

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

ILFRAN MAGALHÃES SILVA II

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL
ABERTA: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO EM UMA UNIDADE
ONCOLÓGICA (UNACON)**

IMPERATRIZ
2019

ILFRAN MAGALHÃES SILVA II

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL
ABERTA: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO EM UMA UNIDADE
ONCOLÓGICA (UNACON)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Esp. Willian da Silva Lopes

Coorientador: Prof. Esp. Ronaldo Vasconcelos Alencar

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Silva II, Ilfran Magalhães.

Incontinência urinária pós-prostatectomia radical aberta: perfil clínico-epidemiológico em uma unidade oncológica UNACON / Ilfran Magalhães Silva II. - 2019. 35 f.

Coorientador(a): Ronaldo Vasconcelos Alencar.

Orientador(a): Willian da Silva Lopes.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2019.

1. Câncer de próstata. 2. Incontinência urinária. 3. Prostatectomia. I. Alencar, Ronaldo Vasconcelos. II. Lopes, Willian da Silva. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Ilfran Magalhães Silva II

Título do TCC: Incontinência urinária pós-prostatectomia radical aberta: perfil clínico-epidemiológico em uma unidade oncológica (UNACON)

Orientador: Willian da Silva Lopes
Co-orientador: Ronaldo Vasconcelos Alencar

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a/...../....., considerou

Aprovado

Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Presidente: Assinatura:
Nome:
Instituição:

COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO COMPARATIVA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A PROSTATECTOMIA RADICAL ABERTA OU VIDEOLAPAROSCÓPICA NA UNIDADE ONCOLÓGICA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL (UNACON IMPERATRIZ-MA)

Pesquisador: WILLIAN DA SILVA LOPES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89892218.0.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.836.292

Apresentação do Projeto:

Introdução: O câncer de próstata (CaP) é o segundo câncer mais frequentemente diagnosticado e a sexta causa principal de morte por câncer em homens em todo o mundo. A prostatectomia radical é o mais antigo e possivelmente o mais eficaz método de tratamento do câncer de próstata localizado. Porém, este tratamento cirúrgico desenvolve no paciente um quadro de incontinência urinária, que pode causar prejuízos em sua vida social e familiar. Neste cenário, encontram-se as duas abordagens de prostatectomia, aberta e videolaparoscópica, onde a técnica mais recente busca uma tentativa de preservar estruturas adjacentes à próstata a fim de evitar os riscos de incontinência. **Justificativa:** A pesquisa mostra sua relevância elencando pontos importantes a respeito dos possíveis benefícios que possam haver de uma técnica sobre a outra e que exerceriam influência sobre os quadros de incontinência urinária oriundos do tratamento cirúrgico. Além disso, espera-se apresentar a evolução do tratamento do câncer de próstata ofertado pelo SUS na região, demonstrando a importância da manutenção de investimentos no setor para a melhoria dos serviços de saúde ofertados à população. **Objetivo geral:** Avaliar os quadros de incontinência urinária em pacientes oncológicos submetidos a prostatectomia radical aberta em comparação à videolaparoscópica na Unidade Oncológica do Hospital São Rafael (UNACON Imperatriz-MA). **Metodologia:** Serão avaliados os quadros de incontinência urinária de

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.836.292

30 pacientes, divididos em dois grupos com quantidades iguais de participantes, onde em cada grupo constarão pacientes submetidos a uma mesma técnica cirúrgica. A avaliação pré-operatória incluirá potenciais fatores de risco comprovados em literatura, os quais serão obtidos a partir do prontuário dos pacientes. A avaliação dos quadros de incontinência será realizada por meio de uma entrevista padronizada. A evolução dos pacientes será acompanhada por seis meses. Resultados esperados: Espera-se uma apresentação de melhora dos quadros de incontinência, de modo que os pacientes submetidos à cirurgia videolaparoscópica apresentem uma recuperação pós-operatória precoce em comparação a aqueles submetidos à cirurgia aberta.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os quadros de incontinência urinária em pacientes oncológicos submetidos a prostatectomia radical aberta em comparação à videolaparoscópica na Unidade Oncológica do Hospital São Rafael (UNACON Imperatriz-MA).

Objetivo Secundário:

- 1) Levantar o perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos submetidos à prostatectomia radical.
- 2) Descrever as diferentes abordagens das técnicas cirúrgicas empregadas para a realização de prostatectomia radical.
- 3) Avaliar a diferença do pós-operatório entre pacientes submetidos prostatectomia aberta ou videolaparoscópica em relação à incontinência urinária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Trata-se de estudo clínico epidemiológico prospectivo sem riscos para os participantes no momento em que aceitam participar da pesquisa.

Benefícios:

Espera-se elencar pontos importantes a respeito dos possíveis benefícios que uma técnica tem sobre a outra e que exerceriam influência sobre os quadros de incontinência urinária oriundos do tratamento cirúrgico. Além disso, espera-se apresentar a evolução do tratamento do câncer de próstata ofertado pelo SUS na região, demonstrando a importância da manutenção de investimentos no setor para a melhoria dos serviços de saúde ofertados à população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta elaborada com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.836.292

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pelo pesquisador e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1080059.pdf	16/07/2018 18:50:37		Aceito
Parecer Anterior	RESPOSTA_AO_PARECER_2767606.d ocx	16/07/2018 18:50:11	ILFRAN MAGALHAES SILVA II	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Ilfran.docx	16/07/2018 18:48:54	ILFRAN MAGALHAES SILVA II	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Ilfran.pdf	16/07/2018 18:48:44	ILFRAN MAGALHAES SILVA II	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/07/2018 18:48:26	ILFRAN MAGALHAES SILVA II	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	12/05/2018 10:03:04	ILFRAN MAGALHAES SILVA II	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_autorizacao.pdf	12/05/2018 10:01:58	ILFRAN MAGALHAES SILVA II	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.836.292

SAO LUIS, 22 de Agosto de 2018

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

AGRADECIMENTOS

À Deus em primeiro lugar, por toda graça e benção; por toda determinação e disciplina, que fizeram com que eu chegasse a este momento tão importante.

Aos meus familiares, especialmente meus pais, Ilfran Magalhães Silva e Mara Regina Marinho Magalhães, pelo apoio incondicional, durante tantos anos de tentativas de alcançar este objetivo; por terem se dedicado ao máximo para que eu pudesse ter todas as condições necessárias de me dedicar aos estudos; e pelo exemplo de caráter e moral, o qual foi responsável pela construção da minha índole e meus valores.

À Natasha Beatriz, por todo amor, carinho, paciência e dedicação; por estar sempre ao meu lado, tanto nos dias tranquilos quanto nos mais turbulentos; por ser capaz de, com pequenos gestos, transformar o dia mais estressante e cansativo em um dia de paz.

Aos meus amigos e colegas de turma, pelo acolhimento, respeito e consideração para comigo. Que essa amizade mantenha firme os laços que construímos durante esses anos e que o futuro permita que nossos caminhos sempre se cruzem, para lembrarmos as vivências dessa jornada.

E aos meus professores, por todo ensinamento e experiências transmitidas; pela dedicação e interesse em formar bons profissionais; por toda contribuição para o meu conhecimento médico. Agradeço em especial aos professores Willian da Silva Lopes e Ronaldo Vasconcelos Alencar, não apenas pela paciência e solicitude na orientação e desenvolvimento deste trabalho, mas por sempre me mostrarem o exemplo e a seriedade de profissionais dedicados, tanto como médicos quanto como professores.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CaP – Câncer de próstata.

CAAE – Certificado de apresentação para apreciação ética.

IMC – Índice de massa corpórea.

PSA - Prostate-specific antigens (antígeno específico da próstata).

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido.

UNACON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com incontinência urinária pós-prostatectomia radical aberta devido ao Câncer de Próstata (CaP), em acompanhamento em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), identificando o impacto na qualidade de vida desses pacientes.

MÉTODOS: Estudo observacional, quantitativo, descritivo e correlacional, transversal. População de 57 pacientes submetidos à prostatectomia radical aberta no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Critérios de inclusão: diagnóstico de CaP localizado; submissão à prostatectomia radical aberta; compreender a entrevista; período mínimo de três meses de cirurgia e incontinência urinária após esse período. Critérios de exclusão: diagnóstico de doença mental; terapia adjuvante; sem informações sobre o estadiamento do tumor; sem incontinência urinária pós-prostatectomia; incontinência urinária por menos de 3 meses. Participaram do estudo 30 pacientes. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevista e consulta aos prontuários. Os pacientes foram divididos em Grupo 1 (abaixo de 65 anos) e Grupo 2 (acima de 65 anos).

RESULTADOS: Observou-se que a maioria dos pacientes é idosa, casada (93,4%), de baixo nível escolar (80%) e socioeconômico (70,1%), que procuraram o serviço médico apenas quando apresentaram alguma sintomatologia referente ao CaP. Notou-se grande prevalência de incontinência urinária, levando à baixa autoestima e com impacto na qualidade de vida.

CONCLUSÕES: Percebeu-se a necessidade de estratégias de informação sobre a importância da prevenção do CaP, a fim de abordar a assistência à saúde do homem na atenção básica com integralidade e efetividade.

PALAVRAS-CHAVE: incontinência urinária; câncer de próstata; prostatectomia.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the clinical-epidemiological profile of patients with post-prostatectomy urinary incontinence, due to prostate cancer (PCa), being followed up in a High Complexity Oncology Care Unit, identifying the impact on quality of life of these patients.

METHODS: Cross-sectional, observational, quantitative, descriptive and correlational study. Population of 57 patients submitted to open radical prostatectomy from January 2017 to December 2018. Inclusion criteria: diagnosis of localized PCa; submission to open radical prostatectomy; understand an interview; minimum of three months of surgery and urinary incontinence after this period. Exclusion criteria: diagnosis of mental illness; adjuvant therapy; no information about tumor staging; no urinary incontinence after prostatectomy; Urinary incontinence for less than 3 months. Thirty patients participated in the study. The data collection was done from interviews and consultations to the medical records. Patients were divided into Group 1 (below 65 years) and Group 2 (above 65 years).

RESULTS: It was observed that the majority of the patients were elderly, married (93.4%), low school (80%) and socioeconomic (70.1%), who sought medical service just when appears symptoms related to PCa. There was a high prevalence of urinary incontinence, leading to low self-esteem and an impact on quality of life.

CONCLUSIONS: It was noticed the need for information strategies on the importance of the prevention of PCa, in order to address the health care of the man in basic care with integrality and effectiveness.

KEYWORDS: urinary incontinence; prostate cancer; prostatectomy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
MÉTODOS.....	15
RESULTADOS.....	17
DISCUSSÃO.....	24
REFERÊNCIAS	29

Incontinência urinária pós-prostatectomia radical aberta: perfil clínico-epidemiológico em uma unidade oncológica (UNACON)

Autores: Ilfran Magalhães Silva II¹; Ronaldo Vasconcelos Alencar²; Willian da Silva Lopes³

1 – Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

2 – Médico Urologista da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

3 – Médico Otorrinolaringologista docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata (CaP) é o segundo tipo de câncer de maior prevalência a nível mundial entre a população masculina, com altos níveis de incidência anuais. No Brasil, a incidência do CaP é superada apenas pelos tumores de pele não melanoma, pois apresenta-se em segundo lugar de maior incidência entre os homens em todas as regiões do país (DAMIÃO *et al.*, 2015).

Dentre os fatores mais relacionados ao risco de desenvolvimento do CaP estão idade, raça e hereditariedade. A idade aparece como principal fator para o desenvolvimento do CaP, onde cerca de 65% dos casos são diagnosticados acima dos 65 anos. A raça representa um importante fator de risco e ainda demonstra dados de mortalidade de 2,4 vezes maiores entre a população afrodescendente quando comparados à raça branca. Outro fator que merece destaque é a hereditariedade, na qual um indivíduo pode apresentar risco duas vezes maior se possuir um parente de primeiro grau que tenha desenvolvido CaP. Além disso, caso dois ou mais indivíduos da mesma família tenham desenvolvido a doença, o risco aumenta em 5 a 11 vezes. Por outro lado, a hereditariedade não parece ser fator prognóstico importante ou influenciar de forma negativa na mortalidade relacionada ao CaP (DORNAS *et al.*, 2008).

O rastreamento do CaP é preconizado através do toque retal e dosagem do PSA em homens a partir dos 50 anos ou a partir dos 45 anos de idade, caso haja fator de risco presente (DAMIÃO *et al.*, 2015). A aplicação dos testes resultou em uma mudança no diagnóstico de CaP, permitindo a identificação em estágio inicial. Contudo, homens de idade bastante avançada, mesmo com diagnóstico precoce, têm maior probabilidade de morrer de outras causas do que de CaP (MASAOKA *et al.*, 2017).

Em regiões onde o rastreio do PSA não é rotineiramente usado, os cânceres são frequentemente diagnosticados em fases mais avançadas. Após o diagnóstico, as decisões de tratamento podem ser tomadas com base nos níveis de risco, sendo frequente terapias locais com intenção curativa, incluindo procedimentos cirúrgicos (prostatectomia) e radioterapia (LUO, 2016).

Originalmente introduzido por Terrence Millin em 1945 e depois significativamente refinado por Patrick Walsh e colegas na década de 1980, a prostatectomia aberta tem sido considerada o tratamento padrão ouro de CaP clinicamente localizado (LOWRANCE; TARIN; SHARIAT, 2010). Neste procedimento é tradicionalmente realizada uma incisão infra-umbilical na linha média. Alguns cirurgiões usam uma incisão transversal como a incisão de Pfannenstiel, comumente usada por ginecologistas para uma variedade de procedimentos pélvicos, que pode proporcionar uma excelente exposição e melhores resultados estéticos do que uma incisão vertical (MANOHARAN *et al.*, 2004).

Atualmente essa técnica tem sido utilizada como alternativa à ressecção transuretral da próstata para o tratamento da hiperplasia prostática benigna nos casos em que a próstata possui grande volume e naqueles em que coexistem outras doenças cirúrgicas como: cálculo vesical grande, divertículo vesical ou hérnia inguinal. Essa técnica permite bom resultado cirúrgico com taxas de reintervenção inferiores aos da técnica transuretral. Isso decorre da remoção completa do adenoma, permitida pela cirurgia aberta (CASTRO *et al.*, 2013).

A prostatectomia radical aberta é considerada uma das opções mais eficazes para o CaP localizado. Contudo, o procedimento ainda está associado com morbidade significativa, incluindo sangramento, dor no pós-operatório, tromboembolismo, incontinência urinária, impotência sexual e estenoses na anastomose uretrovesical (RASSWEILER *et al.*, 2003).

Considerada pelos próprios pacientes como um dos maiores causadores da redução da qualidade de vida no tratamento do CaP, a incontinência urinária é uma complicação comum de prostatectomia, com 59-63% dos pacientes apresentando quadros que vão de incontinência leve à incontinência severa no período pós-operatório precoce (menos de 6 semanas) (MUNGOVAN *et al.*, 2013).

Esse problema pode ser causado através de uma lesão direta do esfíncter uretral ou como consequência da denervação da bexiga, resultando em disfunção como hiperatividade do detrusor. Dessa forma, enquanto uma incontinência leve causa um menor impacto, um maior

grau de incontinência pode levar a uma importante repercussão sobre a qualidade de vida de um paciente (SANTOS *et al.*, 2017).

Algumas variáveis são identificadas em literatura influenciando a definição e metodologia para medir o grau de incontinência. A primeira delas seria a melhora do controle urinário com o tempo após a cirurgia, onde há casos de melhora progressiva durante 2 anos. Em seguida aborda-se o uso de fralda, incluindo aqueles pacientes que as usam por precaução. Outra forma investigativa seria através do uso de questionários aplicados tanto aos pacientes quanto aos cônjuges, já que estes, em alguns casos, sentem-se incomodados com o quadro de incontinência do parceiro. Por fim, a avaliação mais definitiva e completa da incontinência pós-prostatectomia é o teste urodinâmico, no qual alguns pesquisadores observaram uma proporção significativa de pacientes com incontinência pós-prostatectomia que apresentavam um componente de disfunção da bexiga. Além disso, pode ser detectado comprometimento funcional de parte da uretra. Uma vez detectada potencial instabilidade do detrusor, alguns pacientes podem se beneficiar com uma terapia anticolinérgica. No entanto, o teste urodinâmico apresenta relativa despesa e invasividade, não fazendo parte do protocolo rotineiro de detecção de incontinência em muitas instituições (LOUGHLIN; PRASAD, 2010).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com incontinência urinária pós-prostatectomia radical aberta em acompanhamento em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), identificando o impacto na qualidade de vida desses pacientes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, descritivo e correlacional, transversal. A população foi constituída de 57 pacientes submetidos à prostatectomia radical aberta no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018, em um hospital com unidade oncológica (UNACON).

Foram determinados os seguintes critérios de inclusão: possuir diagnóstico de CaP localizado ou localmente avançado; ter sido submetido à prostatectomia radical aberta retropúbica com ou sem linfadectomia; apresentar condições cognitivas para compreender as questões; ter período mínimo de três meses de cirurgia e permanecer no quadro de incontinência urinária após esse período. Os critérios de exclusão foram: ter diagnóstico psiquiátrico de

esquizofrenia ou transtorno bipolar, demência ou rebaixamento de consciência; ter sido submetido à prostatectomia radical de resgate ou ter sido realizada terapia adjuvante (tratamento hormonal, braquiterapia, radioterapia e quimioterapia); não possuir informação sobre o estadiamento clínico do tumor no prontuário e não ter desenvolvido quadro de incontinência urinária pós-prostatectomia ou ter desenvolvido algum grau de incontinência urinária por menos de 3 meses. Participaram do estudo 30 pacientes, os quais atenderam todos os critérios determinados.

A primeira parte da coleta de dados foi realizada a partir de entrevista em situação de privacidade, posteriormente à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), enfatizando o total anonimato e sigilo das informações coletadas, bem como o direito de não participação da pesquisa sem qualquer prejuízo ao tratamento.

A segunda parte da coleta foi desenvolvida junto ao serviço de arquivo médico do hospital com consulta aos prontuários a fim de obter informações sobre a história clínica e cirúrgica dos pacientes. Para este fim, foi requerida autorização do hospital para desenvolvimento deste trabalho mediante um Termo de Autorização junto à coordenação da Unidade Oncológica (UNACON).

As variáveis sociodemográficas e clínico-cirúrgicas estudadas foram: idade; etnia (branco, pardo, negro ou indígena); naturalidade; residência; procedência; estado civil (solteiro, casado ou viúvo); escolaridade; situação de trabalho (desempregado, empregado, autônomo ou aposentado); renda mensal média em salários mínimos (sem renda, variável, de 1 a 2 salários mínimos, de 2 a 3, de 3 a 4, de 4 a 5, 6 ou mais salários); tempo pós-cirúrgico; valor do PSA pré e pós-operatório (ng/ml); escore de Gleason; peso (kg), altura (m) e IMC. Aspectos gerais de saúde e quadro de incontinência urinária foram avaliados a partir de entrevista padronizada, baseada no formulário de Herr (1994), onde foram levantados questionamentos a respeito do controle urinário, perda de urina, uso de fraldas geriátricas, impacto da incontinência no cotidiano, prática de exercícios pélvicos, entre outros.

Para uma melhor didática de apresentação e análise estatística dos resultados, os pacientes da faixa etária abaixo dos 65 anos foram referenciados como Grupo 1 (G1) e os pacientes pertencentes à faixa etária acima dos 65 anos foram referenciados como Grupo 2 (G2).

A análise estatística foi realizada por meio de tabelas e variáveis descritivas (média, desvio-padrão e frequências), sendo utilizado o teste do qui-quadrado para verificar a associação entre as variáveis.

Para algumas associações específicas, foi utilizado também o teste exato de Fischer. Para as variáveis, peso, altura, IMC, PSA pré-operatório, PSA pós-operatório foi utilizado o teste T de Student para amostras independentes, sendo verificada a aderência à normalidade dos dados através do teste Kolmogorov-Smirnov.

Os resultados foram considerados significativos em nível de significância máximo de 5% e nível de confiança para todos os testes de 95%. Para o processamento e a análise dos dados coletados, foi utilizado o software estatístico SPSS versão 19. Para a tabulação dos dados coletados foi construída uma tabela por meio do software Microsoft Office Excel 365.

O Projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) através da Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo parecer consubstanciado de número 2.836.292 (CAAE: 89892218.0.0000.5087). Foram respeitados todos os aspectos éticos de acordo com a Resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Com relação às características sociodemográficas (Tabela 1), a idade variou de 56 a 80 anos, sendo a média de 69,1 anos, com 50% acima dos 70 anos. Dentre os pacientes com idade abaixo dos 65 anos, 44,4% apresentava-se acima do peso e 11,2% foi classificado como obesidade grau I. Já na faixa etária acima dos 65 anos, 85,7% encontrava-se dentro da faixa normal de peso. Os participantes do estudo residiam em oito diferentes cidades do interior do estado do Maranhão, tendo uma maior concentração (36,6%) na cidade de Imperatriz. Houve uma maior porcentagem de homens pardos (60%) em relação a brancos (23,3%) e negros (16,7%). A amostra estudada foi composta, majoritariamente, de pacientes casados (93,4 %). A escolaridade com ensino fundamental incompleto (40%) e a renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (70,1%) foram os que apresentaram maior porcentagem. Quanto à situação de trabalho, a maioria era aposentado (83,4%), o que não excluía outra possibilidade de fonte de renda, geralmente o exercício de atividades autônomas.

Tabela 1. Características sociodemográficas.

	n	%
Faixa etária		
50 - 60 anos	5	16,7
61 - 70 anos	10	33,3
71 - 80 anos	15	50,0
Etnia		
Branco	7	23,3
Negro	5	16,7
Pardo	18	60,0
IMC (< 65 anos)		
18,5 - 24,99 (peso normal)	4	44,4
25 - 29,99 (acima do peso)	4	44,4
30 - 34,99 (obesidade I)	1	11,2
IMC (> 65 anos)		
22 - 27 (peso normal)	18	85,7
27,1 - 32 (excesso de peso)	3	14,3
Estado Civil		
Casado	28	93,4
Solteiro	1	3,3
Viúvo	1	3,3
Escolaridade		
Analfabeto	3	10,0
Alfabetizado	9	30,0
Ensino fundamental incompleto	12	40,0
Ensino médio	5	16,7
Ensino superior	1	3,3
Situação de Trabalho		
Aposentado	25	83,4
Empregado	4	13,3
Autônomo	1	3,3
Renda mensal		
1 - 2 SM	21	70,1
2 - 3 SM	1	3,3
3 - 4 SM	3	10,0
4 - 5 SM	1	3,3
5 ou mais SM	1	3,3
Variável	3	10,0
Residência		
Açailândia – MA	3	10,0
Balsas – MA	5	16,6
Estreito – MA	2	6,7
Fortaleza dos Nogueiras – MA	2	6,7

Imperatriz – MA	11	36,6
Itinga – MA	2	6,7
Montes Altos – MA	2	6,7
São Pedro D'Água Branca – MA	3	10,0

SM: Salários mínimos.

(Fonte: elaboração própria)

A análise das variáveis da Tabela 2 mostrou que dentre as características clínicas, o PSA pré-operatório apresentou importante significância ($p=0,001$) comparativa, sendo este diretamente proporcional à idade dos pacientes.

Tabela 2. Comparação entre faixa etária e características clínicas e antropométricas.

Variáveis	Faixa etária	N	Média	Dp	p-valor*
Altura	<65 anos	9	1,66	0,07	0,277
	>65 anos	21	1,63	0,05	
Peso	<65 anos	9	72,33	11,43	0,228
	>65 anos	21	67,14	6,22	
PSA pré-operatório	<65 anos	9	7,42	4,88	0,001
	>65 anos	21	10,75	13,69	
PSA pós-operatório	<65 anos	9	0,01	0,00	0,991
	>65 anos	21	0,01	0,00	
Gleason	<65 anos	9	6,56	0,53	0,521
	>65 anos	21	6,71	0,64	
IMC	<65 anos	9	26,16	2,56	0,292
	>65 anos	21	25,18	2,17	

*Teste T de Student, para amostras independentes.

(Fonte: elaboração própria)

Analisando a relação existente entre a concentração do PSA (ng/dL) e o resultado do escore de Gleason apresentado pelo estudo histopatológico da biópsia (Tabela 3), pode-se perceber que são diretamente proporcionais. Na relação do PSA com a idade dos pacientes (Tabela 3), essa proporcionalidade se mantém: à medida que se progride para uma faixa de maior idade, encontram-se valores de PSA mais elevados (> 20 ng/dL).

Tabela 3. Relação da faixa etária e escore de Gleason da biópsia com o nível de PSA pré-operatório.

Variáveis	PSA (pré-operatório)						p-valor
	4 – 10		10,1 – 20		> 20		
	n	%	n	%	n	%	
Gleason							
3+3	9	40,9	3	50,0	0	0,0	0,188 ²
3+4	7	31,8	1	16,7	0	0,0	
4+3	5	22,7	2	33,3	1	50,0	
4+4	1	4,5	0	0,0	1	50,0	
Faixa etária							
50 - 60 anos	3	13,6	2	33,3	0	0,0	0,476 ²
61 - 70 anos	8	36,4	2	33,3	0	0,0	
71 - 80 anos	11	50,0	2	33,3	2	100,0	

²Teste Qui-quadrado.

(Fonte: elaboração própria)

Quanto aos questionamentos a respeito dos cuidados com a saúde pessoal (Tabela 4), evidenciou-se que a grande maioria dos pacientes (55,6% - G1 e 95,2% - G2) raramente procurava o médico para consultas de rotina. Tal comportamento é justificado principalmente por acreditarem que não havia necessidade, já que não estavam doentes (45,5% - G1 e 40% - G2), junto à falta de conhecimento a respeito da prevenção de doenças (27,3% - G1 e 34% - G2). A maioria (88,9%) dos pacientes abaixo dos 65 anos relataram histórico familiar de CaP. Em contrapartida 71,4% dos pacientes acima dos 65 anos afirmaram não possuir caso de CaP na família. A respeito do exame do toque retal para avaliação de rotina da próstata, apresentaram-se novamente resultados que se opõem de acordo com a faixa etária: a maior parte (55,6%) do G1 já havia se submetido ao exame rotineiro, ao contrário do G2, onde 76,2% nunca havia realizado o exame. Contudo, essa oposição de resultados não se apresenta em relação à dosagem do PSA: 77,8 % do G1 e 85,7% do G2 afirmaram que nunca haviam feito coleta de sangue para a dosagem do PSA. Quando questionados sobre o momento de suspeita diagnóstica para o CaP, 88,9% do G1 e 100% do G2 afirmaram que tal suspeita ocorreu quando apresentaram sintomas geniturinários e procuraram o médico.

Tabela 4. Distribuição da idade em relação aos cuidados com a saúde pessoal.

	G1*		G2*		p-valor
	N	%	N	%	
Antes do diagnóstico do câncer, com qual frequência você procurava o médico?					
Anualmente	3	33,3	1	4,8	0,025²
Raramente	5	55,6	20	95,2	
Semestralmente	1	11,1	0	0,0	
Caso raramente, qual motivo?					
Medo de descobrir alguma doença	1	9,1	3	6,0	-
Por achar que não precisa, pois não estava doente	5	45,5	20	40,0	
Falta de conhecimento sobre prevenção	3	27,3	17	34,0	
Falta de tempo disponível	1	9,1	7	14,0	
Vergonha	1	9,1	3	6,0	
Alguém da sua família tem ou teve câncer de próstata?					
Sim	8	88,9	6	28,6	0,002¹
Não	1	11,1	15	71,4	
Antes do diagnóstico do câncer, você já havia feito o exame do toque retal para a avaliação da próstata?					
Sim	5	55,6	5	23,8	0,115 ¹
Não	4	44,4	16	76,2	
Antes do diagnóstico do câncer, você já havia feito coleta de sangue para o exame de PSA?					
Sim	2	22,2	3	14,3	0,622 ¹
Não	7	77,8	18	85,7	
Em qual situação surgiu a suspeita diagnóstica para câncer de próstata?					
Em consulta anual de rotina.	1	11,1	0	0,0	0,300 ¹
Quando apresentei sintomas genitourinários e procurei o médico.	8	88,9	21	100,0	

¹Teste exato de Fisher.

²Teste Qui-quadrado.

*G1 = abaixo de 65 anos. G2 = acima de 65 anos.

(Fonte: elaboração própria)

A maioria dos pacientes apresentou um alto grau de incontinência urinária, onde 66,7% do G1 e 95,2% do G2 relataram estar sempre incontinentes. Como item de proteção contra a incontinência, todos os pacientes necessitam do uso de fraldas geriátricas, onde 88,9% do G1 e 90,5% do G2 utilizam (em média) até quatro fraldas por dia, descartando-as com grande

quantidade de urina retida. Além disso, a maioria (66,7% - G1 e 70% - G2) fez uso de medicamentos (sob prescrição médica) a fim de auxiliar na redução do nível de incontinência.

De acordo com o relato dos pacientes (66,7% - G1 e 71,4% - G2), foram necessárias grandes modificações necessárias no cotidiano após a instalação do quadro de incontinência urinária. As situações de perda de urina são variáveis, mas 56,3% do G1 e 42% do G2 relataram perda de urina ao tossir ou espirrar, situações que caracterizam em uma incontinência urinária de esforço em consequência do tratamento cirúrgico. A frequência de perda de urina a cada 4 a 6 horas, faz parte do quadro da maioria dos participantes (100% - G1 e 90,5% - G2), assim como a necessidade de levantar à noite devido à perda de urina (55,6% - G1 e 47,6% - G2). Além disso, 100% do G1 e 85,7 do G2 afirmaram sensação de bexiga vazia após a perda de urina. No momento da micção, todos pacientes afirmaram não existir atraso para iniciar, sendo que 77% do G1 e 81% do G2 apresentam um bom fluxo urinário. Todos os participantes do estudo relataram jamais terem realizado exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico após a cirurgia. Também afirmaram nunca ter apresentado quadro de incontinência urinária antes da prostatectomia.

Tabela 5. Distribuição da idade em relação a incontinência urinária.

	G1*		G2*		p-valor
	n	%	n	%	
Qual opção descreve melhor o seu grau de incontinência?					
Sempre incontinente	6	66,7	20	95,2	0,035¹
Algumas vezes por dia	3	33,3	1	4,8	
Você usa algum dos seguintes itens para protegê-lo contra a incontinência?					
Fralda geriátrica	9	100,0	21	100,0	-
Medicamentos	2	66,7	7	70,0	
Limite de atividade para estar perto de um banheiro	1	33,3	3	30,0	
Em quais situações você perdeu urina?					
No caminho para o banheiro	5	31,3	18	36,0	-
Quando tossiu ou espirrou	9	56,3	21	42,0	
Sentado calmamente	2	12,5	9	18,0	
Durante o sono	0	0,0	2	4,0	
Se você usa fraldas geriátricas, quantas fraldas precisa usar em um período de 24 horas (em média)?					
1 – 4	8	88,9	19	90,5	0,672 ¹

5 – 10	1	11,1	2	9,5	
As fraldas geriátricas descartadas estão completamente embebidas?					
Sim	9	100,0	21	100,0	-
Não	-	-	-	-	-
Sua incontinência afeta sua vida diária?					
Efeito marcante	2	22,2	3	14,3	0,858 ²
Grandes modificações necessárias	6	66,7	15	71,4	
Pequenas modificações necessárias	1	11,1	3	14,3	
Você praticou exercícios do assoalho pélvico após sua cirurgia?					
Sim	-	-	-	-	-
Não	9	100,0	21	100,0	-
Com que frequência, em média, você perde urina durante o dia?					
A cada 3 a 4 horas	0	0,0	2	9,5	0,483 ¹
A cada 4 a 6 horas	9	100,0	19	90,5	
Com que frequência você levanta a noite devido à perda de urina?					
Duas vezes	3	33,3	9	42,9	0,888 ²
Três a quatro vezes	5	55,6	10	47,6	
Cinco a seis vezes	1	11,1	2	9,5	
No momento em que você vai ao banheiro urinar, como é o fluxo?					
Bom	7	77,8	17	81,0	0,714 ²
Médio	2	22,2	3	14,3	
Varia muito	0	0,0	1	4,8	
Existe atraso no início da micção?					
Sim	-	-	-	-	-
Não	9	100,0	21	100,0	-
Você sente que fica com a bexiga vazia quando você perde urina?					
Sim	9	100,0	18	85,7	0,534 ¹
Não	0	0,0	3	14,3	
Você teve incontinência urinária antes da cirurgia?					
Sim	-	-	-	-	-
Não	9	100,0	21	100,0	-

¹Teste exato de Fisher.

²Teste Qui-quadrado.

*G1 = abaixo de 65 anos. G2 = acima de 65 anos.

(Fonte: elaboração própria)

Foram levantados questionamentos em relação ao quadro de disfunção erétil (Tabela 6): 66,7% do G1 e 76,2% do G2 afirmaram que não apresentavam disfunção erétil anteriormente à prostatectomia. Contudo, todos os pacientes relataram disfunção erétil após a cirurgia. Por fim, os participantes do estudo, em sua maioria, relataram baixa autoestima (77,8% - G1 e 76,2% - G2) não somente em relação ao quadro de disfunção erétil, mas principalmente no que diz respeito à incontinência urinária, responsável pela maioria dos transtornos enfrentados no cotidiano.

Tabela 6. Distribuição da idade em relação a satisfação pós-cirurgia.

	G1*		G2*		p-valor
	n	%	n	%	
Você sofria de algum problema de disfunção erétil antes da cirurgia?					
Sim	3	33,3	5	23,8	0,453 ¹
Não	6	66,7	16	76,2	
Após a cirurgia, você apresentou disfunção erétil?					
Sim	9	100,0	21	100,0	-
Não	-	-	-	-	-
Autoestima					
Alta	2	22,2	5	23,8	0,657 ¹
Baixa	7	77,8	16	76,2	

¹Teste exato de Fisher.

²Teste Qui-quadrado.

*G1 = abaixo de 65 anos. G2 = acima de 65 anos.

(Fonte: elaboração própria)

DISCUSSÃO

Entre os fatores sociodemográficos considerados de risco, a idade se apresenta como o único bem estabelecido para o desenvolvimento do CaP. Segundo Viana (2014), aproximadamente 62% dos casos diagnosticados no mundo ocorreram em homens com 65 anos ou mais. A maior parte da amostra deste estudo se enquadrou nesta faixa etária. Quanto à etnia, estudos brasileiros, como o de Paiva, Motta e Griep (2010), apontam o predomínio de homens portadores dessa doença autodeclarados brancos. Todavia, o grupo étnico majoritário foi representado pelos autodeclarados pardos, condizendo assim com a etnia majoritária da região

de desenvolvimento deste trabalho. Ademais, estes dados divergem das estatísticas mundiais, que aponta predominância em indivíduos negros (IARC, 2012).

A baixa escolaridade identificada na amostra estudada não se mostra como algo inesperado, pois se trata de indivíduos idosos, em sua maioria, cujas famílias na primeira metade do século passado priorizavam a sobrevivência à escolarização. Entretanto, a associação desse fator ao baixo nível socioeconômico pode ter interferido negativamente na busca por conhecimentos em saúde, principalmente sobre o CaP e suas complicações (GOMES, 2008).

É importante notar que a maioria dos pacientes estudados reside no município onde se localiza a Unidade Oncológica. Isso pode ser considerado um fator positivo, já que implica em facilidade de acesso ao local, bem como na criação de um maior vínculo com o serviço de saúde. O estabelecimento deste vínculo se reflete em um melhor acompanhamento e monitoramento clínico do paciente, diminuindo as chances de abandono do tratamento (KUEHN, 2012).

Analisando o IMC dos pacientes, percebe-se que a maioria se encontra na faixa normal de peso. Este é um resultado favorável aos pacientes, já que estudos têm demonstrado que a obesidade pode influenciar potencialmente o desenvolvimento do CaP, por apresentar algumas alterações como resistência insulínica, alteração no perfil lipídico, inflamação e aumento de estrógenos (BAADE *et al.*, 2012).

No presente estudo, a comparação entre as faixas etárias determinadas e a média dos valores de PSA pré-operatório mostrou que valores mais elevados do PSA são encontrados nas faixas etárias mais altas. Tal resultado é confirmado em literatura, uma vez que o valor do PSA apresenta uma tendência natural de elevar-se a medida em que o homem aproxima-se da senilidade (MOROTE; MALDONADO; MORALES-BÁRRERA, 2016) (BAROUKI, 2011). É notória a importância desta relação quando percebe-se a necessidade de ajuste dos valores de PSA de acordo com a idade, diminuindo o valor de referência para a suspeita de câncer. Esse ajuste tem o objetivo de aumentar a sensibilidade do exame às faixas etárias menores. Em um trabalho desenvolvido na Áustria, encontram-se dados que mostram que um em cada quatro pacientes com PSA entre 2,5 e 4,0 ng/mL, pode ser diagnosticado com câncer de próstata a partir da biópsia. Além disso, mais da metade das lesões encontradas nesses pacientes referem tumores agressivos detectados em uma janela de oportunidade de cura. (BERGER *et al.*, 2005).

O escore de Gleason já foi descrito como indicador mais importante no diagnóstico do câncer de próstata. Trata-se de uma análise anatomopatológica a partir de tecido prostático obtido por cirurgia ou biópsia. O resultado é representado pela soma das duas graduações de Gleason mais predominantes na amostra, onde o primeiro número representa a arquitetura mais prevalente. A graduação deste escore refere-se ao padrão arquitetural do câncer de próstata, sendo que 1 corresponde a uma arquitetura tecidual bem diferenciada e 5 uma arquitetura pobremente diferenciada. Dessa forma, resultados com valores de 8 a 10 têm mais chances de recorrência após tratamento primário, assim como maior letalidade pelo câncer do que valores de 2 a 6. O Gleason 7 compreende um grupo heterogêneo, pois, quando advém de 4+3, enquadra-se no grupo de escore mais alto e, quando decorre de 3+4, pertence ao grupo de escore de Gleason mais baixo (LÖBLER *et al.*, 2012).

Neste estudo foi possível detectar uma relação de proporção direta entre os resultados do escore de Gleason das biópsias com os valores de PSA pré-operatório dos pacientes. Os valores mais elevados de PSA foram encontrados nos pacientes cujas biópsia apresentaram resultados mais altos no escore de Gleason. Esses dados se aproximaram dos resultados encontrados na pesquisa de Nassif e colaboradores, publicada em 2009, os quais demonstraram grande importância dessa relação com a gravidade do câncer, o aumento das chances de recidivas e, conseqüentemente, o aumento do risco de morte pelo câncer.

A maioria dos homens participantes da pesquisa apresentou baixa frequência de consultas ao médico, tendo como principais motivos a crença de não haver necessidade e falta de conhecimento sobre prevenção. Um estudo brasileiro apontou que, em geral, o cuidar de si, a valorização do corpo no sentido da saúde e o cuidar dos outros não são questões colocadas na socialização dos homens. Junto a isso, há uma associação do “ser homem” à resistência à doença, menor cuidado de si e ao papel de provedor e trabalhador inesgotável, além das dificuldades na relação entre homens e serviço de saúde (LUCIANO *et al.*, 2018).

Há uma divergência entre as faixas etárias (< 65 anos e > 65 anos) quanto à positividade no histórico familiar para CaP. Enquanto os pacientes abaixo dos 65 afirmam histórico para CaP, os homens acima dos 65 anos negam este ponto.

No que diz respeito aos exames de rastreio do CaP (toque retal e dosagem do PSA) nota-se uma grande evasão por parte da maioria dos pacientes. Ainda assim, 55,6% dos participantes abaixo dos 65 anos, afirmaram ter realizado exame de toque retal antes do diagnóstico do

câncer. A pesquisa de Amorim *et al.*, realizada em 2011 no estado de São Paulo, permitiu verificar que 44,4% dos homens acima dos 50 anos, nunca haviam realizado o toque retal ou a dosagem do PSA, apresentando um percentual semelhante (55,6%) ao presente estudo. Em outro trabalho, observou-se que a realização dos exames se mostrou mais prevalente na faixa etária acima dos 70 anos, sendo justificado pelo aparecimento de comorbidades que surgem com o avanço da idade, aumentando a procura pelos serviços de saúde. Estes resultados divergem com os encontrados nesta pesquisa, os quais apresentam baixa realização dos exames em todas as faixas etárias (RUTTEN *et al.*, 2005).

A partir dos questionamentos da entrevista, constatou-se que a maioria dos pacientes queixa-se de uma incontinência urinária constante, a qual provou grandes modificações em seu cotidiano, gerando um grande impacto em sua qualidade de vida, fazendo-se necessário o uso de itens de proteção contra a incontinência como fraldas geriátricas e medicamentos. Em contrapartida, um trabalho brasileiro publicado na Revista Latino-Americana de Enfermagem apresentou resultados de incontinência urinária leve a moderada entre os pacientes prostatectomizados, principalmente entre aqueles com pequeno tempo pós-cirúrgico (BERNARDES *et al.*, 2019). O estudo de Wang *et al.*, realizado em 2014 na China, aponta maior prevalência de incontinência urinária no primeiros seis meses, com tendência de diminuição da perda urinária ao longo do tempo. Esse resultado difere do encontrado no presente estudo, já que não houve relatos de diminuição da perda urinária.

A noctúria também apresentou-se como um transtorno para os pacientes da pesquisa. No trabalho de Bernardes *et al.*, realizado este ano, a noctúria também apareceu como uma das queixas mais frequentes, seguido da frequência urinária e urgência miccional. Esses sintomas são característicos da hiperatividade do detrusor e quando associados à disfunção esfíncteriana representam a causa de 23% a 42% dos casos de incontinência urinária pós-prostatectomia. A disfunção esfíncteriana pode ser desenvolvida pela desvascularização ou denervação da bexiga (HOYLAND *et al.*, 2014).

Há uma comprovação pela literatura de que a realização de fisioterapia com exercícios para o assoalho pélvico contribui para a diminuição da perda urinária (devido ao aumento da força de contração da musculatura pélvica), aumento do intervalo entre as micções (diminuição da frequência urinária) e maior satisfação dos pacientes quanto à qualidade de vida. Todavia, nenhum dos pacientes participantes deste estudo relatou realizar este tipo de fisioterapia (KUBAGAWA; LIMA; MORENO, 2006).

Uma minoria da amostra estudada relatou apresentar disfunção erétil antes da cirurgia. Contudo, todos os pacientes apresentaram disfunção erétil pós-prostatectomia. Corroborando com estes resultados, a pesquisa de Cornick *et al.*, realizada em 2015, identificou uma taxa de 83% de pacientes com disfunção erétil pós-prostatectomia radical. A literatura afirma que a prostatectomia radical pode reduzir a função erétil em até 60% dos pacientes submetidos à cirurgia no período de dois anos. Durante o procedimento, os feixes nervosos e a musculatura lisa podem ser afetados, comprometendo a ereção peniana (BERNARDES *et al.*, 2019).

A grande maioria dos pacientes afirmou apresentar baixa autoestima, não apenas relacionada à condição de disfunção erétil, mas principalmente devido à incontinência urinária, a qual tem um importante impacto na qualidade de vida desses homens. A literatura mostra que a perda urinária tem causado ansiedade nos pacientes, restringindo o contato social e familiar, gerando sentimento de perda do controle da vida, fato que também foi observado neste estudo. Junto a isso, os pacientes relatam constrangimento e desconforto devido à incapacidade de controle vesical na presença de familiares e amigos, prejudicando seu desempenho profissional e nas atividades sociais e domésticas (STINESEN KOLLBERG *et al.*, 2018).

Neste estudo observou-se que a maioria dos pacientes é idosa, casada, de baixo nível escolar e socioeconômico, que procuraram o serviço médico apenas quando apresentaram alguma sintomatologia referente ao CaP. Somando a isto, devido ao tratamento cirúrgico do CaP, verificou-se um alto grau de incontinência urinária nesses pacientes, fato este que se apresenta como um fator de impacto na autoestima e qualidade de vida destes homens.

Dessa forma, percebe-se a necessidade de desenvolvimento de estratégias de informação para o binômio homem-família sobre a importância de uma atitude positiva em relação à prevenção de doenças. O estudo remete reflexões sobre a abordagem da assistência à saúde do homem na atenção básica que venha a detectar precocemente os casos de CaP e ao mesmo tempo promover saúde de maneira mais integral e efetiva. Além disso, a prevenção no seu sentido mais amplo como primária, secundária e terciária tem sua importância na abordagem do CaP.

REFERÊNCIAS

AMORIM, V. M. *et al.* Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 2, p. 347–356, 2011.

BAADE, P. D. *et al.* Estimating the future burden of cancers preventable by better diet and physical activity in Australia. *Medical Journal of Australia*, v. 196, n. 5, p. 337–340, 2012.

BAROUKI, M. P. Rastreamento do câncer de próstata em homens acima de 50 anos através do exame diagnóstico de PSA. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 3, n. 2, 2011.

BERGER, A. P. *et al.* Longitudinal PSA changes in men with and without prostate cancer: Assessment of prostate cancer risk. *Prostate*, v. 64, n. 3, p. 240–245, 2005.

BERNARDES, M. F. V. G. *et al.* Impact of urinary incontinence on the quality of life of individuals undergoing radical prostatectomy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 27, n. 0, 2019.

CASTRO, P. R. DE *et al.* Laparoscopic retropubic prostatectomy: initial experience. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 23, n. 2, p. 181–184, 2013. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/2238-3182.20130029>>.

CORNICK, S. MAC *et al.* Impact of Radical Prostatectomy on Urinary Incontinence, Erectile Dysfunction and General Quality of Life. *Journal of Biosciences and Medicines*, v. 03, n. 08, p. 62–75, 2015.

DAMIÃO, R. *et al.* Câncer de próstata. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 14, n. 0, p. 80–86, 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/17931>>.

DE PAIVA, E. P.; DA MOTTA, M. C. S.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. *ACTA Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 1, p. 88–93, 2010.

DORNAS, M. C. *et al.* Câncer de Próstata. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*, v. 7, p. 100–107, 2008. Disponível em: <<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1337427623CAProst.pdf>>.

DOS SANTOS, A. C. S. *et al.* Artificial urinary sphincter for urinary incontinence after radical

prostatectomy: A historical cohort from 2004 to 2015. *International Brazilian Journal of Urology*, v. 43, n. 1, p. 150–154, 2017.

GOMES, R. E. AL. As arranhaduras da masculinidade : uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático The touched masculinity : a discussion about the digital rectal exam for prostate cancer prevention. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 6, p. 1975–1984, 2008.

HOYLAND, K. *et al.* Post-radical prostatectomy incontinence: etiology and prevention. *Reviews in urology*, v. 16, n. 4, p. 181–188, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25548545>%0A<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4274175>>.

IARC. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization [Internet]. 2012 [acesso em 10 abr 2019]. Study finds prostate cancer increasing in most countries. Rates remain highest in highest income regions of the world. Press Release, n. 209. Disponível: http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2012/pdfs/pr209_E.pdf

KUBAGAWA, L. M.; LIMA, V. P. DE; MORENO, A. L. A eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária masculina após prostatectomia. *Revisão de Literatura*, v. 52, n. 2, p. 179–183, 2006.

KUEHN, B.M. Veterans health system cited by experts as a model for patient-centered care. *JAMA*, v. 307, n. 5, p. 442-443, 2012. Disponível em:<<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1228886>>.

LÖBLER R. *et al.* Avaliação do Escore de Gleason como fator prognóstico em pacientes com câncer de próstata em hormônioterapia. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*, v. 8, n. 27, p. 21–23, 2012. Disponível em: <<https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html>%0A<https://seer.cancer.gov/statfacts/>>.

LOUGHLIN, K. R.; PRASAD, M. M. Post-Prostatectomy Urinary Incontinence: A Confluence of 3 Factors. *Journal of Urology*, v. 183, n. 3, p. 871–877, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2009.11.011>>.

LOWRANCE, W. T.; TARIN, T. V; SHARIAT, S. F. Evidence-based comparison of robotic and open radical prostatectomy. *TheScientificWorldJournal*, v. 10, p. 2228–37, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21103791>>.

LUCIANO, R. *et al.* Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. *v. 22, n. c, p. 251–262, 2018.*

LUO, J. Non-invasive actionable biomarkers for metastatic prostate cancer. *Asian Journal of Urology*, v. 3, n. 4, p. 170–176, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajur.2016.09.003>>.

MANOHARAN, M. *et al.* Modified Pfannenstiel approach for radical retropubic prostatectomy. *Urology*, v. 64, n. 2, p. 369–371, 2004.

MASAOKA, H. *et al.* Potential overtreatment among men aged 80 years and older with localized prostate cancer in Japan. *Cancer Science*, v. 108, n. 8, p. 1673–1680, 2017. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/cas.13293>>.

MOROTE, J.; MALDONADO, X.; MORALES-BÁRRERA, R. Câncer de próstata. *Medicina Clinica*, v. 146, n. 3, p. 121–127, 2016.

MUNGOVAN, S. F. *et al.* Relationships between perioperative physical activity and urinary incontinence after radical prostatectomy: an observational study. *BMC urology*, v. 13, p. 67, 2013. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4219599&tool=pmcentrez&rendertype=abstract><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24289104><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4219599>>.

NASSIF, A. E. *et al.* Perfil epidemiológico e fatores prognósticos no tratamento cirúrgico do adenocarcinoma de próstata clinicamente localizado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 36, n. 4, p. 327–331, 2009.

RASSWEILER, J. *et al.* Laparoscopic Versus Open Radical Prostatectomy: A Comparative Study at a Single Institution. *The Journal of Urology*, v. 169, n. 5, p. 1689–1693, 2003. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022534705636464>>.

RUTTEN, L. J. F. *et al.* Factors associated with men ' s use of prostate-specific antigen screening : evidence from Health Information National Trends Survey. *v. 40, p. 461–468, 2005.*

STINESEN KOLLBERG, K. *et al.* Social constraints and psychological well-being after prostate cancer: A follow-up at 12 and 24 months after surgery. *Psycho-Oncology*, v. 27, n. 2, p. 668–675, 2018.

VIANA, M. *et al.* Perfil Epidemiológico Do Homem Com Câncer De Próstata Atendido Em Um Hospital Universitário. *Cogitare Enfermagem*, v. 19, n. 2, p. 333–340, 2014.

WANG, W. *et al.* Effectiveness of preoperative pelvic floor muscle training for urinary incontinence after radical prostatectomy: A meta-analysis. *BMC Urology*, v. 14, n. 1, p. 1–8, 2014.

FORMATAÇÃO DOS ARTIGOS A SEREM SUBMETIDOS À REVISTA BRASILEIRA DE QUALIDADE DE VIDA

FORMATAÇÃO GERAL

Os originais devem ser redigidos na ortografia oficial e digitados em folhas de papel tamanho A4. Os trabalhos deverão conter entre 3.000 e 6.000 palavras. O artigo deve ser escrito no programa Word for Windows, em versão 6.0 ou superior. Se você está lendo este documento, significa que você possui a versão correta do programa. Os artigos devem ser enviados em formato .doc ou .docx. Não serão aceitos para avaliação artigos em formato .pdf ou .odt.

Título e subtítulo (se houver): Manter apenas a inicial da primeira palavra e de nomes próprios em letra maiúscula. Artigos em português devem ter título e subtítulo (se houver) em português e inglês; artigos em inglês devem ter título e subtítulo (se houver) em inglês e português; artigos em espanhol devem ter título e subtítulo (se houver) em espanhol e inglês.

Dados dos autores: a primeira letra de cada nome em maiúscula e o restante em minúsculo. Abaixo do nome do autor deve constar o e-mail, o número ORCID (elemento obrigatório) e o vínculo institucional, contendo nome da instituição, sigla, cidade, estado e país, separados por vírgula. Não devem ser utilizadas abreviaturas nos nomes dos autores.

RESUMO: deve ser na própria língua do trabalho, com no máximo 250 palavras e apresentado no formato estruturado, contendo os itens: **OBJETIVO**, **MÉTODOS**, **RESULTADOS** e **CONCLUSÕES**.

PALAVRAS-CHAVE: deve conter entre três e cinco palavras-chave, no mesmo idioma do trabalho, separadas entre si por ponto e finalizadas também por ponto. As palavras devem ser extraídas do Vocabulário Controlado USP disponível no endereço: <http://143.107.154.62/Vocab/Sibix652.dll/> ou dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) disponível no endereço: <http://decs.bvs.br/>.

ABSTRACT: o abstract deve ser uma tradução fiel do resumo.

KEYWORDS: as keywords devem ser uma tradução fiel das palavras-chaves, mantendo a formatação destas. O abstract e keywords deste documento inclui a formatação correta dos mesmos.

Títulos das sessões: os títulos das sessões devem ser posicionados à esquerda, em negrito e caixa alta. Não coloque ponto final nos títulos.

Corpo do texto: o texto deve iniciar uma linha abaixo do título das seções.

Aspas devem ser utilizadas somente em citações diretas. Negrito deve ser utilizado para dar ênfase a termos, frases ou símbolos. Itálico deverá ser utilizado apenas para palavras em língua estrangeira (for exemple).

No caso do uso de alíneas obedecer às seguintes indicações:

a) Cada item de alínea deve ser ordenado alfabeticamente por letras minúsculas seguidas de parênteses;

b) Os itens de alínea são separados entre si por ponto-e-vírgula;

c) O último item de alínea termina com ponto;

d) O estilo de alínea constante deste documento pode ser usado para a aplicação automática da formatação correta de alíneas.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos. A RBQV recomenda a disponibilização, em repositórios de acesso aberto dos dados das pesquisas utilizadas nos artigos.

Em pesquisas relacionadas a seres humanos deverá constar, no último parágrafo da seção Métodos, o número do protocolo e data de aprovação do Comitê de Ética.

Notas: As notas devem ser evitadas. Se forem imprescindíveis, utilizar notas de fim. As notas não devem ser utilizadas para referenciar documentos.

FORMATAÇÃO DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Qualquer que seja o tipo de ilustração (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros) ou tabela, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa, seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título. Após a ilustração ou tabela, na parte inferior, indicar a fonte consultada (elemento obrigatório, mesmo que seja produção do próprio autor), legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão (se houver).

A ilustração deve ser citada no texto e inserida o mais próximo possível do trecho a que se refere. Ver, por exemplo, a Figura 1.

Figura 1 – Exemplo de figura



Fonte: UTFPR (2014).

No caso de quadros, deve ser seguida a estrutura demonstrada no Quadro 1:

Quadro 1 - Evolução do conceito da variável X

Autor	Conceito
Fulano (2007)	A variável X era interpretada como algo irrelevante.
Beltrano (2008)	A variável X era interpretada como algo relevante.
Sicrano (2009)	A variável X era interpretada como algo bastante relevante.

Fonte: Adaptado de Fulano (2007), Beltrano (2008) e Sicrano (2009).

Tabelas e quadros devem estar centralizados e conter apenas dados imprescindíveis, evitando-se que sejam muito extensos. Outro item importante, é que não devem repetir dados já inseridos no texto, ou vice-versa.

Caso os dados sejam inéditos e provenientes de uma pesquisa de campo realizada pelos próprios autores do artigo, essa especificação deve constar na fonte, juntamente com o ano da pesquisa de campo. Nesse caso a fonte deve ser: Autoria própria (2016).

CITAÇÕES E REFERÊNCIAS

As citações devem obedecer ao sistema autor-data e estar de acordo com a norma NBR 10520 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Citações diretas de até três linhas acompanham o corpo do texto e se destacam com aspas duplas. Caso o texto original já contenha aspas, estas devem ser substituídas por aspa simples. Exemplos:

Fulano (2008, p. 10) afirma que “[...] é importante a utilização das citações corretamente”.

"Citar trechos de ‘outros autores’ sem referenciá-los, pode ser caracterizado plágio” (FULANO; BELTRANO, 2009, p. 20).

Para as citações com mais de três linhas, estas devem ser transcritas em parágrafo distinto. Exemplo:

Toda citação direta com mais de 03 linhas é considerada uma citação direta longa. A citação com mais de 03 linhas deve ser escrita sem aspas, em parágrafo distinto, com fonte menor e com recuo de 8,0 cm da margem esquerda, terminando na margem direita, conforme ilustrado neste exemplo (FULANO, 2009, p. 150).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores e devem ser elaboradas de acordo com a NBR 6023 da ABNT.

Todas as referências citadas no texto, e apenas estas, devem ser incluídas ao final, na seção Referências.

As referências devem incluir apenas aquelas centrais e pertinentes à problemática abordada. E devem, obrigatoriamente:

- a) 50% terem sido publicadas nos últimos cinco anos;
- b) 50% serem oriundas de periódicos científicos.

Todas as obras consultadas que estiverem disponíveis na internet devem ser referenciadas com o endereço eletrônico e data de acesso.