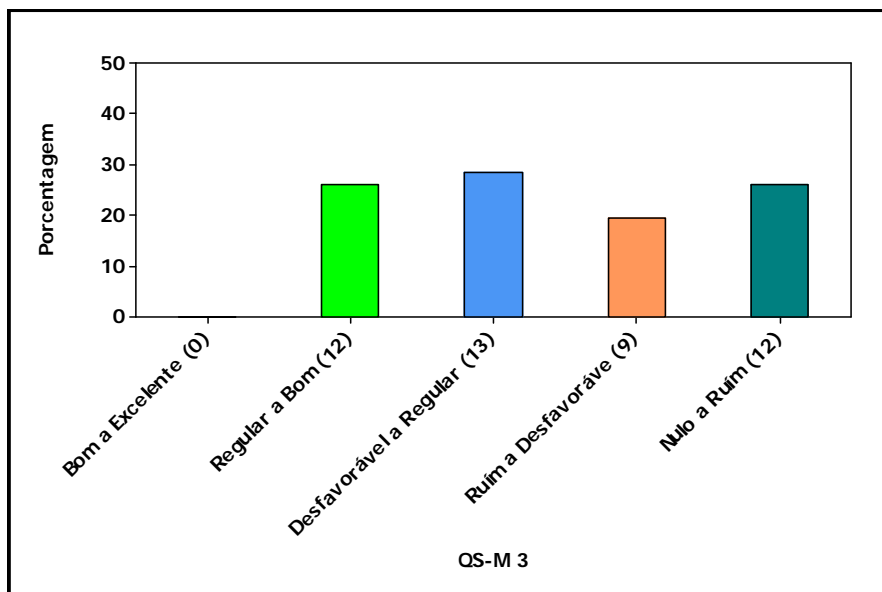


Gráfico 12 - QS-M 3: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos à PR - momento 3

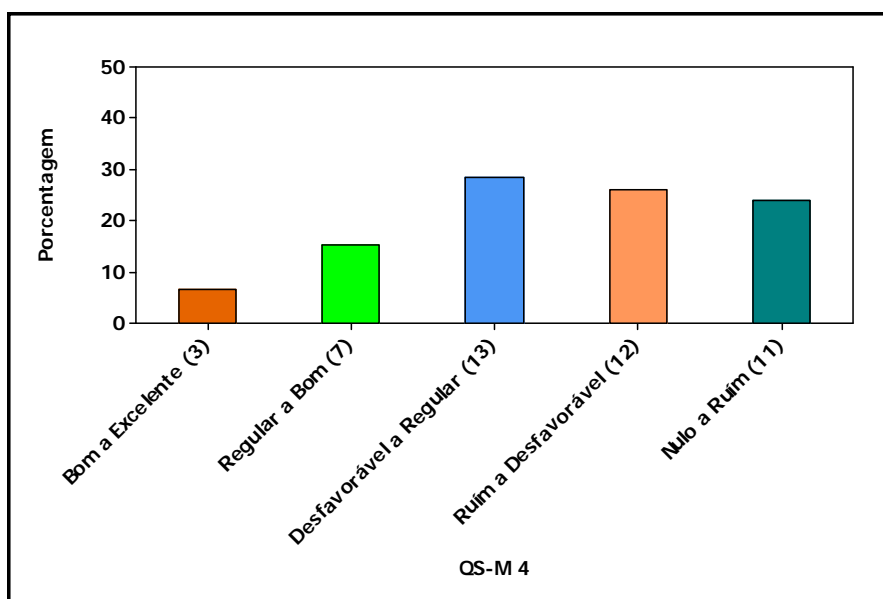


Gráfico 13 - QS-M 4: avaliação de pacientes pós-cirúrgico à PR - momento 4

Tabela 6 – QS-M: avaliação de comparações entre os momentos 1, 2, 3 e 4

Estatísticas de teste ^a						
	QSM2- QSM1	QSM3- QSM1	QSM4- QSM1	QSM3- QSM2	QSM4 - QSM2	QSM4 - QSM3
p	<0,001	<0,001	<0,001	0,247	0,305	0,856

a. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon

4.5.1 Resultados de Comparação de QS-M e EDAO-R nos momentos 1, 2, 3 e 4 da PR

A avaliação do desempenho sexual pós-cirúrgico momento 2 (3 meses após PR), utilizando o teste ANOVA para comparar a média de QS-M momento 2 entre os grupos de EDAO-R momento 2, não detectou diferenças significativas entre os mesmos ($p = 0,600$)(Tabela 7). A maioria das avaliações de adequação diagnóstica pela EDAO-R classificou-se nos grupos de adaptação ineficaz leve a moderada, pois a sensação de impotência é de grande repercussão negativa no homem.

Aqueles que relataram que namoravam, verificou-se diferenças significativas nas proporções entre o momento 2 e o momento 3 ($p < 0,001$) e entre o momento 2 e momento 4 ($p < 0,001$), porém não verificou-se diferenças significativas nas proporções entre os momentos 3 e 4. (Teste de McNemar) (Tabela 8). Utilizando o teste ANOVA para comparar a média de QS-M momento 3 entre os grupos de EDAO-R no momento 3, não foram achadas diferenças significativas entre os mesmos ($p = 0,118$). O mesmo

ocorreu em relação ao momento 4 de QS-M entre os grupos de EDAO-R momento 4 ($p = 0,370$) (Tabela 7).

Tabela 7 - QS-M por EDAO-R: avaliação de QS-M nos momentos 1,2,3 e 4 por EDAO-R nos grupos: G1, G2, G3 e G4

	G1	G2	G3	G4	G5	p**
QSM1*	74,0 (15,0)	76,3 (12,2)	79,7 (18,1)	80,5 (12,9)	73,6 (15,6)	0,813
QSM2*	36,4 (35,8)	44,4 (16,8)	30,6 (23,8)	26,0 (23,5)	31,5 (22,7)	0,600
QSM3*	47,0 (34,6)	58,3 (22,7)	43,0 (14,5)	35,0 (22,5)	33,1 (18,6)	0,118
QSM4*	57,5 (29,1)	42,4 (23,0)	47,3 (25,4)	43,6 (15,2)	33,1 (24,6)	0,370

* Média (Desvio-Padrão); ** Teste ANOVA

Tabela 8 - Avaliação de pacientes que namoravam/não namoravam fazendo uso/não uso de medicação

	Não namora	Namora sem medicação	Namora com medicação
Momento 2	21 (45,7)	19 (41,3)	6 (13,0)
Momento 3	4 (8,7)	23 (50,0)	19 (41,3)
Momento 4	5 (10,9)	19 (41,3)	22 (47,8)

* n (%); encontramos diferenças significativas nas proporções entre o momento 2 e o momento 3 ($p < 0,001$) e entre o momento 2 e o momento 4 ($p < 0,001$), mas não encontramos diferenças significativas nas proporções entre os momentos 3 e 4. (Teste de McNemar)

4.6 Resultados da Avaliação de ICIQ-SF

Tabela 9 - ICIQ-SF 1: avaliação de pacientes pré-cirúrgico

ICIQ 1_categ		Frequência	Porcentagem
Válido	Continente	46	100,0

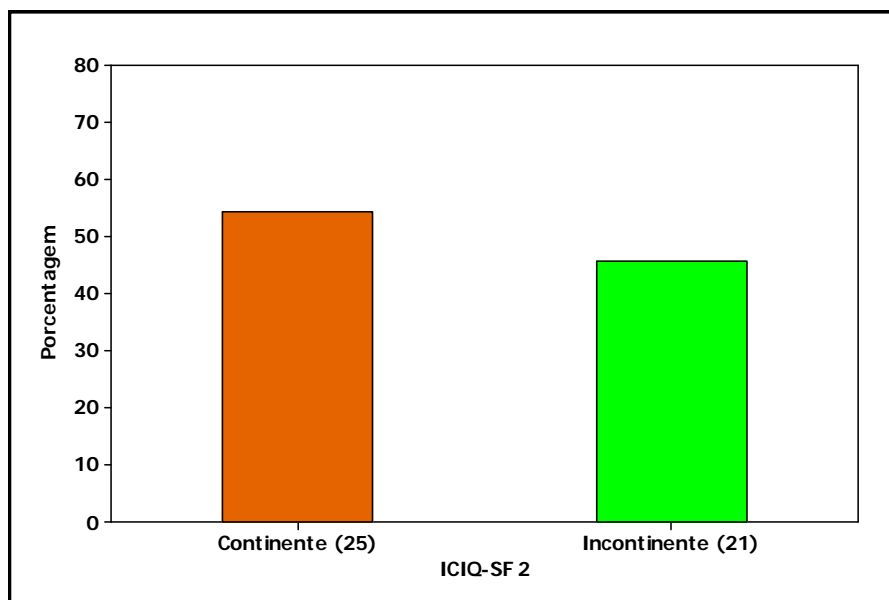


Gráfico 14 - ICIQ-SF 2: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos - momento 2

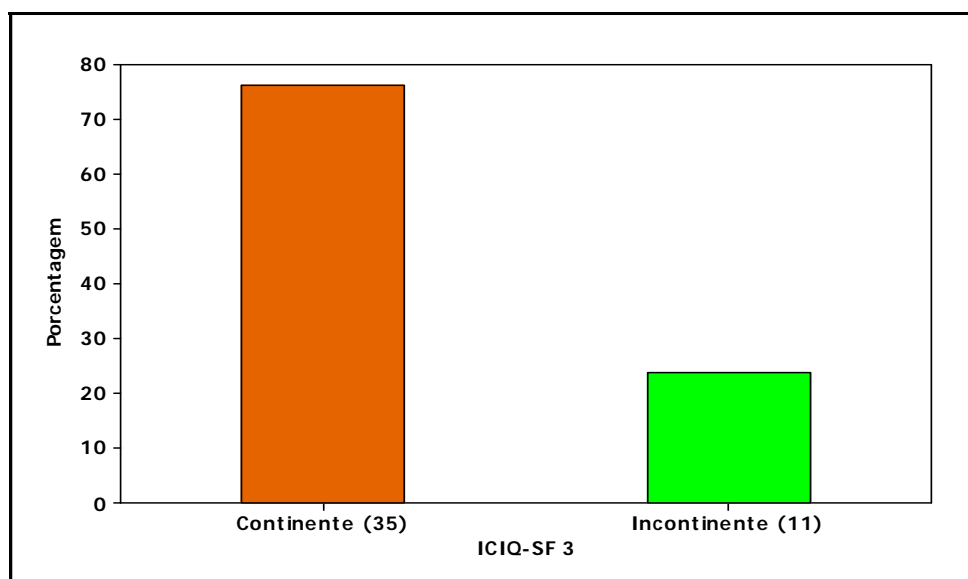


Gráfico 15 - ICIQ-SF 3: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos - momento 3

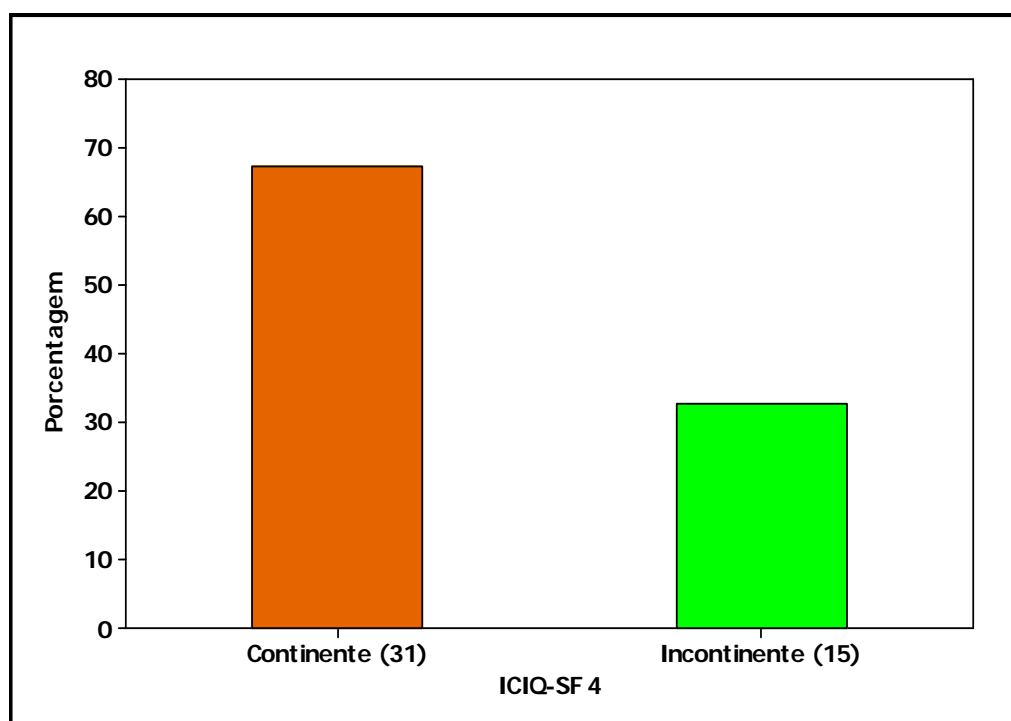


Gráfico 16 - ICIQ-SF 4: avaliação de pacientes pós-cirúrgicos - momento 4

Tabela 10 - ICIQ-SF: avaliação das comparações entre os momentos 1, 2, 3 e 4

	Continente*	Incontinente*	Valor Numérico**
ICIQ-SF 1***	46 (100,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0)
ICIQ-SF 2	25 (54,3)	21 (45,7)	4,3 (5,7)
ICIQ-SF 3	35 (76,1)	11 (23,9)	2,6 (5,4)
ICIQ-SF 4	31 (67,4)	15 (32,6)	3,2 (5,1)

*n (%); ** Média (Desvio-Padrão); *** valores de ICIQ no momento 1 são significativamente menores que no momento 2 ($p < 0,001$), que no momento 3 ($p = 0,018$) e que no momento 4 ($p = 0,006$). Não encontramos diferenças significativas nos valores de ICIQ entre os momentos 2, 3 e 4. Teste de Wilcoxon com correção de Bonferroni.

Na avaliação do impacto da incontinência urinária e qualidade da perda urinária pré e pós-cirúrgica, utilizando-se o teste de Friedman, foram encontradas diferenças significativas nos valores de ICIQ-SF entre os vários momentos ($p < 0,001$). No teste de Wilcoxon com correção de Bonferroni foi encontrada diferença nos valores de ICIQ no momento 1 (Tabela 9) significativamente menor que no momento 2 ($p < 0,001$), que no momento 3 ($p = 0,018$) e que no momento 4 ($p = 0,006$) (Tabela 10). Explica-se com o fato de que todos os pacientes estavam continentes pré-cirurgicamente. Não foram diagnosticadas diferenças significativas nos valores de ICIQ-SF entre os momentos 2, 3 e 4 (Gráficos: 14, 15 e 16).

4.6.1 Resultados da Comparação de ICIQ-SF e EDAO-R nos momentos 1, 2, 3 e 4 da PR

Todos os valores de ICIQ-SF no momento 1 foram iguais a 0 (zero), pois todos os pacientes se apresentaram continentemente pré-cirúrgicos (Tabela 9).

Utilizando-se o teste de Kruskal-Wallis, foram encontradas diferenças significativas nos valores de ICIQ-SF momento 2 entre os grupos de EDAO-R momento 2 ($p = 0,027$). Com o teste de Mann-Whitney com correção de Bonferroni, encontraram-se valores do grupo G2 significativamente menores que os do grupo G5 ($p = 0,042$) (Tabela 11). Não foram encontradas diferenças significativas entre os demais grupos de EDAO-R quando comparados entre si dois a dois.

Utilizando-se o teste de Kruskal-Wallis, não foram encontradas diferenças significativas nos valores de ICIQ-SF momento 3 entre os grupos de EDAO-R G3 ($p = 0,568$). Da mesma forma, utilizando-se o mesmo teste, não se encontraram diferenças significativas nos valores de ICIQ-SF momento 4 entre os grupos de EDAO-R G4 ($p = 0,113$) (Tabela 11).

Tabela 11 - ICIQ-SF por EDAO-R: avaliação de ICIQ-SF nos momentos 2, 3 e 4 em EDAO-R nos grupos G1, G2, G3 e G4

	G1	G2	G3	G4	G5	p**
ICIQ-SF2*	0,0 (0,0 - 5,0)	0,0 (0,0 - 7,0)	0,0 (0,0 - 16,0)	8,5 (0,0 - 17,0)	7,5 (0,0 - 19,0)	0,027
ICIQ-SF3*	0,0 (0,0 - 0,0)	0,0 (0,0 - 9,0)	0,0 (0,0 - 12,0)	0,0 (0,0 - 20,0)	0,0 (0,0 - 19,0)	0,568
ICIQ-SF4*	0,0 (0,0 - 0,0)	0,0 (0,0 - 12,0)	0,0 (0,0 - 7,0)	0,0 (0,0 - 16,0)	0,5 (0,0 - 15,0)	0,113

*Mediana (Min – Max); ** teste de Kruskal-Wallis

4.7 Resultados da Avaliação de ICIQ-SF entre pacientes incontinentes que usam/e não usam fraldas nos momentos 2, 3 e 4

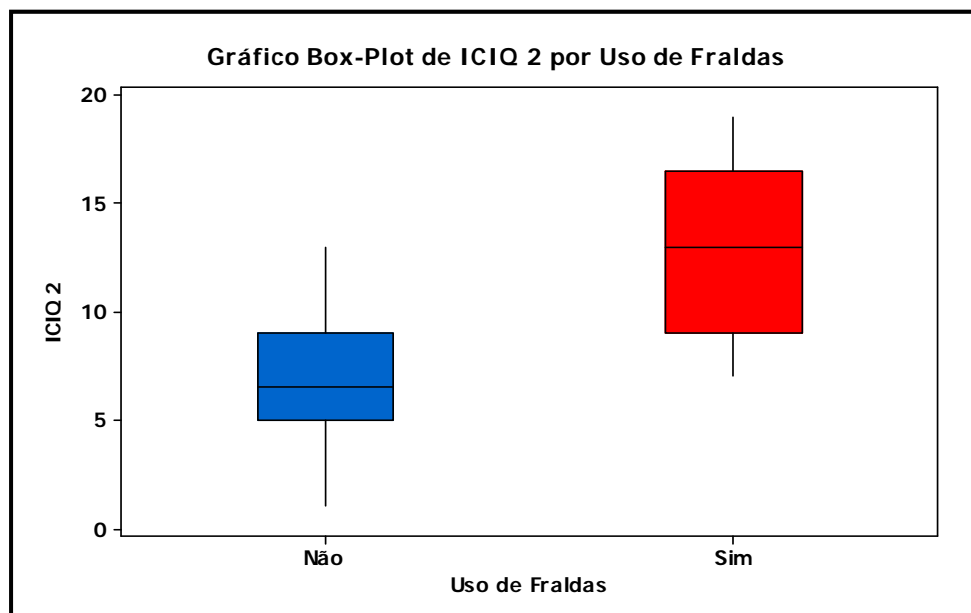


Gráfico 17 - ICIQ-SF 2: avaliação de pacientes incontinentes com uso de fraldas momento 2

Os resultados apontam que os valores de ICIQ-SF no momento 2 para o grupo que usa fralda são significativamente menores do que quem não usa (teste de Mann-Whitney com $p = 0,003$)(Gráfico17)(Tabela 12).

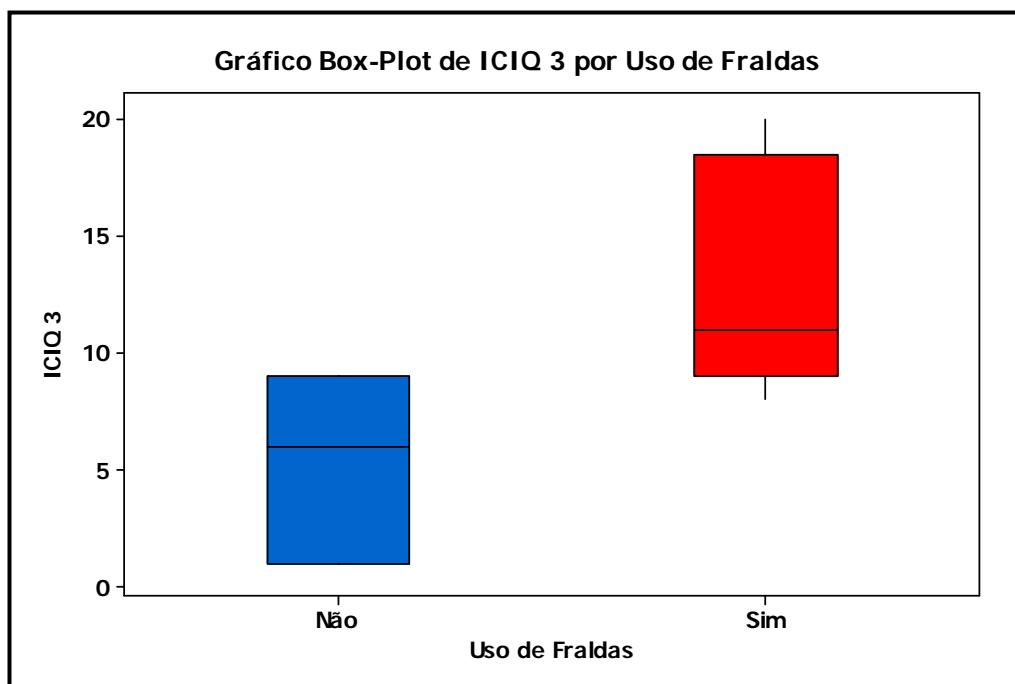


Gráfico 18 - ICIQ-SF 3: pacientes incontinentes com uso de fraldas no momento 3

Os valores de ICIQ-SF no momento 3 para o grupo de pacientes incontinentes que usa fralda foram significativamente maiores do que quem não usa (teste de Mann-Whitney com $p = 0,048$)(Gráfico 18)(Tabela 12).

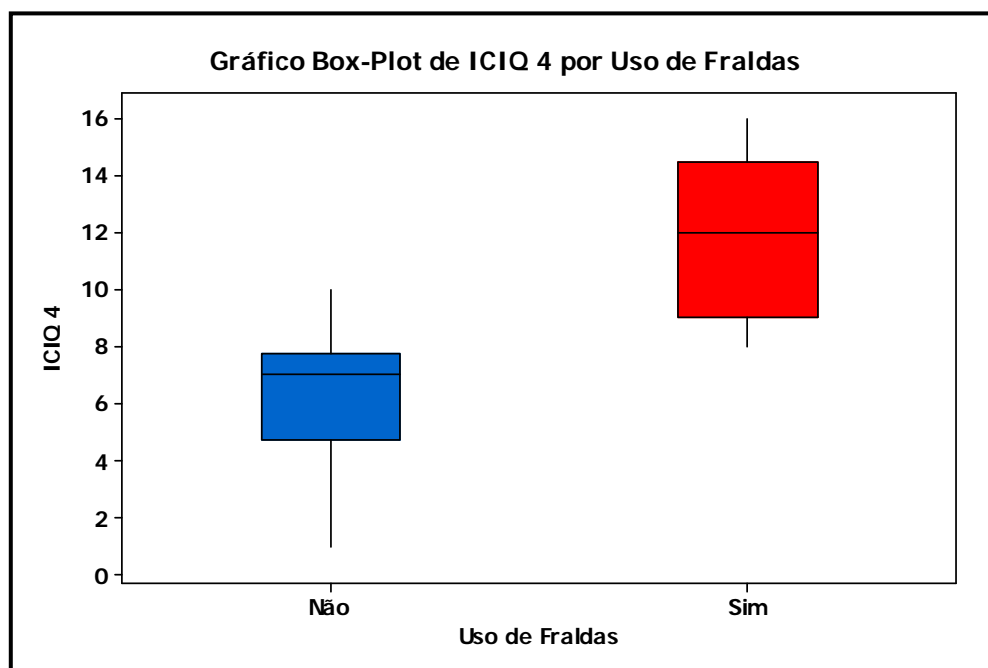


Gráfico 19 - ICIQ-SF 4: pacientes incontinentes com uso de fraldas no momento 4

E os valores de ICIQ-SF no momento 4 para o grupo de pacientes incontinentes que usa fralda foram significativamente maiores do que quem não usa (teste de Mann-Whitney com $p = 0,003$)(Gráfico 19) (Tabela 12).

Tabela 12 - ICIQ-SF: avaliação de pacientes incontinentes com uso de fraldas e sem uso de fraldas nos momentos 2, 3 e 4

	Não Usa Fralda*	Usa Fralda*	p^{**}
ICIQ-SF 2	6,5 (1,0 – 13,0)	13,0 (7,0 – 19,0)	0,003
ICIQ-SF 3	6,0 (1,0 – 9,0)	11,0 (8,0 – 20,0)	0,048
ICIQ-SF 4	7,0 (1,0 – 10,0)	12,0 (8,0 – 16,0)	0,003

*Mediana (Min – Max); ** Teste de Mann-Whitney

4.7.1 Resultados da Avaliação: comparação de ICIQ-SF e EDAO-R entre pacientes incontinentes que usam fralda e que não usam fralda

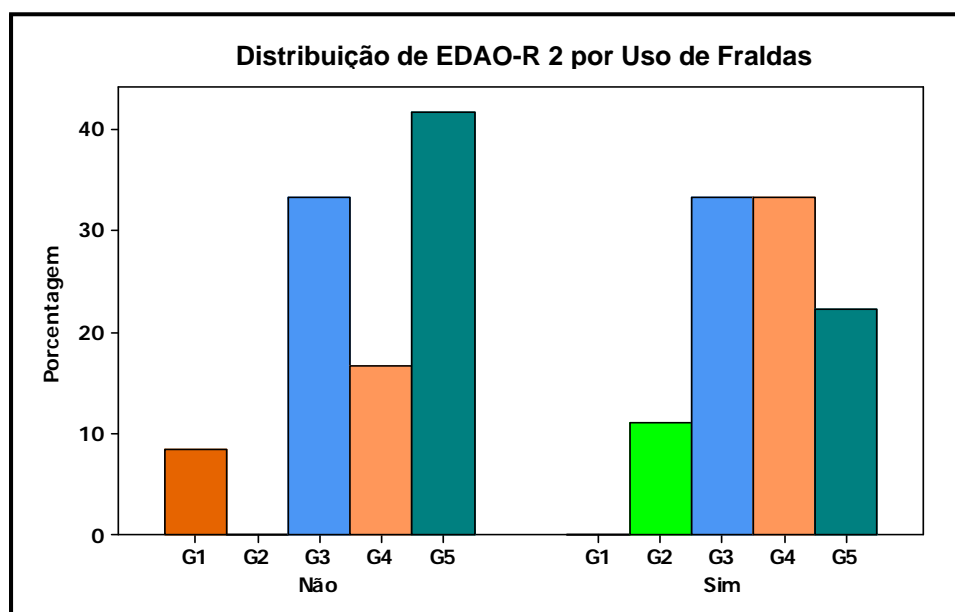


Gráfico 20 - Avaliação de EDAO-R: pacientes incontinentes com uso de fralda no momento 2

Não encontramos diferenças significativas nas proporções de pacientes de cada grau de EDAO-R momento 2 entre quem usa e quem não usa fralda (teste qui-quadrado com $p = 0,514$)(Gráfico 20)(Tabela 13).

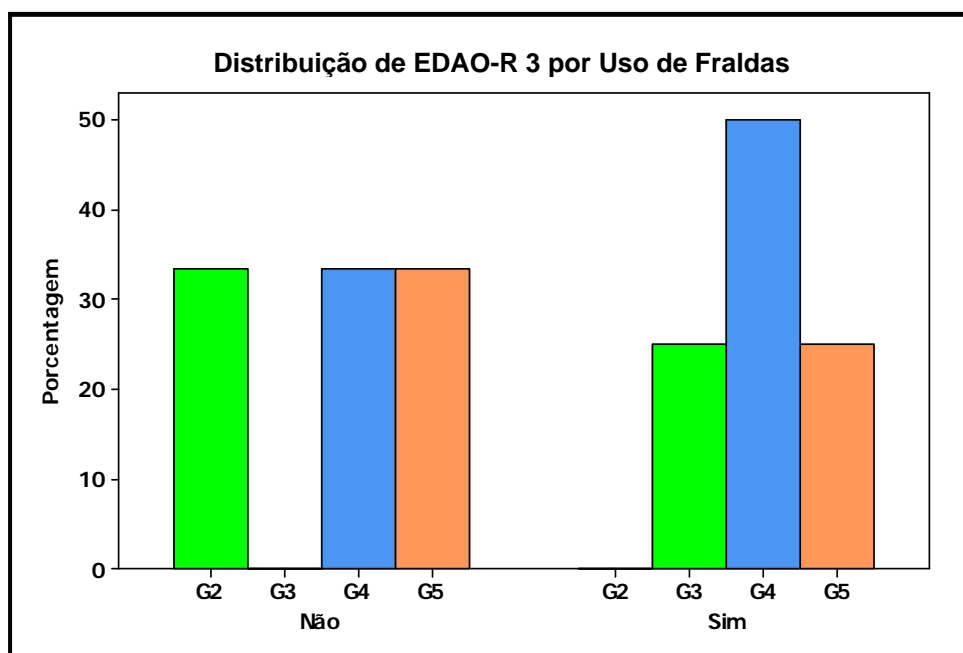


Gráfico 21 - Avaliação de EDAO-R: pacientes incontinentes com uso de fraldas no momento 3

Não encontramos diferenças significativas nas proporções de pacientes de cada grau de EDAO-R momento 3 entre quem usa e quem não usa fralda (teste qui-quadrado com $p = 0,307$) (Gráfico 21) (Tabela 13).

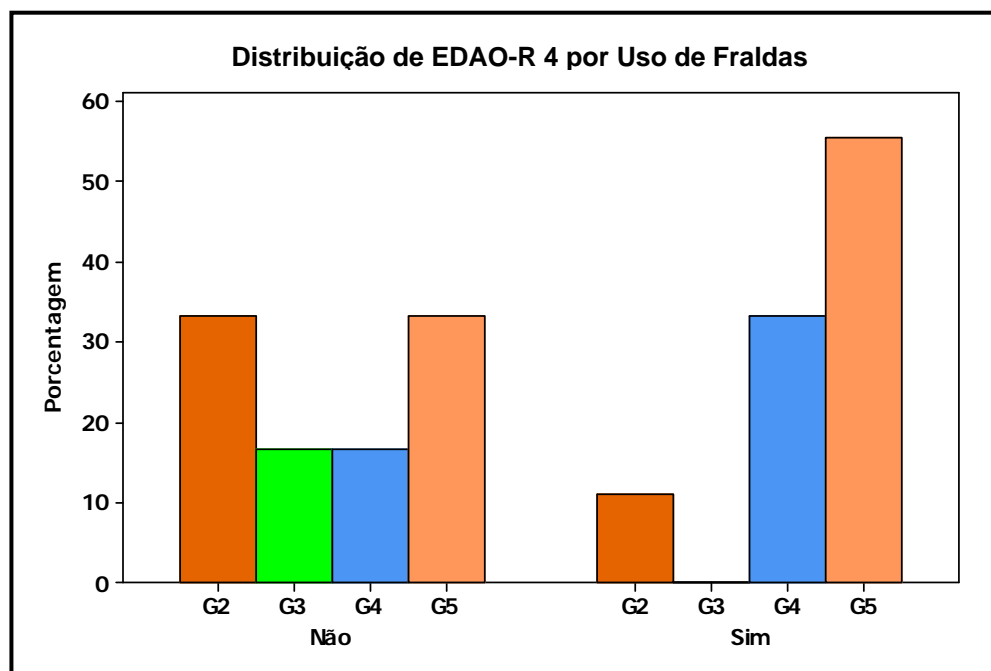


Gráfico 22 - Avaliação de EDAO-R: pacientes incontinentes com uso de fraldas no momento 4

Não encontramos diferenças significativas nas proporções de pacientes de cada grau de EDAO-R no momento 4 entre quem usa e quem não usa fralda (teste qui-quadrado com $p = 0,370$)(Gráfico 22)(Tabela 13).

Tabela 13 - EDAO-R: avaliação de pacientes incontinentes com uso de fraldas nos momentos 2, 3 e 4

	Usa Fralda	G1*	G2*	G3*	G4*	G5*	p**
Momento 2	Não	1 (8,3)	0 (0,0)	4 (33,3)	2 (16,7)	5 (41,7)	0,514
	Sim	0 (11,1)	1 (33,3)	3 (33,3)	3 (33,3)	2 (22,2)	
Momento 3	Não	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	0,307
	Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	4 (50,0)	2 (25,0)	
Momento 4	Não	0 (0,0)	2 (33,3)	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)	0,370
	Sim	0 (0,0)	1 (11,1)	0 (0,0)	3 (33,3)	5 (55,6)	

* n (%); ** comparação entre quem usa e quem não usa fralda (teste qui-quadrado)

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo podem verificar mudanças na eficácia adaptativa pós-cirurgia, permitindo detetar quais setores sofreram mais mudanças significativas e identificar a ocorrência de situações de crise.

A experiência de Srougi (2010, p.1) demonstra que todos os homens carregam em seu código genético os chamados “proto-oncogenes”, que transformam a célula sadia em outra maligna. Explicando que a função dos proto-oncogenes é antagonizada por outro grupo de gens protetores, chamados de 'supressores'. Com o passar da idade, há perdas destes protetores os proto-oncogenes são liberados e a degeneração das células prostáticas ocorrem.

A cirurgia de prostatectomia radical para câncer de próstata localizado e num estágio curável é uma modalidade de tratamento mais segura para erradicar a doença (Srougi, 1999; Dall'Oglio et al., 2006).

Segundo dados do Cancer of the Prostate Strategic Urologic Research Endeavor (CAPSURE) (Dall'Oglio et al., 2006), as diferentes modalidades de tratamento apresentam o seguinte percentual: Prostatectomia - 51,6%, Braquiterapia - 21,7%, Radioterapia -6,8%, Observação - 7,9% e outros - 12%.

Nos últimos 30 anos, Stholmm (2014, p.1) ressalta que “todas as modificações cirúrgicas ou visam preservar a integridade anatômica do complexo esfíncter uretral distal ou proximal, ou a preservar as estruturas

neurovasculares, tanto quanto possível.” E tais modificações cirúrgicas recentes e mais o processo de enfrentamento e qualidade de vida correlacionado são fatores que trazem resultados de melhora precoce na potência sexual e na continência urinária desses pacientes.

Porém os achados revelados no estudo de Iema (2015) quanto ao desempenho sexual pré-cirúrgico revelaram valores significativamente maiores que nos pós-cirúrgicos momento 2, classificados como: bom a excelente e regular a bom; e que nos revelados nos momentos 3 (após 6 meses) e 4 (após um ano). Isso se deve por supostas sequelas da cirurgia, resultantes da lesão dos nervos e das artérias cavernosas ao redor da próstata, lesionadas pela manipulação na operação (Srougi et al., 2008). Apesar da evolução dos tratamentos da Medicina, Tofani et al. (2007), referem que todos os pacientes testados com câncer de próstata em seu estudo, revelaram sentimento de impotência, pois a próstata estava associada a um órgão que afeta a sensibilidade sexual masculina. No grupo dos 46 pacientes do presente estudo foram encontradas diferenças significativas nos valores de QS-M entre os momentos 2, 3 e 4 com base nos dados investigados. O desempenho sexual, na sua maioria, foi classificado na categoria de desfavorável a regular no final de um ano.

Abdo (2006) revela que há 45,1% (31,2% mínima, 12,2% moderada e 1,7% completa) de prevalência de DE na população brasileira; índice comparável ao de outros estudos. Assim como os dados referentes às avaliações de adequação diagnóstica pela EDAO-R comparada com a avaliação do desempenho sexual dos homens com CaP, corroboram com o

estudo citado; na sua maioria, classificaram-se nos grupos de adaptação ineficaz leve a moderada, pois a sensação de impotência é de grande repercussão negativa no homem (Iema, 2015). Mesmo com técnicas cirúrgicas cada vez menos invasivas, o sentimento de fracasso no desempenho sexual é presente nos pacientes que sofrem a PR (Tofani; Vaz, 2007 apud Mata, 2013). O fato provavelmente justifica as poucas respostas inéditas e saudáveis dos homens na avaliação diagnóstica adaptativa, promovendo mais pontuações nos grupos de adaptação ineficaz do que nos grupos de adaptação eficaz.

Abdo (2006) informa também que homens com DE tendem a ter menos atividade sexual e qualidade de vida e que a idade e condição socioeconômica precária estão associadas ao agravamento desse quadro. Tais homens “apresentaram comprometimento de autoestima, dos relacionamentos interpessoais, menos relações sexuais por semana, mais relações extraconjugais, queixas de falta de desejo sexual e ejaculação rápida”.

Vieira (2010) relata impacto significativo na sexualidade masculina e na qualidade de vida em homens acometidos pelo tratamento da CaP: “67% dos homens com diagnóstico de CaP mantinham vida sexual ativa satisfatória antes do diagnóstico, 30% referiram vida sexual inativa”. O resultado deste estudo revelou importantes alterações psicológicas e comportamentais nos pacientes. O sofrimento emocional e a ambivalência pré-cirúrgica demonstraram relação com o desempenho sexual, pois a presença da virilidade é um dos aspectos que compõem a imagem da

masculinidade. Iema (2015) lembra de pequena porcentagem de homens relatarem durante o processo de avaliação, a percepção da diminuição do tamanho do pênis com sentimento de pesar. Acrescentaram que o ejacular seco (sequela da intervenção cirúrgica) lhes causavam certa angústia em relação à masculinidade. Vieira (2010) informa que o desempenho sexual para os homens tem como significado a virilidade, aspectos representativos da masculinidade e de muito valor. Verificou-se que receber a notícia do diagnóstico de câncer de próstata causa aflição e insegurança nos pacientes acometidos pela doença.

Korfage (2009) apud Mata (2013) refere que homens com CaP vivenciam altos níveis de ansiedade e depressão ao receber a notícia do diagnóstico e tratamento, mesmo sem ausência de depressão.

Apesar do presente estudo obter 100% dos pacientes com atividade sexual preservada antes da PR, a notícia da doença não demonstrou provocar sérios conflitos inter psíquicos² nos homens, durante as entrevistas psicológicas. Isso pode ser justificado pelas entrevistas tardias ocorridas após algumas semanas do diagnóstico e os pacientes terem tido condições de elaborar o impacto; dado que se torna incompatível com os achados anteriormente citados. Iema (2015) continua informando que os pacientes relataram conhecimento sobre as cirurgias através de parentes e amigos que haviam sido submetidos ao procedimento, bem como haviam obtido informações através da mídia que apresentava resultados satisfatórios.

² Soluções que a pessoa encontra em relação a si mesma, segundo seus valores internos (*coerência da solução com os valores internos*) (Simon, 2005, p.25).

Comparando a avaliação do comprometimento cognitivo e do declínio da cognição dos pacientes pré-cirúrgicos entre os grupos de EDAO-R, através do MEEM; não foram encontradas diferenças significativas nas médias. Assim como não foi encontrado, com o uso do mesmo teste, diferenças significativas nas médias de MEEM 2 (pós-cirurgia - um ano de PR) entre os grupos de EDAO-R 4 .

Campos (2010) relata no seu estudo que a reação ao conhecimento da doença variara à estrutura de cada indivíduo, pois obteve respostas de pacientes como ganho de força e sentido pela vida para enfrentar a moléstia e à posteriore.

O estudo de Mata (2013) colabora para a diminuição do impacto da ansiedade nos pacientes prostatectomizados, assim como as informações do procedimento cirúrgico e pós-operatório (Dall'Oglio et al., 2006; Nardoza Junior A et al., 2010; Srougi, 2010; Carneiro et al., 2013; Sholmm, 2014).

Dessa forma, o presente estudo seguiu com o conceito de **adaptação**, conceituando-se como adaptação o: "... conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo a manutenção de sua organização, por mínima que seja compatível com a vida." (Simon, 2005, p.24). Considerando que a eficácia da adaptação dependerá de cada pessoa, conforme as influências favoráveis ou desfavoráveis a que ela está sujeita por predisposição natural interna ou ambiental, conforme o autor informa, conclui-se então que "sem adaptação, a vida deixa de existir e o processo da morte se instala" (Simon, 1989).

Na avaliação da eficácia adaptativa pela EDAO-R, foram diagnosticadas diferenças significativas nos valores de EDAO-R entre os 4 momentos, no prazo de um ano. Os valores demonstraram que as reações para a manutenção da organização compatível com a vida se alteraram durante o ano do tratamento. Isso se deve, provavelmente, ao fato de os pacientes não conseguirem obter novas respostas para cada fase da evolução do tratamento e, conseqüentemente, a adequação tenha ficado mal sucedida (Simon, 1989). Os pacientes no momento pré- cirúrgico possuíam valores no setor afetivo-relacional significativamente mais altos que no pós-cirúrgico três meses, seis meses e um ano; isto é, maior predomínio nas respostas da pontuação classificada como “adequada”. A cirurgia como solução para a doença obteve uma expectativa positiva, trazendo satisfação e sem a provocação de conflitos intrapsíquicos com suas esposas ou com sua família. Após três meses, os valores do setor afetivo-relacional foi significativamente mais alto que após seis meses devido às respostas com sentimentos de segurança e equilíbrio e mais satisfação do que após um ano. E a autora lembra que, neste período, 41,3% dos casais namoravam sem uso de medicação oral para manutenção da ereção e 13% dos homens que namoravam faziam o uso de medicação oral (sildenafil ou tadalafila) sugerido pelos médicos. E 45,7% não namoravam. Tais dados continuam corroborando com os estudos citados, por demonstrarem que mesmo as esposas sendo compreensivas com as alterações urinárias e sexuais dos parceiros, conflitos intrapsíquicos com relação ao desempenho sexual os perturbavam em demasia.

Provavelmente, isso se deve ao fato de não conseguirem obter novas respostas para cada fase da evolução do tratamento e, conseqüentemente, a adequação tenha ficado prejudicada (Iema, 2015). Mesmo com técnicas cirúrgicas cada vez menos invasivas, o sentimento de impotência é presente nos pacientes que sofrem a PR (Tofani; Vaz, 2007 apud Mata, 2013). O estudo reafirma que o desempenho sexual, para os homens, tem como significado a virilidade, aspecto representativo da masculinidade (Vieira, 2010).

Os valores no setor de produtividade no pré-cirúrgico foram significativamente mais altos que após seis meses e após um ano; os pacientes na sua maioria aposentados não se sentiam em conflito com a situação e diziam que apesar dos valores dos benefícios “não serem aquelas coisas...” (sic, pacientes) era possível administrar as contas domiciliares. Os aposentados que exerciam alguma outra atividade se sentiam gratificados, pois a remuneração estava garantida todo mês, o que lhes dava um sentimento de segurança. Houve relato de frustração e tensão por alguns poucos pacientes, por falta de ocupação. Ambos os setores sofreram alterações significativas quanto à satisfação e conflitos intra e/ou extrapsíquicos. O critério de adaptação que norteia a escala diagnóstica EDAO-R pode pontuar valores classificatórios; segundo a adequação do conjunto de respostas (Simon, 1989) obtidas pelos pacientes pré à PR nos setores afetivo-relacional (A-R) e de produtividade (Pr), que compatibilizaram com os resultados dos estudos citados.

Segundo Roth et al. (2006) e Namiki et al. (2007) por Mata (2013), de 13 a 15 por cento dos pacientes que realizaram a PR com câncer de próstata localizado apresentaram alto grau de ansiedade. Na literatura científica, os pesquisadores são unânimes em citar o quanto o diagnóstico de câncer vem acompanhado de angústia e ansiedade, medo da morte, medo de prováveis alterações corporais, preocupações com incontinência urinária e disfunções sexuais. Lopes (2008) apud Mata (2013) refere que os pensamentos negativos, tanto os realistas quanto os distorcidos, favorecem significativamente o surgimento de depressão e ansiedade decorrentes da doença.

Parajas (1997) apud Mata (2013) refere que crenças fortes de autoeficácia aumentam a realização humana e o bem-estar pessoal e pessoas com forte sensação de competência pessoal recuperam a confiança mais facilmente. Em contrapartida, aquelas com baixo senso de eficácia se recuperam com muito mais dificuldade, o que faz aumentar sua ansiedade frente às situações. Mata (2013) relata nos seus achados que pacientes que sofreram PR e mantiveram-se menos ansiosos, mostram-se mais saudáveis mentalmente, fato que colabora com o enfrentamento da doença e que facilita lidar com as alterações fisiológicas pós-operatórias.

Brandura, 1997 apud Mata (2013), refere que o processo cognitivo prejudicado desfortaleceria o funcionamento eficaz humano, construindo quadros antecipatórios e visualizações futuras ineficazes, também construindo situações incertas e de fracasso. No presente estudo foi utilizado o MEEM para avaliar o comprometimento cognitivo e o declínio da

cognição no progresso dos pacientes pré-cirúrgicos comparado entre os grupos de EDAO-R. Na situação pré-cirúrgica, encontraram-se valores menores no teste de comprometimento cognitivo do que no momento pós-cirúrgicos de um ano. Utilizando-se o teste de Wilcoxon para medidas pareadas, verificamos que os valores de MEEM após um ano são significativamente maiores que os valores de MEEM no pré-cirúrgico. Utilizando-se o teste ANOVA de medidas repetidas, encontrou-se um aumento significativo de MEEM para todos os níveis de escolaridade. Também foram encontradas diferenças nos valores de MEEM entre os analfabetos e os demais níveis de escolaridade.

Abdo (2005) relata que a depressão foi referida por 16,8% dos homens, apontando que aqueles com idade entre 41 e 60 anos tiveram risco 1,9 vezes maior para DE e 5,4 vezes para aqueles com 61 anos ou mais. A depressão aumentou o risco para a disfunção erétil.

Shlomm e Adam (2014) argumentam que apesar de estudos mais antigos apontarem resultados entre 10 e 20% de recuperação precoce da potência sexual e continência urinária, ainda se questiona, a não melhoria dos resultados a longo prazo. Os autores continuam informando que a incontinência ocorre imediatamente após a cirurgia e é seguida de uma recuperação durante dois anos e esta se reduz em função da idade. Fato este comparável com os resultados de Iema (2015) quanto à avaliação do impacto da incontinência urinária e qualidade de sua perda pelo questionário ICIQ-SF no qual foram encontradas diferenças significativas nos valores entre os vários momentos pré e pós-cirúrgico durante um ano à PR. No

momento pós-cirúrgico, não foram diagnosticadas diferenças significativas nos valores do questionário após três meses, seis meses e um ano, mesmo tendo na sua maioria pacientes classificados na escala diagnóstica EDAO-R em grupos de adaptação ineficaz leve a grave. Os valores do ICIQ-SF no momento 2 entre os grupos de EDAO-R momento 2 resultaram em diferenças significativas. Encontraram-se valores do grupo G2 significativamente menores que os do grupo G5. Isso significa: maior número de pacientes incontinentes classificados do grupo G5 – adaptação ineficaz grave. Segundo Simon (2005), sintomas característicos de “neuroses incapacitantes, borderlines, psicóticos não agudos e extrema rigidez caracterológicas”. Nos demais grupos de EDAO-R, quando comparados entre si dois a dois, não foram encontradas diferenças significativas entre eles, nem tampouco valores de ICIQ-SF nos outros momentos entre os grupos de EDAO-R. Tal resultado não comprometeu alteração significativa nos valores do instrumento, no período de um ano de estudo. Segundo Kakiyama (2007) a incontinência após a PR gera uma baixa autoestima no homem comprometendo negativamente a qualidade de vida, que passa a ser afetada por dificuldades psicológicas como a depressão, insônia e ansiedade, além de complicações físicas, como infecções do trato urinário e dermatites.

Iema (2015) informa que a avaliação dos setores orgânico e sócio-cultural se deu subjetivamente, pois segundo o autor da EDAO-R (Simon, 2005), a classificação geralmente corresponde aos setores afetivo-relacional e de produtividade. Sendo assim, os dados demonstraram que mesmo com

o sucesso da remoção do tumor maligno, as alterações urinárias daqueles que usavam fraldas e mesmos os pacientes incontinentes que não usavam fraldas, mantiveram pontuações na sua maioria 'pouco adequado' a 'pouquíssimo adequado'; isto é, apesar do procedimento resolver a situação, os homens não estavam gratificados e/ou tendo conflitos internos ou externos. Através das informações dos pacientes incontinentes após três meses, resultaram com relação ao uso de fraldas valores significativamente menores ao daqueles homens incontinentes sem uso de fraldas. Porém após seis meses, homens incontinentes que usavam fraldas tiveram valores significativamente maiores do que aqueles incontinentes que não usavam; assim como após um ano. Essa alteração nos valores da avaliação de ICIQ-SF e perda da urina pode ser justificada pela baixa autoestima provocada pela insistência da alteração urinária, que comprometia a qualidade de vida e que gerava depressão reativa. Kakiyama (2013) informa que o tratamento fisioterápico do treinamento funcional do assoalho pélvico associado ou não à eletroestimulação contribuiria para a reabilitação da incontinência urinária, sem efeitos adversos, sendo ela o meio mais utilizado após a PR, apesar da eficácia da fisioterapia ser controversa. Iema (2015) lembra que alguns pacientes relataram sob o conhecimento da reabilitação do assoalho pélvico, através de informações fornecidas por palestra administrada por psicólogos no período pré-operatório. Mas aqueles que realizaram sozinhos o exercício, sem a supervisão de um técnico, contam que se exercitaram pouquíssimas vezes e obtiveram pouca eficácia nos resultados.

A incontinência urinária causa um grande impacto negativo na qualidade de vida do homem acometido pela PR, causando problemas psicossociais; como afastamento social, baixa autoestima e constrangimento (Honório, 2009). Nos relatos do presente estudo, o setor sócio-cultural se diagnosticou com respostas pouco adequadas e pouquíssimo adequadas, corroborando com os achados da autora citada. Iema (2015) informa que os pacientes relataram constrangimento e incomodo ao sair de casa para qualquer evento, ou por estarem usando a fralda ou por ter que trocá-la no local, mesmo aqueles que não usavam, mas que a transportavam por insegurança; devido ao sentimento de medo por motivo de escape urinário seja por algum esforço físico, como abaixar-se, espirrar, ou excesso de ingestão de líquidos. Algumas falas de paciente: “...não tomei água antes de vir para a consulta para não vazar...” (encontro com a entrevistadora no ambulatório em uma das etapas da avaliação do estudo); “não tomo muito água no dia, senão já viú, né?”; “parei de tomar água à noite, senão posso molhar a cama...”. Dessa forma, o afastamento social torna-se inevitável e o isolamento promove stress no grupo familiar e principalmente às companheiras. Alguns homens lembram de suas esposas saindo sem eles: “..ela foi com meu filho” ou “saiu com a amiga” (sic, paciente).

Já os resultados da potência sexual para os mesmos pacientes no estudo de Shlomm e Adam (2014) mostraram a mesma queda inicial, mas oposta à continência. Isto é, a recuperação da função sexual se prolonga além de dois anos, mas também está associada à idade do paciente.

Segundo Meike (2014, p. 66): “os pacientes com câncer não têm opção de escolher entre o tratamento do câncer e ser saudável. Eles são obrigados a ponderar os prós e os contras das diferentes opções de tratamento”. Portanto, o estudo concluiu que pacientes recuperados nos primeiros dois anos poderão ter garantidas em relação a manter uma qualidade de vida quanto à continência e potência sexual após PR, mesmo após a recuperação total inicial. Sendo assim, o estudo de Iema (2015) pretendeu avaliar em cada fase do pré ao pós-operatório as respostas de adequação para as alterações urinárias e sexuais decorrentes da PR, demonstrando através dos escores detectados nos grupos da EDAO-R resultados que possibilitariam a operacionalização de assistência psicoterápica de curto prazo, assim como para crises adaptativas com maior eficácia em relação à qualidade de vida.

A ausência de avaliação das esposas ou parceiras desde o primeiro contato com os pacientes avaliados pré e pós-cirurgia representou uma limitação do estudo (Iema, 2015). Friedman et al. (2012) destacam a importância do acompanhamento das esposas nas consultas, pois elas são consideradas defensoras da saúde familiar, além dos homens se sentirem mais assegurados e confiantes a respeito dos cuidados médicos. Os autores referem que as mulheres influenciam a manutenção da saúde familiar e a saúde do homem frente ao câncer. Iema (2015) lembra nas avaliações de alguns pacientes relatos sobre algumas esposas estarem sofrendo perdas de parentes com câncer, ou acompanhando doenças de familiares que promoviam tristezas, ansiedades e stress emocional. Algumas também

conviviam com suas próprias doenças, como a depressão, a menopausa e cirurgias realizadas no momento que seus companheiros sofreriam a prostatectomia. Esses fatos e emoções poderiam inviabilizar o apoio e sentimentos mais saudáveis e positivos no acompanhamento de seus maridos, corroborando com os autores citados. No momento da alta hospitalar, Mata (2013) relata maior evidência de satisfação quanto às orientações de saúde nos homens casados devido à dependência com suas parceiras. Campos (2010) informa a importância e a influência da “estruturação familiar antes da doença e seu comportamento ao longo da mesma”.

Campos (2010) informa que a fase do diagnóstico foi considerada como a mais desestruturadora para a família, denominando-se fase aguda. Sendo assim, o conhecimento emocional e psíquico das parceiras neste momento seria valioso para contribuir com a qualidade do resultado da cura da doença. Uma parceira suficientemente organizada e emocionalmente compensada poderia modificar o grau de adaptação. Sendo assim, nos achados de Iema (2015), alguns homens relataram que suas esposas ficaram mais estressadas do que o próprio doente; ficando temerosas em perder seus parceiros por morte, provavelmente por elas se identificarem projetivamente³ com as situações citadas que estavam vivenciando. Diante desse fato, as esposas avaliadas dariam mais espaço estatístico na

³ Identificação projetiva: expressão introduzida por Melanie Klein; *mecanismo psíquico que se traduz por fantasias em que o sujeito introduz a sua própria pessoa totalmente ou em parte no interior do objeto para lesar, para o possuir ou para o controlar.* (Laplanche; Pontalis 1996 p.232).

justificativa dos achados do alto resultado de classificação de adequação diagnóstica de adaptação ineficaz grave no final do estudo.

Alguns poucos pacientes classificados no grupo de adaptação ineficaz revelaram crises adaptativas: perda significativa no espaço de seu universo pessoal, levando a tensões afetivas e cognitivas "...é o fato de o sujeito se ver frente a uma situação nova e vitalmente transformadora", a qual exige novas adaptações que implicam mudanças importantes na vida (Simon, 1989, p. 58). Observem-se os discursos de alguns dos pacientes em crise: "preferia ter morrido do que ficar assim (DE)"; "não devia ter feito essa cirurgia"..; "não me falaram nada que eu ficaria assim (impotente)..". (todos com olhos mareados de lágrimas). Os pacientes se viram numa situação nova e vitalmente transformadora, segundo o autor, fato essencial na geração da crise.

Mata (2013) com base em Friedman et al. (2009) e em Levison et al. (2005) afirma que as mulheres são essenciais para a melhor compreensão e enfrentamento de todas as barreiras que impedem os homens de dialogar com os provedores de saúde. Em consideração a esse fato, o alto resultado na classificação de adequação diagnóstica de adaptação ineficaz grave no final do estudo teria mais espaço estatístico na justificativa dos achados. Assim como um período mais prolongado de estudo poderia justificar achados mais específicos dos aspectos subjetivos. Por exemplo, a repercussão da avaliação das parceiras dos doentes.

Silva (2012) considera que as alterações naturais do processo de envelhecimento biológico, o desgaste afetivo relacional com as parceiras, as dificuldades financeiras, as atribulações da vida familiar e social poderiam ser responsáveis pela menor satisfação com sua vida sexual atual e portanto tais fatores seriam colaboradores da alteração na qualidade de vida. Como ressaltam Shlomm e Adam (2014), a melhoria de resultados precoces pela PR seria a agregação da qualidade de vida.

Segundo Campos (2011), “a qualidade de vida destes pacientes tem sido mais importante do que a sobrevida propriamente dita”.

A presença de um questionário de avaliação de nível de depressão em paciente submetido à PR se demonstraria adequado já que a depressão, segundo Abdo (2005) é um fator significativo, que aumenta o risco da disfunção erétil, devendo-se levar em consideração o fato de que surgiram não só relatos de desânimo e tristeza nas entrevistas, como, por vezes, a própria aparência física sugeria indícios de depressão. No Brasil não há uma análise específica em relação ao grau da depressão nos pacientes submetidos à PR (Mata, 2013); como é possível na Classificação Internacional de Doenças (CID 10) graduar o sintoma em: leve, moderado ou grave.

A psico-oncologia, sendo uma interfase da Psicologia, vem apresentando-se como uma área que viabiliza, por meio do atendimento, o tratamento de pacientes portadores de câncer, analisando os fatores psicossociais, biológicos e psicológicos que podem intervir na adaptação

desses pacientes, visando às implicações que as mudanças decorrentes das cirurgias podem causar na vida pessoal, familiar, social e profissional desses homens.

Holland e Murillo (2006) relatam que a literatura especializada recomenda organizações de grupos de apoio psicológico tanto aos pacientes, quanto aos familiares e profissionais para lidarem bem com as adversidades decorrentes da PR e promoverem a sua qualidade de vida e bem-estar.

Concluiu-se, então, que “Ações terapêuticas e preventivas devem ser implementadas para minimizar o impacto negativo desta condição, particularmente em países em desenvolvimento” (Mata, 2013); pois nos achados deste estudo a prevalência e DE foi alto e comparável a de outros estudos. Silva (2012), com base em Bortz et al. (1999), Beutel et al. (2002) e Abdo (2004) afirma que a velhice assexuada é um mito para os homens maiores de 60 anos.

Sendo assim diante dos dados e dos resultados apresentados por Iema (2015), através dos quais verifica-se que a adequação diagnóstica à qualidade de vida dos homens tratados pela PR priorizou a categoria de adaptação ineficaz leve a grave, com predomínio do grupo grave, propõe-se que este trabalho venha contribuir com a luta para a abertura de um espaço ainda não ocupado, que abrigue equipes multidisciplinares que possam trazer benefícios no atendimento de pacientes portadores de CaP. Essa ação se compatibiliza com os achados dos autores referendados neste

estudo, cujas investigações demonstraram a importância da intervenção psicológica e da prática assistencial interdisciplinar, necessárias para abordar as questões que envolvem a saúde do homem. Após a avaliação médica e a aplicação da escala EDAO-R, categorizadas em grupos de adaptação ineficazes, se faria a sugestão de atendimento psicoterápico, no momento pré-cirúrgico. Assim que o paciente ficasse de alta médica, os homens previamente avisados seriam assistidos por psicólogos instrumentalizados, isto é, técnicos com “o conhecimento da doença, enfermagem, nutrição, serviço social e outros”, conhecimentos estes que garantiriam melhor eficácia ao tratamento, desenvolvendo uma modalidade de psicoterapia que focasse o “Aqui Agora” (Amanza-Muñoz; Holland, 2002, apud Campos, 2010). Lidar com sentimentos decorrentes do diagnóstico e promover a aceitação da doença, com o apoio de uma equipe multidisciplinar torna-se tão importante quanto o tratamento da doença (Tofani; Vaz, 2007).

Este estudo aponta ainda como sugestão de modalidade de psicoterapia, a Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO), concebida por ter curta duração e que possui como referência a teoria psicanalítica e a teoria da adaptação de Simon (Simon; Yamamoto, 2009); que se comprometeria minimizar os sentimentos negativos; as morbidades psicológicas (ansiedade mais depressão associadas às doenças clínicas), ou seja, combateria as reações psicológicas geradas pelo surgimento do câncer de próstata (Mata, 2013). Tal ação evitaria, que os pacientes se consumissem e resistissem inconscientemente à melhora no período da

recuperação das alterações urinárias e sexuais decorrentes da PR (Iema, 2015). Mata (2013) informa no seu estudo que a intervenção psicoeducativa se faz mais eficaz nos primeiros quatro meses, devido aos efeitos secundários do procedimento serem mais intensos.

6 Conclusões

6 CONCLUSÕES

- Homens no momento pré-cirúrgico apresentaram valores no modo de adequação do conjunto de respostas no setor afetivo-relacional significativamente mais altos que nos momentos pós-cirúrgicos 3 meses, 6 meses e um ano à PR.
- Após 3 meses da PR, encontraram-se respostas com mais sentimentos de segurança e com mais satisfação do que após 6 meses.
- Os setores afetivo-relacional e de produtividade sofreram alterações significativas quanto à satisfação e conflitos intra e/ou extrapsíquicos.
- Após 6 meses, a ineficácia adaptativa revelou-se:
 - nos setores afetivo-relacional e de produtividade através das seguintes respostas de adequação: menos “adequado”, e mais para “pouco adequado e pouquíssimo adequado”.
- Quanto ao desempenho sexual, as proporções de QS-M 3 meses, 6 meses e um ano diferem significativamente das encontradas no pré-operatório, diagnosticando-se maiores valores nas categorias de desempenho sexual: excelente a bom e bom a regular no pré-cirúrgico.

- Após a PR, num período de um ano, constatou-se a ineficácia adaptativa.
- Diante dos dados revelados, o estudo pode depreender que provavelmente tais pacientes não souberam lidar com as novas reações das sequelas da incontinência e de DE, comprometendo a própria adaptação global.

7 Referências

REFERÊNCIAS

Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual – versão masculina, uma escala para a função sexual do homem. *Rev Bras Med.* 2006a; 63(1-2): 42-46.

Abdo CHN. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(6):424-429.

Abdo CHN. *Estudo da vida sexual do brasileiro.* São Paulo: Bregantini; 2004.

Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Moreira Jr E, Abdo JA, Fittipaldi JA. Impacto dos fatores psicossociais para risco de disfunção erétil e inibição do desejo sexual, numa amostra da população brasileira. *São Paulo Med J.* 2005; 123(1):11-14.

Bleger J. *Temas de psicologia: entrevista e grupos.* São Paulo: Martins Fontes; 1980.

Burke MA, Lowrance W, Perczek R. Emotional and cognitive burden of Prostate cancer. *Urol Clin North Am.* 2003;30(2):295-304.

Campos EMP. *A Psico-Oncologia: uma nova visão do câncer – uma trajetória* [tese de Livre Docência]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade da São Paulo; 2010.

Carneiro A, Machado MT, Pompeo ACL. Active surveillance (vigilância ativa) no tratamento do câncer de próstata: onde estamos e para onde vamos? *Revista UROABC.* 2013;3:5-8.

Dall'Oglio ME (coord.), Crippa A, Faria EF, Carvalhal GF, et al. *Diretrizes de câncer de próstata*. Rio de Janeiro: SBU - Sociedade Brasileira de Urologia, 2011.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinic. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.

Freud S. *Luto e melancolia*. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996. Vol. XIV, p. 245-270.

Gomes R, Rebello LEF de S, Araújo PC de, Nascimento EF do. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. *Cien Saude Colet*, 2008;13(1):235-246. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Departamento de Ensino. Disponível em: romeu@iff.fiocruz.br.

Gonçalves IR, Padovani C, Popim RC. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. *Cien Saude Colet*. 2008;13(4):1337-1342.

Gugliotta A. *Qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer localizado de próstata, tratados com prostatectomia radical e radioterapia* [tese doutorado]. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2001.

Honório MO, Santos SMA do. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2009 jan-fev;62(1):51-6.

Hospital do Câncer A. C. Camargo. *Câncer de próstata*. Disponível em: <http://www.hcanc.org.br>. Acesso em: 02 ago 2005.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil*. 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/síntese-de-resultados-comentarios.asp>. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014

Kakihara CT, Sens YAS, Ferreira U. Efeito do treinamento funcional do assoalho pélvico associado ou não à eletroestimulação na incontinência urinária após prostatectomia radical. *Rev Bras Fisioter*, (São Carlos). 2007 nov-dez;11(6):481-486.

Klein M. *O Sentimento de Solidão*. Imago. 2ª. Edição. Rio de Janeiro: 1975.

Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes, 1996.

Lourenço AR, Veras RP. Mini-exame do estado mental: característica psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saude Pública*. 2006; 40(4):712-9.

Mata LRF da. *Efetividade de um programa e ensino para o cuidado domiciliar de pacientes submetidos à prostatectomia radical ensaio clínico randomizado* [tese doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de RP; 2013.

Nardozza Junior A; Zerati Filho M; Reis RB. *Urologia Fundamental*. São Paulo: SBU - Sociedade Brasileira de Urologia; 2010. Disponível em: <http://www.sbu-sp.org.br/admin/upload/os1688-completo-urologiafundamental-09-09-10.pdf>

Paranhos M, Antunes A, Andrade E, Freire G, Srougi M. The prevalence of erectile dysfunction among Brazilian men screened for prostate cancer. *BJU Int.* 2009;104(8):1130-3.

Shlomm T, Adam M. Quality of life after radical prostatectomy: can we give a “lifetime guarantee” to our patients? *Eur Urol.* 2014;65(1):66-67.

Silva VXL, Marques APO, Lyra J, Medrado B, Leal MCC, Raposo MCF. Satisfação sexual entre homens idosos usuários da atenção primária. *Saúde Soc, São Paulo.* 2012;21(1):171-180.

Simon R. *Psicologia clínica preventiva.* São Paulo: E.P.U.; 1989.

Simon R. Psicanálise e psicoterapia breve. *Psicologia USP.* 1991;5(1):93-96.

Simon R. Do diagnóstico à psicoterapia breve. *J Bras Psiquiatr.* 1996 45(7):403-408.

Simon R. Proposta de redefinição da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - EDAO. *Boletim de Psicologia.* 1997, 47 (107): 85-93.

Simon R. Concordância e divergências entre psicanálise e psicoterapia psicanalítica. *Jornal de Psicanálise.* 1999;32:245-264.

Simon R. *Psicoterapia Breve Operacionalizada: teoria e técnica.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

Simon R; Yamamoto K. Psicoterapia breve operacionalizada na clínica privada. *Aletheia, Canoas.* 2009 dez;(30):172-182. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200014&lng=pt&nrm=iso.

Sivarajan G, Prabhu V, Taksler GB, Laze J, Lepor H. Ten-year outcomes of sexual function after radical prostatectomy: results of a prospective longitudinal study. *Eur Urol*. 2014; 65(1):58-65.

Srougi M, Ribeiro LA, Piovesan AC, Colombo JR, Nesrallah A. Doenças da próstata. *Rev Med (São Paulo)*. 2008 jul.-set.;87(3):166-77.

Srougi M. Incidência de câncer de próstata. Entrevista pessoal; 2010. (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/ultnot/cienciaesaude/ultimas-noticias/2010/12/31/cancer-de-prostata-incidencia.jhtm>

Tamanini JT, Dambros M, D'Ancoma CA, Palma PC, Rodrigues Netto N Jr. Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese. *Rev Saude Pública*. 2004;38(3):438-44.

Tofani ACA, Vaz CE. Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos ante os cartões IV e VI do Rorschach. *Interam J Psychol*, (Porto Alegre). 2007;41(2):197-204.

Vieira ACOA. 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 SP; 2010.

Vieira ACOA, Pompeo ACL, Luccon AM. Repercussões da comunicação do diagnóstico de câncer da próstata na sexualidade masculina. *Revista Brasileira de Medicina*, 2005; p.10-14. Acesso em 2010. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3172

Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Med Care*. 1992; 30(6):473-483.

Yamamoto K. Aspectos metodológicos da Psicoterapia Breve Operacionalizada. In: *Anais da I Jornada de Psicoterapia Breve e III Simpósio de Psicoterapia Psicanalítica da Associação de Psicoterapia e Estudos Psicanalíticos 2004*; textos 2, 01-06. 22-24 de maio de 2004, Santo André-SP.

8 Anexos

ANEXO A – Ficha de Identificação do Paciente da Pesquisa

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

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:.....

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 (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA “ Impacto e Adaptação às Alterações Urinárias e Sexuais decorrentes da Prostatectomia Radical”

.....
PESQUISADOR (a) EXECUTANTE: Georgia Mayumi Aoki Iema

Psicóloga

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 06/37514

UNIDADE DO HCFMUSP:

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO x RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO RISCO MAIOR

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 2 anos

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

O objetivo desta pesquisa é estudar: O Impacto e adaptação às alterações urinárias e sexuais decorrentes da prostatectomia radical em homens brasileiros. Para isso, será necessário a realização de algumas perguntas e a aplicação de um método de avaliação baseado na Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) desenvolvida pelo Professor - titular Ryad Simon, (Simon, R. 2005) para avaliar o modo de adaptação encontrado pelo paciente para solucionar o problema. Além de mais três questionários: um para avaliar a incontinência urinária ICI-SF ; outro para avaliar a função sexual masculina – Quociente Sexual Masculino (QS-M) e mais o que avalia comprometimento cognitivo Mini Mental (MEEM).

Os procedimentos seguirão a avaliação pré-cirúrgica e acompanhamento durante três; seis e doze meses com a reaplicação dos questionários: EDAO; QS-M; ICIQ-SF e MEEM.

Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício ao integrante da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, o paciente terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Os pesquisadores: Prof.Dr. Homero Bruschini e Georgia Mayumi Aoki lema poderão ser encontrados no telefones: (011) 2914.9115 ou (011) 3073.0508. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17,18 ou 20,

FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

O participante poderá a qualquer momento retirar seu consentimento e deixar de participar da pesquisa que está sendo desenvolvida, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. Assim como terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

O estudo não exigirá qualquer despesa pessoal em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

É garantido o compromisso dos pesquisadores utilizarem os dados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, sobre o estudo “ **Impacto e Adaptação às Alterações Urinárias e Sexuais Decorrentes da Prostatectomia Radical** ”.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidades e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante
legal

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

ANEXO C – Avaliação da Adequação por itens por Setor Adaptativo
 (Simon,R. (1986) - Psicologia Clínica Preventiva. Novos Fundamentos, 26-40.
 SãoPaulo:EPU.)

Anexo C1 – Setor Afetivo - Relacional

Respostas adequadas	Resp. Pouco adequadas	Resp. Pouquíssima Adequadas
1. Amando alguém (como mulher, pai filho) ou tendo mostrado capacidade de amá-lo.	Pouca capacidade de amar alguém, no passado e representante.(Variante: amando uns poucos com intensidade, mas idealizando as pessoas).	Mínima capacidade de amar alguém, no passado e no presente.(Variante: ama alguém com exagero, porém não a pessoa real, mas muito idealizada).
2. Dá (e recebe) afeto de acordo com as condições e necessidade suas e do outro. (Relação de adulto para adulto, ou adulto para criança, segundo a idade real dos envolvidos).	Dá pouco afeto e quer receber muito.(Relação de “criança” para adulto, ou de “criança” para “criança”. (Variante: sente que sempre dá pouco -ou muito- além do que recebe).	Dá escasso afeto e quer receber muitíssimo.(Relação de “criança” para “criança”; tem vaga noção do que seja o “adulto”).(Variante: quer dar muito mais - ou receber - que o possível).
3. Reconhece precisar do próximo emocionalmente, procura companhia.	Dificuldade para reconhecer que precisa do semelhante emocionalmente, procura companhia em último recurso.(Variante: sente necessidade de companhia mais que o razoável, dificuldade para estar só).	Muita dificuldade para reconhecer precisar do outro emocionalmente. Sente a proximidade como intromissão. (Variante: extrema dependência emocional, parasita afetivo, não suporta ficar só).
4. Reparte suas posses (materiais, intelectuais, etc.) sem prejudicar-se, com prazer.	Apega-se muito a suas posses (materiais, intelectuais), dificuldade em repartir, teme prejudicar-se.(Variante: distribui o que tem com prodigalidade, prejudica-se)	Agarra-se firmemente a suas posses (materiais, intelectuais) raramente reparte, é avaro.(Variante: incapaz de guardar algo para si, empobrece-se continuamente).
5. Reconhece seu ciúme, inveja, voracidade, mas controla-se, sem sofrer muito (ou fazer sofrer a outrem)	Difícilmente se reconhece e com ciúmes, inveja, voracidade, portanto controla-se pouco, agride outrem (ou se agride) sem clara noção da causa. (Variante: percebe-se muito ciumento, invejoso, voraz, em desproporção às situações, mas controla-se pouco, agride muito.)	Raramente se reconhece com ciúmes, inveja, voracidade, portanto é impulsivo, agride outrem (ou agride) sem conhecimento dos motivos. (Variante: percebe-se com intenso ciúme, inveja, voracidade, e deforma a percepção da situação externa para justificar seus sentimentos.)
6. Está em contato com seus sentimentos de atração ou aversão, de modo geral.	Tem pouco contato com seus sentimentos(idem) ou os capta atenuadamente.(Variante: capta com exagero seus sentimentos.)	Tem nulo contato com seus sentimentos (idem) ou capta-os com íntima intensidade.(Variante: amplifica excessivamente seus sentimentos).

<p>7. Tem contato afetivo com os outros, sente pena, entusiasma-se, vibra em sintonia.</p>	<p>Tem pouco contato afetivo com os outros, poucas situações alheias o afetam e mesmo assim, atenuadamente. (Variante: vibra com exagero face ao semelhante.)</p>	<p>Tem nulo contato afetivo com os outros, ou apenas raras situações alheias o afetam, mas com íntima intensidade ou duração. (Variante: hipersensibilidade com relação ao próximo, sofre e entusiasma-se mais que o protagonista).</p>
<p>8. Tem capacidade de insight, observa-se e conhece varias de suas motivações.</p>	<p>Tem pouca capacidade de insight, raramente faz introspecção, desconhece a maioria de suas motivações. (Variante: exagera tanto a procura de suas motivações que o insight padece por diminuição da ligação com o exterior.</p>	<p>Tem mínima capacidade de insight, suas motivações são praticamente inacessíveis, tem escassa noção do eu real. (Variante: tão obcecado com a busca das razões da própria conduta que perde o contato com o ambiente).</p>
<p>9. É capaz de empatia, capta muitas das motivações alheias.</p>	<p>Tem pouca capacidade de empatia, sendo reduzida a compreensão do próximo. (Variante: faz tal esforço para captar as motivações alheias que geralmente projeta suas próprias motivações).</p>	<p>Tem ínfima capacidade de empatizar com o próximo, raramente compreende os outros e pouco lhe importam as motivações alheias. (Variante: tão ávido de captar as intenções alheias que as distorce quase todas projetivas).</p>
<p>10. Suporta frustração, é capaz de esperar com mínima angústia ou hostilidade.</p>	<p>Pouca tolerância à frustração, reage com muita angústia e hostilidade quando frustrado ou tem de esperar. (Variante: nega a intensidade da frustração passando a tolerar com pouca angústia ou hostilidade).</p>	<p>Mínima tolerância à frustração, explode ou fica intensamente angustiado quando frustrado ou tem de esperar. (Variante: reage com indiferença às frustrações como se nada lhe fizesse falta).</p>
<p>11. Capaz de preservar em propósitos afetivos.</p>	<p>Pouca capacidade de persistir em objetivos afetivos, com alguns fracassos desiste. (Variante: muito perseverante, continua mesmo quando os fatos mostram impossibilidade de êxito).</p>	<p>Quase nula capacidade de persistência afetiva, o mínimo revés o leva a desistir. (Variante: perseverança muito viscosa, continua a perseguir o impossível mesmo com a evidência de inúmeros insucessos).</p>
<p>12. Ansiedade em nível reduzido, habitualmente. Quando angustiado, suporta altos níveis sem descontrolar-se geralmente.</p>	<p>Ansiedade em nível elevado, habitualmente. Quando mais angustiado, descontrola-se, muitas vezes. (Variante: não percebe o nível de ansiedade habitualmente elevado, aparentando calma. Quando mais angustiado, geralmente descontrola-se, traindo a "calma").</p>	<p>Ansiedade sempre em níveis muito elevado, o limiar crítico é baixo. Com pouca ameaça descontrola-se, entra em pânico. (Variante: apático, por forte negação da angústia, quando atingido pode entrar em pânico, desagregar-se).</p>

<p>13. confiante em si e na estabilidade das relações afetivas.</p>	<p>Pouca confiança em si, inseguro, vê com apreensão o futuro dos relacionamentos interpessoais. (Variante: muito confiante em si, imprevidente, expectativas de que sempre será bem sucedido ou perdoado).</p>	<p>Mínima confiança em si, pusilânime, sempre prevendo desastre nos contatos humanos. (Variante: extremamente autoconfiante, aceita qualquer risco, vê o futuro com a certeza do êxito, está certo da impunidade).</p>
<p>14. Respeita-se e respeita os outros, não autoritário, tolerante.</p>	<p>Pseudo autorespeito (idealiza-se), despreza a maioria e exalta alguns poucos. É autoritário e intolerante, de modo geral. (Variante: despreza-se, exagera o valor dos outros, humilha-se, muito transigente).</p>	<p>Idolatra-se incondicionalmente, despreza a todos ou quase todos, às vezes idolatra alguns eleitos. É rigidamente autoritário, fanático. (Variante: considera-se o mais vil de todos, coloca a todos bem acima de si, incapaz de se opor ou opinar, aceita qualquer imposição).</p>
<p>15. Capaz de aprender a relacionar-se melhor a partir das falhas.</p>	<p>Pouca capacidade de aprender com as falhas de relacionamento, repete muitas vezes os mesmos enganos, difícil mudar a conduta. (Variante: quer tanto conseguir um bom relacionamento que sempre muda da atitude sem refletir muito, precipitadamente).</p>	<p>Incapaz de aprender com as falhas de relacionamento, repete rigidamente os mesmos padrões, apesar dos atritos. (Variante: tão ávido de evitar conflitos externos que chega a desindividualizar-se, a concordar com tudo, ser uma sombra do interlocutor).</p>
<p>16. Usa a agressividade construtivamente, não se deixa prejudicar. Quando atacado revida. Não abandona facilmente a luta. Quando derrotado é capaz de recomeçar quando vê mínimas perspectivas de êxito, renuncia.</p>	<p>Pouco uso construtivo da agressividade, defende-se mal. Quando atacado poucas vezes revida. Abandona a luta sem muita resistência. Quando derrotado geralmente não procura novas oportunidades. (Variante: está geralmente se defendendo, prejudica-se pelo zelo de não deixar prejudicar. Revida ao menor ataque, ou indício. Não abandona as lutas mesmo com poucas perspectivas. Raramente aceita a derrota, recomeça sem boas garantias).</p>	<p>Mínimo uso construtivo de agressividade, não se defende. Raramente revida quando atacado. Cede sempre quando diante da agressividade dos outros. Abandona suas posições, não tenta reconquistá-las. (Variante: extremamente defensivo, tem sistemas de segurança rígidos desgastantes. Vê ameaças por toda parte, revida à maior insinuação de risco. Enfrenta qualquer adversário. Destrói-se, mas não abandona suas posições: recomeça as competições mesmo sem haver a mínima oportunidade de vencer).</p>

<p>17. A agressividade destrutiva é mantida em nível reduzido: odeia sem atuar prejudicando em demasia os outros. O ressentimento se desvanece rapidamente.</p>	<p>Agressividade destrutiva em nível elevado: odeia e atua para prejudicar os outros. O ressentimento se mantém por muito tempo.(Variante: agressividade destrutiva muito inibida:odeia e atua de forma indireta, com formações reativas, racionalizações. Não se dá conta de ações destrutivas mantidas pelo ressentimento, aparenta magnanimidade).</p>	<p>Agressividade destrutiva em nível muito elevado: é cheio de ódio por todos, sempre que pode atua destrutivamente. O ressentimento é indelével, nunca se esquece de uma ofensa.(Variante: agressividade destrutiva extremamente dissociada, prejudica os outros sem se dar conta. Não reconhece seu ódio, julga-se um santo. Persegue sem trégua quem o fere com a justificativa de o corrigir).</p>
<p>18. Reconhece a maioria de seus erros, aceita a culpa e responsabilidade por seus atos ou omissões. Tente reparar os danos sem prodigalidade ou parcimônia.</p>	<p>Difícilmente aceita seus erros, recusa a responsabilidade por seus atos ou omissões. Lida com a culpa tentando atribuí-las aos outros. Sempre que pode esquivar-se de reparar os danos que causa.(Variante: está sempre disposto a aceitar acusações, não se defende de injustiças, assume culpa e responsabilidade além do que lhe cabe diretamente. Tenta reparar pagando mais que o prejuízo causado).</p>	<p>Jamais aceita ter errado, tem desculpas para tudo, os outros têm sempre a culpa e responsabilidade por tudo que acontece. Nunca se dispõe a reparar danos, fá-lo sempre forçado.(Variante: acusa-se por tudo de errado que ocorre, julga-se culpado e responsável por acontecimentos que transcendem suas ações e limitações. Dispõe-se a reparar danos que não causou, mesmo à custa de grande sacrifício.)</p>
<p>19.Confia nos outros, não fica muito tenso e prevenido ante desconhecidos.</p>	<p>Desconfia de quem conhece pouco, fica tenso e de sobreaviso ante desconhecidos.(Variante: confia em pessoas que mal conhece, não protege suficientemente seus bens ou intimidade).</p>	<p>Desconfia de todos, com desconhecidos sua tensão e prevenção são intensificados. Nunca consegue confiar integralmente, teme roubo ou traição até dos mais chegados.(Variante: confia em todos, não se protege mesmo de quem já o prejudicou, expõe-se à exploração e ataque).</p>
<p>20. Nos grupos de que faz parte (escola, clube, trabalho, etc.) não se sente perseguido, nem persegue. Trava conhecimento com a maioria, faz amigos, alguns íntimos.</p>	<p>Nos grupos de que faz parte (idem), costuma sentir-se perseguido por alguns, persegue pretextando defesa. Trava conhecimento com poucos, faz algumas amizades superficiais, raramente íntimas.(Variante: nos mesmos grupos considera-se aceito por todos. Trava muitos conhecimentos superficiais, que confunde com a amizade profunda; quando precisa de ajuda mais sólida não encontra).</p>	<p>Nos grupos de que faz parte(idem) costuma sentir-se perseguido pela maioria, persegue alguns quando se sente impune. Trava mínimos conhecimentos, faz raramente amizades, sempre superficiais.(Variante: nos mesmos grupos considera-se estimado e admirado por todos. Conhece e é conhecido por todos; o intercâmbio geralmente é feito por meio de conversação fútil. Ignora o que seja profunda amizade).</p>

<p>21. Tem amor a si próprio. A opinião geral de si mesmo é predominantemente favorável. Julga-se bom e com qualidade, apesar das limitações e falhas reconhecidas. Não exagera (ou diminui) qualidade ou defeitos.</p>	<p>Tem muito amor a uma imagem distorcida de si mesmo. Julga-se muito bom porque exagera suas qualidades e minimiza suas falhas e limitações. (Variante: tem pouco amor por si mesmo é predominantemente desfavorável. Julga-se com pouco valor, raras qualidades, por que exagera suas falhas e limitações).</p>	<p>É apaixonado pela falsa imagem de si mesmo. Considera-se o melhor, ou dos melhores da humanidade. Não há qualidade que não tenha, ou que não possa desenvolver, querendo. Suas limitações sempre podem ser superadas, os defeitos sempre corrigíveis, quando percebidos. (Variante: tem ódio de si mesmo. Julga-se mau ou indigno, destituído de qualidades, cheio de falhas, porque sempre distorce pejorativamente a imagem de si mesmo).</p>
<p>22. Percebe o próximo como pessoa, não objeto para seus fins.</p>	<p>Não tem clareza do próximo como pessoa. Geralmente o objetifica e tenta controlá-lo para seus fins, de dois modos principais: para explorá-lo, enriquecendo-se, poupando-se, gozando sadicamente. (Variante: ser explorado, tentar controlar os outros para ser acusado, fazer-se de vítima, masoquisticamente).</p>	<p>Percebe sempre o próximo como objeto para seus fins. Tenta controlá-lo de dois modos principais: para explorá-lo esgotando-o, escravizando-o. (Variante: Ser explorado, fazendo-se incriminar, ser castigado vigorosamente).</p>

ANEXO C 2 – Setor da Produtividade

Respostas adequadas	Resp. Pouco adequadas	Resp. Pouquíssima Adequadas
1. Atitude geral de satisfação com aquilo que produz.	Atitude geral de pouca satisfação com aquilo que produz. (Variante: atitude geral de satisfação acima do que justificaria sua produção).	Atitude geral de insatisfação com quase tudo aquilo que produz. (Variante: atitude geral de extremo contentamento com o produzido, mesmo se de má qualidade).
2. A produtividade é correspondente (qualitativamente e quantitativamente) ao esperado para a maioria.	A produtividade (quantitativamente e qualitativamente) é menor que a esperada para a maioria. (Variante: produtividade é quantitativamente maior que a esperada para a maioria, mas inferior qualitativamente; ou superior qualitativamente, porém menor quantitativamente).	A produtividade é escassa em quase todos os campos, quer quantitativamente ou qualitativamente. (Variante: grande produtividade de péssima qualidade, ou de ótima qualidade, mas ínfima em quantidade, acarretando prejuízo).
3. É capaz de descansar nas horas de lazer. Sai de férias anualmente, retorna recuperado.	É pouco capaz de descansar, quase sempre procura trabalhar em horas de lazer. Poucos são os anos com férias. (Variante: longa inatividade nas horas de lazer, mas descansando pouco. Tem um ou mais períodos de férias anuais, retorna fatigado).	Não consegue ficar inativo nas horas de lazer, tem sempre de se ocupar de algo. Raramente ou nunca sai de férias. (Variante: ocupa grande parte das horas de lazer dormindo. Sempre que pode tira férias para dormir quase todo o tempo)
4. Consegue desligar-se mentalmente do trabalho quando não está em serviço.	Tem dificuldade para se desligar mentalmente do trabalho. Fica revendo seus afazeres fora do serviço. (Variante: ansioso para se ver longe do trabalho. Evita pensar em trabalho fora do serviço mesmo quando solicitado).	Está sempre ocupando seus pensamentos com o trabalho fora do expediente. Cogita até de problemas que raramente surgiriam. (Variante: nunca pensa no trabalho fora do expediente. Detesta pensar em trabalho fora do serviço, mesmo quando há sérios problemas a resolver.
5. Possui método para trabalhar, é organizado.	Trabalha com pouca sistematização, pouca ordenação das tarefas. (Variante: é minucioso, rígido na organização das tarefas).	Trabalha sem método, desorganizadamente. (Variante: organização das tarefas meticulosa, que consome muita energia, rende pouco a tem mínima flexibilidade para invoções).
6. Ritmo de trabalho pouco oscilante, compatível com esforço moderado e contínuo.	Ritmo de trabalho continuado, mas esforça-se pouco. (Variante: ritmo de trabalho oscilante; alterna muito esforço e longo intervalo de repouso).	Sem oscilações no ritmo de trabalho: pouquíssimo esforço continuamente. (Variante: ritmo de trabalho oscilante, imprevisível. Alterna momentos de grande esforço com longas pausas de inação).

<p>7. É capaz de render mais em emergências sem cair no exagero de estafa.</p>	<p>Consegue aumentar um pouco seu rendimento em emergência, mas à custa de muito cansaço. (Variante: seu rendimento cai nas emergências, apesar de esforçar-se muito).</p>	<p>Consegue ínfimo aumento nas emergências à custa de enorme esforço, ficando esgotado. (Variante: seu rendimento cai muito nas emergências, apesar de esforçar-se até o esgotamento).</p>
<p>8. Planeja suas atividades de modo a não alternar períodos de ociosidade e sobrecarga.</p>	<p>Posterga as tarefas e depois sobrecarrega-se para atender os compromissos. (Variante: muito preocupado em atender os compromissos, sobrecarrega-se continuamente mais que o necessário).</p>	<p>Entrega-se a longa ociosidade, aflige-se no final dos prazos. Sobrecarrega-se em atender a todos os compromissos. (Variante: assume muitos encargos simultaneamente, dispersa energia, não atinge os objetivos).</p>
<p>9. Mantém a atenção de modo constante e não tenso, cometendo poucos erros. Consegue concentrar-se de modo uniforme no conjunto da tarefa.</p>	<p>Dificuldade para concentrar a atenção, dispersa-se facilmente, comete erros. (Variante: grande esforço para concentrar a atenção fatiga-se logo, precisa de pausa de repouso).</p>	<p>Muita dispersividade e distratibilidade. Desliga-se facilmente das situações objetivas, fica divagando. (Variante: com enorme esforço consegue concentrar-se num ponto da situação, mas desatende ao conjunto, falha por parcialidade).</p>
<p>10. Tenta resolver sozinho os problemas do trabalho. Procura e aceita ajuda quando não dá conta por si só.</p>	<p>Sempre tenta resolver sozinho os problemas do trabalho. Reluta em procurar ajuda dos outros e hesita em aceitá-la. (Variante: PE dependente da ajuda dos outros para resolver problemas de alguma importância. Não tenta e não confia nas próprias soluções).</p>	<p>Sempre quer resolver sozinho todos os problemas do trabalho. Não procura ajuda e rejeita a que lhe é oferecida. (Variante: extremamente dependente de outros para lidar com problemas de trabalho. Precisa ser conduzido nos mínimos imprevistos. Exige asseguramento para suas conclusões).</p>
<p>11. Reconhece e aceita as limitações de sua capacidade de realização, bem como a de seus semelhantes.</p>	<p>Tem muita dificuldade para aceitar as limitações de sua capacidade de realização, bem como a de seus semelhantes. Frequentemente está exigindo de si ou dos outros mais que o possível. (Variante: concebe-se e aos outros com capacidade de realização menor que o possível).</p>	<p>Nega suas limitações de realização e a de seus semelhantes. “Explica” as limitações como falhas superáveis tecnicamente ou com mais força de vontade. Geralmente aceita compromissos irrealizáveis, entra em becos sem saídas. (Variante: considera-se – ou a outros – como extremamente incapazes de realizar trabalho exequível).</p>

<p>12. É capaz de aprender com os erros de execução, muda sua técnica de acordo com a experiência.</p>	<p>Pouco capaz de aprender com os erros de execução. Insiste nos mesmos procedimentos apesar dos fracassos. Muda com muita resistência. (Variante: tão preocupado em obter o Maximo resultado que muda várias vezes a técnica de procedimento. Não espera o amadurecimento da experiência para aprender com os resultados).</p>	<p>Raramente capaz de aprender com os erros de execução. Insiste em que a causa das falhas está no objeto e não em seu método. Excepcionalmente muda algo em sua maneira de trabalhar. (Variante: vaga noção de causa e efeito, entre método e erro. Muda suas técnicas ao sabor da moda, sem crítica).</p>
<p>13. Tem expectativa de progresso, quando há alguma perspectiva de evolução. Insiste em melhorar sem obcecar-se.</p>	<p>Tem poucas expectativas de progresso, mesmo quando há favoráveis perspectivas de evolução. Raramente insiste em melhorar. (Variante: espera melhorar muito em relação a ínfimas perspectivas de evolução. Fica empolgado por remotas possibilidades de êxito).</p>	<p>Não tem expectativas de progresso, ainda que as perspectivas sejam muito boas. Não se esforça para melhorar. (Variante: espera progresso em terrenos onde está comprovada a impossibilidade. É um entusiasta do sucesso sem qualquer garantia).</p>
<p>14. Prefere cooperar em vez de competir.</p>	<p>Prefere competir em vez de cooperar. Aceita colaborar quando não há meio de agir sozinho. (Variante: coopera por defensividade, dando pouco de si, sem segurança para defender posição original, submete-se).</p>	<p>Recusa qualquer forma de colaboração: ou vence sozinho, ou fracassa. (Variante: coopera estereotipadamente, é um eco dos outros, não se atreve a contrariar qualquer diretriz).</p>
<p>15. Valoriza sua produção e a de seus colegas. Consegue discernir o que é de boa ou má qualidade, feito por si ou pelos outros.</p>	<p>Valoriza em excesso sua produção e diminui a de seus colegas (ou vice-versa). (Variante: tende a desvalorizar qualquer produção, de quem quer que seja. Tem dificuldade para esperar as boas e más qualidades do produzido).</p>	<p>Valoriza superlativamente sua produção e desdenha a de todos os outros. (ou vice-versa). (Variante: invariavelmente considera desprezível todos as ações, bens materiais e conhecimentos do mundo objetivo. Valoriza extraordinariamente os dons espirituais ou vice-versa).</p>
<p>16. É pouco volúvel em suas preferências de trabalho, sendo estável na carreira, emprego ou profissão.</p>	<p>É volúvel em suas preferências de trabalho. Tem pouca estabilidade em emprego, dificilmente faz carreira. Chega até mesmo a abandonar sua profissão, engajando-se em outros campos. (Variante: é muito estável, sua carreira é penosamente ascendente, mas persiste por teimosia ou medo de fracassar ainda mais noutro trabalho).</p>	<p>É muito volúvel nas preferências de trabalho. Bastante instável nos empregos, não permanece mais que alguns meses, portanto não faz carreira. Quando profissional, muda várias vezes a especialidade ou abandona a profissão. (Variante: é bastante estável nos empregos, à custa de ocupar posições insignificantes, sem nunca fazer carreira, ou então suportando humilhações e exploração no trabalho).</p>

ANEXO C 3 – Setor Sócio-Cultural

Respostas adequadas	Resp. Pouco adequadas	Resp. Pouquíssima Adequadas
<p>1. Atitude geral de aceitação e respeito diante das instituições. Capacidade de crítica construtiva. Faz presente sua participação social dentro das normas legais (voto, filiação a órgãos de classe, etc.).</p>	<p>Atitude geral de aceitação servil das instituições. Ínfima capacidade de crítica construtiva. Faz presente sua participação social, quando obrigatório por lei. (Variante: atitude geral de oposição à maioria das instituições. Capacidade de crítica quase sempre destrutiva).</p>	<p>Atitude geral de aceitação das instituições, sem reservas. Incapaz de fazer qualquer crítica construtiva. Participa automaticamente de atos sociais, extremamente conservador, por inércia. (Variante: opõe-se incondicionalmente a todas as instituições. Somente capaz de crítica destrutiva. Recusa-se à participação social dentro das normas legais, extremamente reformista por negativismo).</p>
<p>2. Interessa-se pelos acontecimentos coletivos próximos e remotos, procura manter-se informado e atualizado.</p>	<p>Pouco interesse pelos acontecimentos coletivos próximos e remotos. Geralmente desinformado e desatualizado. (Variante: tão interessado pelos acontecimentos coletivos que se descuida da vida particular)</p>	<p>Nenhum interesse pelos acontecimentos coletivos. Não procura informar-se ou atualizar-se. (Variante: muito curioso sobre acontecimentos coletivos, mormente os remotos no tempo e no espaço, desliga-se do aqui e do agora).</p>
<p>3. Participa pessoal ou emocionalmente das datas e atos cívicos ou religiosos.</p>	<p>Geralmente não participa pessoalmente e pouco participa emocionalmente das datas e atos cívicos ou religiosos. (Variante: bastante participação pessoal, mas pouca participação emocional nos atos cívicos ou religiosos).</p>	<p>Não participa quer pessoal ou emocionalmente das datas e atos cívicos ou religiosos. (Variante: participação pessoal infalível em qualquer ato cívico ou religioso, mas apenas formal, sem qualquer adesão emocional).</p>
<p>4. Conhece e avalia a importância dos fatos históricos relevantes, dentro das perspectivas local e universal.</p>	<p>Conhece superficialmente e avalia mal a importância dos fatos históricos relevantes. (Variante: bem informado apenas dos fatos históricos relevantes geograficamente próximos e recentes, tendo uma visão parcial, com perspectivas distorcidas).</p>	<p>Não demonstra qualquer interesse pelo passado coletivo, não tem compreensão da sociedade como processo histórico. (Variante: conhece muito apenas um setor dos fatos históricos relevantes, chegando a avaliações grotescas da importância dos acontecimentos no mundo).</p>
<p>5. Aprecia diversões públicas, participa de festas e reuniões sociais com satisfação.</p>	<p>Aprecia pouco diversões públicas, raramente participa de festas ou reuniões sociais. (Variante: muito apegado a divertimentos públicos e privados, permanece em festas e reuniões sociais até o último momento, a ponto de interferir com ocupações do dia seguinte e não ter momentos de reconhecimento consigo e sua família).</p>	<p>Recusa-se a frequentar diversões públicas, evita festas e reuniões sociais. (Variante: entrega-se a diversões compulsivamente, como forma de preencher o tempo, em detrimento do trabalho. Sempre em busca de festas, reuniões sociais e jogos porque não suporta ficar só).</p>

<p>7.É capaz de separar aspectos positivos e negativos das figuras sociais representativas, com relativa isenção ideológica.</p>	<p>Pouco capaz de ver os aspectos positivos e mais inclinados a ver (e aumentar) os aspectos negativos dos atos da figuras sociais representativas. (Variante: capaz de ver – e exagerar – aspectos positivos e pouco ver – e desculpar – os aspectos negativos atos das figuras sociais representativas).</p>	<p>Incapaz de ver qualquer aspecto positivo nos atos das figuras sociais representativas. (Variante: incapaz de qualquer aspecto negativo nos atos das figuras sociais representativas).</p>
<p>8. Aceita e respeita a maioria dos costumes e adota padrões de comportamento da cultura.</p>	<p>Aceita mas não respeita a maioria dos costumes e adota padrões de comportamento da cultura por conveniência. (Variante: rejeita e despreza muitos costumes, adota padrões de comportamento moderadamente provocadores e hostis à cultura).</p>	<p>Aceita sem crítica todos os costumes e adota rigidamente todos os padrões da cultura. (Variante: rejeita e despreza todos os costumes, adota padrões de comportamento francamente hostis à cultura).</p>
<p>9. Pauta sua conduta de acordo com as leis, por aceitação do Direito.</p>	<p>Pauta sua conduta de acordo com as leis por temor das sanções. (Variante: pauta sua conduta de acordo com as leis por oportunismo. Transgredir as que acarretam sanções menos graves quando acredita ficar impune).</p>	<p>Obedece tão rigidamente às leis que sua intransigência contraria espírito da justiça. (Variante: desobedece às leis vigentes, considera o Direito uma farsa, situa-se fora e acima da lei, ou pretende ditar suas próprias).</p>
<p>10. Seu sistema de valores está impregnado dos princípios universais dos direitos humanos, com destaque (mesmo intuitivo e não sofisticado) para o reconhecimento do valor da liberdade e a tolerância, igualdade e justiça, respeito e estima pelo ser humano em si mesmo.</p>	<p>Seu sistema de valores não aceita a universalidade dos direitos humanos, mas a atribuição (mesmo intuitiva e não sofisticada) de direitos segundo categorias (classes, nações, raças, casta, etc.). Desconfia da liberdade e reduz a tolerância; recusa a igualdade e condiciona a justiça; respeita e estima apenas o ser humano de dada categoria. (Variante: seu sistema de valores exagera em parte os princípios universais dos direitos humanos, surgindo confusão entre: liberdade e invasão do campo particular; tolerância e permissividade sem limites; igualdade e resistência a aceitar diferença de competência, justiça e participação no que não lhe pertence).</p>	<p>Seu sistema de valores é muito parcial e extremado. Idolatra um grupo em detrimento do resto. Assim justifica a imposição e a intolerância; a escravidão e o privilégio; o desprezo e o ódio por dada categoria. (Variante: seu sistema de valores é uma aberração dos direitos universais humanos, havendo a troca da liberdade por ausência de limites; tolerância por indiferença, igualdade por ausência de diferença em qualquer campo; justiça por impunidade).</p>
<p>11. Não é conformista, sendo capaz de se por e lutar contra atos ou situações que interfiram com os direitos universais do homem.</p>	<p>É conformista, só consegue esboçar débil oposição contra atos ou situações que interfiram com os direitos universais do homem. (Variante: é rebelde, insurge-se contra atos ou situações que não interferem com os direitos humanos, mas suspeita que possam futuramente ameaçá-lo).</p>	<p>É extremamente conformista, aceitando sem oposição qualquer ato ou situação prejudicial aos direitos universais do homem. (Variante: é um opositor rígido, interpretando sistematicamente qualquer regulamento como uma violação dos direitos universais humanos).</p>

ANEXO C 4 – Setor Orgânico

Respostas adequadas	Resp. Pouco adequadas	Resp. Pouquíssima Adequadas
1. Sono sem perturbações do ritmo, suficiente para repousar, despertar descansado.	Habitualmente sono com ritmo perturbado. Dificuldade para iniciar o sono ou permanecer dormindo. Pela manhã, levanta-se cansado. (Variante: dorme muito e apesar disso continua a se sentir sonolento durante o dia).	Habitualmente muita perturbação do ritmo do sono. Passa muito tempo sem conseguir adormecer, ou desperta após algum tempo de sono e não consegue mais dormir. É cronicamente fatigado. (Variante: precisa quando adulto de 10 ou mais horas de sono por dia, e às vezes adormece fora do período habitual de sono).
2. Alimentação suficiente para dar prazer e manter a saúde.	Alimentação reduzida por insuficiência de apetite. (Variante: come mais que o necessário, difícil conter a gula, está no limite de obesidade).	Alimentação escassa, por falta de apetite. Prejudica sua saúde, tem peso bem abaixo do normal. (Variante: come excessivamente, não controla a gula, é obeso).
3. Asseado, cuida da aparência, faz algum exercício para manter a forma física.	Pouco asseado, cuida pouco da aparência, raramente faz exercício, sem preocupação com a manutenção da forma física. (Variante: exagera no asseio, no cuidado com a aparência, muito preocupado com a forma física, muito dedicado ao corpo).	Sem asseio, desleixa-se com a aparência, não faz exercícios, desdenha a manutenção da forma física. (Variante: obcecado com a limpeza, extrema dedicação à aparência, exagera nos exercícios físicos, coloca o corpo acima de tudo)
4. Sexualidade: potente, orgasmo satisfatório, necessidade em períodos regulares.	Sexualidade: potência irregular, problemas com início ou manutenção da ereção, orgasmo insatisfatório, necessidade em períodos irregulares. (Na mulher, frigidez parcial, dor ao coito, orgasmo raramente). (Variante: muita atração pela sexualidade, ereção e excitação frequentes, apesar de copular ou masturbar-se amiúde. Orgasmo não lhe traz sensação de plenitude).	Sexualidade: impotência completa, ou parcial. Dificilmente consegue ereção; ejaculação precoce, ou incapacidade para concluir o ato sexual. Orgasmo raramente, com sensação de frustração, enfado ou culpa. (Na mulher frigidez total, fortes dores ao coito, aversão à sexualidade, habitualmente ausência de excitação). (Variante: extrema avidez sexual, mente ocupada constantemente com a sexualidade, excitação contínua, desejo constantemente despertado por qualquer pessoa. Copula ou masturba-se mais de uma vez por dia, permanecendo insatisfeito).
5. Funções: digestivas, respiratórias, circulatórias, urinárias, nervosas, hormonais, etc., sem perturbação contínua, não prejudicando a eficácia da adaptação geral da pessoa. Sentimento de bem-estar físico.	Idem, com hipofunção moderada. (Variante: hiperfunção moderada). Resultando prejuízo moderado ao funcionamento orgânico da pessoa. Sentimento de bem-estar físico parcialmente perturbado).	Idem, com hipofunção severa. (Variante: hiperfunção severa, Resultando prejuízo severo do funcionamento orgânico da pessoa. Sentimento de mal-estar físico frequente).

<p>6. Órgãos: músculos, esqueletos, órgãos sensoriais, epiderme, órgãos internos estruturalmente em bom estado ou com alteração não incapacitante ou dolorosa que interfira com o funcionamento de outros setores adaptativos.</p>	<p>Idem, com lesões ou com hipotrofia moderada. (Variante: hipertrofia moderada). Resultado: prejuízo moderado à adequação no setor orgânico. Sentimento de inferioridade física.</p>	<p>Idem, com hipotrofia, lesão ou dor severa. (Variante: hipertrofia severa, podendo acarretar lesão incapacitante e/ou dor severa). Resultado: prejuízo severo à adequação orgânica. Sentimento de extrema inferioridade ou inadequação física.</p>
--	---	--

ANEXO C 5 - Quantificação dos Setores Adaptativos AR e PR (Simon, R.- Psicoterapia Breve Operacionalizada: teoria e pratica, pg. 27–1ª Ed– São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005).

Pontuação conforme adequação

Setor	Adequado	Pouco	Pouquíssimo
AR	3	2	1
PR	2	1	0,5

Redefinição da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada
Classificação quantitativa (Simon,R. - Psicoterapia Breve Operacionalizada: teoria e Pratica, pg.27 - 1ª ed. - São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005).

Grupo	Classificação Diagnóstica	Soma	Pontuação
1	Adaptação Eficaz	(ambos adequados) AR adeq.+ PR. Adeq.= 3+2 =	5,0
2	Adaptação Ineficaz Leve	(AR [ou PR] adeq. + AR [ou PR} pouco adeq.) AR pouco adeq. + PR adeq. = 2+2 = Ou AR adeq. + PR pouco adeq. = 3+1 =	4,0 4,0
3	Moderada	(ambos pouco adeq.) AR pouco adeq. + PR pouco adeq. =2+1 = (ou 1 adequado + 1 pouquíssimo) AR adeq. + PR pouquíssimo = 3+ 0,5 = Ou AR pouquíssimo + PR pouquíssimo = 1+2 =	3,0 3,5 3,0
4	Severa	(1 pouquíssimo = 1 pouco adeq.) AR pouquíssimo + PR pouco = 1+1 = ou AR pouco + PR pouquíssimo = 2,0+0,5=	2,0 2,5
5	Grave	(2 pouquíssimo adequados) AR pouquíssimo + PR pouquíssimo =1+0,5=	1,5

ANEXO D – Folha de Diagnóstico EDAO**FOLHA de DIAGNÓSTICO EDAO**

NOME: _____

IDADE: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

OCUPAÇÃO: _____

Dados Relevantes por setor:

Afetivo-relacional:

Produtividade:

Sócio-cultural:

Orgânico:

Setor \ Adequação	Adequação			
	Adequado	Pouco Adequado	Pouquíssimo Adequado	Em crise
Afetivo-relacional				
Produtividade				
Sócio-cultural				
Orgânico				

(Símbolo da adequação setor Afetivo-relacional: adequado+++; pouco adequado++; pouquíssimo adequado+)

Operacionalização diagnóstica:

Adaptado eficaz: 4,0 (+++)

Adaptado não-eficaz moderado: 1 ou mais (++) ; e/ou: 1(+) mais 3 (+++)

Adaptado não-eficaz severo: 1 (+) e 1 ou mais (++) ; e/ou: 2 ou mais (+)

Diagnóstico simples

Adaptação Eficaz Grupo I []	Adaptação Ineficaz Leve Grupo II []	Adaptação Ineficaz Moderada Grupo III []
Adaptação Ineficaz Severa Grupo IV []	Adaptação Ineficaz Grave Grupo V []	Em Crise Grupo VI []

Diagnóstico completo

Adaptação : _____ Eficaz: _____ crise, grupo _____

(A-R _____ Pr _____ S-C _____ Or _____)

ANEXO E – Quociente Sexual Masculino - QS-M**Quociente Sexual Masculino – QS-M**

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

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 0= nunca | 3 = aproximadamente 50% |
| 1 = raramente | 4 = na maioria das vezes |
| 2 = às vezes | 5 = sempre |

1. Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?
0 1 2 3 4 5
2. Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?
0 1 2 3 4 5
3. As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua (seu) parceiro (o)?
0 1 2 3 4 5
4. Seu desempenho sexual varia conforme sua (seu) parceira (o) seja ou não capaz de se satisfazer e chegar ao orgasmo durante o ato sexual com você?
0 1 2 3 4 5
5. Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?
0 1 2 3 4 5
6. Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?
0 1 2 3 4 5
7. Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?
0 1 2 3 4 5
8. Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?
0 1 2 3 4 5
9. Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?
0 1 2 3 4 5
10. Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?
0 1 2 3 4 5

ANEXO F – Questionário de Incontinência Urinária na forma simples ICIQ-SF

ICIQ-SF EM PORTUGUÊS	
<p>Nome do Paciente: _____ data de hoje: __/__/__</p> <p>Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e quando isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder as seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.</p>	
<p>1. Data de Nascimento: __/__/__ (Dia/ Mês/ Ano)</p> <p>2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/></p>	
<p>3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)</p> <p style="text-align: center;">Nunca <input type="checkbox"/> 0</p> <p style="text-align: center;">Uma vez por semana ou menos <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;">Duas ou três por semana <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: center;">Uma vez ao dia <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: center;">Diversas vezes ao dia <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: center;">O tempo todo <input type="checkbox"/> 5</p>	
<p>4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. (assinale uma resposta)</p> <p style="text-align: center;">Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</p> <p style="text-align: center;">Uma pequena quantidade <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: center;">Uma moderada quantidade <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: center;">Uma grande quantidade <input type="checkbox"/> 6</p>	
<p>5. Em geral, quanto que perde urina interfere sua vida diária? Por favor, circule um numero entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito).</p> <p style="text-align: center;">O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Não interfere interfere muito</p>	
<p>ICIQ SCORE: soma dos resultados 3+4+5= _____</p>	
<p>6. Quando você perde urina? (Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a você).</p> <p>Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>Perco quando tusso ou espirro <input type="checkbox"/></p> <p>Perco quando estou dormindo <input type="checkbox"/></p> <p>Perco quando estou fazendo atividades físicas <input type="checkbox"/></p> <p>Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo <input type="checkbox"/></p> <p>Perco sem razão obvia <input type="checkbox"/></p> <p>Perco o tempo todo <input type="checkbox"/></p>	

ANEXO G – Escala de Avaliação Mini-exame de Estado Mental - MEEM**Mini-exame de estado mental (MEEM)**

Paciente: _____

Data de avaliação: _____ Avaliador: _____

Orientação

- | | |
|---|-----|
| 1) Dia da Semana (1 ponto) | () |
| 2) Dia do Mês (1 ponto) | () |
| 3) Mês (1 ponto) | () |
| 4) Ano (1 ponto) | () |
| 5) Hora aproximada (1 ponto) | () |
| 6) Local ⁴ específico (andar ou setor) (1 ponto) | () |
| 7) Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) | () |
| 8) Bairro ou rua próxima (1 ponto) | () |
| 9) Cidade (1 ponto) | () |
| 10) Estado (1 ponto) | () |

Registro

Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL. Pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: _____

⁴ Local para consultas no Hospital ou outra instituição!

Atenção e Cálculo

Subtrair: $100-7$ (5 tentativas: $93 - 86 - 79 - 72 - 65$)

(1 ponto para cada cálculo correto) ()

Alternativo⁵: soletrar MUNDO ao contrario

Evocação

Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente

(1 ponto por palavra) ()

Linguagem

1) Identificar um relógio e uma caneta (2 pontos) ()

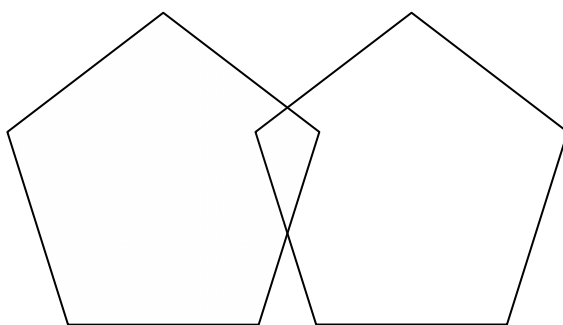
2) Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto) ()

3) Seguir o comando de três estágios: “Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão” (3 pontos) ()

4) Ler “em voz baixa” e executar: “**Feche os olhos**” (1 ponto) ()

5) Escrever uma frase (um pensamento, idéia completa) (1 ponto) ()

6) Copiar um desenho (1 ponto) ()



Total: _____

⁵ **Alternativo** é usado quando o entrevistado erra JÁ na primeira tentativa, OU acerta na primeira e erra na segunda. SEMPRE que o alternativo for utilizado, o escore do item será aquele obtido com ele. NÃO IMPORTA SE A PESSOA REFERE OU NÃO FAZER CÁLCULOS – de qualquer forma se inicia o teste pedindo que faça a subtração inicial. A ordem de evocação tem que ser exatamente igual à da apresentação!

ANEXO H - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo



APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **11/04/2012**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **093/12** intitulado: **"IMPACTO E ADAPTAÇÃO ÀS ALTERAÇÕES URINÁRIAS E SEXUAIS DECORRENTES DA PROSTATECTOMIA RADICAL"** apresentado pelo **Departamento de CIRURGIA**

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, 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").

O pesquisador deverá aguardar a aprovação da CONEP para iniciar a pesquisa.

Pesquisador (a) Responsável: Marcos Francisco Dall'Oglio

Pesquisador (a) Executante: Georgia Mayumi Aoki Iema

CEP-FMUSP, 12 de Abril de 2012.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa