

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina.

Pós-graduação em Medicina Molecular

Fernando Parma Marsicano

**Impacto do tratamento de câncer prostático avançado
na qualidade de vida e função sexual**

Belo Horizonte

2022

FERNANDO PARMA MARSICANO

**IMPACTO DO TRATAMENTO DE CÂNCER PROSTÁTICO AVANÇADO
NA QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, como parte final dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Andy Petroianu.

Belo Horizonte

2022

M372i

Marsicano, Fernando Parma.

Impacto do tratamento de Câncer Prostático avançado na Qualidade de Vida e função sexual [recursos eletrônicos]. / Fernando Parma

Marsicano. - - Belo Horizonte: 2022.

64f.: il.

Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Andy Petroianu.

Área de concentração: Medicina Molecular.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Neoplasias da Próstata. 2. Procedimentos Cirúrgicos Operatórios. 3. Disfunção Erétil. 4. Incontinência Urinária. 5. Qualidade de Vida. 6. Radioterapia. 7. Dissertação Acadêmica. I. Petroianu, Andy. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WJ 762

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA MOLECULAR

FOLHA DE APROVAÇÃO

IMPACTO DO TRATAMENTO DE CÂNCER PROSTÁTICO AVANÇADO NA QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL

FERNANDO PARMA MARSICANO

Dissertação de Mestrado defendida e aprovada, no dia vinte e um de setembro de dois mil vinte e dois, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação Medicina Molecular da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores doutores:

Andy Petroianu - Orientador
UFMG

Kelly Renata Sabino
SCBH

Evandro Luis de Oliveira Costa
UFMG

Belo Horizonte, 21 de setembro de 2022.



Documento assinado eletronicamente por **Evandro Luis de Oliveira Costa**, Professor do Magistério Superior, em 21/09/2022, às 12:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andy Petroianu**, Professor do Magistério Superior, em 22/09/2022, às 18:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kelly Renata Sabino**, Usuária Externa, em 22/09/2022, às 18:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orcao_acesso_externo=0, informando o código verificador 1752604 e o código CRC 226423E7.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

REITORA

Professora Dra. Sandra Regina Goulart Almeida

PRÓ-REITORA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Professor Dra. Isabela Almeida Pordeus

PRÓ-REITOR DE PESQUISA

Professor Dr. Fernando Marcos dos Reis

DIRETORA DA FACULDADE DE MEDICINA

Professor Dra. Alamanda Kfoury Pereira

COORDENADOR DO CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Professor Dr. Tarcizo Afonso Nunes

**COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
MOLECULAR:**

Professor Dr. Luiz Armando Cunha de Marco

AGRADECIMENTOS RELATIVOS À TESE

Aos ilustres pacientes que participaram desta pesquisa, sem os quais este trabalho não teria sido realizado.

Às secretárias, Ipodama Aparecida Cardoso e Paula Grazielle, que foram fundamentais para contato inicial com os pacientes participantes do trabalho.

À gerente da Prefeitura de Belo Horizonte, Simone Veloso Faria de Carvalho, pelo estímulo para realização deste estudo.

Ao estatístico Agner Lara pelos cálculos iniciais para realização desta pesquisa.

HOMENAGENS

Aos meus pais, Geraldo Marsicano e Zilda Parma Marsicano, responsáveis pela minha formação e que, infelizmente, não presentes na finalização deste processo.

Às minhas irmãs, Denise Parma Marsicano e Simone Parma Marsicano, e minha sobrinha, Aline Marsicano Figueiredo, que me ajudaram na realização deste trabalho.

À minha esposa Ana Paula Alves Costa pela paciência e pela ajuda durante a realização deste trabalho.

Ao colega e amigo, Dr. Evandro Luis de Oliveira Costa, sempre foi atento às minhas solicitações.

Ao trabalho estatístico realizado pelo Fernando Henrique Pereira.

Ao professor, Robespierre Queiroz da Costa Ribeiro, pela colaboração nos primeiros passos para realização deste mestrado.

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical mental and social wellbeing, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource of everyday life, not the objective of living”.

**Ottawa Charter for Health
Promotion, 1986**

RESUMO

Introdução: A persistência do câncer de próstata (CP) ocorre em 30% dos pacientes, após o tratamento inicial. A qualidade de vida é uma questão multidimensional e depende do equilíbrio entre a vida real e a vida desejável. Estudar a qualidade de vida no tratamento do CP localizado, bem como na doença avançada, tem sido prioridade em Oncologia.

Objetivo: Avaliar o impacto dos diversos tratamentos do CP remanescente na qualidade de vida e na função sexual.

Método: Foram estudados 200 pacientes que apresentaram CP remanescente após tratamento inicial, distribuídos em quatro grupos de acordo com o tratamento da recorrência: grupo 1 – prostatectomia e hormonioterapia com terapia de deprivação antiandrogênica (TAD); grupo 2 – prostatectomia associada com radioterapia e TAD; grupo 3- apenas TAD; grupo 4 – radioterapia e TAD. Todos os pacientes responderam a dois questionários internacionais relacionados à qualidade de vida e validados para o Brasil, o Questionário Europeu de Qualidade de Vida, em cinco dimensões e cinco níveis (EQ-5D5L) e o Índice Internacional de Função Erétil (IIEF-5). Foram também investigadas a presença e a intensidade de infecção urinária, hematúria, hematoquezia, incontinência urinária de esforço e estenose uretral após os tratamentos.

Resultados: Houve pior mobilidade e autocuidado, maiores limitações de atividades usuais nas dimensões do EQ-5D5L e maior incidência de incontinência urinária nos pacientes submetidos a prostatectomia associada com radioterapia e TAD. Disfunção erétil foi observada em todos os grupos, sendo ela mais intensa nos pacientes operados.

Conclusão: A prostatectomia é o tratamento que se associa com maior número de complicações e todas elas com maior gravidade do que a radioterapia e a hormonioterapia, sendo responsável por pior qualidade de vida em decorrência de limitações de mobilidade, dificuldade no autocuidado, incontinência urinária e disfunções sexuais. Essas complicações são piores quando a cirurgia é associada com radioterapia e hormonioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Remnant prostate cancer (PC) occurs in 30% of patients after initial treatment. Quality of life is a multidimensional issue and is subject to the balance between real and desirable life. Studying quality of life for the treatment of localized PC, as well as advanced stages of the disease, has been a priority in Oncology.

Objective: To evaluate the impact on quality of life and sexual function of the different treatment options for remnant PC.

Method: 200 patients with remnant PC after initial treatment were distributed into four groups according to the treatment of the tumor remnant: group 1 –prostatectomy and antiandrogen deprivation hormone therapy; group 2 – prostatectomy associated with radiotherapy and antiandrogen deprivation hormone therapy; group 3 – antiandrogen deprivation hormonal therapy alone; group 4 – radiotherapy associated with antiandrogen deprivation hormone therapy. All patients answered two questionnaires validated for Brazil related to the quality of life, the European Quality of Life Questionnaire in five dimensions and five levels (EQ-5D5L), and the International Index of Erectile Function (IIEF-5). The presence of urinary tract infection, hematuria, hematochezia, urinary incontinence and urethral structure after the treatments were also investigated.

Results: The results of this study observed worse mobility and selfcare, greater limitations of usual activities in the EQ-5D5L, higher incidence of urinary incontinence in patients that underwent prostatectomy associated with radiotherapy and antiandrogen deprivation hormone therapy. Erectile dysfunction was observed in all groups, but it was worse in patients submitted to prostatectomy.

Conclusion: The association of radiotherapy with other treatments in remnant prostate cancer leads to worst quality of life. Prostatectomy was the most harmful treatment for sexual function.

LISTA DE FIGURAS

| LISTA DE FIGURAS | PÁGINA |
|---|--------|
| Figura 1: Autocuidado, de acordo com o Questionário Europeu de Qualidade de Vida, após tratamento nos quatro grupos, em porcentagem | 21 |
| Figura 2: Incontinência urinária após os quatro grupos de tratamento para câncer de próstata remanescente, em porcentagem | 27 |
| Figura 3: Mobilidade após tratamento nos quatro grupos em porcentagem | 48 |
| Figura 4: Atividades usuais após tratamento nos quatro grupos em porcentagem | 49 |
| Figura 5: Dor/desconforto após tratamento nos quatro grupos em porcentagem | 50 |
| Figura 6: Desordens emocionais após tratamento nos quatro grupos em porcentagem | 51 |

LISTA DE TABELAS

| LISTA DE TABELAS | PÁGINA |
|---|---------------|
| Tabela 1: Estádio dos tumores prostáticos nos quatro tipos de tratamento para câncer de próstata remanescente | 19 |
| Tabela 2: Limitação da mobilidade, de acordo com o EQ5D5L, nos quatro tipos de tratamento para câncer de próstata remanescente | 20 |
| Tabela 3: Dificuldade para atividades cotidianas, de acordo com o EQ5D5L, após os quatro tipos de tratamento para câncer de próstata remanescente | 22 |
| Tabela 4: Dor e desconforto, de acordo com o EQ5D5L após os quatro tipos de tratamento para câncer de próstata remanescente | 23 |
| Tabela 5: Desordens emocionais, de acordo com o EQ5D5L, após os quatro tipos de tratamento para câncer de próstata remanescente | 24 |
| Tabela 6: Comparação entre as medianas dos valores somados referentes às ereções iniciais e finais após os quatro tratamentos de acordo com IIEF. | 25 |
| Tabela 7: Comparação entre valores do IIEF (Anexo 2) dos seis meses anteriores a este estudo, nos quatro tipos de tratamento | 26 |
| Tabela 8: Manifestações urológicas e digestória tardias após tratamentos de câncer prostático remanescente | 28 |
| Tabela A1: Dificuldade para o autocuidado após os quatro tipos de tratamento para câncer de próstata remanescente | 47 |
| Tabela A2: Avaliação da incontinência urinária após quatro tipos de tratamento para câncer prostático remanescente | 52 |
| Tabela A3: Todos os dados colhidos dos pacientes pertencentes aos quatro grupos de tratamento para câncer de próstata estudados | 53 |

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

| | |
|-----------------|---|
| ANOVA | Análise de variância |
| CEP-SMS-BH | Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde/SMSA-BH |
| CP | Câncer de próstata |
| DE | Disfunção erétil |
| <i>EPIC-26</i> | <i>Expanded Prostate Cancer Index Composite 26-item</i> |
| <i>EQ-5D5L</i> | <i>European Group Quality of Life five dimensions questionnaire and five levels</i> |
| <i>FACT-P</i> | <i>Functional assessment of cancer therapy-prostate.</i> |
| <i>PDE5i</i> | <i>Phosphodiesterase type 5 inhibitors</i> |
| PVN | Plexo vascular-nervoso (plexo hipogástrico descrito por Walsh) |
| HIFU | Ultrassom focalizado de alta intensidade |
| <i>IIEF-5</i> | <i>International Index of Erectile Function-5</i> |
| IU | Incontinência urinária |
| <i> ProtecT</i> | <i>Prostate Testing for Cancer and Treatment</i> |
| PSA | Antígeno prostático específico |
| RT | Radioterapia |
| <i>SPSS 23</i> | <i>Statistical Package for the Social Sciences-23</i> |
| TAD | Terapia de deprivação antiandrogênica |
| TCLE | Termo de consentimento livre e esclarecido |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| RESUMO | 8 |
| ABSTRACT | 9 |
| INTRODUÇÃO | 15 |
| OBJETIVO | 16 |
| MÉTODO | 16 |
| RESULTADOS | 20 |
| DISCUSSÃO | 29 |
| CONCLUSÃO | 32 |
| REFERÊNCIAS | 33 |
| APÊNDICES | 42 |
| APÊNDICE 1 | 42 |
| Aprovação do projeto pelo CEP da SMSA-BH | 42 |
| APÊNDICE 2 | |
| Termo de consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa | 44 |
| APÊNDICE 3 | |
| Tabela A1 Autocuidado de acordo com o EQ5D5L, nos quatro tipos de tratamento para câncer de próstata remanescente | 47 |
| APÊNDICE 4 | |
| Figura 3. Mobilidade após tratamento nos quatro grupos em porcentagem | 48 |
| APÊNDICE 5 | |
| Figura 4. Atividades usuais após tratamento nos quatro grupos em porcentagem | 49 |

APÊNDICE 6

Figura 5. Dor /desconforto após tratamento nos quatro grupos em porcentagem 50

APÊNDICE 7

Figura 6. Desordens emocionais após tratamento nos quatro grupos em porcentagem 51

APÊNDICE 8

Tabela A2 Incontinência urinária Avaliação da incontinência urinária após quatro 52
tipos de tratamento para câncer prostático remanescente

APÊNDICE 9

Tabela A3 Todos os dados colhidos dos pacientes pertencentes aos quatro grupos de 53
tratamento para câncer de próstata estudados

ANEXO 1

Questionário Europeu de Qualidade de Vida, em cinco dimensões e cinco níveis 60
(EQ-5D5L)[18]

ANEXO 2

Índice Internacional de Função Erétil (IIEF-5), nos últimos seis meses [21] 62

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata (CP) é o câncer não cutâneo mais comum nos Estados Unidos, sendo estimado 268,490 novos casos e 34.500 mortes em 2022 [1]. Quando pequeno e localizado apenas na próstata, o CP pode ser apenas acompanhado clinicamente com biopsias e exames de imagens periódicos ou tratado com intenção curativa, por meio de prostatectomia ou radioterapia [2]. Mesmo contido apenas na próstata e tratado adequadamente, cerca de 30% dos cânceres persistem [3-7]. Há vários critérios para definir a permanência da neoplasia prostática após o tratamento, sendo o antígeno prostático específico (PSA) nível detectável após prostatectomia radical ou a sua elevação acima de 2 ng/ml do *nadir* (valor mais baixo de PSA após a RT) depois de sua redução inicial pós- radioterapia, o mais utilizado e estudado [8-9].

Qualidade de vida é um conceito multidimensional, que considera a avaliação subjetiva do paciente sobre si próprio, em um equilíbrio entre os múltiplos aspectos de sua condição de vida real e a desejada por ele. Estudos sobre a qualidade de vida devem avaliar integralmente características sociais, mentais e físicas, com ênfase nas relacionadas à saúde [10]. Os critérios de avaliação da qualidade de vida podem comparar os resultados de diversos tratamentos, inclusive os relacionados a doenças prostáticas e aos diversos tipos de câncer. A maior parte dos estudos sobre a qualidade de vida no CP refere-se à etapa inicial da doença, comparando abordagens terapêuticas com radioterapia, cirurgia e hormonioterapia. Segundo Chen (2017), após operações prostáticas, os pacientes passam a apresentar incontinência urinária (IU) e disfunções sexuais em incidência maior do que após outros tratamentos [11]. Efeitos adversos da radioterapia podem causar disfunções miccionais, incontinência urinária, infecções urinárias, cistites e dermatites graves. Há ainda complicações digestórias, como diarreia, hematoquezia, estenoses e cólicas que pioram a qualidade de vida [12]. Para prevenir essas adversidades, a opção de não intervir no CP, mantendo-se apenas o seu acompanhamento clínico, sem fazer tratamento algum (vigilância ativa) tem sido também aceita para manter a qualidade de vida [13]. Entretanto, há diversas publicações relacionadas à qualidade de vida de pacientes com persistência do CP, sendo que a maioria dos trabalhos não revelou diferença na qualidade de vida após diversos tratamentos, mesmo quando se emprega associação de abordagens terapêuticas [14-17].

Estudos sobre qualidade de vida em pacientes com CP remanescente avaliando associação de tratamentos, visando ainda mensurar função sexual e efeitos adversos urinários e digestórios não são foram encontrados na literatura. Considerando que a sobrevida do CP mesmo

remanescente e independentemente de tratamento supera dez anos em 98% dos doentes, a qualidade de vida torna-se relevante. Os tratamentos têm por objetivo controlar a doença, mesmo que não seja curada, porém mantendo ou melhorando a qualidade de vida aproximando-a da previamente à doença [18].

OBJETIVO

Avaliar o impacto na qualidade de vida dos diversos tipos de tratamentos do CP persistente, após insucesso de um tratamento inicial, incluindo investigação na atividade sexual e analisando o resultado de diversas abordagens terapêuticas.

MÉTODO

O projeto, para este estudo, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, no Processo com o número CAAE: 44149021.1.0000.5140 (Apêndice 1). Todos os pacientes foram informados sobre os objetivos deste trabalho e foram incluídos nele somente após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

Este estudo foi realizado com pacientes portadores de câncer de próstata remanescente, após tratamento dessa doença considerada localizada e com intenção curativa, em serviços de atendimento oncológico terciário dos hospitais Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Hospital São Francisco de Assis, Hospital da Baleia, Hospital Luxemburgo, Hospital Felício Rocho, Hospital das Clínicas, Hospital Alberto Cavalcanti, todos de Belo Horizonte. Foram entrevistados 200 pacientes consecutivos, inicialmente durante sua visita à Comissão Municipal de Oncologia da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e, posteriormente, por meio de telefonemas, no período janeiro de 2020 a janeiro de 2021. Esses pacientes possuíam diagnóstico comprovado de adenocarcinoma prostático, com tumor remanescente constatado por exames bioquímico do PSA ou doença metastática verificada em exame de imagem. Estes doentes foram distribuídos em quatro grupos, de acordo com os tratamentos a que foram submetidos após o diagnóstico de persistência do CP:

Grupo 1 (N = 35): pacientes submetidos a prostatectomia radical seguida de terapia de deprivação antiandrogênica (TAD);

Grupo 2 (N = 69): pacientes submetidos a prostatectomia radical seguida de radioterapia e TAD;

Grupo 3 (N = 29): pacientes submetidos a TAD isolada ou associada com inibidor de osteólise;

Grupo 4 (N = 67): pacientes submetidos a radioterapia seguida de terapia de TAD.

As entrevistas foram realizadas após seis meses do último tratamento para o câncer remanescente, evitando-se incluir neste estudo efeitos imediatos e transitórios dos tratamentos realizados.

A qualidade de vida foi avaliada por dois questionários validados internacionalmente e para o Brasil, o Questionário da Fundação Europeia de Qualidade de Vida (EQ-5D5L) (Anexo 1) e o Questionário Internacional do Índice de Disfunção Erétil (IIEF-5) (Anexo 2). Além desses questionários, foram investigadas a presença de infecção urinária, hematúria, hematoquezia, incontinência urinária e estenose de uretra. O EQ-5D5L avalia a qualidade de vida em cinco dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades usuais, dor e desconforto, bem como ansiedade e depressão. Cada uma dessas dimensões, foram avaliadas, em cinco níveis de gravidade: sem problemas (1), problemas leves (2), problemas moderados (3), problemas graves (4) e problemas extremos (5) [19]. Segundo a teoria de Orem, o autocuidado inclui os comportamentos individuais a fim de preservar ou melhorar a vida, a saúde e o bem estar [20]. As atividades usuais são consideradas as tarefas relacionadas ao trabalho, estudo, domicílio, família e diversão [21,22].

A disfunção erétil (DE) foi avaliada por meio do IIEF- 5 [23,24]. Esse questionário possui quatro critérios sobre a função erétil na relação sexual e uma sobre satisfação no intercuro sexual. Para cada critério, há cinco níveis: sem atividade sexual (0 ponto), quase nunca (1 ponto), poucas vezes (2 pontos), metade das vezes (3 pontos), maioria das vezes (4 pontos) e quase sempre (5 pontos). O escore final da IIEF-5 é definido pela soma desses itens em uma escala de 1 a 25 (Anexo 2). O questionário IIEF-5 foi reavaliado após resultados dos estudos estatísticos iniciais, quando foi observado um comprometimento

uniforme da função sexual por todas associações de tratamento. Foram incluídos aleatoriamente 25 pacientes de cada associação terapêutica para constituírem os quatro grupos, que foram uniformizados apenas para esta avaliação. Os parâmetros estudados nesta etapa do trabalho foram satisfação sexual, orgasmo, desejo sexual e satisfação geral com os diversos tratamentos em relação aos domínios sexuais.

Essa uniformidade no número de pacientes teve por objetivo reduzir vieses estatísticos.

Infecção urinária (IU) recorrente foi considerada quando havia mais de dois episódios em um ano [25]. A hematúria foi comprovada por exame de rotina urinária. A hematoquezia foi confirmada por exame de sangue oculto nas fezes. A IU foi considerada quando havia a necessidade de usar mais de uma fralda por dia [26]. A estenose uretral foi avaliada pela micção de início demorado, com jato fino e múltiplas interrupções miccionais [27]. A necessidade de dilatação uretral e a cateterização vesical de alívio foram anotadas.

As variáveis nominais foram expressas em frequência e porcentagem, presentes em etnia, estenose de uretra, infecção urinária, hematúria, hematoquezia e IU. As variáveis numéricas, sem distribuição normal gaussiana, foram apresentadas em mediana do primeiro e do terceiro quartil, presentes na disfunção erétil nas diferentes associações de tratamento. A normalidade da distribuição das variáveis numéricas foi analisada pelo teste Shapiro Wilk. Variáveis numéricas como idade, domínios do EQ-5D5L e avaliação do IIEF-5, que não possuíam distribuição normal gaussiana, foram calculadas pelo teste não paramétrico de Kruskal Wallis. Na comparação das medianas das variáveis numéricas, sem distribuição normal gaussiana entre dois grupos dependentes pareados, para avaliação do IIEF-5 inicial e final, dos quatro grupos de associação de tratamentos, aplicou-se teste não paramétrico de Wilcoxon. Na comparação de medianas entre dois grupos independentes, como relação de idade com o IIEF-5, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann Whitney com correção de Bonferroni. A associação de hipóteses entre variáveis categóricas de diversos grupos foi verificada pela aplicação o teste qui ao quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher. Todas as análises foram realizadas no *software* SPSS 23 (*Statistical Package for the Social Sciences 23*) e o nível de significância considerado foi o correspondente a $p < 0,05$, superior a 95%.

A mediana idade dos pacientes no grupo 1 foi de 71 anos (variou de 65 a 75 anos), no grupo 2 foi de 68 (variou de 62 a 72 anos), no grupo 3 foi de 69 anos (variou de 63 a 76 anos) e no grupo 4 foi de 72 (variou de 67 a 78 anos). A única diferença entre os grupos quanto à idade foi ela ser menor no grupo 2 do que no grupo 4 ($p < 0,041$). Quanto ao estágio do CP, o grupo 3 apresentou maior número de pacientes no estágio mais avançado (Tabela 1).

Tabela 1. Estádio dos tumores prostáticos nos quatro tipos de tratamento para câncer de próstata remanescente, apresentados como número de casos (N) e sua porcentagem em cada grupo.

| Desordens emocionais | Grupo 1 (N=35) N (%) | Grupo 2(N=69) N (%) | Grupo 3 (N=29) N (%) | Grupo 4 (N=67) N (%) | P |
|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------|
| 1 | 0 (0) | 5 (7,2) | 0 (0) | 6 (9,0) | 0,129 |
| 2 | 10 (28,6) | 29 (42,0) | 6 (20,7) | 31 (46,2) | 0,059 |
| 3 | 17 (48,6) | 9 (42,0) | 3 (10,3) | 18 (26,9) | 0,003 |
| 4 | 8 (22,8) | 6 (8,8) | 20 (69,0) | 12 (17,9) | < 0,001 |

Grupo1=prostatectomia + terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 2 = prostatectomia +radioterapia+ terapia de deprivação antiandrogênica;Grupo 3 = terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 4 = radioterapia + terapia de deprivação antiandrogênica. Estádio clínico (TNM): T1-tumor não palpável, T2-tumor palpável, mas confinado à próstata, T3-tumor extraprostático, T4- tumor com invasão de estruturas adjacentes. P corresponde ao teste exato de Fisher.

RESULTADOS

A avaliação da mobilidade dos pacientes após os tratamentos estudados, de acordo com o EQ-5D5L (Anexo 1), indicou pior resultado no grupo 2. Cabe destacar que a maior parte dos pacientes de todos os grupos não teve limitação da mobilidade e nenhum paciente sofreu limitação intensa (Tabela 2).

Tabela 2. Limitação da mobilidade, de acordo com o Questionário da Fundação Europeia de Qualidade de Vida, nos quatro tipos de tratamento para câncer de próstata remanescente, apresentados como número de casos (N) e sua porcentagem em cada grupo.

| Mobilidade | Grupo 1 (N=35) N (%) | Grupo 2 (N=69) N (%) | Grupo 3 (N=29) N (%) | Grupo 4 (N=67) N (%) | P |
|------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------|
| 1 | 33 (94,3) | 50 (72,5) | 24 (82,8) | 60 (89,6) | 0,014 |
| 2 | 2 (5,7) | 18 (26,1) | 4 (13,8) | 7 (10,4) | 0,020 |
| 3 | 0 (0) | 1 (1,4) | 1 (3,4) | 0 (0) | 0,299 |

Grupo 1 = prostatectomia + terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 2 = prostatectomia + radioterapia + terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 3 = Terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 4 = radioterapia + terapia de deprivação antiandrogênica. Mobilidade: 1 - sem dificuldade para andar, 2 - pouca dificuldade para andar e 3 - dificuldade moderada para andar. P corresponde ao teste exato de Fisher.

No autocuidado, de acordo com o EQ-5D5L, os grupos 2 e 3 apresentaram os piores resultados, sendo que grande parte dos pacientes de todos os grupos tiveram limitação até moderada para autocuidar (Figura 1).

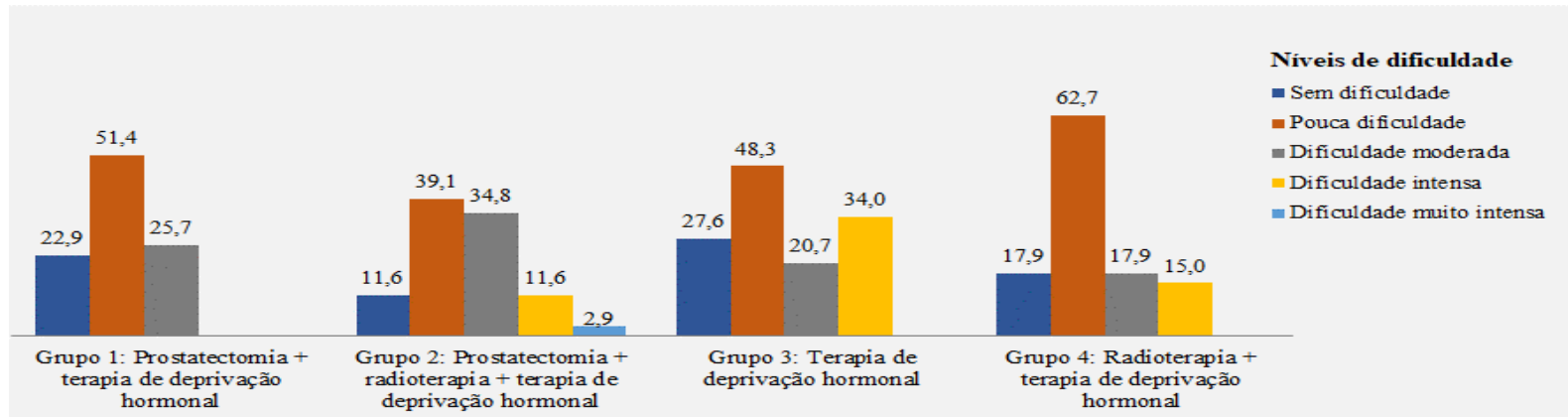


Figura 1. Autocuidado, de acordo com o Questionário da Fundação Europeia de Qualidade de Vida, após tratamento nos quatro grupos, em porcentagem.

Não houve diferença entre os quatro grupos referentes a dificuldades para realizar atividades cotidianas, de acordo com o EQ-5D5L, sendo que se percebe maior incidência de dificuldades até intensas no grupo 2 (Tabela 3).

Tabela 3. Dificuldade para atividades cotidianas, de acordo com o Questionário da Fundação Europeia de Qualidade de Vida, após os quatro tipos de tratamento para câncer de próstata remanescente apresentados como número de casos (N) e sua porcentagem em cada grupo.

| Atividades usuais | Grupo 1(N=35) N (%) | Grupo 2(N=69) N (%) | Grupo 3 (N=29) N (%) | Grupo 4 (N=67) N (%) | P |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------|
| 1 | 23 (65,7) | 36 (52,2) | 20 (69,0) | 52 (77,7) | 0,019 |
| 2 | 6 (17,1) | 10 (14,5) | 5 (17,2) | 4 (6,0) | 0,246 |
| 3 | 5 (14,3) | 18 (26,1) | 2 (6,9) | 11 (16,4) | 0,116 |
| 4 | 1 (2,9) | 5 (7,2) | 1 (3,4) | 0 (0) | 0,102 |
| 5 | 0 (0,0) | 0 (0) | 1 (3,4) | 0 (0) | 0,145 |

Grupo 1= prostatectomia + terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 2 = prostatectomia + radioterapia+ terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 3 = terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 4 = radioterapia + terapia de deprivação antiandrogênica. Atividades usuais: 1 - não tem dificuldade para atividades cotidianas; 2 - pouca dificuldade para atividades cotidianas; 3 - dificuldade moderada para atividades cotidianas; 4 - dificuldade intensa para atividades cotidianas; 5 - dificuldade muito intensa para atividades cotidianas. P corresponde ao teste exato de Fisher.

Na avaliação de dor e desconforto, de acordo com o EQ-5D5L, não houve diferença entre os quatro grupos de tratamento. (Tabela 4).

Tabela 4. Dor e desconforto, de acordo com o Questionário da Fundação Europeia de Qualidade de Vida, após os quatro tipos de tratamento para câncer de próstata remanescente, apresentados como número de casos (N) e sua porcentagem em cada grupo.

| Dor e desconforto | Grupo 1 (N=35) N (%) | Grupo 2 (N=69) N (%) | Grupo 3 (N=29) N (%) | Grupo 4 (N=67) N (%) | P |
|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------|
| 1 | 14 (40,0) | 27 (39,1) | 11 (37,9) | 30 (44,8) | 0,891 |
| 2 | 17 (48,5) | 25 (36,2) | 9 (31,0) | 24 (35,8) | 0,480 |
| 3 | 3 (8,6) | 10 (14,5) | 2 (6,9) | 8 (11,9) | 0,750 |
| 4 | 0 (0,0) | 3 (4,3) | 3 (10,3) | 3 (4,5) | 0,260 |
| 5 | 1 (2,9) | 4 (5,9) | 4 (13,8) | 2 (3,0) | 0,200 |

Grupo 1 = prostatectomia + terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 2 = prostatectomia + radioterapia + terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 3 = terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 4 = radioterapia + terapia de deprivação antiandrogênica. Dor e desconforto: 1 - não tem dor e desconforto; 2 - tem dor leve e desconforto eventual; 3 - tem dor e desconforto moderados; 4 - tem dor e desconforto intensos; 5 - tem dor desconforto muito intensos. P corresponde ao teste exato de Fisher.

As chamadas ansiedade e depressão no EQ-5D5L foram denominadas neste estudo como desordens emocionais, por não ter havido avaliação psiquiátrico e aqueles distúrbios serem muitas vezes diagnosticados de forma errada. Desordens emocionais foram menos aparentes no grupo 1 e mais intensas no grupo 3. Ressalta-se que 69% dos pacientes do grupo 3 apresentavam o CP no estágio mais avançados, valor esse superior ao dos demais grupos (Tabela 5).

Tabela 5. Desordens emocionais, de acordo com o Questionário da Fundação Europeia de Qualidade de Vida, após os quatro tipos de tratamento para câncer de próstata remanescente apresentados como número de casos (N) e sua porcentagem em cada grupo.

| Desordens emocionais | Grupo 1 (N=35) N (%) | Grupo 2(N=69) N (%) | Grupo 3 (N=29) N (%) | Grupo 4 (N=67) N (%) | P |
|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------|
| 1 | 33(94,2) | 57(82,6) | 20(69,0) | 60(89,5) | 0,022 |
| 2 | 1(2,9) | 11(15,9) | 5(17,3) | 4(6,0) | 0,061 |
| 3 | 0(0,0) | 0(0) | 1(3,4) | 0(0,0) | 0,145 |
| 4 | 1(2,9) | 1(1,5) | 3(10,3) | 3(4,5) | 0,215 |

Grupo1 = prostatectomia+terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 2 = prostatectomia +radioterapia+ terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 3 = terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 4 = radioterapia + terapia de deprivação antiandrogênica. Desordens emocionais: 1 - sem desordens emocionais; 2 - desordens emocionais eventuais; 3 - desordens emocionais moderadas; 4 - desordens emocionais intensas; 5 - desordens emocionais muito intensas. P corresponde ao teste exato de Fisher.

De acordo com as respostas ao Questionário IIEF-5, houve piora da função sexual em todas quatro associações de tratamentos estudados, sem diferença entre si (Tabela 6).

Tabela 6. Comparação entre as medianas dos valores somados referentes às ereções iniciais e finais após os quatro tratamentos de acordo com o Questionário Internacional do Índice de Disfunção Sexual. (Anexo 2).

| H | Grupo | IIEF Inicial | IIEF Final | P |
|----------|-----------------------------|---------------------|-------------------|----------|
| | Total dos pacientes (n=200) | 25 | 5 | <0,001* |
| | Grupo 1 (n=35) | 25 | 5 | <0,001* |
| | Grupo 2 (n=69) | 25 | 5 | <0,001* |
| | Grupo 3 (n=29) | 25 | 6 | <0,001* |
| | Grupo 4 (n=67) | 25 | 6 | <0,001* |

Grupo 1 = prostatectomia + terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 2 = prostatectomia + radioterapia + terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 3 = terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 4 = radioterapia + terapia de deprivação antiandrogênica. P corresponde ao teste de Wilcoxon.

Houve disfunção de ereção e insatisfação sexual após todos os tratamentos estudados e com maior gravidade nos grupos em que havia prostatectomia (Tabela 7).

Tabela 7. Comparação entre valores do Questionário Internacional do Índice de Disfunção Erétil (Anexo 2) dos seis meses anteriores a este estudo, nos quatro tipos de tratamento para câncer de próstata remanescente, apresentados como número de casos (N) e sua porcentagem em cada grupo (N= 25) pacientes.

| Variável | Grupo 1(N=25) N (%) | Grupo 2(N=25) N (%) | Grupo 3 (N=25) N (%) | Grupo 4 (N=25) N (%) | P |
|---|------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|--------|
| Frequência e manutenção de ereção rígida | | | | | 0,031* |
| 1 | 12(48,0) | 16(64,0) | 10(40,0) | 10(40,0) | |
| 2 | 13(52,0) | 9(36,0) | 10(40,0) | 10(40,0) | |
| 3 | 0(0,0) | 0(0) | 3(12,0) | 0(0,0) | |
| 4 | 0(0,0) | 0(0) | 2(8,0) | 5(20,0) | |
| Grau de confiança das ereções com rigidez suficiente | | | | | 0,049* |
| 1 | 11(44,0) | 16(64,0) | 10(40,0) | 10(40,0) | |
| 2 | 13(52,0) | 9(36,0) | 10(40,0) | 10(40,0) | |
| 3 | 1(4,0) | 0(0) | 3(12,0) | 0(0) | |
| 4 | 0(0) | 0(0) | 2(8,0) | 5(20,0) | |
| Quantas ereções apresentaram rigidez suficiente durante a relação sexual | | | | | 0,017* |
| 1 | 10(40,0) | 16(64,0) | 11(44,0) | 10(40,0) | |
| 2 | 15(60,0) | 9(36,0) | 9(36,0) | 10(40,0) | |
| 3 | 0(0) | 0(0) | 3(12,0) | 0(0) | |
| 4 | 0(0) | 0(0) | 2(8,0) | 5(20,0) | |
| Manter ereção com rigidez suficiente durante relação sexual | | | | | 0,017* |
| 1 | 10(40,0) | 16(64,0) | 11(44,0) | 10(40,0) | |
| 2 | 15(60,0) | 9(36,0) | 9(36,0) | 10(40,0) | |
| 3 | 0(0) | 0(0) | 3(12,0) | 0(0) | |
| 4 | 0(0) | 0(0) | 2(8,0) | 5(20,0) | |
| Satisfação do paciente durante relação sexual | | | | | 0,018* |
| 1 | 10(40,0) | 16(64,0) | 10(40,0) | 10(40,0) | |
| 2 | 15(60,0) | 9(36,0) | 10(40,0) | 10(40,0) | |
| 3 | 0(0) | 0(0) | 3(12,0) | 0(0) | |
| 4 | 0(0) | 0(0) | 2(8,0) | 5(20,0) | |

Grupo 1 = prostatectomia + terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 2 = prostatectomia + radioterapia+ terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 3 = terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 4 = radioterapia + terapia de deprivação antiandrogênica; Atividade sexual: 1 - raramente; 2 - poucas vezes; 3 - moderadamente; 4 - quase sempre. P corresponde ao teste exato de Fisher.

Na avaliação das manifestações clínicas tardias dos tratamentos para CP, a IU foi a única que apresentou diferença, tendo sido mais grave no grupo 2 (Figura 2).

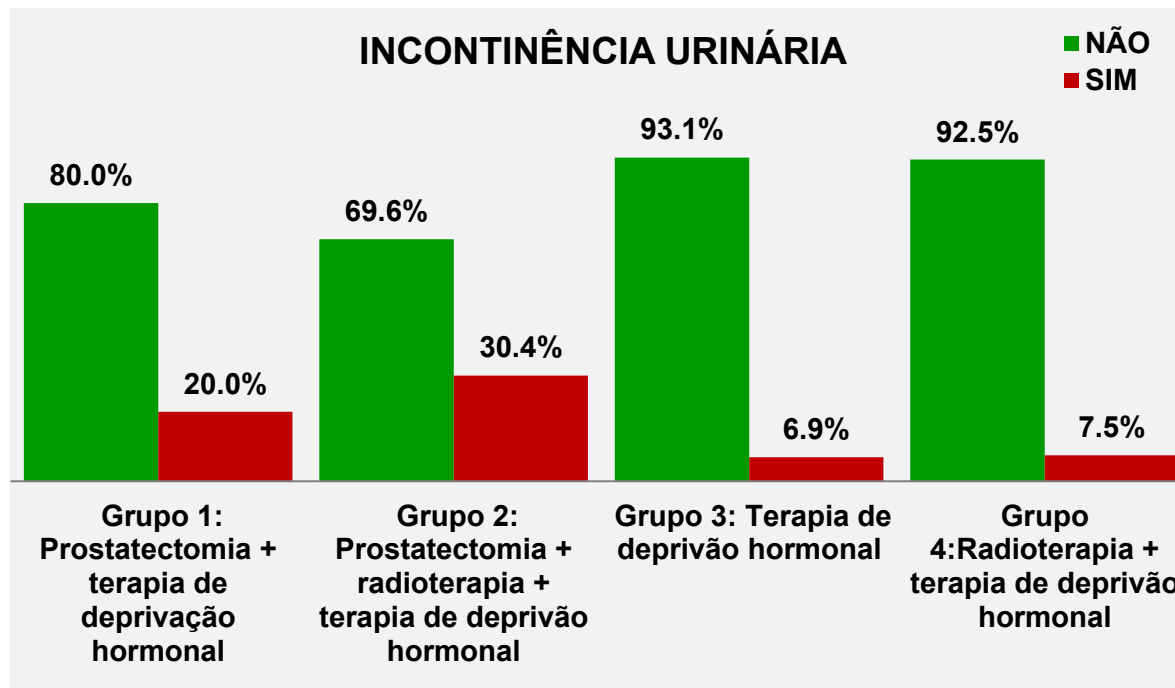


Figura 2. Incontinência urinária após os quatro grupos de tratamento para câncer de próstata remanescente, em porcentagem.

Tabela 8. Manifestações urológicas e digestória tardias após tratamentos de câncer prostático remanescente. Os resultados são apresentados como número de casos (N) e sua porcentagem em cada grupo.

| Manifestação clínica | Grupo 1 (N=35) N (%) | Grupo 2 (N=69) N (%) | Grupo 3 (N=29) N (%) | Grupo 4 (N=67) N (%) | P |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------|
| Estenose de Uretra | | | | | 0,769 |
| Não | 33(94,3) | 62(89,9) | 25(86,2) | 60(89,6) | |
| Sim | 2(5,7) | 7(10,1) | 4(13,8) | 7(10,4) | |
| Infecção Urinária | | | | | 1,000 |
| Não | 34(97,1) | 67(97,1) | 29(100,0) | 66(98,5) | |
| Sim | 1(2,9) | 2(2,9) | 0(0,0) | 1(1,5) | |
| Hematúria | | | | | 0,209 |
| Não | 35(100,0) | 64(92,8) | 28(96,6) | 66(98,5) | |
| Sim | 0(0,0) | 5(7,2) | 1(3,4) | 1(1,5) | |
| Hematoquezia | | | | | 0,389 |
| Não | 35(100,0) | 65(94,2) | 29(100,0) | 65(97,0) | |
| Sim | 0(0,0) | 4(5,8) | 0(0,0) | 2(3,0) | |

Grupo 1 = prostatectomia + terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 2 = prostatectomia + radioterapia + terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 3 = terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 4 = radioterapia + terapia de deprivação antiandrogênica. P corresponde ao teste exato de Fisher.

Na avaliação clínica após seis meses do fim dos tratamentos, foram observadas outras adversidades, com destaque para estenose uretral, infecção urinária, hematúria e hematoquezia. Todas essas complicações ocorreram em poucos pacientes e, pelo reduzido número de casos, não houve diferença entre os grupos terapêuticos (Tabela 8).

DISCUSSÃO

Este estudo adotou o questionário EQ-5D5L, por ser um protocolo padronizado e aceito na literatura brasileira, por seus resultados confiáveis. Há outros questionários que avaliam a qualidade de vida de pacientes com CP. O Expanded Prostate Cancer Index Composite 26-item (EPIC-26) é um questionário recomendado para avaliar qualidade de vida em pacientes tratados por CP. O EPIC é valorizado por avaliar sintomas irritativos e obstrutivos, com grande correlação com a escala de sintomas urinários da Associação Americana de Urologia-AUA (American Urological Association) e é considerado para avaliação de sintomas urinários, intestinais, sexuais, hormonais para análise de qualidade de vida no CP [28].

Entretanto, ele vem recebendo críticas por possuir grande efeito de teto (as medidas possuem limite superior distinto para variadas respostas e grande parte das variáveis pode pontuar nesse limite ou próximo a ele), ocorrendo em quatro dos cinco domínios do questionário EPIC, como IU, sintomas urinários obstrutivos e inflamatórios, manifestações digestórias e hormonais. Somente a avaliação sexual não possui efeito de teto [29].

Por outro lado, os dois questionários mais adotados para análise da qualidade de vida no tratamento de neoplasias são o EQ-5D5L e o Questionário da Avaliação Geral e Funcional do Tratamento do Câncer de Próstata, conhecido como FACT-P (Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate) [30]. O FACT-P é um questionário validado para avaliar qualidade de vida em pacientes com câncer de próstata, apresentando 27 itens gerais para avaliação geral da qualidade de vida e 12 itens para avaliação específica para o CP [31]. Esse mesmo questionário utiliza variáveis gerais como bem estar físico, social, emocional e funcional. Ele é adotado para avaliar várias doenças crônicas e sequelas funcionais de diversos tipos de câncer. Entretanto, não há uniformidade no uso desse questionário, sendo utilizado de forma diferente em países como Inglaterra e Estados Unidos [32]. Devido à ampla possibilidade de variar seus critérios, ele não foi validado para o Brasil. Já o EQ-5D5L é padronizado em todos os países e não apresenta limitações [33].

Estudos sobre qualidade de vida em pacientes com CP remanescente avaliando associação de tratamentos, visando ainda mensurar função sexual e efeitos adversos urinários e digestórios não são foram encontrados na literatura. Considerando que a sobrevida do CP mesmo

remanescente e independentemente de tratamento supera dez anos em 98% dos doentes, a qualidade de vida torna-se relevante. Os tratamentos têm por objetivo controlar a doença, mesmo que não seja curada, porém mantendo ou melhorando a qualidade de vida aproximando-a da previamente à doença [34].

De acordo com a análise dos domínios do EQ-5D5L, os resultados deste estudo revelaram que todos os tratamentos interferem na mobilidade e acompanham-se de dificuldade para autocuidado e restrições nas atividades habituais dos pacientes, porém suas limitações são até moderadas e são agravadas por associações terapêuticas mais agressivas, como a cirurgia e RT. Essas limitações decorrem dos efeitos diretos do tratamento, incluindo as suas complicações como da própria doença e comorbidades. A fadiga, por exemplo, limita muito a deambulação e pode ser provocada por insuficiência cardiopulmonar, ou por sarcopenia e osteoporose desencadeadas pela TAD, por idade avançada e até por metástases [35]. Outras adversidades terapêuticas, como a IU também limitam a mobilidade dos pacientes [35]. Os resultados deste trabalho contradizem a publicação por Downing et al. (2019), que associa a piora na qualidade de vida apenas com estágio muito avançado da doença [36].

A IU é a complicação mais frequente após prostatectomia e a sua frequência varia de 4% a 69% dos pacientes operados. Essa adversidade, por vezes definitiva, apesar de não ser grave nem trazer risco à vida dos pacientes, compromete muito a qualidade de vida [37-38]. A IU pode ser consequente ao trauma operatório, principalmente em operações abertas e realizadas por cirurgiões menos experientes, mas também pode relacionar-se a disfunções miccionais decorrentes da hipotonia muscular vesical e esfínteriana associada ao envelhecimento. A obesidade e as disfunções neurológicas pioram ainda mais continência urinária, sem estarem relacionadas ao CP ou seu tratamento [39]. Portanto, a IU é multifatorial e ocorre em cerca de 30% dos pacientes operados [40]. O nervo pudendo é responsável pela inervação da musculatura estriada pélvica e suas fibras presentes no plexo vaso-nervoso (PVN) inervam o músculo elevador do ânus e seu esfíncter vesical. Essas fibras podem ser lesadas principalmente em operações abertas e realizadas por cirurgiões menos experientes [41]. Por outro lado, em tratamentos conservadores, como a radioterapia e a hormonioterapia, a IU é rara (1% a 5%) [42-44].

A ansiedade e a depressão são manifestações frequentemente associadas com os tratamentos do CP. Entretanto, na realidade, a desordem emocional é geralmente tristeza provocada pela doença, suas complicações e as condutas terapêuticas necessárias de acordo com cada paciente.

Doença psíquica de fato é muito raramente encontrada. Neste estudo, as desordens emocionais foram mais frequentes após TAD isolada, provavelmente pelos efeitos medicamentosos adversos e estágio avançado do CP. De acordo com a literatura, o bloqueio hormonal para CP apresenta risco 23% mais elevado de apresentar quadros depressivos e demenciais, que melhoram com o uso de testosterona [45]. As adversidades emocionais ocorrem com maior frequência em idosos, solteiros ou que vivem isolados e que possuem comorbidades [46].

A prostatectomia foi o tratamento que resultou em maior número de complicações, especialmente a IU e as disfunções sexuais. Neste estudo, as quatro associações de tratamento prejudicaram a função sexual. Ao associar-se cirurgia com RT, houve agravamento das complicações e maior prejuízo da qualidade de vida. Disfunção sexual ocorre em 30% a 50% dos pacientes com CP, havendo aumento da prevalência com avançar da idade e na presença de comorbidades, como diabetes melito, obesidade, cardiopatias e doenças pulmonares restritivas [47,48]. Por outro lado, 43% dos pacientes submetidos a prostatectomia preservam sua capacidade sexual, bem como 53% dos pacientes submetidos a RT isolada mantém ereções com rigidez suficiente para estabelecerem relação sexual satisfatória [49-51]. Cabe ressaltar os melhores resultados obtidos por operações minimamente invasivas, especialmente técnica robótica com preservação do espaço de Retzius e em tumores mais localizados [52].

A RT associa-se com disfunção erétil por efeito vasculogênico, por lesão endotelial peniana e dos canais sinusoidais promovendo estenose e insuficiência vascular, bem como inflamação das terminações nervosas do PVN com redução da rigidez peniana. Tardamente, a inflamação local pode resultar em fibrose de toda a região pélvica e do corpo cavernoso, dificultando o fluxo sanguíneo peniano durante a ereção reduzindo sua rigidez durante ato sexual [48,53]. Esses achados estão de acordo com a literatura [54-57].

A libido masculina é influenciada pela ação da testosterona e a sua redução medicamentosa compromete o desejo sexual. Os receptores de testosterona são essenciais para relaxamento da musculatura lisa peniana promovendo a ereção. Já a sua diminuição prolongada modifica a arquitetura peniana, com redução da musculatura lisa e sua substituição por tecido fibroso, comprometendo a função sexual [58].

Este estudo foi limitado, por ter sido retrospectivo e faltar o controle inicial das variáveis avaliadas. Outro fator negativo foi a heterogeneidade dos pacientes, apesar de todos terem sido tratados em serviço público, o que permite incluir certa uniformidade na parte socioeconômica.

CONCLUSÃO

A prostatectomia é o tratamento que se associa com maior número de complicações e todas elas com maior gravidade do que a radioterapia e a hormonioterapia, sendo responsável por pior qualidade de vida em decorrência de limitações de mobilidade, dificuldade no autocuidado, incontinência urinária e disfunções sexuais. Essas complicações são piores quando a cirurgia é associada com radioterapia e hormonioterapia.

REFERÊNCIAS

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. *CA Cancer J Clin.* 2022;72(1):7-33. doi: 10.3322/caac.21708.
2. Klotz L. Active surveillance for intermediate risk prostate cancer. *Curr Urol Rep.*2017;18(10):1–6. doi:10.1007/s11934-017-0726-3.
3. Vanderweele DJ, Turkbey B, Sowalsky AG. Precision management of localized prostate cancer. *Expert Ver Precis Med Drug Dev.* 2016;1(6):505-515.doi:10.1080/23808993.2016.1267562.
4. Pound CR, Partin AW, Eisenberger MA, Chan DW, Pearson JD, Walsh PC. Natural history of progression after PSA. *J Am Med Assoc.*1999;281(17):1591–1597. doi:10.1001/jama.281.17.1591.
5. Golbari NM, Katz AE. Salvage therapy options for local prostate cancer recurrence after primary radiotherapy.*Curr Urol Rep.*2017;18(8):1-13.doi:10.1007/s11934-017-0709-4.
6. Agarwal PK, Sadetsky N, Konety BR, Resnick MI, Carroll PR. Cancer of the prostate strategic urological research endeavor. *Cancer.*2008;112(2):307-314. doi:10.1002/cncr.23161.
7. Zietman AL, Bae K, Slater JD, Shipley WU, Efstathiou JA, Coen JJ, Bush DA et al. Randomized trial comparing conventional-dose with high-dose conformal radiation therapy in early-stage adenocarcinoma of the prostate. *J Clin Oncol.*2010;28(7):1106-1111. doi:10.1200/JCO.2009.25.8475.
8. Mir MC, Li J, Klink JC, Kattan MW, Klein EA, Stephenson A J. Optimal definition of biochemical recurrence after radical prostatectomy depends on pathologic risk factors. *Eur Urol.*2014;66(2):204-210. doi:10.1016/j.eururo.2013.08.022.

9. Matsumoto K, Niwa N, Hattori S, Takeda T, Morita S, Kosaka T, Mizuno R et al. Establishment of the optimal follow-up schedule after radical prostatectomy. *Urol Oncol*. 2018;36(7):e341. doi:10.1016/j.urolonc.2018.04.003.
10. van der Veen JH, van Andel G, Kurth KH. Quality-of-life assessment in bladder cancer. *World J Urol*. 1999; 17(4):219-224. doi:10.1007/s003450050136
11. Chen RC, Basak R, Meyer AM, Kuo TM, Carpenter WR, Agans RP, Broughman JR, Reeve BB, Nielsen ME, Usinger DS, et al. Association between choice of radical prostatectomy, external beam radiotherapy, brachytherapy, or active surveillance and patient-reported quality of life among men with localized prostate. *Cancer*. JAMA. 2017 21;317(11):1141-50. doi:10.1001/jama.2017.1652.
12. Lardas M, Liew M, van den Bergh RC, De Santis M, Bellmunt J, Van den Broeck T, Cornford P, Cumberbatch MG. Quality of life outcomes after primary treatment for clinically localised prostate cancer. *Eur Urol*. 2017;72(6):869-885. doi:10.1016/j.eururo.2017.06.035.
13. Bellardita L, Valdagni R, van den Bergh R, Randsdorp H, Repetto C, Venderbos LD, Lane JA, Korfage IJ. How does active surveillance for prostate cancer affect quality of life?. *Eur Urol*. 2015;67(4):637-45. doi:10.1016/j.eururo.2014.10.028.
14. Wolff RF, Ryder S, Bossi A, Briganti A, Crook J, Henry A, Karnes J, et al. A systematic review of randomized controlled trials of radiotherapy for localized. doi:10.1016/j.ejca.2015.07.019.
15. Vernooij RW, Lancee M, Cleves A, Dahm P, Bangma CH, Aben KK. Radical prostatectomy versus deferred treatment for localised prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 4;6(6):CD006590. doi: 10.1002/14651858.
16. Goineau A, Champion L, d'Aillières B, Vié B, Ghesquière A, Béra G, Jaffres D, de Laroche G,. Comprehensive geriatric assessment and quality

- of life after localized prostate cancer radiotherapy in elderly patients. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194173. doi:10.1371/journal.pone.0194173.
17. Cornford P, van den Bergh RCN, Briers E, Van den Broeck T, Cumberbatch MG, De Santis M, Fanti S, Fossati N, Gandaglia G, Gillessen S. et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG. Guidelines on prostate cancer. *Eur Urol*.2021;79(2):263-282. doi:10.1016/j.eururo.2020.09.046.
 18. de Held PA, Matheus WE, Naccarato AMEP, Rodrigues RCM, Ferruccio AA, Ferreira U. Validation of the brazilian version of Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate-FACT-P in prostate cancer patients. *J Cancer Educ*. 2021.doi:10.1007/s13187-021-02024-z.
 19. van Hout B, Janssen MF, Feng YS, Kohlmann T, Busschbach J, Golicki D, Lloyd A, Scalone L, Kind P, Pickard AS. Interim scoring for the EQ-5D-5L. 2012 Jul-Aug;15(5):708-15. doi: 10.1016/j.jval.2012.02.008.
 20. Younas A. A Foundational analysis of Dorothea Orem's self-Care theory and evaluation of its significance for nursing practice and research. *Creat Nurs*. 2017 1;23(1):13-23.doi: 10.1891/1078-4535.23.1.13.
 21. Bentley C, Costa S, Burgess MM, Regier D, McTaggart-Cowan H, Peacock SJ. Trade-offs, fairness, and funding for cancer drugs. *BMC Health Serv Res*. 2018 May 8;18(1):339. doi: 10.1186/s12913-018-3117-7
 22. Gamst-Klaussen T, Lamu AN. Does the EQ-5D usual activities dimension measure what it intends to measure? *Qual Life Res*.2020;29(9):2553-2562. doi:10.1007/s11136-020-02501-w.
 23. Rosen R, Riley A, Wagner G, Osterloh I, Kirkpatrick J, Mishra A:International Index of Erectile Function (IIEF) *Urology*.1997;49(6)822–830. doi:10.1016/S0090-4295(97)00238-0.

24. Rosen R C, Cappelleri J C, Gendrano N 3rd. The International Index of Erectile Function (IIEF). *Int J Impot Res.*2002;14(4):226-244. doi:10.1038/sj.ijir.3900857.
25. Butler C C, Hawking M K, Quigley A, McNulty C A. Incidence, severity, help seeking and management of uncomplicated urinary tract infection. *Br J Gen Pract.*2015;65(639):e702-707. doi:10.3399/bjgp15X686965.
26. Averbeck MA, Woodhouse C, Comiter C, Bruschini H, Hanus T, Herschorn S, Goldman HB. Surgical treatment of post-prostatectomy stress urinary incontinence in adult men. *Neurourol Urodyn.* 2019 Jan;38(1):398-406. doi: 10.1002/nau.23845.
27. Cotta BH, Buckley JC. Endoscopic Treatment of Urethral Stenosis. *Urol Clin North Am.* 2017 Feb;44(1):19-25. doi: 10.1016/j.ucl.2016.08.008. PMID: 27908368.
28. Wei JT, Dunn RL, Litwin MS, Sandler HM, Sanda MG. Development and validation of the expanded prostate cancer index composite (EPIC) for comprehensive assessment of health-related quality of life in men with prostate cancer. *Urology.*2000;56(6):899-905. doi:10.1016/s0090-4295(00)00858-x.
29. Crump RT, Peterson A, Charbonneau C, Carlson KV, Sutherland JM, Baverstock RJ. Evaluating the measurement properties of the 26-item Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC-26) with a multicenter cohort. *Can Urol Assoc J.*2020;4(4):111-117. doi:10.5489/cuaj.5997.
30. Hagiwara Y, Shiroiwa T, Taira N, Kawahara T, Konomura K, Noto S, Fukuda T, Shimozuma K. Mapping EORTC QLQ-C30 and FACT-G onto EQ-5D-5L index for patients with cancer. *Health Qual Life Outcomes.* 2020;18(1):354.doi:10.1186/s12955-020-01611-w.

31. Diels J, Hamberg P, Ford D, Price PW, Spencer M, Dass RN. Mapping FACT-P to EQ-5D in a large cross-sectional study of metastatic castration-resistant prostate cancer patients. *Qual Life Res.* 2015;24(3):591-8. doi:10.1007/s11136-014-0794-5.
32. Pickard AS, Ray S, Ganguli A, Cella D. Comparison of FACT- and EQ-5D-based utility scores in cancer. *Value Health.* 2012;15(2):305-11. doi:10.1016/j.jval.2011.11.029.
33. de Held PA, Matheus WE, Naccarato AMEP, Rodrigues RCM, Ferruccio AA, Ferreira U. Validation of the brazilian version of Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate-FACT-P in prostate cancer patients. *J Cancer Educ.* 2021. doi:10.1007/s13187-021-02024-z.
34. Zimmermann K, Mostafaei H, Heidenreich A, Schmelz HU, Shariat S F, Mori K. Health-related quality of life in bladder cancer patients. Part1. *Curr Opin Urol.* 2021;31(4):297-303. doi:10.1097/MOU.0000000000000893.
35. Magee DE, Singal RK. Androgen deprivation therapy: indications, methods of utilization, side effects and their management. *Can J Urol.* 2020;27(27 Suppl 1):11-16. PMID:32101695.
36. Downing A, Wright P, Hounsome L, Selby P, Wilding S, Watson E, Wagland R et al. Quality of life in men living with advanced and localised prostate cancer in the UK. *Lancet Oncol.* 2019;20(3):436-447. doi:10.1016/S1470-2045(18)30780-0.
37. Radadia KD, Farber NJ, Shinder B, Polotti CF, Milas LJ, Tunuguntla HSGR. Management of postradical prostatectomy urinary incontinence. *Urology.* 2018;113:13-19. doi:10.1016/j.urology.2017.09.025.

38. Ficarra V, Novara G, Rosen RC, Artibani W, Carroll PR, Costello A, Menon M, Montorsi F, Patel VR, Stolzenburg JU, et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol*.2012;62(3):405-17. doi:10.1016/j.eururo.2012.05.045.
39. Heesakkers J, Farag F, Bauer RM, Sandhu J, De Ridder D, Stenzl A. Pathophysiology and contributing factors in postprostatectomy incontinence .*Eur Urol*. 2017;71(6):936-944. doi:10.1016/j.eururo.2016.09.031.
40. Wiltz AL, Shikanov S, Eggener SE, Katz MH, Thong AE, Steinberg GD, Shalhav AL, Zagaja GP, Zorn KC.Robotic radical prostatectomy in overweight and obese patients: oncological and validated-functional outcomes. *Urology*. 2009 Feb;73(2):316-22.doi: 10.1016/j.urology.2008.08.493.
41. Rahnama'i MS, Marcelissen T, Geavlete B, Tutolo M, Hüsçh T. Current management of post-radical prostatectomy urinary incontinence. *Front Surg*. 2021;8:647656. doi:10.3389/fsurg.2021.647656.
42. Schifano N, Capogrosso P, Tutolo M, Dehò F, Montorsi F, Salonia A. How to prevent and manage post-prostatectomy incontinence. *World J Mens Health*.2021;39(4):581-597. doi:10.5534/wjmh.200114.
43. Neal DE, Metcalfe C, Donovan JL, Lane JA, Davis M, Young GJ, Walsh EI et al.Protect study group.Ten-year mortality, disease progression, and treatment-related side effects in men with localised prostate cancer from the ProtecT randomised controlled trial according to treatment received. *Eur Urol*.2020;77(3):320-330. doi:10.1016/j.eururo.2019.10.030.

44. Cozzarini C, Rancati T, Palorini F, Avuzzi B, Garibaldi E, Balestrini D, Cante D, Munoz F, Franco P, Girelli G, et al. Patient-reported urinary incontinence after radiotherapy for prostate cancer. *Radiother Oncol*.2017;125(1):101-106. doi:10.1016/j.radonc.2017.07.029.
45. Izard JP, Siemens DR. Androgen deprivation therapy and mental health: impact on depression and cognition. *Eur Urol Focus*. 2020;15;6(6):1162-1164. doi:10.1016/j.euf.2019.11.010.
46. Dinh KT, Reznor G, Muralidhar V, et al. Association of androgen deprivation therapy with depression in localized prostate cancer. *J Clin Oncol*. 2016; 34(16): 1905-1912. doi:10.1200/JCO.2015.64.1969.
47. Schover LR. Sexual healing in patients with prostate cancer on hormone therapy. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2015:e562-6. doi:10.14694/EdBook_AM.2015.35.e562.
48. Steinsvik EA, Axcrona K, Dahl AA, Eri LM, Stensvold A, Fosså SD. Can sexual bother after radical prostatectomy be predicted preoperatively? *BJU Int*. 2012 May;109(9):1366-74. doi:10.1111/j.1464-410X.2011.10598.x.
49. Resnick MJ, Barocas DA, Morgans AK, Phillips SE, Chen VW, Cooperberg MR, Goodman M, Greenfield S, Hamilton AS, Hoffman KE, et al. Contemporary prevalence of pretreatment urinary, sexual, hormonal, and bowel dysfunction. *Cancer*.2014;120(8):1263-71.doi:10.1002/cncr.28563.
50. Yildirim HC, Ergen SA, Sedef E, Sahin M, Karacam SC, Senocak MS, Dincbas FO. Erectile dysfunction in prostate cancer patients treated with intensity-modulated radiation therapy. *Indian J Cancer*.2020;57(1):70-75. doi:10.4103/ijc.IJC_465_18.

51. Barocas DA, Alvarez J, Resnick MJ, Koyama T, Hoffman KE, Tyson MD, Conwill R, McCollum D, Cooperberg MR, Goodman M, et al. Association between radiation therapy, surgery, or observation for localized prostate cancer and patient-reported outcomes after 3 years. *JAMA*.2017;317(11):1126-1140. doi:10.1001/jama.2017.1704.
52. Bhat KRS, Raghunath SK, Srivatsa N, Tejus C, Vishruth K, Kumar RA. Outcomes of minimally invasive radical prostatectomy-a contemporary review. *Indian J Surg Oncol*.2020;11(4):580-588. doi:10.1007/s13193-020-01125-3.
53. Du Y, Long Q, Guan B, Mu L, Tian J, Jiang Y, Bai X, Wu D. Robot-assisted radical prostatectomy is more beneficial for prostate cancer patients. *Med Sci Monit*.2018;24:272-287. doi:10.12659/msm.907092.
54. Stember DS, Mulhall JP. The concept of erectile function preservation in the patient after brachytherapy for prostate cancer. *Brachytherapy*.2012;11(2):87-96. doi:10.1016/j.brachy.2012.01.002.
55. Kirby MG, White ID, Butcher J, et al. Development of UK recommendations on treatment for post-surgical erectile dysfunction. *Int J Clin Pract*.2014;68(5):590-608. doi:10.1111/ijcp.12338.
56. White ID, Wilson J, Aslet P, et al. Development of UK guidance on the management of erectile dysfunction resulting from radical radiotherapy and androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Int J Clin Pract*.2015;69(1):106-123. doi:10.1111/ijcp.12512.
57. Resnick MJ, Koyama T, Fan KH, et al. Long-term functional outcomes after treatment for localized prostate cancer. *N Engl J Med*.2013;368(5):436-445. doi:10.1056/NEJMoa1209978.

58. Corona G, Filippi S, Comelio P, Bianchi N, Frizza F, Dicuio M, Rastrelli G, Concetti S, Sforza A, Vignozzi L, et al. Sexual function in men undergoing androgen deprivation therapy. *Int J Impot Res.*2021;33(4):439-447. doi:10.1038/s41443-021-00418-7.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Aprovação do projeto pelo CEP da SMSA-BH

CAAE: 44149021.1.0000.5140

NÚMERO DO PARECER: 5.180.152

Termos obrigatórios apresentados conforme os Pareceres de nº: 4.595.636 e 5120.473 e demais, abaixo citados com postagem na Plataforma Brasil em 10 de dezembro de 2021: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO,folha_de_rosto_assinada_jackson.pdf-PENDÊNCIA TENDIDA TERMO COMPROMISSO ASSINADO_NOV21.pdf, CARTA_RESPOSTA_AO_PARECER_ASSINADA_NOV21.pdf PROJETO_NOV21.pdf, TCLE_PRESENCIAL_NOV21.

RECOMENDAÇÕES: Não se aplica

CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES:

Após análise, constatamos que o estudo atende aos aspectos fundamentais da Resolução CNS 466/2012 e 510/2016 sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diante do exposto, o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, de acordo com as atribuições a ele concedidas pela Legislação vigente, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa "QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE SEXUAL APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO E RADIOTERÁPICO PARA CÂNCER DE PRÓSTATA". Firma-se, diante deste documento, a necessidade de serem apresentados os relatórios semestrais e final, bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

SITUAÇÃO DO PARECER: **Aprovado**

BELO HORIZONTE, 20 de Dezembro de 2021

Assinado por:

SANDRA CRISTINA PAULUCCI CAVALCANTI DE ANDRADE

Coordenadora

APÊNDICE 2

Termo de consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE SEXUAL APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO E RADIOTERÁPICO PARA CÂNCER DE PRÓSTATA-INVESTIGADORES DO ESTUDO:

Fernando Parma Marsicano

Prof. Dr. Andy Petroianu.

COMISSÃO MUNICIPAL DE ONCOLOGIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, ESTADO: MINAS GERAIS, PAÍS: BRASIL

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE: _____

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo “**QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE SEXUAL APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO E RADIOTERÁPICO PARA CÂNCER DE PRÓSTATA**”. Este estudo está sendo realizado em Belo Horizonte, na Comissão Municipal de Oncologia da Secretaria Municipal de Belo Horizonte.

Você está sendo convidado para participar deste estudo, sendo que este trabalho visa estudo sobre tratamento par câncer de próstata, quando iremos fazer uma entrevista sobre seu tratamento (tipos de tratamento, tempo de tratamento, medicações em uso, sintomas relacionados ao tratamento, limitações ocorridas após a administração do tratamento). Este estudo visa procurar estudar os tratamentos administrados no câncer de próstata, avaliar possíveis efeitos produzidos pelos tratamentos e investigar formas de melhorar a qualidade do tratamento e reduzir os efeitos decorrente dos mesmos. As informações que serão obtidas com o paciente ficarão sob responsabilidade do investigador principal (Fernando Parma Marsicano), sendo que o sigilo pelas respostas será assegurado por este investigador. Eventual interesse pelos resultados e por informações sobre este trabalho, ficarão disponíveis diante á solicitação do participante. Após analisar estas informações sobre este Termo de Consentimento, e esclarecer suas dúvidas, você poderá tomar uma decisão esclarecida sobre sua participação ou não neste estudo.

JUSTIFICATIVA PARA O ESTUDO E OBJETIVO DO ESTUDO:

Há um crescente interesse na literatura em avaliar a qualidade de vida dos pacientes submetidos a tratamentos para câncer de próstata, pois, muitos deles, são de idade avançada e já apresentam outras morbidades, sendo que a adição de novos tratamentos, pode provocar mais problemas que benefícios. Há diversos estudos que abordam os efeitos do tratamento do câncer de próstata na qualidade de vida dos pacientes, entretanto, a maior parte deles comparando resultado de cirurgia com radioterapia e vigilância ativa, sem abordar o tratamento do paciente que já foi tratado e que necessita receber outra forma de tratamento. Este trabalho conta com a participação de 200 pacientes, tratado em sete diferentes hospitais de Belo Horizonte, com tempo previsto de seis meses de coleta dos dados.

PROCEDIMENTOS: O participante deste estudo deverá responder a perguntas sobre o tratamento, desde tipo, tempo, medicações, sintomas, limitações que passou a apresentar devido ao tratamento.

RISCOS E DESCONFORTOS PARA OS PARTICIPANTES: as informações fornecidas ficarão sob responsabilidade do pesquisador principal e que se responsabiliza pelo sigilo das respostas obtidas. Caso haja alguma pergunta que o participante não sinta liberdade em fornecê-la a mesma não será cancelada.

BENEFÍCIOS ESPERADOS: É possível que este estudo talvez não traga benefícios diretos a você, mas seus resultados, ao final deste estudo, estas informações que ele gerar, poderão trazer benefícios a outros pacientes.

LIBERDADE DE RECUSA: É importante lembrar que sua participação neste estudo é voluntária e não é obrigatória. Você pode aceitar participar do estudo e depois desistir a qualquer momento. Isto não tirará nenhum direito do seu tratamento e assistência neste hospital. Você também poderá pedir a qualquer momento que as suas informações sejam excluídas completamente deste estudo e que elas não sejam usadas para outros fins.

GARANTIA DE SIGILO: O pesquisador tomará todas as medidas para manter suas informações pessoais (como nome, endereço e outras) em sigilo. Durante todo o estudo e mesmo depois de sua conclusão, quando os resultados deste estudo forem publicado sem revistas científicas ou apresentados em congressos ou reuniões, a sua identidade será guardada em segredo, não sendo revelada qualquer informação a seu respeito que possa identificar você publicamente. Contudo, durante o estudo, as pessoas envolvidas diretamente na pesquisa poderão ter acesso aos seus dados. Mesmo assim, os seus dados serão preservados e não serão divulgados publicamente.

CUSTOS, REMUNERAÇÃO E INDENIZAÇÃO: A participação neste estudo não terá custos adicionais para você. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido à sua participação (mesmo que haja patentes ou descobertas). Ao assinar este Termo de Consentimento, você não perderá nenhum direito, inclusive o de obter indenização por dano a sua saúde se isto acontecer.

ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS, CRÍTICAS, SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES:

Você poderá tirar qualquer dúvida sobre o estudo, fazer críticas, sugestões e reclamações diretamente com o pesquisador (Fernando Parma Marsicano), no telefone (31) 980109014.

CEP-SMS-BH - Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde/SMSA-BH Rua Frederico Bracher Júnior, 103 -3º andar - Padre Eustáquio- BH/MG – Telefone: 3277-5309 - www.pbh.gov.br.

CEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG:

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31 270-901.
E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel.: 3409-4592.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Entendi o estudo. Tive a oportunidade de ler o Termo de Consentimento ou alguém o leu para mim. Tive a oportunidade de pensar, fazer perguntas e falar a respeito do documento com outras pessoas quando precisei. Autorizo a minha inclusão neste estudo. Ao assinar este Termo de Consentimento, não renuncio a nenhum dos meus direitos legais. Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma via ficará comigo e outra com o pesquisador.

Nome por extenso do participante de pesquisa ou do representante legal:

Data – Assinatura

Investigador: Fernando Parma Marsicano

Data – Assinatura

Nome por extenso da testemunha imparcial (para casos de analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual):

Data – Assinatura

APÊNDICE 3

Tabela A1 Autocuidado

Tabela A1. Dificuldade para o autocuidado, de acordo com o Questionário da Fundação Europeia de Qualidade de Vida, após os quatro tipos de tratamento para câncer de próstata remanescente apresentados como número de casos (N) e sua porcentagem em cada grupo.

| Autocuidado | Grupo 1 (N=35) N (%) | Grupo 2 (N=69) N (%) | Grupo 3 (N=29) N (%) | Grupo 4 (N=67) N (%) | P |
|-------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------|
| 1 | 8(22,9) | 8(11,6) | 8(27,6) | 12(17,9) | 0,232 |
| 2 | 18(51,4) | 27(39,1) | 14(48,3) | 42(62,7) | 0,055 |
| 3 | 9(25,7) | 24(34,8) | 6(20,7) | 12(17,9) | 0,138 |
| 4 | 0(0) | 8(11,6) | 1(3,4) | 1(1,5) | 0,025 |
| 5 | 0(0) | 2(2,9) | 0(0) | 0(0) | 0,646 |

Grupo1= prostatectomia + terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 2 = prostatectomia +radioterapia+ terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 3 = terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 4 = radioterapia + terapia de deprivação antiandrogênica. Autocuidado: 1-Não tem problemas para tomar banho ou vestir; 2 - Tem pequena dificuldade para tomar banho ou me vestir;3-Tem moderada dificuldade para tomar banho ou me vestir; 4-Tem grande dificuldade para tomar banho ou me vestir;5- Não consegue tomar banho ou vestir. P referente ao teste exato de Fisher.

APÊNDICE 4

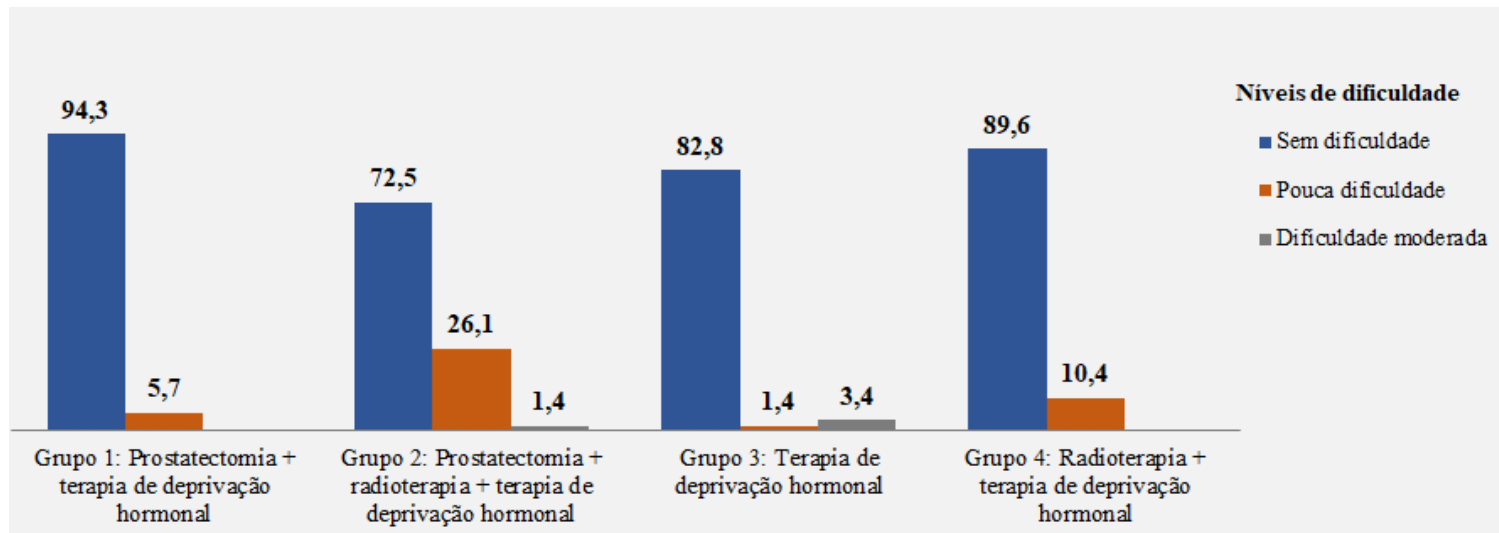


Figura 3. Mobilidade após tratamento nos quatro grupos em porcentagem

APÊNDICE 5

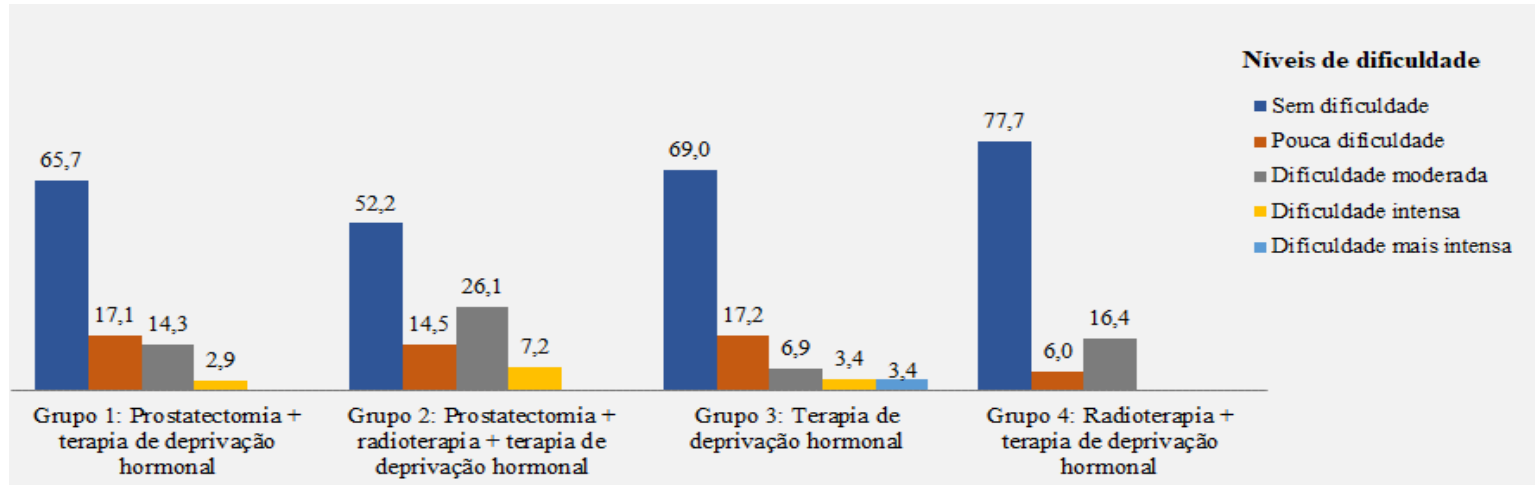


Figura 4. Atividades usuais após tratamento nos quatro grupos em porcentagem

APÊNDICE 6

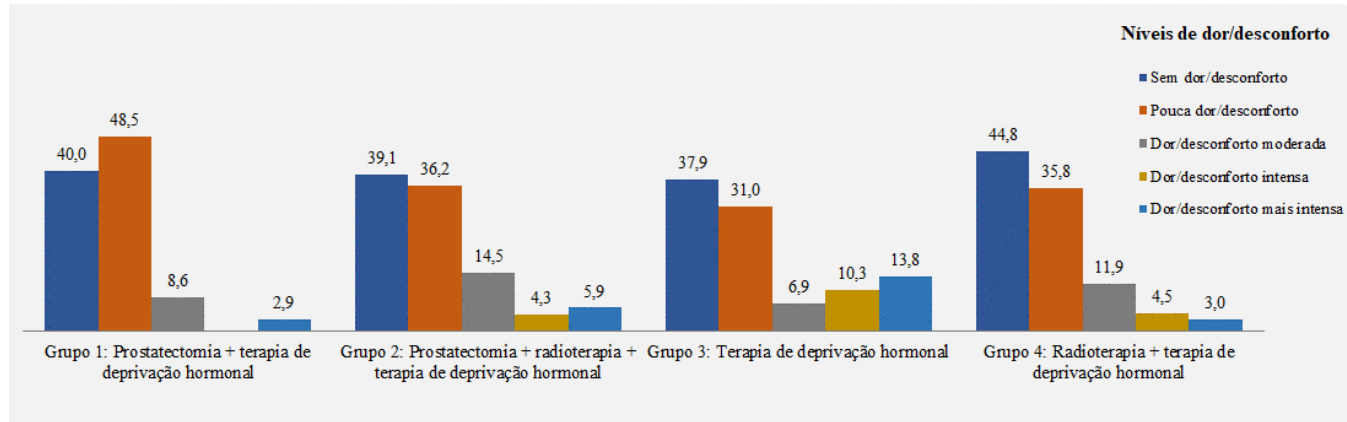


Figura 5. Dor /desconforto após tratamento nos quatro grupos em porcentagem

APÊNDICE 7

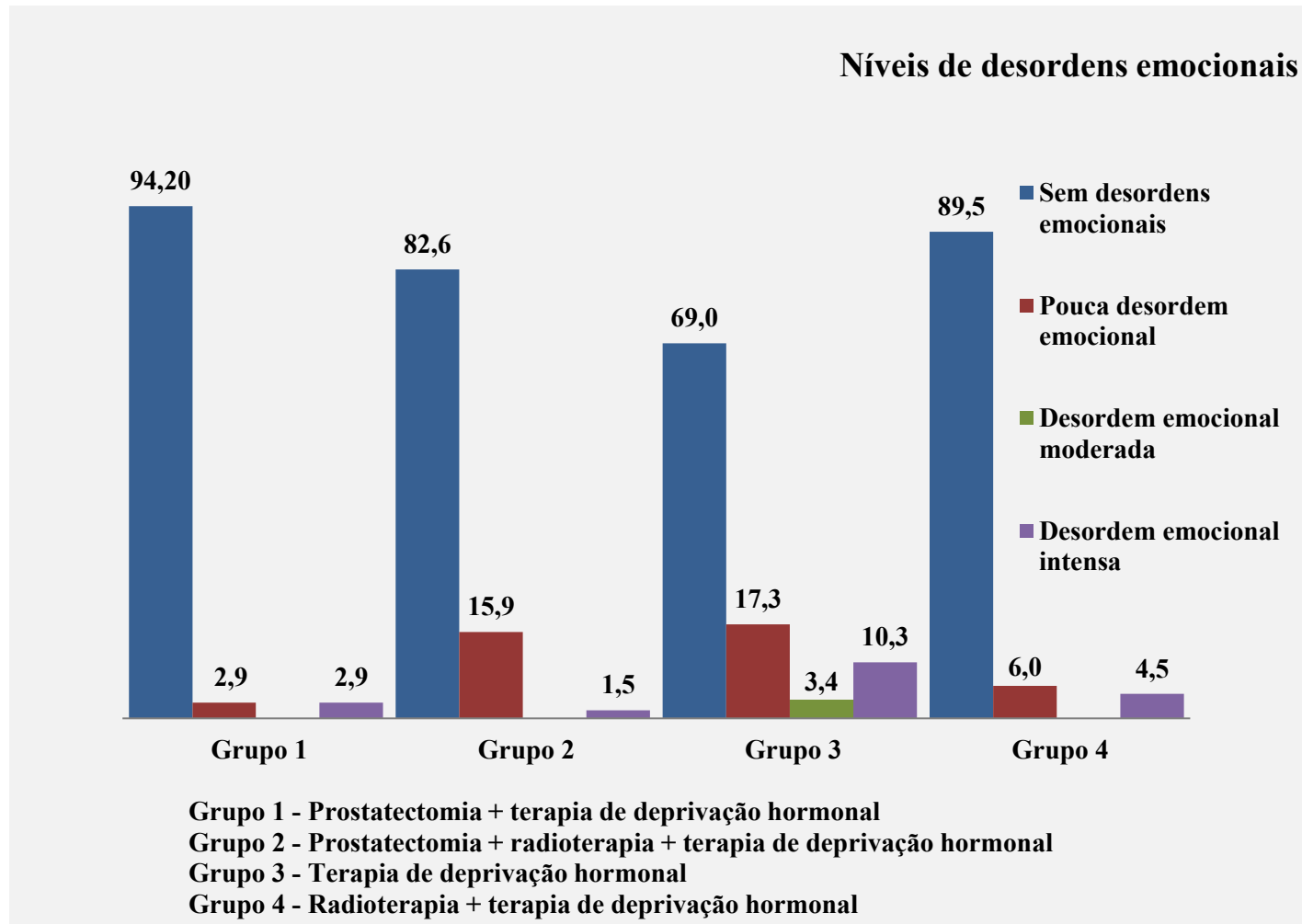


Figura 6. Desordens emocionais após tratamento nos quatro grupos em porcentagem

APÊNDICE 8

Tabela A2 Incontinência urinária

Tabela A2. Avaliação da incontinência urinária após quatro tipos de tratamento para câncer prostático remanescente, apresentados como número de casos (N) e sua porcentagem em cada grupo.

| Incontinência urinária | Grupo 1 (N=35) N (%) | Grupo 2 (N=69) N (%) | Grupo 3 (N=29) N (%) | Grupo 4 (N=67) N (%) | P = 0,002 |
|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------|
| Não | 28(80,0) | 48(69,6) | 27(93,1) | 62(92,5) | |
| Sim | 7(20,0) | 21(30,4) | 2(6,9) | 5(7,5) | |

Grupo1=prostatectomia + terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 2 = prostatectomia +radioterapia+ terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 3 = terapia de deprivação antiandrogênica;Grupo 4 = radioterapia + terapia de deprivação antiandrogênica.Presença da incontinência urinária após tratamentos administrados (sim ou não). P referente ao teste exato de Fisher.

APÊNDICE 9

Tabela A3 Todos os dados colhidos dos pacientes pertencentes aos quatro grupos de tratamento para câncer de próstata estudados

| Pacientes | Idade | Tratamento administrado | Estádio: T1-A T2-B T3-C T4-D | Mobilidade | Autocuidado | Atividades usuais | Dor/desconforto | Ansiedade e depressão | Perfil EQ-5D-5L | EQ5D 5L-final | IIEF inicial | IIEF final | Infecção urinária Sim-1 Não -0 | Hematuria Sim-1 Não -0 | Hematoquezia Sim Não -0 | IUE : Sim -1 Não-0 | Estenose de uretra: Sim-1 Sem obstrução-0 |
|-----------|-------|-------------------------|--|------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|---------------|--------------|------------|--------------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------|---|
| 1 | 72 | 4 | B | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 12211 | 0,789 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 78 | 1 | C | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 13221 | 0,72 | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 66 | 1 | B | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | 73 | 4 | D | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 13111 | 0,808 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | 71 | 1 | B | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 13211 | 0,774 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 6 | 78 | 1 | B | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 13211 | 0,774 | 6 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 7 | 68 | 4 | C | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | 76 | 4 | D | 1 | 2 | 1 | 2 | 5 | 12125 | 0,597 | 24 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | 72 | 3 | D | 1 | 4 | 2 | 2 | 5 | 14225 | 0,513 | 18 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 10 | 50 | 2 | C | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 13231 | 0,707 | 25 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11 | 87 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 12 | 55 | 1 | D | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 12311 | 0,78 | 25 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 13 | 66 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 14 | 66 | 2 | A | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 13211 | 0,774 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 15 | 74 | 4 | A | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 14211 | 0,74 | 25 | 6 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 16 | 71 | 3 | D | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 20 | 6 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 17 | 78 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 5 | 5 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 18 | 72 | 4 | D | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 13321 | 0,711 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 19 | 67 | 2 | C | 2 | 4 | 4 | 5 | 2 | 24452 | 0,316 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 20 | 61 | 2 | A | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 13121 | 0,754 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 21 | 66 | 4 | D | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 13331 | 0,698 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 22 | 71 | 2 | B | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 12231 | 0,722 | 15 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 23 | 56 | 2 | B | 2 | 3 | 3 | 3 | 5 | 23335 | 0,479 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 24 | 69 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|---|---|---|---|---|---|---|-------|-------|----|----|---|---|---|---|---|
| 25 | 65 | 1 | C | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 23321 | 0,665 | 25 | 5 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 26 | 64 | 2 | B | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 21 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 27 | 53 | 2 | B | 3 | 3 | 4 | 1 | 1 | 33411 | 0,679 | 25 | 5 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 28 | 67 | 4 | D | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 12321 | 0,727 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 29 | 68 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 30 | 66 | 1 | B | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 31 | 54 | 4 | B | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 22331 | 0,667 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 32 | 60 | 2 | C | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 33 | 69 | 2 | C | 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 24321 | 0,632 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 34 | 70 | 2 | B | 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 24321 | 0,632 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 35 | 72 | 2 | B | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 12211 | 0,789 | 20 | 5 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 36 | 69 | 4 | B | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 23311 | 0,719 | 25 | 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 37 | 59 | 2 | B | 2 | 5 | 4 | 3 | 1 | 25431 | 0,483 | 25 | 5 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 38 | 70 | 4 | D | 1 | 3 | 2 | 5 | 1 | 13251 | 0,472 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 39 | 57 | 2 | B | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 12211 | 0,789 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 40 | 71 | 2 | B | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 22321 | 0,681 | 25 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 41 | 71 | 4 | B | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 21321 | 0,757 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 42 | 60 | 2 | D | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 13221 | 0,72 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 43 | 75 | 1 | D | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11111 | 0,9 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 44 | 86 | 4 | A | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 22321 | 0,681 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 45 | 47 | 4 | C | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 23342 | 0,522 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 46 | 63 | 2 | D | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 12221 | 0,735 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 47 | 82 | 4 | C | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 11221 | 0,812 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 48 | 46 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 49 | 71 | 1 | C | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11121 | 0,846 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50 | 63 | 4 | D | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 51 | 82 | 2 | A | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 52 | 79 | 2 | B | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 53 | 63 | 3 | B | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 22331 | 0,667 | 10 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 54 | 70 | 2 | B | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 12321 | 0,727 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 55 | 66 | 3 | C | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 56 | 70 | 2 | B | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 57 | 56 | 2 | B | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 58 | 83 | 4 | B | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11121 | 0,846 | 10 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|---|---|---|---|---|---|---|-------|-------|----|----|---|---|---|---|---|
| 59 | 65 | 2 | C | 2 | 5 | 3 | 4 | 2 | 25342 | 0,383 | 25 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 60 | 57 | 1 | C | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 12211 | 0,789 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 61 | 80 | 4 | C | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11111 | 0,9 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 62 | 82 | 3 | B | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11121 | 0,846 | 10 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 63 | 60 | 2 | C | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11111 | 0,9 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 64 | 63 | 1 | C | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11111 | 0,9 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 65 | 59 | 2 | C | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 23311 | 0,719 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 66 | 74 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 67 | 66 | 2 | B | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11111 | 0,9 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 68 | 44 | 1 | C | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11111 | 0,9 | 25 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 69 | 67 | 2 | B | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11121 | 0,846 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 70 | 82 | 2 | C | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 | 22421 | 0,65 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 71 | 65 | 1 | C | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11111 | 0,9 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 72 | 63 | 4 | C | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 13321 | 0,711 | 25 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 73 | 75 | 4 | C | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 13111 | 0,808 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 74 | 85 | 1 | C | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 10 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 75 | 84 | 4 | B | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11121 | 0,846 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 76 | 79 | 3 | C | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 10 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 77 | 76 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 4 | 1 | 12141 | 0,663 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 78 | 68 | 1 | C | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11121 | 0,846 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 79 | 79 | 4 | B | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 22332 | 0,631 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 80 | 69 | 3 | C | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 21211 | 0,819 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 81 | 78 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 82 | 77 | 2 | B | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11121 | 0,846 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 83 | 66 | 3 | D | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11111 | 0,9 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 84 | 64 | 1 | C | 1 | 2 | 1 | 2 | 5 | 12125 | 0,597 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 85 | 68 | 2 | C | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 23331 | 0,652 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 86 | 68 | 2 | C | 2 | 3 | 4 | 3 | 1 | 23431 | 0,622 | 25 | 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 87 | 76 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 88 | 72 | 2 | B | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 22322 | 0,644 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 89 | 70 | 4 | C | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 90 | 66 | 3 | D | 2 | 2 | 4 | 5 | 2 | 22452 | 0,366 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 91 | 82 | 2 | C | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 92 | 79 | 2 | C | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 24322 | 0,595 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|----|---|---|---|---|---|---|---|-------|-------|----|----|---|---|---|---|---|
| 93 | 54 | 3 | D | 1 | 3 | 2 | 4 | 5 | 13245 | 0,44 | 20 | 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 94 | 71 | 3 | D | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 95 | 81 | 1 | B | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 10 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 96 | 76 | 1 | D | 1 | 3 | 3 | 5 | 2 | 13352 | 0,427 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 97 | 87 | 4 | A | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11121 | 0,846 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 98 | 72 | 1 | D | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 12421 | 0,697 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 99 | 79 | 2 | B | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 100 | 77 | 4 | B | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11121 | 0,846 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 101 | 71 | 4 | D | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 102 | 78 | 4 | B | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11111 | 0,9 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 103 | 72 | 4 | C | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11111 | 0,9 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 104 | 75 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | 12115 | 0,65 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 105 | 73 | 3 | D | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 106 | 67 | 4 | C | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 107 | 68 | 2 | C | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 21321 | 0,757 | 25 | 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 108 | 79 | 4 | C | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 109 | 67 | 2 | C | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 110 | 74 | 4 | B | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11111 | 0,9 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 111 | 79 | 4 | A | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 13121 | 0,754 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 112 | 75 | 3 | B | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11111 | 0,9 | 25 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 113 | 66 | 1 | B | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 23321 | 0,665 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 114 | 68 | 4 | C | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11111 | 0,9 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 115 | 82 | 2 | A | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 116 | 72 | 2 | B | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11121 | 0,846 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 117 | 79 | 3 | D | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11111 | 0,9 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 118 | 62 | 3 | D | 1 | 2 | 1 | 4 | 1 | 12141 | 0,663 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 119 | 70 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 120 | 73 | 2 | B | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 121 | 64 | 2 | C | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11111 | 0,9 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 122 | 69 | 2 | B | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 23311 | 0,719 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 123 | 65 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 12131 | 0,756 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 124 | 76 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 10 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 125 | 58 | 4 | B | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 22331 | 0,667 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 126 | 80 | 2 | B | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 13111 | 0,808 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|----|---|---|---|---|---|---|---|-------|-------|----|----|---|---|---|---|---|
| 127 | 65 | 2 | C | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 11321 | 0,803 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 128 | 69 | 2 | B | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 13311 | 0,765 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 129 | 65 | 2 | D | 2 | 2 | 3 | 5 | 2 | 22352 | 0,396 | 25 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 130 | 84 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 131 | 63 | 1 | C | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 132 | 63 | 3 | D | 1 | 2 | 1 | 5 | 2 | 12152 | 0,485 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 133 | 75 | 4 | D | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 12132 | 0,72 | 25 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 134 | 61 | 3 | B | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 12211 | 0,789 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 135 | 54 | 4 | C | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 12131 | 0,756 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 136 | 62 | 4 | C | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 137 | 61 | 2 | B | 1 | 4 | 3 | 1 | 1 | 14311 | 0,731 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 138 | 60 | 2 | C | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 139 | 87 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 140 | 69 | 4 | B | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11121 | 0,846 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 141 | 68 | 2 | C | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 13111 | 0,808 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 142 | 66 | 2 | C | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 143 | 81 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 144 | 75 | 1 | B | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11121 | 0,846 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 145 | 63 | 3 | D | 1 | 3 | 1 | 5 | 2 | 13152 | 0,47 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 146 | 71 | 1 | D | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 147 | 73 | 4 | D | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 148 | 66 | 1 | B | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 149 | 73 | 2 | C | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 13111 | 0,808 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 150 | 55 | 2 | B | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 13111 | 0,808 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 151 | 71 | 2 | C | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 152 | 66 | 4 | C | 1 | 3 | 1 | 1 | 5 | 13115 | 0,635 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 153 | 73 | 2 | D | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 13211 | 0,774 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 154 | 59 | 2 | A | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 155 | 58 | 2 | B | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 13121 | 0,754 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 156 | 74 | 1 | D | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 12131 | 0,756 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 157 | 68 | 2 | C | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 13142 | 0,611 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 158 | 73 | 4 | C | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 13111 | 0,808 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 159 | 94 | 1 | C | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 12131 | 0,756 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 160 | 76 | 2 | C | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|----|---|---|---|---|---|---|---|-------|-------|----|----|---|---|---|---|---|
| 161 | 67 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 162 | 54 | 4 | C | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 163 | 69 | 1 | C | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 13221 | 0,72 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 164 | 62 | 2 | B | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 13111 | 0,808 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 165 | 66 | 2 | C | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 23332 | 0,615 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 166 | 67 | 4 | D | 1 | 2 | 1 | 4 | 1 | 12141 | 0,663 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 167 | 72 | 2 | C | 1 | 4 | 1 | 2 | 1 | 14121 | 0,721 | 10 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 168 | 90 | 3 | D | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | 12115 | 0,65 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 169 | 78 | 1 | C | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 170 | 71 | 3 | D | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 13121 | 0,754 | 25 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 171 | 53 | 3 | D | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 172 | 71 | 4 | C | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 173 | 63 | 2 | C | 1 | 4 | 2 | 5 | 2 | 14252 | 0,401 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 174 | 67 | 2 | D | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 12131 | 0,756 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 175 | 80 | 3 | D | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 176 | 56 | 3 | B | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 177 | 71 | 1 | B | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11121 | 0,846 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 178 | 77 | 2 | D | 2 | 4 | 3 | 4 | 2 | 24342 | 0,488 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 179 | 70 | 2 | C | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 180 | 71 | 1 | B | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 12311 | 0,78 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 181 | 73 | 1 | C | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 13121 | 0,754 | 25 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 182 | 59 | 4 | B | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 183 | 74 | 2 | C | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 13212 | 0,737 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 184 | 76 | 1 | D | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12121 | 0,77 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 185 | 90 | 4 | A | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 12131 | 0,756 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 186 | 69 | 3 | B | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11111 | 0,9 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 187 | 72 | 2 | B | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 13131 | 0,741 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 188 | 63 | 4 | A | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 189 | 76 | 2 | B | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 13131 | 0,741 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 190 | 67 | 3 | D | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11121 | 0,846 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 191 | 73 | 4 | D | 1 | 3 | 1 | 5 | 2 | 13152 | 0,47 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 192 | 73 | 2 | C | 1 | 3 | 1 | 5 | 2 | 13152 | 0,47 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 193 | 51 | 3 | D | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 11211 | 0,866 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 194 | 55 | 1 | D | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 12221 | 0,735 | 10 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|----|---|---|---|---|---|---|---|-------|-------|----|----|---|---|---|---|---|
| 195 | 86 | 3 | D | 3 | 3 | 5 | 5 | 2 | 33552 | 0,279 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 196 | 72 | 4 | C | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 25 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 197 | 74 | 1 | C | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 13131 | 0,741 | 25 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 198 | 77 | 3 | D | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 13142 | 0,611 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 199 | 64 | 3 | D | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 23333 | 0,606 | 20 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 200 | 70 | 1 | C | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12111 | 0,823 | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Grupo1= prostatectomia + terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 2 = prostatectomia +radioterapia+ terapia de deprivação antiandrogênica; Grupo 3 = terapia de deprivação antiandrogênica;Grupo 4 = radioterapia + terapia de deprivação antiandrogênica. Estádio clínico (TNM): T1-tumor não palpável, T2-tumor palpável, mas confinado à próstata, T3-tumor extraprostático, T4- tumor com invasão de estruturas adjacentes.EQ5D5L: European Group Quality of Life five dimensions questionnaire and five levels;IIEF: International Index of Erectile Function.

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário Europeu de Qualidade de Vida, em cinco dimensões e cinco níveis (EQ-5D5L)[18]

Abaixo de cada título preencha a caixa com o que melhor se aplica seu estado de saúde:

1) MOBILIDADE:

- Não tenho problemas para andar
- Tenho leve problemas para andar
- Tenho moderado problemas para andar
- Tenho grave problemas para andar
- Não consigo andar

2) AUTOUIDADO:

- Não tenho problemas para tomar banho ou me vestir
- Tenho leve problemas para tomar banho ou me vestir
- Tenho moderado para tomar banho ou me vestir
- Tenho grave problemas para tomar banho ou me vestir
- Não consigo tomar banho ou me vestir

3) ATIVIDADES DIÁRIAS(EX: TRABALHAR, ESTUDAR, ATIVIDADES DE CASA OU LAZER):

- Não tenho problemas para atividades do cotidiano
- Tenho leve problemas para atividades do cotidiano
- Tenho moderado para atividades do cotidiano
- Tenho grave problemas para atividades do cotidiano
- Não consigo fazer as atividades do cotidiano

4) DOR/DESCONFORTO:

- Não tenho dor ou desconforto
- Tenho dor leve ou desconforto
- Tenho moderada dor ou desconforto
- Tenho grave problemas de dor ou desconforto
- Tenho dor importante ou desconforto

5) ANSIEDADE /DEPRESSÃO

- Não tenho ansiedade ou depressão
- Tenho leve problemas de ansiedade ou depressão
- Tenho moderado problemas de ansiedade ou depressão
- Tenho grave problemas de ansiedade ou depressão
- Tenho problemas extremos de ansiedade ou depressão

ANEXO 2

Índice Internacional de Função Erétil (IIEF-5), nos últimos seis meses [21]:

1) COMO VOCÊ CLASSIFICA SUA CAPACIDADE DE TER OU MANTER A EREÇÃO:

- Quase nunca ou nunca 1
- Poucas vezes (muito menos que metade das vezes) 2
- Metade das vezes 3
- A maioria das vezes (muito mais que metade das vezes) 4
- Quase sempre ou sempre 5

2) QUANDO TEVE EREÇÕES, COM ESTIMULAÇÃO SEXUAL, COM QUE FREQUÊNCIA SUAS EREÇÕES FORAM SUFICIENTEMENTE RÍGIDAS PARA CONSEGUIR A PENETRAÇÃO?

- Sem atividade sexual 0
- Quase nunca 1
- Poucas vezes (muito menos que metade das vezes) 2
- Metade das vezes 3
- A maioria das vezes (muito mais que metade das vezes) 4
- Quase sempre ou sempre 5

3) DURANTE AS RELAÇÕES SEXUAIS, COM QUE FREQUÊNCIA FOI CAPAZ DE MANTER A SUA EREÇÃO APÓS A PENETRAÇÃO?

- Sem atividade sexual 0
- Quase nunca ou nunca 1
- Poucas vezes (muito menos que metade das vezes) 2
- Metade das vezes 3
- A maioria das vezes (muito mais que metade das vezes) 4
- Quase sempre ou sempre 5

4) DURANTE AS RELAÇÕES SEXUAIS, QUAL A DIFICULDADE QUE TEVE EM MANTER A SUA EREÇÃO ATÉ AO FIM DA RELAÇÃO SEXUAL?

- Sem atividade sexual 0
- Quase nunca ou nunca 1
- Poucas vezes (muito menos que metade das vezes) 2
- Metade das vezes 3
- A maioria das vezes (muito mais que metade das vezes) 4
- Quase sempre ou sempre 5

5) QUANDO TENTOU TER RELAÇÕES SEXUAIS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU SATISFEITO?

- Sem atividade sexual 0
- Quase nunca ou nunca 1
- Poucas vezes (muito menos que metade das vezes) 2
- Metade das vezes 3
- A maioria das vezes (muito mais que metade das vezes) 4
- Quase sempre ou sempre 5

O escore IIEF é definido como a soma cardinal dos itens acima e possui uma escala de variação de 1 a 25.