

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTES SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA

Health-related quality of life in patients undergoing prostatectomy

Como citar este artigo

Massa DC, Nicolussi AC, Mendes LC, Barbosa MH, Barichello E. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes submetidos à prostatectomia. Rev Norte Mineira de enferm. 2022; 11(1):34-43.



Autor correspondente

Elizabeth Barichello
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Correio eletrônico: lizabarichello@hotmail.com

Danielle Campos Massa¹, Adriana Cristina Nicolussi², Lorena Campos Mendes³, Maria Helena Barbosa⁴, Elizabeth Barichello⁵.

1. Mestre em atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM, Uberaba-MG, BR. dcamposmassa@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0265-2577.
2. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Professora da Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM, Uberaba-MG, BR. drinicolussi@yahoo.com.br, ORCID: 0000-0001-5600-7533.
3. Doutora em atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM, Uberaba-MG, BR. lorena_camposmendes@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-6227-7502
4. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Professora da Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM, Uberaba-MG, BR. mhelena331@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-2749-2802
5. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Professora da Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM, Uberaba-MG, BR. lizabarichello@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-7764-032X

DOI: <https://doi.org/10.46551/rnm23173092202200106>

Objetivo: avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes em pós-operatório tardio de prostatectomia e os fatores associados a possíveis alterações nos padrões urinários, intestinal, sexual e hormonal. **Método:** trata-se de estudo observacional transversal com abordagem quantitativa. Utilizou-se um instrumento para caracterização sociodemográfica e clínica e o questionário Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC). Empregou o teste para postos de *Mann-Whitney* e correlações de *Pearson* e *Spearman*. Foi considerado um nível de significância de $\alpha=0,05$. **Resultados:** participaram do estudo 70 pacientes, com idade média de 67 anos, sem antecedentes familiares com câncer de próstata, casados, brancos, aposentados. 11,4% relataram muito problemático para a função urinária; 4,3% moderadamente problemático para hábito intestinal e 47,1% muito problemático para a função sexual. **Conclusão:** o maior impacto na QVRS do paciente prostatectomizado foi a função sexual. Avaliar a QVRS é importante para verificar os resultados obtidos a partir dos tratamentos disponíveis.

DESCRITORES: Qualidade de vida. Prostatectomia. Disfunção erétil. Incontinência urinária. Reabilitação.

Objective: to evaluate the health-related quality of life (HRQoL) of patients in late postoperative period of prostatectomy and factors associated with possible changes in urinary, bowel, sexual and hormonal patterns. **Method:** this is a cross-sectional

observational study with a quantitative approach. An instrument for sociodemographic and clinical characterization and the Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC)

questionnaire were used. The *Mann-Whitney test* for ranks and *Pearson* and *Spearman* correlations were employed. A significance level of $\alpha=0.05$ was considered. **Results:** 70 patients, mean age 67 years, with no family history of prostate cancer, married, white, retired, participated in the study. 11.4% reported very problematic for urinary function; 4.3% moderately problematic for bowel habit and 47.1% very problematic for sexual function. **Conclusion:** the greatest impact on the HRQoL of prostatectomized patients was sexual function. Assessing HRQoL is important to verify the results obtained from the available treatments.

KEYWORDS: Quality of life. Prostatectomy. Erectile dysfunction. Urinary Incontinence. Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

O câncer nas últimas décadas tem ganhado ampla dimensão, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial, destacando-se por sua relevância clínica e epidemiológica. Ressalta-se que a carcinogênese é um processo complexo, caracterizado pela capacidade de reprodução descontrolada das células neoplásicas, resultando em tumores, que podem ou não invadir órgãos e tecidos adjacentes ou distantes.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), no Brasil, o câncer de próstata (CaP) é o segundo tipo de neoplasia maligna mais frequente no sexo masculino, atrás apenas do câncer de pele não melanoma, sendo a taxa de incidência maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento. Destaca-se que a elevação das taxas de incidência desse câncer no Brasil está relacionada ao aumento da expectativa de vida e à melhoria da qualidade dos métodos diagnósticos e dos sistemas de informação ⁽¹⁾.

Em relação às estimativas, dados do INCA apontam para 65.840 novos casos de câncer de próstata a cada ano, entre 2020 e 2022. Nos Estados Unidos, o CaP é responsável pela segunda causa de morte por câncer entre os homens, sendo que, em 2017, cerca de 161.360 homens foram diagnosticados com CaP e aproximadamente 26.730 evoluíram para óbito ⁽²⁻³⁾.

Neste contexto, o aumento da idade, mais frequente entre homens acima de 65 anos; a etnia, mais comum e agressivo entre a raça negra, e a genética são fatores de risco bem definidos para o CaP. Ressalta-se que o CaP é passível de prevenção e pode ser evitado se for diagnosticado precocemente. Assim, destaca-se a triagem com o antígeno prostático específico (PSA), permitindo que esta patologia seja diagnosticada em estágios cada vez mais iniciais, e seja potencialmente tratável ⁽⁴⁻⁵⁾.

Atualmente, o Índice de Saúde da Próstata (ISP) é um dos novos marcadores mais promissores do CaP, pois, de acordo com estudos, tem alta especificidade, podendo detectar carcinomas agressivos, em que tumores maiores que 0,5 cm³ têm valores de ISP significativamente maiores que tumores com volume menor, contribuindo para que o número de biópsias, muitas vezes desnecessárias, seja reduzido ⁽⁶⁾.

Cabe ressaltar a importância das Políticas Públicas de Saúde neste cenário, atuando como protagonista na promoção de uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil. Neste contexto, surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem criada com o objetivo de promover qualidade de vida para a população masculina visando à atenção integral do cuidado, visto que, grande parte da população masculina não realiza medidas de prevenção primária, resultando em muitos agravos, que poderiam ser evitados ⁽⁷⁾.

A literatura aponta que a população masculina busca o serviço de saúde tardiamente, em estágios já avançados do adoecimento, sendo que esse fato está relacionado à resistência dos homens na busca por cuidados preventivos e primários devido a questões culturais que estabelecem uma dissociação entre os valores de masculinidade e fragilidade representada pela doença ⁽⁸⁾.

Em relação a terapêutica, destaca-se a Prostatectomia Radical (PR) como uma opção para o tratamento do CaP localizado que consiste na ressecção completa da próstata, uretra prostática, vesículas seminais e ampolas dos ductos deferentes, associada ou não à realização de linfadenectomia bilateral. A PR é indicada como tratamento padrão-ouro e é frequentemente utilizada para o tratamento do CaP em tumores com estadiamento T1 e T2, ou seja, limitados à próstata⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Embora a PR seja considerada um tratamento de sucesso contra o câncer de próstata localizado, com taxas de sobrevida de 10 anos, é frequentemente acompanhada por efeitos colaterais a longo prazo, podendo ocasionar disfunção urinária e sexual, impactando negativamente na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) do paciente⁽¹¹⁾, considerando que este termo se aplica aos aspectos essencialmente correlacionados às enfermidades e/ou às intervenções de saúde.

Sob esta perspectiva, a PR pode ser vista como uma transição psicossocial, ou seja, um evento de alteração da vida que cria perdas sexuais e psicossociais, introduzindo a tristeza e o luto como processo de mudança. Neste contexto, as estratégias de enfrentamento que ajudam na recuperação incluem otimismo, humor, aceitação, afeto, paciência, comunicação sobre perdas, mudanças sexuais e participação do homem em atividades de reabilitação⁽¹²⁾.

Durante o tratamento do CaP, a satisfação e a QVRS do paciente são afetadas, pois o resultado muitas vezes será dor ao urinar, incontinência urinária, disfunção sexual e alterações intestinais. Assim, os relatos do paciente são uma fonte valiosa de informação em saúde a respeito das preocupações relacionadas à doença, pois contribuem para um melhor cuidado por parte dos profissionais de saúde, a partir de ações centradas no paciente, reduzindo as angústias e melhorando a comunicação entre cuidador e paciente⁽¹³⁾.

Sob este prisma, um dos desafios da Enfermagem é manter os pacientes confortáveis e com uma boa perspectiva de qualidade de vida relacionada à saúde, mesmo que a doença se encontre em estágio avançado com pouco potencial de cura. É a equipe de enfermagem que passa a maior parte do tempo com o paciente, vivenciando os efeitos colaterais e impactantes ao paciente, relacionados ao tratamento. Assim, fornecer apoio emocional, empatia e saber ouvir o paciente e a família são importantes para a evolução do tratamento⁽¹⁴⁾.

Diante o exposto e levando em consideração a importância do assunto, o objetivo do trabalho foi avaliar a QVRS de pacientes que se encontram no pós-operatório tardio de prostatectomia e os fatores associados a possíveis alterações nos padrões urinários, intestinal, sexual e hormonal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de delineamento transversal e analítico, utilizando dados quantitativos. Foi realizado com pacientes que se submeteram à PR em dois hospitais do interior de Minas Gerais. Os critérios de inclusão foram pacientes em pós-operatório com três meses ou mais de PR e apresentar condições físicas e cognitivas para entender e responder aos questionários. Os critérios de exclusão foram pacientes com período inferior a três meses da realização da PR.

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

Para o alcance do objetivo proposto, foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados, sendo um roteiro de entrevista, elaborado pelas pesquisadoras para caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes, composta pelas variáveis: Idade, data do diagnóstico, antecedentes familiares, data da realização da PR, escolaridade, estado civil, cor da pele, situação atual de trabalho, local de trabalho (se ativo), jornada semanal de trabalho, alterações no trabalho após o diagnóstico da doença, renda mensal em salários mínimos e o número de pessoas que vivem dessa renda.

O segundo instrumento utilizado foi o questionário *Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC)*, desenvolvido por pesquisadores do Departamento de Urologia da Universidade de Michigan, nos Estados Unidos, considerado um robusto instrumento para avaliar a QVRS em pacientes com CaP⁽¹⁵⁾. Foi validado para o português e adaptado ao contexto brasileiro, que consiste em uma ferramenta para medir questões relacionadas à QVRS em pacientes com CaP. Ressalta-se que quando comparados os dados adaptados ao contexto brasileiro com a versão original, observou-se que são semelhantes, sem

diferenças significativas. Os resultados obtidos são consistentes com o original e indicam equivalência com a versão brasileira, com confiabilidade adequada e alta sensibilidade a alterações ⁽¹⁶⁾.

O instrumento é composto por 32 questões divididas em quatro domínios: função urinária, com sete; hábitos intestinais, com nove; função sexual, com nove, e função hormonal, com seis questões, finalizando com uma questão que avalia o grau de satisfação em relação ao tratamento. As opções de resposta para cada item do *EPIC* formam uma escala *Likert*, o instrumento varia de 0 a 100 pontos e pontuações mais altas representam melhor qualidade de vida ⁽¹⁶⁾.

A coleta de dados foi realizada em sala própria no ambulatório, antes de se iniciar a consulta médica. Após esclarecimento ao paciente e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os instrumentos foram aplicados pela própria pesquisadora, que realizava a leitura de cada item em voz alta e selecionava a alternativa que o paciente julgasse pertinente.

Os dados obtidos a partir do roteiro de entrevista e do instrumento *EPIC* foram digitados em uma planilha de dados eletrônicos, no programa Excel, validados por dupla digitação e, posteriormente, importados para o aplicativo *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0, para processamento e análise.

Os dados do roteiro de entrevista foram submetidos à análise descritiva, por meio de tabelas de frequência absoluta e relativa. Os escores originais do *EPIC* foram transformados linearmente numa escala que varia de 0 a 100, conforme orientações apresentadas no manual do instrumento. Posteriormente, foi calculada a média dos escores em cada um dos domínios para cada participante.

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

A análise bivariada para preditores dicotômicos empregou o teste para postos de *Mann-Whitney*, ao passo que a análise de preditores quantitativos e ordinais incluiu, respectivamente, correlações de *Pearson* e de postos de *Spearman*. A contribuição simultânea de preditores demográficos e clínicos incluiu a análise de regressão linear múltipla. Este trabalho considerou o nível de significância de $\alpha = 0,05$.

Esta pesquisa foi desenvolvida dentro dos padrões éticos segundo as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, por meio da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde com parecer de número 2.448.015.

RESULTADOS

Tabela 1 - Distribuição das frequências das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variáveis (n=70)	f	%
Faixa Etária		
< 50	1	1,4
50 60	10	14,3
61 70	35	50,0
71 80	21	30,0
> 80	3	4,3
Antecedentes Familiares		
Não	55	78,6
Sim	15	21,4
Grau de Escolaridade		
Analfabeto	6	8,6
1º grau incompleto	54	77,1
1º grau completo	4	5,7
2º grau completo	6	8,6

continuação da tabela.

Estado Civil		
Solteiro	13	18,6
Casado	41	58,5
Divorciado	9	12,9
Viúvo	7	10,0
Cor da Pele		
Branco	51	72,9
Negro	19	27,1
Situação atual de trabalho		
Ativo	11	15,7
Afastado	6	8,6
Desempregado	1	1,4
Aposentado	52	74,3
Jornada de trabalho semanal		
Nenhuma	58	82,9
20 h	1	1,4
30 h	1	1,4
40 h	6	8,6
45 h	3	4,3
55 h	1	1,4
Alterações no trabalho após o diagnóstico		
Não se aplica	58	82,9
Não	9	12,9
Sim	3	4,2
Renda mensal		
Nenhuma	1	1,4
1 salário mínimo	53	75,7
2 a 3 salários mínimos	15	21,5
4 a 5 salários mínimos	1	1,4
Total de pessoas que vivem dessa renda		
Até 1	18	25,8
2 a 3	43	61,4
3 a 6	8	11,4
6 a 10	1	1,4

Fonte: Elaborado pelos Autores, 2018.

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

Dos 70 pacientes incluídos no estudo, a idade variou de 45 a 86 anos, sendo a média de 67 anos (84,3% acima de 60 anos), 55 (78,6%) pacientes sem antecedentes familiares de CaP, 41 (58,5%) casados e 51 (72,9%) se auto declararam brancos (72,9%), 54 (77,1%) dos pacientes disseram possuir primeiro grau incompleto e 53 (78,7%) ter renda mensal de um salário. Quanto ao vínculo empregatício, a maioria, 52 (74,3%) era aposentada e 9 (12,9%) pacientes relataram que não houve alteração no trabalho após o diagnóstico da doença.

Ao avaliarmos os resultados do EPIC em relação a função urinária observamos que dos 70 participantes, 33 (47,1%) relataram que raramente ou nunca houve escape de urina e 18 (25,7%) relataram que há escape de urina mais de uma vez ao dia. Outros 33 pacientes (47,1%) também disseram ser nada problemático o escape de urina e 13 (18,6%) disseram ser muito problemático.

Verificou-se que 67 participantes (95,8%) referiram que raramente ou nunca tiveram hematúria e este mesmo número relatou que este fator é nada problemático. Do total de pacientes, 49 (70,0%) raramente ou nunca apresentaram dor ou ardor ao urinar e 11 (15,8%) apresentaram dor ou ardor ao urinar mais de uma vez por semana, sendo que 50 deste (71,4%) disseram que este fator é nada problemático e 8 pacientes (11,4%) disseram que é muito problemático.

Em relação ao controle urinário, 34 (48,5%) participantes do estudo relataram apresentar controle total urinário e 23 (32,9%) apresentaram gotejamento ocasional, sendo que 53 (75,7%) referiram que não necessitam usar nenhuma fralda durante o dia. Neste estudo, 46 pacientes (65,7%) não apresentaram problemas em relação ao jato de urina ser fraco e 9 (12,9%) disseram ser moderadamente problemático.

Em relação a acordar frequentemente para urinar, 23 (32,9%) disseram não ser problemático, 19 (27,1%) muito pouco problemático e 12 (17,1%) muito problemático. Quando à necessidade frequente de urinar durante o dia, 29 (41,4%) disseram ser nada problemático, 17 (24,3%) muito pouco problemático e 12 (17,1%) pouco problemático. No geral, a função urinária foi classificada como não problemática por 19 (27,1%) pacientes e muito problemática por 8 (11,4%).

As respostas do EPIC quanto aos hábitos intestinais, 66 (94,3%) participantes raramente ou nunca apresentaram urgência em evacuar e 70 (100%) relataram não ter sido nada problemático este item.

Um total de 68 (97,1%) pacientes nunca apresentaram fezes com sangue e 69 (98,6%) disseram que este fator não foi nada problemático. Destes, 54 (77,1%) nunca tiveram evacuações dolorosas e 13 (18,6%) raramente apresentaram evacuações dolorosas. No geral, os hábitos intestinais, não foram problemáticos para 58 (82,9%) e para 8 participantes (11,4%) muito pouco problemáticos.

As respostas da Função sexual no estudo mostraram que 28 (40%) participantes referiram que o nível de desejo sexual após a PR se manteve muito bom, 27 (38,6%) disseram estar bom e 10 relataram estar deficiente (14,3%), sendo que 30 pacientes (42,9%) disseram ser nada problemático, 15 (21,4%) pouco problemático e 6 (8,6%) muito problemático.

Em relação à capacidade de ter uma ereção, 37 (52,9%) disseram ser muito deficiente a nulo e 7 (10%) bom. Trinta e cinco pacientes (50%), classificaram como muito problemática a capacidade de ter uma ereção e 14 (20%) classificaram como pouco problemática.

Observamos também que 40 (57,2%) participantes relataram ser muito deficiente a nulo a capacidade de ter um orgasmo e apenas 7 (10%) referiram boa capacidade. Trinta e cinco (50%) dos pacientes, alegaram ser muito problemática, 14 (20%) pouco problemática e 10 (14,3%) muito pouco problemática.

Em relação à qualidade das ereções, 40 (57,1%) referem ter absolutamente nenhuma e apenas 9 (12,9%) estão bem-dispostos para a relação sexual. Trinta e oito pacientes (54,3%) nunca tiveram uma ereção quando queriam, 15 (21,4%) tiveram menos da metade das vezes e 7 (10%) conseguiam toda vez.

Dos participantes, 51 (72,9%) nunca acordaram de manhã ou à noite com uma ereção, 44 (62,9%) não possuíam qualquer atividade sexual, 15 (21,4%) realizavam atividade sexual menos de uma vez por semana e 2 (2,9%) várias vezes por semana. Já 46 (65,7%) não possuíam nenhuma relação sexual, 13 (18,6%) menos de uma vez por semana e 3 (4,3%) várias vezes por semana. Em relação à capacidade do desempenho sexual, 42 pacientes (60%) referiram ser muito pobre, 12 (17,1%) razoável e 2 (2,9%) muito bom. No geral, a função sexual foi classificada como muito problemática por 33 participantes (47,1%), 13 (18,6%) disseram ser pouco problemática e 10 (14,3%) moderadamente problemática.

Em relação à função hormonal, 49 (70%) referiram que raramente ou nunca tiveram ondas de calor, apenas 9 (12,9%) relataram ter mais de uma vez por semana e 5 (7,1%) cerca de uma vez ao dia. Cinquenta e seis pacientes (80%) disseram que as ondas de calor não foram nada problemáticas.

Raramente ou nunca apresentaram sensibilidade nas mamas 100% dos pacientes, resultando em nada problemático em relação a este item. Verificou-se que 55 (78,6%) raramente ou nunca se sentiram deprimidos, 6 (8,6%) cerca de uma vez por semana e 4 (5,7%) se encontraram deprimidos mais de uma vez ao dia. Sendo que para 57 pacientes (81,4%) não foi nada problemático e para 6 pacientes (8,6%) muito problemático.

Raramente ou nunca sentiram falta de energia para desenvolver suas atividades diárias 54 pacientes (77,1%) e apresentam falta de energia mais de uma vez por semana 9 (12,9%). Sendo que 58 (82,9%) disseram ser nada problemática a falta de energia e 5 (7,1%) disseram ser pouco problemática.

Em relação à mudança de peso, para 42 pacientes (60%) não houve alteração, 9 (12,9%) ganharam menos de cinco quilos e 8 (11,4%) perderam cinco quilos ou mais. Para 62 pacientes (88,6%) não foi problemática esta mudança e para 5 (7,2%) muito pouco problemática. Um total de 69 (98,6%) relatou nenhum problema em relação à perda de pelos pelo corpo.

A Tabela 2 indica que houve correlação significativa entre a QVRS e o tempo após a realização da cirurgia no item domínio sexual. O EPIC considera para os domínios que quanto maior o escore melhor a QVRS.

Tabela 2 - Correlação dos escores de QVRS com a idade e o tempo de cirurgia nos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018. (n=70)

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

Fonte: Elaborado pelos Autores, 2018.

a Correlação Linear de Pearson

* p < 0,05 significativo

A Tabela 3 mostra uma análise descritiva simples por meio de mínimo, máximo, média, mediana, desvio-padrão e o resultado do teste alfa de Cronbach para cada domínio da escala do EPIC.

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

Tabela 3 - Estatística descritiva dos escores do instrumento de qualidade de vida EPIC dos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018. (n=70)

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

Fonte: Elaborado pelos Autores, 2018.

A Tabela 4 apresenta os resultados da QVRS em relação ao tempo após a realização da cirurgia e à idade do paciente. Pode-se confirmar por meio da tabela abaixo que o tempo após a realização da cirurgia foi um fator importante para os pacientes submetidos à prostatectomia radical, em que quanto maior for o intervalo de tempo da realização da cirurgia melhor será a QVRS em relação à função sexual desempenhada pelo paciente.

Tabela 4 - Regressão dos escores dos domínios de QVRS com o tempo de cirurgia e a idade nos pacientes submetidos à prostatectomia radical. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018. (n=70)

Domínios	Urinário		Intestinal		Sexual		Hormonal	
	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p
Tempo de cirurgia	0,176	0,149	0,124	0,311	0,297	0,013	-0,015	0,899
Idade do paciente	0,018	0,885	0,033	0,785	-0,086	0,464	-0,126	0,302

Fonte: pelos Autores, 2018.

DISCUSSÃO

O câncer tem se destacado como um problema de saúde pública, devido a sua relevância clínica e social. Enfatiza-se a importância de se traçar o perfil sociodemográfico e clínico da população, visto que esses fatores podem estar relacionados ao desenvolvimento do CaP. Neste cenário, os resultados deste estudo apontam que a média da idade dos pacientes que realizaram a PR foi de 67 anos, corroborando com dados do INCA, onde afirma que a neoplasia de próstata é considerada um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos.

De acordo com o INCA, em relação às pessoas da família, como pai ou irmão, com CaP antes dos 60 anos, o risco de se ter a doença é de três a 10 vezes maior quando comparado com a população em geral, podendo refletir tanto fatores genéticos quanto hábitos alimentares ou estilo de vida de risco de algumas famílias⁽¹⁷⁾.

Em outro estudo com pacientes prostatectomizados, foi observado que a baixa renda e a prevalência de poucos anos de escolaridade sugerem maior atenção por parte dos profissionais de saúde no momento de realizar orientações de saúde a esses usuários. A baixa escolaridade pode estar relacionada à maior exposição aos fatores de riscos, a menos informação, a menos acesso à saúde e à reduzida qualificação profissional⁽¹⁸⁾.

Pode-se verificar em um estudo realizado com pacientes submetidos à PR, que a prevalência de incontinência urinária (IU) foi de 39,9% para os homens após o procedimento, sendo que, de 60 a 70 anos, a prevalência foi de 41,9% e de 71 a 80 anos foi de 37,7% e foi verificado também no estudo citado que o comprometimento da qualidade de vida, devido à incontinência urinária após a PR, foi relatado por 70,1% dos homens de 60 a 70 anos e por 66,1% dos homens de 71 a 80 anos⁽¹⁹⁾.

Para a maioria dos pacientes não houve problemas em relação à função intestinal após a realização da PR. Na literatura, há poucos relatos de sintomas relacionados à função intestinal ocasionados pelo procedimento cirúrgico. Em outros estudos, os sintomas irritativos intestinais não mudaram consideravelmente ao longo do tempo e os problemas intestinais foram os piores em um mês após a PR, correspondendo à diarreia ocasional, ao desconforto retal ou à constipação⁽²⁰⁾.

Considerando que a função sexual foi a mais afetada entre os participantes, indicando baixa QVRS durante o tratamento, estudo semelhante verificou que 65 (40,1%) pacientes apresentavam desejo sexual bom e 97 (59,9%) apresentavam desejo sexual pobre. Foi verificada uma baixa atividade sexual pré-operatória nos pacientes estudados, dissociação significativa das atitudes em relação à vida sexual pós-operatória entre os pacientes e seus parceiros e aos efeitos das expectativas e à motivação dos parceiros na vida sexual pós-operatória⁽²¹⁾.

A disfunção sexual após PR é um problema significativo, mesmo com os protocolos de reabilitação se mostrando úteis. A preservação e recuperação da capacidade erétil após a PR são fundamentais para a atividade sexual continuada. Porém, outros fatores podem comprometer o sucesso da atividade sexual na vida pós-operatória, como motivação e atitudes sexuais negativas dos pacientes e seus parceiros⁽²¹⁾.

Pode-se afirmar, a partir deste estudo, que quanto maior o tempo do pós-cirúrgico melhor foi a QVRS em relação à função sexual do paciente, mostrando-se uma correlação moderada (Tabela 2). A reabilitação erétil após a PR é uma opção para ajudar os homens a recuperar o funcionamento erétil, no entanto muitos têm dificuldade em aderir a este tipo de reabilitação. A frustração dos homens em relação à disfunção erétil pode levá-los a evitar situações sexuais e tratamentos, afetando-os negativamente⁽²²⁾.

Embora na amostra estudada o domínio hormonal não tenha tido alto impacto na QVRS dos participantes, podemos considerar que o tratamento para o CaP pode causar algum efeito colateral durante ou após o tratamento. De acordo com os dados apresentados em relação à função hormonal, a QVRS em geral foi considerada boa, este resultado pode ser devido à ausência de sintomatologia característica do CaP.⁽²³⁾

A experiência do diagnóstico e o tratamento do câncer de próstata envolvem diversos estressores físicos e emocionais que aumentam o risco de sofrimento emocional e depressão dos pacientes. Os primeiros 24 meses da PR são exigentes, caracterizados por mudanças relativamente rápidas no funcionamento físico e sexual, incluindo disfunção erétil, ereções menos firmes, experiência subjetiva de se sentir menos excitado e diminuição do envolvimento global na atividade

sexual. Essas mudanças sexuais têm sido associadas ao aumento do risco de sintomas depressivos e pior qualidade de vida relacionada à saúde⁽²⁴⁾.

A depressão tem um impacto muito grande na saúde de pacientes. A presença de sintomas depressivos está diretamente relacionada ao declínio físico, psicológico e social, tendo características que impactam na qualidade de vida e sua funcionalidade. É necessário prover uma maior atenção psicológica a esses pacientes, a fim de oferecer qualidade de informações, auxílio psicológico, formação de grupos de apoio e outras medidas, já que, em muitos casos, a sobrevida, que não é acompanhada de boa qualidade de vida, pode não ser a melhor opção para o paciente, causando mais sofrimento⁽²⁵⁾.

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

CONCLUSÃO

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

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

Observou-se a falta de clareza sobre os sintomas da doença e o tratamento recebido em vários pacientes que participaram da pesquisa, é necessário que esta população entenda melhor sobre a assistência que lhe está sendo prestada para uma classificação real do grau de satisfação com o tratamento.

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

Declaramos que não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de Câncer: próstata [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [cited 2022 Jun 20]. Available from: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/>
2. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Tipos de câncer: próstata [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2020 [cited 2022 Jun 20]. Available from: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>
3. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2017. *CA Cancer J Clin*. 2017 Jan;67(1):7-30. Available from: <https://doi.org/10.3322/caac.21387>
4. Castillejos-Molina RA, Gabilondo-Navarro FB. Prostate cancer. *Salud Publica Mex*. 2016 Mar/Apr; 58 (2):279-84. Doi: 10.21149/spm.v58i2.7797
5. Bauer RM, Gozzi C, Hübner W, Nitti VW, Novara G, Peterson A, et al. Contemporary management of postprostatectomy incontinence. *Eur Urol*. 2011 Jun; 59(6):985-96. Doi: 10.1016/j.eururo.2011.03.020
6. Friedersdorff F, Grob B, Maxeiner A, Jung K, Miller K, Stephan C, et al. Does the prostate health index depend on tumor volume? - a study on 196 patients after radical prostatectomy. *Int J Mol Sci*. 2017 Feb;18(3):E488. Doi: 10.3390/ijms18030488
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2022 Jun 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf
8. Ruano RS. Aspectos psicológicos de pacientes diagnosticados com câncer de próstata no momento pré-cirúrgico [monography] [Internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2015 [cited 2022 Jun 20]. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2015/ses-31780/ses-31780-5833.pdf>
9. Alan JW, Louis RK, Andrew CN, Alan WP, Craig AP, Scott M, et al. *Campbell-Walsh urology: pediatric urology*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012. p. 2611-54.
10. Heidenreich A, Bastian PJ, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, van der Kwast T, et al. EAU guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis and local treatment with curative intent. *Eur Urol*. 2014 Jan; 65(1):124-37. Doi: 10.1016/j.eururo.2013.09.046

11. Matthew AG, Alibhai SM, Davidson T, Currie KL, Jiang H, Krahn M, et al. Health-related quality of life following radical prostatectomy: long-term outcomes. *Qual Life Res.* 2014 Oct;23(8):2309-17. Doi: 10.1007/s11136-014-0664-1
12. Wittmann D, Northouse L, Crossley H, Miller D, Dunn R, Nidetz J, et al. A pilot study of potential pre-operative barriers to couples' sexual recovery after radical prostatectomy for prostate cancer. *J Sex Marital Ther.* 2015;41(2):155-68. Doi: 10.1080/0092623x.2013.842194
13. Hartzler AL, Izzard JP, Dalkin BL, Mikles SP, Gore JL. Design and feasibility of integrating personalized PRO dashboards into prostate cancer care. *J Am Med Inform Assoc.* 2016 Jan;23(1):38-47. Doi: 10.1093/jamia/ocv101
14. Sonnek FC, Van Muilekom E. Metastatic castration-resistant prostate cancer. Part 2: helping patients make informed choices and managing treatment side effects. *Eur J Oncol Nurs.* 2013 Sep;17:57-12. Doi: 10.1016/s1462-3889(14)70003-1
15. Wei JT, Dunn RL, Litwin MS, Sandler HM, Sanda MG. Development and validation of the expanded prostate cancer index composite (EPIC) for comprehensive assessment of health-related quality of life in men with prostate cancer. *Urology.* 2000 Dec; 56(6):899-905. Doi: 10.1016/s0090-4295(00)00858-x
16. Alves E, Medina R, Andreoni C. Validation of the brazilian version of the expanded prostate cancer index composite (EPIC) for patients submitted to radical prostatectomy. *Int Braz J Urol.* 2013 May/Jun; 39(3):344-52. Doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2013.03.07
17. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Prevenção [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018 [cited 2022 Jun 20]. Available from: <https://www.inca.gov.br/assuntos/prevencao/>
18. Czorny RCN, Pinto MH, Pompeo DA, Bereta D, Cardoso LV, Silva DM. Fatores de risco para o câncer de próstata: população de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enferm [Internet].* 2017 Oct/Dec [cited 2022 Jun 20];22(4):e51823. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51823/pdf/>
19. Mohamad Al-Ali B, Ponholzer A, Augustin H, Madersbacher S, Pummer K. The long-term effect of radical prostatectomy on erectile function, urinary continence, and lower urinary tract symptoms: a comparison to age-matched healthy controls. *BioMed Res Int.* 2017; 2017:9615080. Doi: 10.1155/2017/9615080
20. Ramsey SD, Zeliadt SB, Blough DK, Moinpour CM, Hall IJ, Smith JL, et al. Impact of prostate cancer on sexual relationships: a longitudinal perspective on intimate partners' experiences. *J Sex Med.* 2013 Dec; 10(12):3135-43. Doi: 10.1111/jsm.12295
21. Sato Y, Tanda H, Nakajima H, Nitta T, Akagashi K, Hanzawa T, et al. Dissociation between patients and their partners in expectations for sexual life after radical prostatectomy. *Int J Urol.* 2013 Mar; 20(3):322-28. Doi: 10.1111/iju.12022
22. Nelson CJ, Lacey S, Kenowitz J, Pessin H, Shuk E, Roth AJ, et al. Men's experience with penile rehabilitation following radical prostatectomy: a qualitative study with the goal of informing a therapeutic intervention. *Psycho Oncol.* 2015 Dec;24(12):1646-54. Doi: 10.1002/pon.3771
23. Quijada PDS, Fernandes PA, Ramos SB, Santos BMO. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de próstata. *Rev Cuid.* 2017 Mar/Apr;8(3):1826-38. Doi: 10.1590/1982-0194201900024
24. Hoyt MA, Carpenter KM. Sexual self-schema and depressive symptoms after prostate cancer. *Psycho Oncol.* 2015 Apr;24(4):395-401. Doi: 10.1002/pon.3601
25. Seemann T, Pozzobom F, Vieira MCS, Boing L, Machado Z, Guimarães ACA. Influência de sintomas depressivos na qualidade de vida em homens diagnosticados com câncer de próstata. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018 Jan/Feb;21(1):72-81. Doi: 10.1590/1981-22562018021.170114