

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
CURSO DE FISIOTERAPIA

A PREVALÊNCIA DA DISFUNÇÃO ERÉTIL E INCONTINÊNCIA URINÁRIA
PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL

CHRISTIANE FERREIRA WOICIECHOSKI
JEANNE MIRANDA REZENDE

BRASÍLIA
2008

CHRISTIANE FERREIRA WOICIECHOSKI
JEANNE MIRANDA REZENDE

A PREVALÊNCIA DA DISFUNÇÃO ERÉTIL E INCONTINÊNCIA URINÁRIA
PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL

Artigo científico apresentado à disciplina
de TCC como requisito parcial para
conclusão do Curso de Fisioterapia no
Centro Universitário de Brasília –
UniCEUB.

Orientadora: Aline Alves Teixeira

Co- orientadora: Mara Cláudia Ribeiro

BRASÍLIA
2008

A PREVALÊNCIA DA DISFUNÇÃO ERÉTIL E INCONTINÊNCIA URINÁRIA
PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL

PREVALENCE OF THE ERECTILE THE ERECTILE DYSFUNCTION AND
URINARY INCONTINENCE POST RADICAL PROSTATECTOMY

Christiane Ferreira Woicechoski *;Jeanne Miranda Rezende*,Mara Cláudia Ribeiro**,
Aline Teixeira Alves**

*Graduanda em Fisioterapia pelo UniCeub – Centro Universitário de Brasília.

** Professora titular do Centro Universitário de Brasília.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar o “dom da vida”. E Em segundo lugar à minha família pelo amor, apoio e dedicação durante o curso. E por agüentar meu “stress”, minha irritabilidade e às vezes a falta de paciência. Agradeço também ao meu namorado, que esteve comigo em todas as horas, escutando minhas reclamações e lamentos. Mais que sempre falava “tudo vai dar certo”, e realmente se confirmou.

Às minhas amigas queridas, Milena, Maristela, Marcela, Patrícia, obrigada pelo apoio e preocupação. A Jeanne, minha “dupla dinâmica”, enfrentamos vários obstáculos, momentos de discórdias, de choro e lamentações, mais enfim, vencemos todos eles, isso é o que importa !

A uma pessoa muito especial e querida, Maíra, que nos deu apoio e auxílio nos momentos mais críticos e que sempre estava disponível para nos atender, você é uma pessoa sensacional, muito obrigada!

Com muita gratidão, agradeço ao Dr. Luciano e ao Tenente Amado, pelo auxílio e dedicação em nossa pesquisa, sempre prontos a nos atender e ajudar !

Christiane

Primeiramente agradeço a Deus, por me proporcionar tantas vitórias! Abençoando meu caminho em ter conquistado o grande objetivo.

Agradeço meu pai, em especial a minha mãe, me dando apoio, lutando sempre em manter nos estudos, por eles tenho um carinho e eterna gratidão. Agradeço aos meus irmãos, que de certa forma, ajudou a conquista desse mérito. As minhas cunhadas e sobrinhos, pelo carinho e estarem sempre do meu lado. A toda minha família paterna e materna pela credibilidade, confiança e orações em almejar essa conquista.

Agradeço as minhas amigas, grupo original de estágio, pela força e apoio nos estudos, em especial a minha amiga Vanessa, pelo carinho e amizade que jamais será esquecida! Agradeço aos mestres da graduação, nesse período de ensino, adquirindo um crescimento científico e humanizado. Agradeço ao médico, Dr. Luciano pela imensa ajuda no término deste trabalho, e o Tenente Amado pela grande colaboração.

Agradeço a Christiane, pela garra em enfrentar cada obstáculo, as dificuldades em poder ter sempre o melhor do nosso projeto. Sempre com paciência e dedicação. Apesar de todos os acontecimentos, chegamos até aqui com muita luta, e podemos dizer que vencemos!!

Jeanne

RESUMO

Este artigo busca compreender a prevalência da disfunção erétil e incontinência urinária em indivíduos que realizaram a prostatectomia radical via retropúbica no Hospital das Forças Armadas – DF. Este estudo trata-se de um modelo transversal descritivo. Foram analisados indivíduos, na faixa etária compreendida dos 48 aos 73 anos, entre dezembro de 2005 e setembro de 2008. Foi utilizado para instrumentos de coleta de dados os questionários, Prévio, Quociente Sexual Masculino (QS-M) e *Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF), para disfunção erétil e incontinência urinária respectivamente. Participaram da entrevista 44 participantes, 19 foram excluídos. Os incluídos na pesquisa foram 16 com incontinência urinária e 9 com disfunção erétil e incontinência urinária. A partir desse estudo é possível confirmar que pacientes que realizam a cirurgia de Prostatectomia Radical via Retropúbica apresentam essas disfunções, o que pode indicar uma pior qualidade de vida.

Palavras chaves: prostatectomia, disfunção erétil, incontinência urinária masculina, câncer de próstata.

ABSTRACT

This article aims to understand the prevalence of erectile dysfunction and urinary incontinence in individuals who have made retropubic radical prostatectomy at the Hospital of the Armed Forces-DF. This study is a model cross descriptive. We analyzed individuals in the age group of 48 to 73 years, between December 2005 and September 2008. It was used as instruments for data collecting the questionnaires, *Prévio*, *Quociente sexual- Versão Masculina* (QS-M) and Incontinence Questionnaire - Short Form (SF-ICIQ) for erectile dysfunction and urinary incontinence respectively. Participated in the interview 44 participants, 19 were excluded. Those included in the search were 16 with urinary incontinence and 9 with erectile dysfunction and urinary incontinence. From this study it is possible to confirm that patients who are submitted to retropubic radical prostatectomy have these disorders, which may indicate a lower quality of life.

Key Words: prostatectomy, erectile dysfunction, male urinary incontinence, prostate cancer.

INTRODUÇÃO

Nas últimas quatro décadas, o câncer de próstata tornou-se um problema relevante de saúde pública. É a doença maligna mais comum em homem nos Estados Unidos da América e a segunda causa mais comum de morte (CALVETE *et al.*, 2003). Segundo as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2008), o número de casos novos da doença estimados para o Brasil é de 49.530. Estes valores correspondem a um risco estimado de 52 casos novos a cada 100 mil homens. Estima-se que no ano de 2008 surgirão cerca de 750 novos casos no Centro-Oeste. Em termos de valores absolutos, o câncer de próstata é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total da doença. As taxas de incidência da doença são cerca de seis vezes maiores nos países desenvolvidos se comparados aos países em desenvolvimento.

Mais de 95% das neoplasias da próstata são representadas pelo adenocarcinoma, sendo os casos restantes de sarcomas, carcinomas epidermóides e de células transicionais. A origem da doença ainda é desconhecida, porém, quatro fatores têm sido sugeridos como causadores: fatores genéticos, fatores hormonais, fatores ambientais e fatores infecciosos (NETTO, 1999).

O primeiro estágio da doença é o crescimento benigno, chamado de hiperplasia, que acomete quase 90% dos homens após os 40 anos e que produz dificuldade para a eliminação da urina. O segundo é o câncer de próstata, que surge associado ou não ao crescimento benigno e que se manifesta quase sempre depois que os homens completam 50 anos (KUBAGAWA *et al.*, 2006).

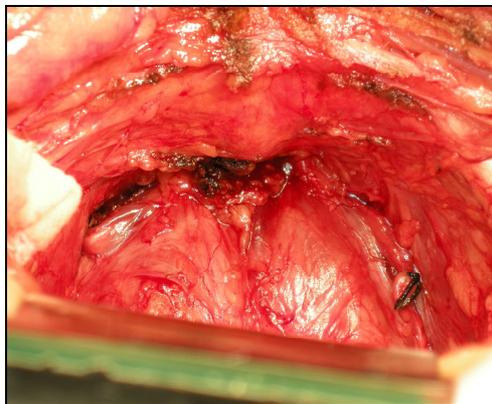
Sob o ponto de vista clínico, estes tumores podem ser identificados em fases iniciais através do toque digital, níveis do PSA (Antígeno Prostático Específico) e pelo ultra-som transretal da próstata (HERING & SROUGI, 1998). O PSA é considerado o mais importante marcador para detectar, classificar e monitorizar o câncer de próstata (CALVETE *et al.*, 2003). Cada um desses métodos mencionados, quando utilizado isoladamente, identifica 20% a 40% das neoplasias prostáticas, e quando realizadas conjuntamente diagnosticam 80% dos casos (HERING & SROUGI, 1998).

O termo próstata deriva do grego *próstates*, que significa estar adiante, designando a estrutura que está antes da bexiga. É a glândula responsável pela produção do líquido prostático, secreção que, juntamente com o produto das vesículas seminais e das glândulas periuretrais, irá constituir o esperma, líquido expelido durante a ejaculação (NETTO, 1999).

A maioria dos sistemas de graduação do câncer da próstata baseia-se no arranjo glandular, no grau de anaplasia das células malignas, ou em ambos, correlacionando os achados histológicos com a evolução da neoplasia. A classificação mais importante é a de Gleason, que consideram o grau de diferenciação glandular e a relação entre as glândulas e o estroma (NETTO, 1999). Os graus foram designados pelos números de 1 a 5, e o somatório dos dois graus nos dá o escore definitivo de Gleason, sendo que o grau que denomina aparece em primeiro lugar na soma. O escore mínimo é de 2, e o máximo, 10 (SALDANHA *et al.*, 2000). O sistema de Gleason tem sido introduzido também para ajudar a prever a evolução e predizer o estágio patológico. Sabemos que lesões com escore de Gleason 2-4 (bem diferenciados) têm um comportamento mais indolente e as de escore 7-10 (indiferenciados) são agressivos, respondendo mal às diferentes opções de tratamento (CALVETE *et al.*, 2003).

A Prostatectomia Radical (PR) é o tratamento padrão-ouro para o câncer de próstata localizado, sendo recomendado pela maior parte dos urologistas (MACHADO *et al.*, 2007).

No final de 1940, foi criada a chamada PR via retropúbica. A técnica se revelou extremamente eficaz para travar a progressão do cancro, isto é, quando este estava confinado a próstata. No final da década de 70 surgiram modificações importantes na abordagem retropúbica, o que contribuiu para a diminuição da hemorragia, tornando a operação mais segura. Foi possível aos cirurgiões avaliarem efetivamente o que estavam fazendo, o que trouxe uma grande melhoria (WALSH & WORTHINGTON, 1998). A técnica cirúrgica descrita por Walsh inclui duas ressecções em conjunto, a próstata e as vesículas seminais, com a possibilidade de preservação ou ressecção do colo vesical (NESRALLAH, 2000).



Próstata (Fonte: Serviço de Urologia do HFA)

Outra técnica cirúrgica descrita por Guillonneau e Vallancien em 1998, é a PR via laparoscópica, esta série demonstrou que a técnica é segura, viável, reproduzível, possível de aprender e oferece uma alternativa cirúrgica para reduzir a morbidade. No

entanto, requer uma significativa curva de aprendizado a partir de 50 para 70 casos (MACHADO *et al.*, 2007).

Conforme Sant'Anna (2004), o conceito inicial de robótica em cirurgia envolvia a idéia de realizar uma operação em local distante de onde estava o cirurgião. Este procedimento cirúrgico utilizou robôs para uma ressecção transuretral de uma hiperplasia benigna da próstata.

Uma das conseqüências da PR é a Disfunção Erétil (DE), também conhecida como impotência sexual masculina e definida como a inabilidade persistente de obter e manter uma ereção firme o suficiente para permitir um desempenho sexual satisfatório (NEVES *et al.*, 2004). A DE é multifatorial, envolvendo fatores orgânicos, psicogênicos, culturais e socioeconômicos. Dentre esses fatores orgânicos estão às doenças prostáticas (ABDO *et al.*, 2006b).

Por muitos anos acreditou-se que os fatores psicológicos eram os principais causadores deste distúrbio, porém, já se sabe que a DE também se origina de problemas vasculares, sendo que esses são responsáveis por cerca de 75% dos casos relatados (NEVES *et al.*, 2004). Em recente estudo nacional Abdo *et al.* (2005c), relatam que uma parcela de homens apresenta alguma DE sendo, 34% dos homens japoneses, 22% dos malaios, 17% italianos e 15% dos brasileiros.

A ereção é o estado de flacidez peniana mantido ativamente pela ação tônica de nervos simpáticos. Durante este estado, a musculatura lisa das trabéculas penianas e das artérias cavernosas se mantém em contração permanente. Após um estímulo sexual, a musculatura lisa das artérias helicoidais cavernosas relaxa, aumentando o fluxo sanguíneo para os espaços lacunares. Simultaneamente, ocorre o relaxamento da musculatura lisa trabecular, levando à dilatação dos espaços sinusoidais e, conseqüentemente, ao ingurgitamento do pênis. Quando alcançado o estágio da ereção

total, a pressão do espaço lacunar é resultante do equilíbrio entre a pressão de perfusão na artéria cavernosa e a resistência à drenagem venosa pelas vênulas subalbugíneas comprimidas (NETTO, 1999).

Outro problema apresentado é a Incontinência Urinária (IU), definida como qualquer perda involuntária de urina, segundo *International Continence Society* (ICS, 2002). A continência urinária depende exclusivamente do segmento da parte distal do esfíncter remanescente. Torna-se claro, então, que as intervenções cirúrgicas sobre a próstata podem lesar parte do mecanismo esfíncteriano. Entretanto, é importante salientar que a preservação da parte distal do esfíncter é suficiente para a manutenção da continência na maioria dos casos (TAMANINI, 2004; NETTO, 1999).

A fisiologia da micção compreende duas fases: armazenamento ou enchimento vesical e esvaziamento ou expulsão, que envolvem funções antagônicas da bexiga e uretra. A micção e a continência urinária estão sob a coordenação de complexos eventos neurológicos entre o sistema nervoso central e sistema nervoso periférico, que garantem o controle voluntário do ato miccional (MORENO, 2004).

A PR, quando realizada para controle do câncer, torna-se uma causa importante de incontinência no homem. A incidência de qualquer nível de incontinência após o procedimento de 66% e o uso de fraldas é 33% (KAKIHARA, 2003a).

Segundo Hering & Srougi (1998), os tumores da próstata só produzem manifestações clínicas quando as neoplasias atingem a cápsula prostática, ou seja, quando a doença já se apresenta avançada. Nestes casos, surgem sintomas obstrutivos urinários, e às vezes, hematúrias macroscópicas.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar a prevalência da DE e IU em pacientes que realizaram a PR retropúbica, observar o impacto gerado na qualidade de

vida em pacientes que se refere à perda urinária e verificar o desempenho/satisfação sexual masculina.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo, que foi desenvolvido no setor de Urologia do Hospital das Forças Armadas (HFA) de Brasília – DF, em pacientes atendidos entre dezembro de 2005 e setembro de 2008. A pesquisa foi realizada nos meses de agosto a outubro de 2008.

O estudo foi iniciado após a apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HFA. Com número de aprovação CAAE 0006.0.376.303-08. Foram analisados indivíduos, na faixa etária compreendida dos 48 aos 73 anos do sexo masculino, que não apresentavam IU e/ou DE prévias e que se submeteram a PR via retropúbica entre dezembro de 2005 e setembro de 2008.

A primeira fase da pesquisa aconteceu por meio da análise dos prontuários dos pacientes, a fim de selecionar aqueles que poderiam ser incluídos na pesquisa de acordo com a cirurgia, prostatectomia radical retropúbica e o tempo cirúrgico, de 6 meses a 3 anos. Observou-se que 106 pacientes haviam se submetido a PR via retropúbica neste período. Na segunda fase, os participantes foram abordados por contato telefônico e apenas 44 pacientes consentiram em participar da pesquisa. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2).

Foram aplicados três questionários a cada participante. Para a inclusão e/ou exclusão do indivíduo na pesquisa aplicou-se o questionário prévio elaborado pelas autoras (APÊNDICE 1), que continha informações a respeito da idade do paciente, tempo de pós-cirúrgico, IU prévia, fatores de risco e atividade sexual prévia, além da realização ou não de tratamento fisioterapêutico, que é um viés para este estudo. A escala de Gleason de cada paciente foi observada no prontuário. Esta escala tem como função classificar a evolução e extensão do tumor (CALVETE *et al.*, 2003).

Foram incluídos na pesquisa pacientes com IU, que não apresentaram fatores de risco como diabetes, obesidade, infecção urinária, constipação e hipertensão crônica, por serem alterações que influenciam na incontinência. Em relação à DE, foram inclusos os indivíduos que tinham relação sexual prévia e ausência de fatores de risco como, tabagismo, hipertensão crônica, aterosclerose, medicamento para ereção e antidepressivo (APÊNDICE 1).

O segundo questionário foi o Quociente Sexual Masculino (QS-M), elaborado e validado na língua portuguesa, de fácil manuseio e com linguagem acessível. É composto por 10 questões que abordam diversos elementos emocionais e funcionais relacionados a desempenho/satisfação sexual masculina, sendo que cada questão é respondida numa escala gradual de 0 a 5, com zero indicando “nunca” e cinco indicando “sempre”. A soma obtida pode variar de 0 a 50, sendo então multiplicada por 2, resultando numa escala de 0 a 100. Os resultados são definidos como excelente (82-100), bom (62-80), moderado (42-60), desfavorável (22-40) e nulo (0-20) (ABDO, 2006b) (ANEXO 1).

Além do QS-M, foi aplicado o *Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF), validado para o português por Tamanini *et al.* (2004). Este questionário permite a rápida avaliação do impacto da IU na Qualidade de Vida (QV), além de classificar os prejuízos sofridos pelos doentes de ambos os sexos. O impacto na QV foi definido de acordo com o escore da questão 3: (0) nada; (1-3) leve; (4-6) moderado; (7-9) grave; (10) muito grave. É composto por quatro questões fechadas, subjetivas, com um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionados às causas ou às situações de IU vivenciadas pelos pacientes (ANEXO 2).

Para análise estatística dos dados foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2007, foi realizada a estatística descritiva, com o cálculo de média, desvio padrão e coeficiente de variação (CV).

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 44 pacientes, com média de 64,52 (\pm 5,84) anos. Sendo que 19 foram excluídos por não estarem dentro dos critérios de inclusão. A amostra final foi formada por 25 participantes, dentre os quais 16 tiveram IU (Grupo 1), 5 apresentaram DE e IU (Grupo 2) e 4 pacientes continentares e com disfunção erétil (Grupo 3).

Tabela 1- Pacientes com Incontinência Urinária (Grupo 1)

| Pacientes | Idade | Escore ICIQ-SF | Gleason |
|--------------|------------------------------------|----------------|---------|
| 1 | 67 | 9 | 3+3=6 |
| 2 | 65 | 12 | 3+3=6 |
| 3 | 70 | 15 | 3+4=7 |
| 4 | 56 | 0 | 3+3=6 |
| 5 | 62 | 5 | 3+3=6 |
| 6 | 68 | 0 | 3+4=7 |
| 7 | 55 | 13 | 3+3=6 |
| 8 | 72 | 15 | 5+4=9 |
| 9 | 70 | 15 | 3+3=6 |
| 10 | 64 | 19 | 3+3=6 |
| 11 | 70 | 13 | 3+3=6 |
| 12 | 63 | 14 | 3+3=6 |
| 13 | 64 | 4 | 3+3=6 |
| 14 | 65 | 8 | 3+3=6 |
| 15 | 62 | 14 | 3+3=6 |
| 16 | 66 | 8 | 3+4=7 |
| Média | 64,93 \pm 5,35 | | |

Fonte: HFA

Tabela 2- Pacientes com Incontinência Urinária e Disfunção Erétil (Grupo 2)

| Pacientes | Idade | Escore ICIQ-SF | Escore QS-M | Gleason |
|--------------|---------------------|----------------|-------------|---------|
| 1 | 61 | 21 | 24 | 3+3=6 |
| 2 | 65 | 8 | 100 | 3+3=6 |
| 3 | 73 | 6 | 74 | 3+3=6 |
| 4 | 60 | 3 | 56 | 3+3=6 |
| 5 | 48 | 6 | 38 | 3+3=6 |
| Média | 62,44 ± 7,66 | | | |

Fonte: HFA

O grupo total de estudo com IU (N=25), possuiu média de 64,58 ($\pm 5,35$) e (CV 9,16), variando entre 48 a 73 anos.

Os pacientes com DE (N=5) também possuíram idade homogênea, com média de 62,44 ($\pm 7,66$) e (CV 12,01) (TABELA 2). Já o tempo de cirurgia do grupo 1, grupo 2 e grupo 3 teve a média de 17,35 meses ($\pm 9,13$) e (CV 52,62), ou seja, os valores são heterogêneos ao tempo.

Pacientes que apresentaram continência (N=4) por possuir um escore 0 (zero), possuem homogeneidade, com média de idade de 63,75 anos ($\pm 3,40$) (TABELA 3).

Os participantes do grupo 1 mostraram uma prevalência de 87,5% que corresponde a 14 pacientes (TABELA 1). O total dos pacientes com IU (N=25) corresponde a 76% com a incontinência.

Tabelas 3 – Pacientes Continentes e com disfunção erétil (Grupo 3)

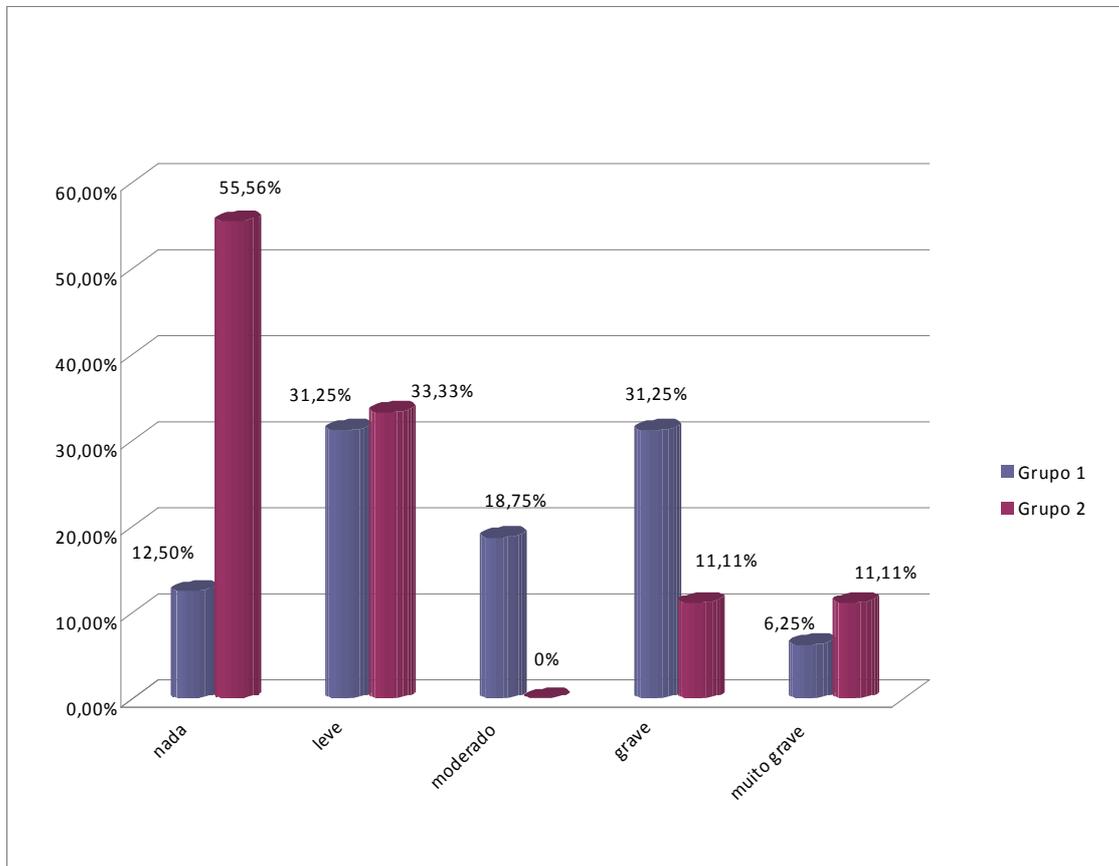
| Pacientes | Idade | Escore ICIQ-SF | Escore QS-M | Gleason |
|--------------|-------------------|----------------|-------------|---------|
| 1 | 65 | 0 | 66 | 3+3=6 |
| 2 | 61 | 0 | 26 | 3+3=6 |
| 3 | 68 | 0 | 76 | 3=4=7 |
| 4 | 61 | 0 | 70 | S/I * |
| Média | 63,75±3,40 | | | |

Fonte: HFA * Sem Informação

No gráfico 1 , observa-se que no grupo 1, 2(12,50%) nada , 5 (31,25%) leve, 3 (18,75%) moderado, 5 (31,25%) grave e 1 (6,25%) muito grave, conforme análise do impacto na QV. Em relação ao grupo 2, 5(55,56%) nada, 2(33,33%) leve, 0 (0%) moderado, 1 (11,11%) grave e 1 (11,11%) muito grave.

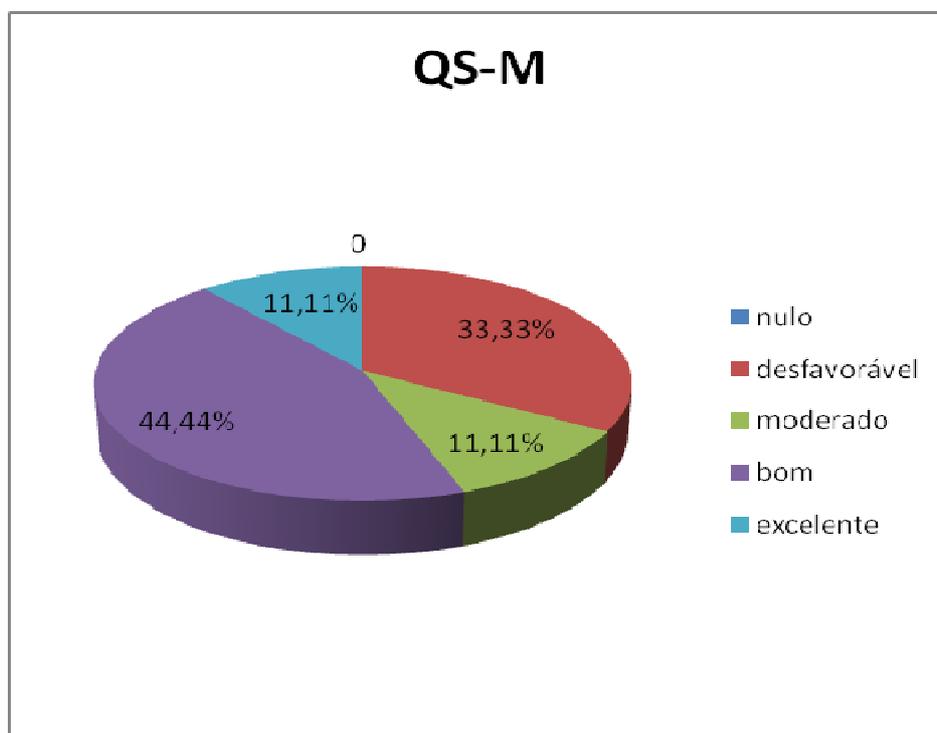
No grupo 2 observou-se a prevalência do escore de 88,89%, sobre o grupo 1 com 55,56 % , em relação à pontuação do escore de cada questionário.

Gráfico 1 – Qualidade de vida -ICIQ-SF



No grupo 2 observou-se as freqüências, nulo 0(0%) , desfavorável 3(33%), moderado 1(11,11%), bom 4(44,44%) e excelente 1(11,11%), em relação ao desempenho/ satisfação sexual masculina (GRÁFICO 2).

Gráfico 2- Valores de escore QS-M



Dentre os 25 pacientes, verificou-se uma maior frequência de Gleason 6 (3+3), que equivale a 75% da amostra que representa uma homogeneidade. Isso mostra a classificação diferenciada e indiferenciada, que resulta um comportamento mais indolente ou agressivo do tumor prostático.

DISCUSSÃO

Na presente pesquisa observou-se grande proporção de pacientes incontinentes, que pode estar relacionada a fatores como, idade e preservação da musculatura esfínteriana. Além disso, este estudo avaliou “qualquer perda involuntária de urina” (ICS) e não a quantificou a perda urinária. Vale salientar que não foi utilizado neste estudo o exame urodinâmico para diagnóstico da IU. Ao fazer comparação com outros estudos, percebe-se que houve limitação em relação à quantidade da amostra (KAKIHARA, 2003a).

Conforme Martinez *et al.*, (1995b) a possibilidade de incontinência foi associada à idade dos pacientes, bem como às fases da sua doença, sendo assim não foi à experiência de todos os autores. Neste estudo, também não foi encontrada uma concordância em relação à idade e IU, sendo fatores que podem estar relacionados.

Como menciona See *et al.*, (2007), os índices de IU pós-prostatectomia radical variam de 2% a 87% nas diferentes séries publicadas, e esta grande variação se deve às diferentes definições de incontinência e à metodologia aplicada nas pesquisas. Embora a incontinência imediata após a cirurgia ocorra com a maioria dos pacientes, muitas vezes esta é transitória, ocorrendo melhoria gradual do quadro clínico ao longo do tempo. Já este estudo, apresenta 55,56% de pacientes incontinentes, havendo uma concordância com a pesquisa anterior, que mostra um percentual dentro dos índices de IU e a relação da metodologia do estudo que pode interferir nos resultados.

Em indivíduos abaixo dos 50 anos as taxas de manutenção da função sexual são independentes do fato de se preservar um ou dois feixes nervosos; enquanto nos mais idosos isto não acontece. A idade do paciente, a função erétil prévia e a preservação nervosa durante a cirurgia são aspectos muito importantes na capacidade de

recuperação, na resposta de um programa de reabilitação e na eficácia de tratamento para a DE (NUNES *et al.*, 2004). Importante salientar que, prevaleceu a frequência de bom desempenho/satisfação sexual no grupo 2, não pode-se afirmar que este dado seja válido para outros estudos, o que justifica que a amostra não foi favorável. Mas sugere-se pelo estudo realizado, que houve uma parcela com função sexual desfavorável, e que a PR retropúbica pode interferir de alguma forma a disfunção erétil do paciente.

As melhorias dos indicadores de saúde, como o aumento da expectativa de vida, assim como o avanço da medicina fazem com que observemos o fenômeno do envelhecimento populacional. Cada vez mais devemos estar atentos e aptos a tratar as doenças do idoso, melhorando, dessa forma, sua qualidade de vida (SUAID *et al.*, 2003). O mesmo foi observado neste estudo, que houve um impacto entre leve e grave em pacientes com IU, e nos pacientes pesquisados com as duas disfunções possuíram menor significância na QV. Sendo que prevaleceu não apresentar impacto na QV nos participantes com IU em relação ao grupo com ambas disfunções.

Por meio da avaliação dos dados estatísticos verificou-se um aumento de DE em relação à IU, mas é preciso lembrar que a amostra deste estudo foi desfavorável, e que a preservação da DE e IU dependem da extensão e localização do tumor. Conforme pesquisado, na escala Gleason, com a frequência (3+3=6), que corresponde à classificação da evolução e o estágio patológico do tumor. Mas neste estudo obteve-se uma escala homogênea, dos pacientes pesquisados.

Em estudo feito por Srougi *et al.* (1991), em todas as intervenções cirúrgicas a familiaridade com a técnica operatória reduziu os riscos de intercorrência intra e pós-operatórias. Além da melhor compreensão local, a repetição das intervenções permite que o cirurgião realize pequenas modificações pessoais, que acabam favorecendo os

resultados do procedimento. Nesta pesquisa não foi avaliado o responsável pela cirurgia de cada participante.

A PR tem provado ser um tratamento eficaz no câncer de próstata. Desde o início da sua utilização, a nível global tem havido grandes progressos na redução do risco e de complicações como IU e DE pós-operatórias (MARTÍNEZ *et al.*, 2000). Neste estudo há indicação de que a técnica cirúrgica pode causar IU e DE. No entanto, foi observado no ambiente hospitalar pesquisado o avanço e desenvolvimento da técnica de Prostatctomia Radical Retropúbica que pode vir a reduzir e/ou minimizarem as complicações destas disfunções.

Esse fato mostra a necessidade de que os profissionais da área de saúde estejam preparados para lidar com essas situações, já que se sabe que o índice de câncer de próstata vem aumentando, inclusive pelo crescente envelhecimento da população. Sugerem-se outros estudos com o intuito de auxiliar a comprovação do resultado, com informações adicionais no campo de pesquisa científica, e avaliar as diferentes técnicas cirúrgicas e suas particularidades médicas, para completar o conhecimento na área da saúde em geral.

CONCLUSÃO

Neste estudo confirmou-se que pacientes que realizam a cirurgia de prostatectomia radical via retropúbica apresentam uma prevalência de IU e DE e pode-se relatar que houve impacto na qualidade de vida dos participantes.

São necessários, porém, estudos mais amplos, de maneira a verificar essa incidência na população geral, de forma que seja possível estabelecer, até mesmo, medidas profiláticas para as conseqüências das cirurgias e obtenção de novos dados para correlacionar com o tema pesquisado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO N.H. C. **Elaboração e validação do quociente sexual –versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem.** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento e instituto de psiquiatria- Projeto sexualidade.Rev.Bras.Med.Vol.63, nº 12, janeiro/fevereiro de 2006(a).

ABDO N.H. C., KYATH J.M., RANGEL.P. **Efeito do tratamento com sildenafil sobre qualidade da ereção e satisfação sexual de homens com disfunção erétil.** Rev. Brás.Med. Vol.63. nº 9. São Paulo. Setembro 2006(b).

ABDO H.N.C., JÚNIOR O. M. W., JÚNIOR M. E., ABDO A. J., FITTIPALDI S. A. J., **The impacto Of psychosocial factors on the risk of erectile dysfunction and inhibition of sexual desire in a sample of the Brazilian population.**J. Med;123 (1):11-4 São Paulo,2005(c).

CALVETE A. C., SROUGI M., NESRALLAH L. J. , DALL’OGLIO M. F., ORTIZ V., **Avaliação da extensão da neoplasia em câncer da próstata:Valor do PSA, da percentagem de fragmentos Positivos e da escala de GLEASON.** Trabalho realizado na Disciplina de Urologia – Universidade,2003.

HERING F.L.O, SROUGI M. **Urologia diagnóstico e tratamento.** Ed. Roca, 1º edição.P. 364-365, São Paulo, 1998.

Instituto Nacional do Câncer, estimativa para o ano de 2008, incidência de câncer no Brasil. <http://www.inca.gov.br/On-line>. Acesso em junho de 2008.

KAKIHARA,T.C. **Cinesioterapia na redução da incontinência urinária de pacientes pós- prostatectomizados.** Rev. Fisioterapia Brasil, volume 4, número 4, julho/agosto de 2003(a).

KAKIHARA T.C., FERREIRA U., D. SC., JR.NETTO R. N. **Importância da intervenção fisioterapêutica precoce na correlação da incontinência urinária masculina pós-prostatectomia.** Ver. Fisioterapia Brasil. Vol. 7. nº 9. São Paulo. Maio/Junho de 2006(b).

KUBAGAWA L. M., PELLEGRINI J. R. F., LIMA V. P., MORENO A. L. **A eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária masculina após prostatectomia.** Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia. 52(2): 179-183, São Paulo. 2006.

MACHADO M.T., JULIANO V.R., TRISTÃO A.R., WATANABE M., JUNIOR F.H.P., WROCLAWSKI R.E. **Estudo comparativo e prospectivo entre a prostatectomia laparoscópica transperitoneal e extraperitoneal.** Rev. Einstein, vol. 5, pág. 203-208, Maio de 2007

MARTINEZ L., GUZMÁN S., MARTINEZ P., VELASCO A., DEL CAMPO F., ROSEMBERG H., MARZARI A., KOMPATZKY A., BERTRÁN M., MARTINEZ C., **Tratamiento quirurgico del câncer de próstata: Experiência en 449**

prostatectomias radicais. Departamento de Urologia. Revista Chilena de Urología. Vol. 65 N° 3 Año 2000a.

MARTINEZ L., MARTINEZ A., VELASCO A., MARTINEZ P., DEL CAMPO F., BENGIÓ R.G., GJURANOVIC M., **Continência imediata y tardia em la prostatectomia radical retropubica con três técnicas diferentes. Departamento de Urologia, División de Cirurgia.** Vol. 60 Año 1995b

MORENO L. ADRIANA. **Fisioterapia em Uroginecologia.** Editora Manole. 1° Edição. P.23. Barueri- SP, 2004.

NESRALLAH J.L. **Estudo prospectivo randomizado sobre o valor da preservação do colo vesical nos índices de continência urinária após prostatectomia radical.** Programa de pós-graduação em urologia. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina, para a obtenção do Título de Doutor em Medicina.São Paulo, 2000.

NEVES .G., RATES K.M.S, , FRAGA M.A.C, BARREIRO.J.E., **Agentes dopaminérgicos e o tratamento da disfunção erétil.** Quim. Nova, Vol. 27 n° 6, 949-957.Rio de Janeiro.2004.

NETTO JR.R.N. **Urologia Prática.** Editora Atheneu. 4° Edição. P.327-329. São Paulo, 1999.

NUNES. P., ROLO.F., MOTA.A. **Prostatectomia radical e actividade sexual.**

Acta Urológica. 21:1 15-31, 2004.

SANT'ANA T.R., PRATES L.R.P., SANT'ANA M.R.J., PRATES R.P., KALIL K.A.R., SANTOS E.D., NERRALLA. **Emprego de sistemas robóticos na cirurgia cardiovascular. Rev.Bras.Cir. Cardiovasc.** 19(2):171-178.Porto Alegre,2004.

SALDANHA B. L, CALVANTI C. B. F., ARAP S., **Atlas de patologia da próstata.** Editora Savier. P. 54.São Paulo, 2000.

SROUGI M., M.D'IMPÉRIO, SAKAI A, LOPES N.R., **Prostatectomia radical: correlação entre o número de intervenções realizadas e a preservação da potencia sexual e da continência urinária.** J.Bras. Urol. 17(1)- JAN-MAR, São Paulo, 1991.

SEE A. W., DAVIS B. N., GURALNICK L. M., SMITHER R. A. **Quantifying the natural history of post-radical prostatectomy incontinence using objective pad test data.** BMC Urology.Biomed Central. USA, 2007.

SUAID J.H.,JR. T.S., PASCHOALIN L.E., MARTINS P.C., COLOGNA, J.A., REIS B.R. **Incontinência urinária no idoso.** Rev. Acta Cirúrgica Brasileira.Vol.18 (supl 5):47-51.São Paulo, 2003.

TAMANINI N.T.J., DAMBROS M., D' ANCONA L.A.C., PALMA R.C.P., JUNIOR N.R.N., **Validation of the "International Consultation on Incontinence**

Questionnaire - Short Form”(ICIQ-SF) for Portuguese. Rev. Saúde Pública, Vol. 38, nº 3, Campinas São Paulo, 2004.

The official site of the International Continence Society
[.http://www.icsoffice.org/ASPNET_Membership/Membership/Home.aspx](http://www.icsoffice.org/ASPNET_Membership/Membership/Home.aspx) .ICS, 2002.
on line. Acesso em julho de 2008.

WALSH C.P, WORTHINGTON F.J. Doenças da próstata. Editorial Presença, 1º edição. P. 65-133-134-136-, Lisboa, Março de 1998

ANEXO 1

Quociente Sexual Masculino (QS-M)

Responda este questionário, com sinceridade, baseando-se nos **últimos 6 meses** de sua vida, considerando a seguinte pontuação:

0= Nunca

1= Raramente

2= Às vezes

3= Aproximadamente 50% das vezes

4=Na maioria das vezes

5= Sempre

1. Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

2. Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

3. As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua(seu) parceira(o) igualmente?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

4. Seu desempenho sexual varia conforme sua(seu) parceira(o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

5. Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

6. Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida(dura) para garantir uma relação satisfatória?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

7. Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

8. Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

9. Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

10. Seu desempenho sexual o estimula a fazer outras vezes, em outras oportunidades?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

ANEXO 2

ICIQ-SF

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1- Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

- 0 Nunca
- 1 Uma vez por semana ou menos
- 2 Duas ou três vezes por semana
- 3 Uma vez ao dia
- 4 Diversas vezes ao dia
- 5 O tempo todo

2- Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta).

- 0 Nenhuma
- 2 Uma pequena quantidade
- 4 Uma moderada quantidade
- 6 Uma grande quantidade

3- Em geral, quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interfere Interfere muito

ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5=

4- Quando você perde urina?

(Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

- Nunca
- Perco antes de chegar em casa
- Perco quando estou dormindo
- Perco quando estou fazendo atividades físicas
- Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo
- Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo
- Perco sem razão óbvia
- Perco o tempo todo.

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO PRÉVIO

Idade: _____

1. Há quanto tempo realizou a cirurgia de próstata?

Meses _____ Anos _____

2. Apresentava perda de urina antes da cirurgia?

Sim () Não ()

3. Marque uma ou mais opções caso apresente :

- () Diabetes
- () Fumante
- () Obesidade
- () Infecção urinária
- () Constipação
- () Realizou outra cirurgia? Qual? _____
- () Hipertensão crônica
- () Aterosclerose
- () Faz uso de medicamento para a ereção. Há quanto tempo? _____
- () alcoolismo crônico
- () Insuficiência renal
- () Doenças externas de pênis (sífilis, gonorréia, etc)
- () Faz uso de algum medicamento antidepressivo
- () Lesado medular

4. Praticava atividade sexual ?

Sim () Não () () Tinha relação sexual antes da cirurgia

5. Tem parceira fixa ?

Sim () Não ()

6. Mantém o pênis rígido (duro) durante todo o ato sexual?

Sim () Não ()

7. Apresenta perda de urina durante a ereção?

Sim () Não ()

8. Fez ou faz tratamento fisioterapêutico para o seu problema?

Sim () Não ()

9. Escala de Gleason: _____

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
DECLARO que estou ciente do projeto de pesquisa intitulado como “**A proporção da disfunção erétil e incontinência urinária em pacientes pós-prostatectomia radical.**”

E fui devidamente informado que:

1. Trata-se de um procedimento de pesquisa mediante a aplicação de questionário onde não haverá danos físicos, sendo resguardado o sigilo em relação à identidade dos participantes. Os benefícios coletivos serão a publicação do artigo para fins de pesquisa acadêmica e profissional da área de ciências da saúde.
2. Tem como objetivo geral analisar a proporção de disfunção erétil e incontinência urinária em pacientes que realizaram cirurgia de prostatectomia radical.
3. A justificativa deste trabalho baseia-se na busca por um maior conhecimento a respeito da prostatectomia radical e a influência da Incontinência Urinária e Disfunção Erétil, por existir pouca evidência científica da mesma.
4. O presente estudo tem como finalidade avaliar o quanto a prostatectomia radical influencia na incontinência urinária e disfunção erétil, e assim elucidar os profissionais da área de saúde a esta realidade.
5. Posso a qualquer momento requerer o direito de anular a participação da associação nesse estudo, sem que eu ou a instituição venha a ser prejudicado.
6. Os resultados poderão ser utilizados para publicação científica.
7. Serão respeitados os aspectos éticos envolvidos na abordagem proposta, baseando-se no respeito à dignidade, sigilo e integridade de cada participante.
8. A pesquisa será realizada pelas estudantes Christiane Ferreira Woiciechoski e Jeanne Maria Miranda Rezende, ambas residentes no Distrito Federal e cursando o último semestre de fisioterapia no UniCEUB - Centro Universitário de Brasília, Faculdade da Saúde- FACS.
9. Esta pesquisa tem como orientadora a Professora Aline Teixeira Alves, Fisioterapeuta Uroginecológica, mestranda em Gerontologia- Universidade Católica de Brasília – UCB, CREFITO 55138F, e faz parte do corpo docente do UniCEUB - Centro Universitário de Brasília, Faculdade da Saúde- FACS.
10. Terei acesso a esclarecimentos sobre a pesquisa durante e após o seu encerramento e sempre que houver interesse ou assim desejar.

11. Este termo será feito em duas vias, uma ficará em posse dos pesquisadores e outro dos participantes.

CEP/HFA

Localizado na Estrada Contorno do Bosque S/Nº Cruzeiro Novo – Brasília - DF

Telefone (61) 3966-2185/3234-4821

E-mail pesquisahfa@yahoo.com.br

DECLARO que após ser esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar da realização desta pesquisa.

Brasília, DF,.....de.....de 2008.

.....

Assinatura do participante da pesquisa

.....

Jeanne Miranda
(pesquisadora do estudo)

.....

Christiane Woiciechoski
(pesquisadora do estudo)