

## QUALIDADE DE VIDA EM HOMENS SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Lívia Cristina de Resende Izidoro<sup>1</sup>✉, Tamires de Castro Vieira<sup>2</sup>, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira<sup>1,3</sup>, & Anamaria Alves Napoleão<sup>1,4</sup>

Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – UFG. Goiânia, GO – Brasil. e-mail:

[liviaresende.enf@gmail.com](mailto:liviaresende.enf@gmail.com); <sup>2</sup>Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos, SP – Brasil. e-mail:

[tamires.cv@hotmail.com](mailto:tamires.cv@hotmail.com); <sup>3</sup>e-mail: [lizete.malagoni@gmail.com](mailto:lizete.malagoni@gmail.com); <sup>4</sup>e-mail: [anamaria@ufscar.br](mailto:anamaria@ufscar.br)

---

**RESUMO:** Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de sumarizar as pesquisas produzidas sobre Qualidade de Vida (QV) em homens submetidos à prostatectomia em publicações nacionais e internacionais publicadas de janeiro de 2009 a fevereiro de 2014, nas bases de dados PubMed, SciELO, LILACS e CINAHL. Foram identificados 40 artigos que atendiam aos critérios de inclusão. A análise dos trabalhos permitiu identificar foco principal no caráter físico e sintomatológico em detrimento aos aspectos psicológicos referidos após a cirurgia. Observou-se lacunas no conhecimento produzido, com escassos estudos brasileiros, predomínio de estudos com baixo nível de evidência e reduzido número de estudos com delineamento experimental, raros estudos com enfoque nos aspectos emocionais e ausência de definição do construto utilizado e de dados psicométricos dos instrumentos e escalas utilizadas. Entretanto, foi possível elaborar uma síntese do conhecimento científico acerca da QV em homens prostatectomizados na perspectiva da literatura internacional e nacional, incluindo diversos aspectos que permeiam esta investigação.

*Palavras-Chave:* Qualidade de vida, câncer de próstata, prostatectomia, neoplasias da próstata

---

## QUALITY OF LIFE IN MEN UNDERGOING PROSTATECTOMY: INTEGRATIVE REVIEW

**ABSTRACT:** This study consists of an integrative review of the literature with the aim of summarizing the researches produced on Quality of Life (QoL) in men submitted to prostatectomy in published national and international publications from January 2009 to February 2014 in the PubMed, SciELO, LILACS and CINAHL. We identified 40 articles, which met the pre-established criteria. The analysis of the work allowed to identify main focus on the physical and symptomatological character in detriment to the psychological aspects referenced after the surgery. We observed gaps in the knowledge produced, such as, few Brazilian studies, studies of experimental designs or that demonstrate a greater level of evidence, lack studies with a focus on emotional aspects, absence of the definition of the construct used, lack of psychometric data of the instruments and Scales used and the prevalence of low evidence studies. However, it was possible to elaborate a summary of the scientific knowledge about QoL in

---

✉ R. 227, s/n - Setor Leste Universitário, Goiânia - GO, 74605-080, Brasil. e-mail:

[liviaresende.enf@gmail.com](mailto:liviaresende.enf@gmail.com)

## QUALIDADE DE VIDA NA PROSTATECTOMIA

prostatectomized men from the perspective of international and national literature, including several aspects that permeate this research.

*Keywords:* Quality of life, Prostate cancer, Prostate neoplasms

---

Recebido em 27 de Maio de 2015/ Aceite em 03 de Janeiro de 2017

O Câncer de Próstata (CP) pode ser caracterizado como uma patologia maligna localizada na glândula prostática que tem no envelhecimento o principal fator de risco e a hereditariedade como um marcador de alta importância, visto que a história familiar de pai ou irmão com CP antes dos 60 anos de idade pode aumentar o risco de 3 a 10 vezes em relação à população em geral (Brasil, 2002; Nardoza Júnior, Zerati Filho, & Reis, 2010).

Dados norte americanos indicam que um a cada sete homens serão diagnosticados com CP durante a sua vida. Em relação a todos os estágios da doença, a taxa de sobrevivência relativa de 5 anos é de quase 100%, de 10 anos é de 99% e de 15 anos é de 94 %; entretanto, é importante ressaltar que ela pode ser influenciada por vários outros fatores, dentre os quais a idade do paciente e comorbidades associadas (American Cancer Society, 2014a, 2014b).

Desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o CP lidera o *ranking* dos tipos de câncer prevalentes em homens em todas as regiões do Brasil e é considerado o segundo mais comum na população masculina em todo o mundo. Estima-se que aproximadamente 61 mil brasileiros receberam o diagnóstico de CP no ano de 2016. Tais dados indicam um risco estimado de aproximadamente 61 casos novos a cada 100 mil homens. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), essa alta taxa de incidência do CP provavelmente está relacionada ao aumento observado da expectativa de vida da população masculina, à melhoria dos sistemas de informação do país, bem como à evolução dos métodos diagnósticos em função da disseminação do rastreamento do CP com o *Prostatic Antigen Specific* (PSA) e do Exame Retal Digital (ERD), o que pode estar ocasionando sobrediagnóstico (Brasil, 2016).

As opções de tratamento para o CP são abrangentes e variáveis, de acordo com diversos aspectos, dentre eles o estágio do câncer, saúde geral do paciente, bem como de suas preferências (Doyle-Lindrud, 2007; Speight & Roach, 2006). São conhecidas como opções de tratamento a observação e vigilância ativa, cirurgia (prostatectomia), radioterapia, braquiterapia e a crioterapia, recomendando-se que a escolha seja individualizada, com participação ativa do paciente (Sociedade Brasileira de Urologia, 2011).

A cirurgia radical da próstata ou Prostatectomia Radical (PR) é indicada como procedimento padrão-ouro para o tratamento do câncer de próstata localizado. Inclui a retirada de toda a glândula prostática, vesículas seminais e outros tecidos, em alguns casos. É uma técnica frequentemente utilizada para o tratamento do CP com grau de tumores T1 e T2, ou seja, tumores limitados à próstata (Heidenreich et al., 2014).

Aproximadamente 85% dos pacientes submetidos a esta cirurgia não apresentam evidência de doença após cinco anos e 2/3 deles após 10 anos de cirurgia. Entre os fatores indicados como determinantes para o sucesso pós cirurgia incluem-se ausência de margens cirúrgicas comprometidas, ausência de infiltração das vesículas seminais, ausência de infiltração linfonodal e nível sérico de PSA indetectável após 3 meses da cirurgia (Brasil, 2002).

Como qualquer procedimento cirúrgico, a PR pode ocasionar efeitos indesejáveis no pós-operatório, o que pode interferir na Qualidade de Vida (QV) dos pacientes submetidos a essa cirurgia. Tais consequências podem ser imediatas (espasmos da bexiga e o fato de ter que conviver

com um cateter urinário em casa) e também a longo prazo, como os problemas relacionados à perda da continência urinária e da função erétil (Inman, Maxson, Johnson, Myers, & Holland, 2011; Presti, Tanagho, & Mac Aninch, 2007; Rosoff, Savage, & Prasad, 2013; Singh, Trabulsi, & Gomella, 2010; Walsh & Donker, 2002).

Assim, considerando a relevância em investigar o assunto referido, esta revisão tem como objetivo identificar as evidências disponíveis acerca da qualidade de vida de homens submetidos a prostatectomia.

## MÉTODO

Trata-se de estudo de revisão integrativa da literatura, o qual permite a inclusão de literatura empírica e teórica para realizar uma avaliação crítica e elaborar a síntese desta avaliação de forma ordenada e sistemática. Tem o intuito de definir conceitos e aprofundar o conhecimento sobre determinado assunto, bem como apontar falhas e lacunas que indiquem a necessidade de novos estudos, tornando-se um suporte para a melhoria da prática clínica (Broome, 2000).

No desenvolvimento da revisão foram utilizadas as seguintes etapas: 1) delimitação do problema – etapa que consiste na elaboração de um questionamento acerca de um problema de maneira clara e objetiva; 2) levantamento bibliográfico – consiste na busca criteriosa e com alto rigor metodológico de toda literatura relevante para o problema; 3) categorização e avaliação dos estudos incluídos – leituras repetidas do material selecionado para extração de características metodológicas que permitam avaliar a autenticidade, qualidade metodológica, valor informativo e representatividade das fontes incluídas; 4) análise dos resultados – etapa em que os resultados são ordenados, codificados, categorizados, resumidos e discutidos permitindo uma conclusão unificada e integrada sobre o problema de pesquisa; e 5) apresentação da revisão – elaboração de relatório para apresentação dos resultados, de modo a contribuir para uma nova compreensão do fenômeno em estudo com implicações para a prática clínica (Whittemore & Knafl, 2005).

Para o cumprimento da primeira etapa, neste estudo, propôs-se a seguinte questão norteadora:

“Quais são as evidências disponíveis na literatura científica a respeito da QV de homens submetidos à prostatectomia radical?”.

No que tange à segunda etapa proposta, o levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados *U.S. National Library of Medicine National Institute of Health – PubMed* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS (<http://lilacs.bv-salud.org/>), *Cochrane Library* (<http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>) e *CINAHL* (<http://health.ebsco.com/products/the-cinahl-database/allied-health-nursing>).

A busca foi realizada utilizando os seguintes descritores controlados do *Medical Subjects Headings (MeSH)*: “*quality of life*”, “*prostatic neoplasms*” e “*prostatectomy*”, utilizando o operador booleano AND entre eles e respeitando as seguintes combinações: “*quality of life and prostatic neoplasms*” e “*quality of life and prostatectomy*”. A busca foi realizada no Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, do Ministério da Educação), no sistema de busca da Biblioteca Eletrônica da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e, casos não fosse possível o acesso aos artigos por meio deste sistema, foi feito contato direto com os autores das publicações para obtenção do texto completo.

Para serem incluídos na revisão, os artigos deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: estudos originais sobre a temática QV em homens submetidos à prostatectomia, indexados nas bases de dados indicadas, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol no período de janeiro de 2009 a fevereiro de 2014, com acesso *on-line*. Por não ser objetivo do estudo avaliar o

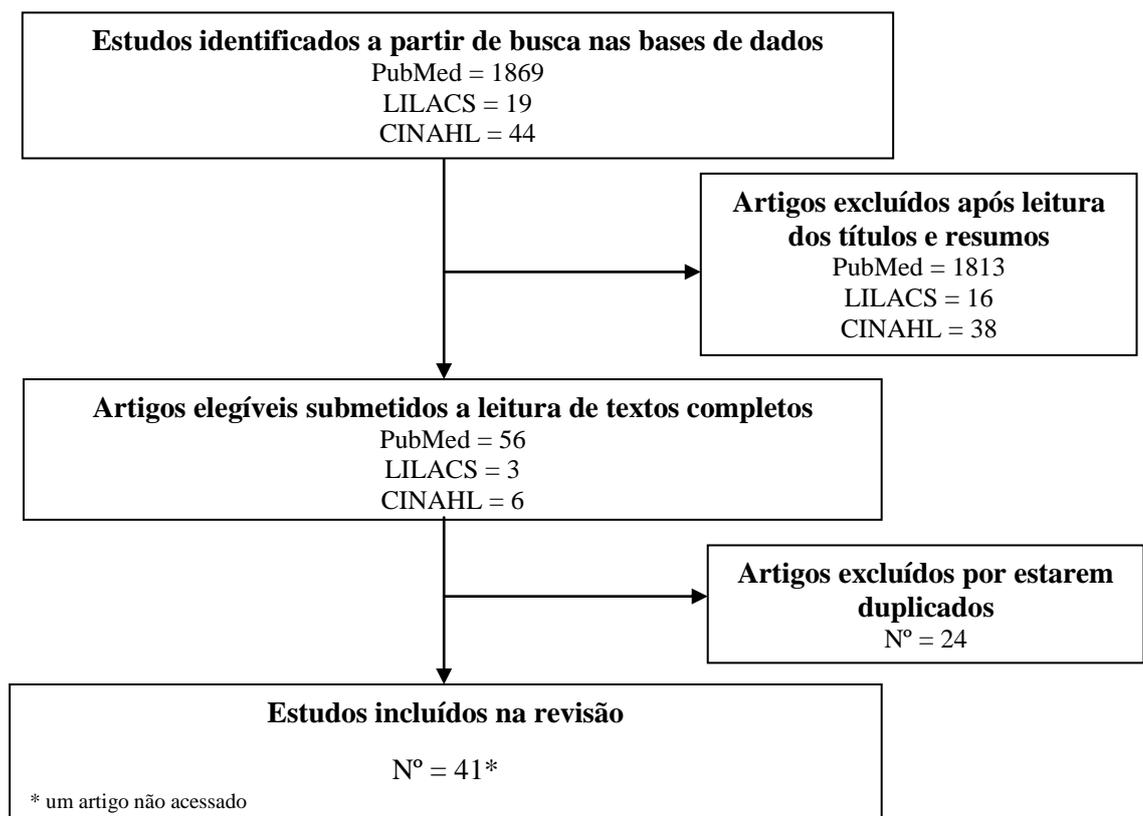
## QUALIDADE DE VIDA NA PROSTATECTOMIA

impacto de intervenções terapêuticas específicas como a quimioterapia e radioterapia sobre a QV, artigos abordando tais assuntos foram excluídos da revisão.

O processo de seleção dos estudos compreendeu as etapas de leitura dos títulos e resumos, com o intuito de identificar aqueles que respondiam à questão norteadora e atendiam aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Quando o resumo do estudo não estava disponível na base pesquisada, realizava-se uma busca ativa do estudo no buscador acadêmico (*Google Scholar*) ou outro recurso informacional, o buscador acadêmico (*Google Scholar*). A etapa seguinte compreendeu a leitura na íntegra de todos os estudos selecionados na fase anterior, refinando a amostra.

Foram identificados 1 869 estudos na base de dados PubMed utilizando ambas as combinações de descritores. Destes, após a análise minuciosa de seus títulos e resumos, foram selecionados 41 estudos. Na base de dados LILACS, foram localizados dezenove estudos, dezesseis dos quais não atendiam aos critérios de inclusão e os três restantes já tinham sido recuperados concomitantemente na base de dados PubMed. Na base de dados CINAHL foram identificados seis estudos, dos quais três se repetiam e outros dois também apareciam também na buscas realizada na PubMed. A Figura 1 sintetiza o procedimento de seleção dos estudos nas bases de dados.

Ressalta-se que houve apenas um estudo que, embora selecionado, não foi possível incluir na revisão por não estar disponível de nenhuma forma (*on line*, impressa ou via comutação entre bibliotecas) e não ter havido resposta por parte do autor após solicitação direta do artigo via *e-mail*. Assim, a revisão incluiu quarenta estudos.



**Figura 1.**

Fluxograma de busca e seleção dos artigos para revisão integrativa sobre a qualidade de vida após prostatectomia, Brasil, 2017.

Os estudos incluídos foram submetidos a re-leituras para preenchimento do instrumento de análise construído pelos autores contendo os seguintes dados: identificação da publicação e periódico (título do artigo, nome do periódico, ano de publicação, nome dos autores, local onde o estudo foi realizado, idioma de publicação e tipo de revista), características metodológicas do estudo (delineamento de pesquisa primária, objetivos, hipótese, faixa etária, tipo de amostragem, critérios de inclusão e exclusão, tipos de prostatectomia, análise estatística, intervenções realizadas, grupo controle, resultados, conclusão e nível de evidência), critérios para estudos de qualidade de vida (definição de QV, informações do instrumento utilizado e domínios mensurados).

Em relação à classificação do nível de evidência (NE), os estudos incluídos foram classificados em sete níveis, a saber: nível I – evidências científicas oriundas de revisão sistemática ou metanálise; nível II – evidências obtidas de pelo menos de um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível III – evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível IV – evidências provenientes de estudos de coorte e de caso controle bem delineados; nível V – evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e nível VII – evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011).

A leitura criteriosa dos estudos permitiu, ainda, que fossem extraídas informações sobre a ênfase dada na avaliação da QV, instrumentos utilizados para avaliar QV, resultados e a possibilidade de comparação entre eles.

## RESULTADOS

### *Características metodológicas dos estudos*

Em relação ao ano de publicação, verificou-se predomínio de estudos nos anos de 2013 e 2011 com dez estudos cada ano, 2012 com sete, 2014 com seis, 2009 com quatro e 2010 com três.

Em relação ao país de origem, a maioria foi realizada nos EUA, com treze estudos, seguido por Alemanha com sete, Japão com cinco, Noruega com quatro estudos e Canadá com três, Itália, Suécia com dois estudos cada e Brasil, Sérvia, França, Bélgica, Austrália, China e Holanda com um artigo cada. Quanto ao idioma de publicação, todos os estudos foram publicados no idioma inglês.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a etnia é considerada um fator de risco para o CP. Dados indicam que descendentes africanos apresentam as mais altas taxas de incidência da doença no mundo, o que pode ser atribuído à hereditariedade, estilo de vida ou fatores associados à detecção do CP (Brasil, 2016). Entretanto, em relação à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), autores demonstram que em um período de vinte e quatro meses após a cirurgia não existe diferença significativa na QVRS urinária, sexual ou a satisfação geral entre grupos de afro americanos e caucasianos (Lee, Marien, Laze, Agalliu, & Lepor, 2012).

Quanto ao periódico em que foram publicados, a maioria (92,7%) foi publicada em revistas de especialidades médicas (urologia, oncologia), dois foram publicados em revistas de estudos em QV, um em revista de enfermagem oncológica. Sobre a profissão do autor principal, observou-se que trinta e cinco estudos foram publicados por médicos, quatro não foi possível identificar a profissão do autor principal, um por psicólogo e um artigo foi publicado por enfermeiro. É importante ressaltar que as publicações foram predominantemente elaboradas por médicos e que profissionais enfermeiros tiveram reduzida participação, fato este que revela uma necessidade de atenção destes profissionais para a temática estudada, visto que os enfermeiros são os profissionais que muitas vezes estão mais em contato com os pacientes e que podem identificar mais precocemente os sinais

## QUALIDADE DE VIDA NA PROSTATECTOMIA

e sintomas físicos e emocionais que podem vir a influenciar a QV desses homens, inclusive prepará-los com ações de educação em saúde.

Ao analisarmos o delineamento de pesquisa, observou-se delineamento quantitativo em trinta e nove estudos (Anderson et al., 2012; Bach, Döring, Gesenberg, Möhring, & Goepel, 2011; Berge et al., 2013; Bradford et al., 2010; Choi et al., 2011; Dahl et al., 2014; Delongchamps, Belas, Saighi, Zerbib, & Peyromaure, 2013; Froehner et al., 2012; Gacci et al., 2011; Geraerts et al., 2013; Guilger et al., 2011; Hartz et al., 2013; Holm, Fosså, Hedlund, & Dahl, 2013; Imbimbo et al., 2011; Inoue et al., 2009; Kimura et al., 2011; Koehler et al., 2012; Ku et al., 2009; Lee et al., 2012; Lin, Yu, Lin, Yang, & Kao, 2012; Martin et al., 2011; Mehnert, Lehmann, Graefen, Huland, & Koch, 2010; Miyazato et al., 2014; Namiki et al., 2012; Namiki, Ishidoya, Tochigi, Ito, & Arai, 2009; Nyarangi-Dix, Radtke, Hadaschik, Pahernik, & Hohenfellner, 2013; Parker, Wang, He, & Wood Jr, 2011; Pfalzgraf et al., 2014; Ratcliff, Cohen, Pettaway, & Parker, 2013; Santa Mina et al., 2014; Santa Mina et al., 2010; Sugimoto, Tsunemori, & Kakehi, 2009; Thompson et al., 2014; Thornton, Perez, Oh, & Crocitto, 2012; Treiyer, Anheuser, Bütow, & Steffens, 2011; E. Y. Wang & Eriksson, 2014; R. Wang et al., 2012; Willis et al., 2012) e método misto em um estudo (Thorsteinsdottir et al., 2013). Dos estudos com abordagem quantitativa, trinta e quatro (87,2%) apresentam delineamento não experimental, quatro (10,2%) delineamento experimental e um (2,6%) delineamento quase experimental.

De acordo com a classificação dos NE utilizada, vinte e cinco apresentam nível de evidência VI (Anderson et al., 2012; Bach et al., 2011; Berge et al., 2013; Choi et al., 2011; Froehner et al., 2012; Gacci et al., 2011; Geraerts et al., 2013; Guilger et al., 2011; Imbimbo et al., 2011; Inoue et al., 2009; Koehler et al., 2012; Ku et al., 2009; Lee et al., 2012; Lin et al., 2012; Martin et al., 2011; Namiki et al., 2009; Pfalzgraf et al., 2014; Santa Mina et al., 2014; Santa Mina et al., 2010; Thompson et al., 2014; Thornton et al., 2012; Treiyer et al., 2011; Willis et al., 2012), seis apresentam nível IV (Hartz et al., 2013; Namiki et al., 2012; Thompson et al., 2014; van der Poel et al., 2013; E. Y. Wang & Eriksson, 2014; R. Wang et al., 2012), quatro nível II (Bradford et al., 2010; Miyazato et al., 2014; Nyarangi-Dix et al., 2013; Ratcliff et al., 2013), três nível III (Delongchamps et al., 2013; Mehnert et al., 2010; Sugimoto et al., 2009) e dois estudos apresentam nível de evidência V (Kimura et al., 2011; Parker et al., 2011).

### *Instrumentos utilizados para mensurar a QV*

Embora existam outros instrumentos direcionados à mensuração da QV geral ou específica ao CP, nos estudos analisados nesta revisão, os instrumentos utilizados foram: *Extended Prostate Cancer Index Composite (EPIC)*, *University of California, Los Angeles Prostate Cancer Index (UCLA-PCI)*, *The 36-item form health survey (SF-36)*, *SF-12*, *SF-8*, *The European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire (EORTC QLQ-C30)* e *EORTC QLQ-PR25*, *The Patient Oriented Prostate Utility Scale (PORPUS)*, *PC-Qol*, *ICIQ-LUTS Qol*, *the Fecal Incontinence Quality of Life Scale (FIQLS)*, *King's Health Questionnaire (KHQ)*, *Incontinence Quality of Life Questionnaire (I-QOL)*, *EQ-5D*.

Das pesquisas que utilizaram abordagem quantitativa, em dezessete estudos foram empregados apenas instrumentos específicos de câncer (Anderson et al., 2012; Bach et al., 2011; Bradford et al., 2010; Choi et al., 2011; Dahl et al., 2014; Kimura et al., 2011; Koehler et al., 2012; Lee et al., 2012; Lin et al., 2012; Namiki et al., 2012; Nyarangi-Dix et al., 2013; Parker et al., 2011; Pfalzgraf et al., 2014; Santa Mina et al., 2014; Sugimoto et al., 2009; Thornton et al., 2012; E. Y. Wang & Eriksson, 2014; R. Wang et al., 2012; Willis et al., 2012), onze estudos foram utilizadas associações de instrumentos específicos à genéricos (Gacci et al., 2011; Hartz et al., 2013; Holm et al., 2013;

Imbimbo et al., 2011; Inoue et al., 2009; Namiki et al., 2012; Namiki et al., 2009; Ratcliff et al., 2013; Santa Mina et al., 2014; Treiyer et al., 2011) em quatro estudos foram utilizados instrumentos específicos de sintomas urinários e/ou incontinência ou sintomas intestinais (Froehner et al., 2012; Guilger et al., 2011; Martin et al., 2011; Pfalzgraf et al., 2014), em três estudos foram utilizados instrumentos genéricos (Geraerts et al., 2013; Mehnert et al., 2010; Thorsteinsdottir et al., 2013), em dois estudos foram utilizados questionários elaborados pelos próprios autores (Delongchamps et al., 2013; Thompson et al., 2014), e em dois estudos foram utilizados instrumentos específicos da próstata (Ku et al., 2009; Santa Mina et al., 2010). O instrumento mais utilizado foi o *EPIC*, usado em treze estudos, seguido do UCLA-PCI, em nove estudos, seguido do SF-12 que foi usado em cinco estudos e SF-36 em outros cinco estudos. Os instrumentos EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-PR25 foram utilizados em quatro estudos que avaliaram a QV relacionada a saúde avaliando as peculiaridades do CP.

Verifica-se uma prevalência de instrumentos específicos ao CP, uma vez que buscam mensurar domínios físicos, mentais, relações sociais, sexualidade e sintomas relacionados aos efeitos colaterais do tratamento, como os sintomas intestinais, urinários e hormonais.

O *Extended Prostate Cancer Index Composite* é um instrumento abrangente projetado para avaliar a função do paciente e sintomas após o tratamento do CP. É uma versão ampliada do UCLA-PCI, uma vez que foram feitos estudos para adaptá-lo com itens para captar preocupações adicionais relevantes, como a braquiterapia, a radiação externa, a PR, e privação de andrógeno. Por conseguinte, o instrumento UCLA-PCI foi complementado com itens específicos que abordam sintomas miccionais irritativos e obstrutivos, hematúria, sintomas intestinais adicionais e sintomas hormonais. É um instrumento composto por Escalas tipo *Likert*, e escalas de multi itens, os escores de cada escala são transformados linearmente em uma escala de 0 a 100, com maior pontuação representando melhor QVRS (Wei, Dunn, Litwin, Sandler, & Sanda, 2000).

Assim como no EPIC e UCLA-PCI o EORTC QLQ-C30 é composto por escalas com múltiplos itens e medidas de item único que visam refletir a multidimensionalidade da QV. Estas escalas incluem cinco escalas funcionais (função física, desempenho de papel, função emocional, função cognitiva e função social), três escalas de sintomas (fadiga, náusea e vômito e dor), uma escala global do estado de saúde/QV, cinco itens únicos que avaliam sintomas comumente relatados por doentes oncológicos e um item único relacionado à dificuldade financeira (Fayers et al., 2001), o que o difere dos outros dois instrumentos mais utilizados entre os estudos incluídos nesta revisão.

Em relação à validação dos instrumentos utilizados para a utilização na população em estudo, trinta e um estudos indicam que os instrumentos são validados para a população em estudo, entretanto, apenas três demonstram dados psicométricos da validação; quatro indicam que o instrumento utilizado não é validado para a população em estudo e seis não trazem esta informação.

Dos instrumentos utilizados pelos estudos analisados, o instrumento específico mais utilizado em pacientes com câncer no Brasil e que foi adaptado culturalmente e validado para a população brasileira é o EORTC QLQ-C30.

O EORTC QLQ-C30 foi validado para a população brasileira (Brabo, 2006)<sup>63</sup> e teve sua consistência interna em estudo que tinha como objetivo principal avaliar a QV de sujeitos com câncer colorretal tratados com intenção curativa. A partir da análise do Coeficiente Alfa de *Cronbach* deste estudo, do total de nove escalas do questionário EORTC QLQ-C30, cinco apresentaram Coeficiente Alfa de *Cronbach* acima de 0,70 (Santos, 2003).

Ainda não contamos com publicações científicas disponíveis, relacionadas à validação de outros instrumentos **específicos** de avaliação da QV em homens com CP. É possível encontrar apenas uma publicação indicando que os testes psicométricos de confiabilidade e validação do EORTC QLQ-PR25 e UCLA-PCI foram realizados e que, em breve, serão publicados. Esta publicação conclui,

## QUALIDADE DE VIDA NA PROSTATECTOMIA

todavia, que ambos os instrumentos estão disponíveis para pesquisas de triagem clínica no Brasil (Heldwein, Rhoden, Hartmann, & Teloken, 2009).

### *Características e resultados dos estudos incluídos*

Para melhor visualização dos resultados, realizou-se divisão dos estudos de acordo com o método empregado, a saber: seis estudos intervencionais (Delongchamps et al., 2013; Mehnert et al., 2010; Pfalzgraf et al., 2014; Ratcliff et al., 2013; Sugimoto et al., 2009; E. Y. Wang & Eriksson, 2014) e trinta e três estudos observacionais (Anderson et al., 2012; Bach et al., 2011; Berge et al., 2013; Bradford et al., 2010; Choi et al., 2011; Dahl et al., 2014; Froehner et al., 2012; Gacci et al., 2011; Geraerts et al., 2013; Guilger et al., 2011; Hartz et al., 2013; Holm et al., 2013; Imbimbo et al., 2011; Inoue et al., 2009; Kimura et al., 2011; Koehler et al., 2012; Ku et al., 2009; Lee et al., 2012; Lin et al., 2012; Martin et al., 2011; Namiki et al., 2012; Namiki et al., 2009; Nyarangi-Dix et al., 2013; Parker et al., 2011; Pfalzgraf et al., 2014; Santa Mina et al., 2014; Santa Mina et al., 2010; Thompson et al., 2014; Thornton et al., 2012; Treiyrer et al., 2011; van der Poel et al., 2013; R. Wang et al., 2012; Willis et al., 2012).

Os resultados dos estudos intervencionais foram agrupados em três subcategorias temáticas, de acordo com seus objetivos: intervenções terapêuticas, emocionais e prática de atividade física, que interferem ou não na QVRS e sinais e sintomas mais frequentes que pioram a QVRS.

Dentre os cinco estudos que investigaram **intervenções terapêuticas cirúrgicas**, estes se referem às modalidades de intervenções cirúrgicas ou de tratamento conservador. Dois estudos buscam analisar a QV em relação à realização ou não da técnica de PR assistida por robô. Um estudo comparando esta técnica com a prostatectomia laparoscópica (Delongchamps et al., 2013) e o outro com a PR aberta (Dahl et al., 2014). Um estudo busca avaliar a associação da terapia de reconstrução de nervo durante a prostatectomia radical com a QV (Sugimoto et al., 2009). Por último, outro estudo avalia a influência da preservação do colo da bexiga durante a prostatectomia radical na QV do paciente (Miyazato et al., 2014).

Um estudo (Delongchamps et al., 2013) indica que a abordagem robótica não apresentou diferença quando relacionada à abordagem laparoscópica no aspecto do impacto global sobre a satisfação e a QV, outro estudo indica que a abordagem cirúrgica aberta superou as pontuações dos escores de função sexual e incontinência urinária, quando comparada com a abordagem robótica.

Ressalta-se que no Brasil a técnica cirúrgica robótica foi registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária em 2007 e ainda é considerada uma tecnologia nova, que poucos hospitais do país adotam, restrita principalmente os hospitais privados de excelência (Brasil, 2012).

O único estudo (Ratcliff et al., 2013) incluído na categoria de **intervenção psicossocial** tinha como objetivo investigar se o suporte de atenção ou o gerenciamento do estresse estaria relacionado a melhores escores de QV. Os achados deste estudo indicam que independentemente da QV específica de um paciente, a redução do arrependimento do tratamento pode melhorar a saúde mental após a PR e que, o arrependimento do tratamento é um contribuinte modificável, que pode contribuir com o ajustamento pós-cirúrgico e níveis de QV.

Corroborando com este achado autores (Costa & Leite, 2009) indicam que o enfrentamento, caracterizado pela produção de comportamentos que aumentem o bem estar psicológico (como a redução do arrependimento ao tratamento) daqueles que enfrentam doenças ameaçadoras à vida, como o CP contribui para que a pessoa possa suportar e lidar melhor consigo mesma de maneira mais positiva.

Na categoria **atividade física** foi incluído um estudo que investiga a relação da atividade física com a QV. Este estudo revela que o volume de atividade física pode ser um marcador útil para

predizer a recuperação pós-operatória de QV e incontinência urinária após PR (Mehnert et al., 2010).

Em uma revisão sistemática com o objetivo de investigar o efeito de intervenções de exercícios físicos em pacientes com câncer, os autores concluíram que há evidências preliminares de que estas intervenções exercem efeito benéfico para estes pacientes, que podem levar a aumentos moderados de suas funções físicas e que não estão associados com o aumento de sintomas de fadiga. No entanto, os autores ressaltam que é impossível determinar se os exercícios têm efeitos benéficos em longo prazo sobre a sobrevivência ou a QV de pacientes com câncer (Stevinson, Lawlor, & Fox, 2004).

Os resultados dos estudos observacionais foram agrupados em categorias, de acordo com seus objetivos: **QV geral** – estudos de avaliação da QV geral ou QV em associação com todos os domínios específicos ao CP (sexual urinário, intestinal, sexual ou hormonal), **Ênfase no domínio urinário** – estudos com ênfase na avaliação da QV em associação com domínio urinário; **Ênfase no domínio sexual** – estudos com ênfase na avaliação da QV em associação com domínio sexual; **Ênfase no domínio intestinal** - estudos com ênfase na avaliação da QV em associação com domínio intestinal.

O maior número de estudos concentra-se na categoria de “**QV geral**”, agrupando dezoito estudos. Nesta categoria, os objetivos dos estudos são: integração entre a QV e o tempo de recuperação da cirurgia (Bach et al., 2011; Berge et al., 2013; Bradford et al., 2010; Dahl et al., 2014; Hartz et al., 2013; Inoue et al., 2009; Ku et al., 2009; Lin et al., 2012; Namiki et al., 2009; Thornton et al., 2012; Treiyer et al., 2011; Willis et al., 2012), relação entre a QV e a experiência do médico (Nyarangi-Dix et al., 2013), sentimentos em relação à cirurgia e sua própria QV (van der Poel et al., 2013), QV e etnia do paciente (Lee et al., 2012), investigação de fatores psicossociais (ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático) em relação com a QV (Thorsteinsdottir et al., 2013), e por fim, QV e características morfológicas da próstata (Pfalzgraf et al., 2014). A maioria concluiu que a QV apresentou um efeito positivo ou que se manteve estável após a PR, em contrapartida, outros estudos indicaram que uma relação de efeito negativo, evidenciado pela queda dos escores físicos e/ou mentais.

Estudos indicam que a queda da QV está diretamente relacionada à idade e ao tratamento escolhido para o CP, concluem ainda que o aconselhamento sobre as opções de tratamento (Drummond, Kinnear, O’Leary, Gavin, & Sharp, 2015), bem como da QV após a consolidação do tratamento podem ajudar os pacientes, de todas as idades, a optarem pela melhor opção (Hampson, Cowan, Zhao, Carroll, & Cooperberg, 2015). Autores indicam que a maioria dos tratamentos resulta em declínios na QVRS, com alguma recuperação ao longo dos próximos 1 ou 2 anos, mas que a cirurgia apresenta o maior impacto sobre a função sexual e em função urinária, a radiação apresenta um efeito mais forte sobre o funcionamento do intestino, e a terapia de privação de andrógeno apresenta efeito mais forte sobre a função física (Punnen, Cowan, Chan, Carroll, & Cooperberg, 2015).

Outros nove estudos (Choi et al., 2011; Froehner et al., 2012; Gacci et al., 2011; Geraerts et al., 2013; Holm et al., 2013; Martin et al., 2011; Santa Mina et al., 2014; Santa Mina et al., 2010; R. Wang et al., 2012) foram agrupados na categoria **Ênfase no domínio urinário**, apresentando-se como a segunda categoria com o maior número de estudos. Nesta categoria foram evidenciadas investigações da QV relacionada a incontinência urinária já instalada (Gacci et al., 2011; Geraerts et al., 2013; Martin et al., 2011; Santa Mina et al., 2014), sintomas urológicos gerais (Choi et al., 2011; Froehner et al., 2012; Holm et al., 2013), procedimentos invasivos (R. Wang et al., 2012) e atividade física (Santa Mina et al., 2010). Em relação aos estudos que buscavam investigar a relação da continência e a QV, é possível observar que um deles (Gacci et al., 2011) ilustra claramente a

## QUALIDADE DE VIDA NA PROSTATECTOMIA

associação entre a QV e a recuperação da continência, outro estudo (Martin et al., 2011) já indica pouca interferência da incontinência na QV do sujeito. A análise da relação entre a incontinência urinária, QV e o status de trabalho foi objetivo de outro estudo (Santa Mina et al., 2014). Os resultados deste estudo revelam que a QVRS física esteve associada à situação de trabalho do sujeito, não deixando clara a relação da incontinência nesta associação. Por fim, um último estudo apresenta resultados inconclusivos neste aspecto.

Autores indicam que a incontinência urinária pós prostatectomia é uma complicação tardia da cirurgia que acarreta em diversos transtornos na vida do paciente, principalmente em sua QV, informação que corrobora com os achados obtidos nesta revisão. Trata-se de uma complicação clínica resultante não só da prostatectomia, mas também da ressecção transuretral da próstata, tratamento frequentemente indicado para a hiperplasia prostática benigna. Pode ser caracterizada como qualquer perda involuntária de urina que apresente repercussão social, que interfira na vida do sujeito e possa gerar problemas sociais e de saúde adicionais e, por conseguinte, impacto negativo na QV do indivíduo (Abrams et al., 2002).

A sociedade brasileira de urologia revela que a incidência pode variar de 2% a 87% dos casos, esta ampla variação pode ser explicada devido às diversas metodologias disponíveis empregadas na classificação da IUPP e também devido aos diversos graus de intensidade da mesma. A idade do paciente na data da cirurgia e a experiência do cirurgião são indicadas como os principais fatores determinantes do retorno da continência após a cirurgia (Lima, Vaz, & Müller, 2006; Sociedade Brasileira de Urologia, 2011).

Na categoria **Ênfase no domínio sexual**, cinco estudos foram incluídos, dois deles (Imbimbo et al., 2011; Koehler et al., 2012) investigam a relação entre a técnica de preservação de nervos com a preservação da vida sexual após a cirurgia. Os resultados revelam que independentemente da abordagem cirúrgica adotada, a melhora pós cirúrgica da função erétil não significa uma total convalescença da função erétil, frequentemente, mesmo com uma melhora, a função erétil não retorna ao mesmo status de antes da cirurgia. Revelam ainda que a maioria dos sujeitos apresenta interesse na preservação da função erétil após a cirurgia e que alguns componentes de análise da QV (componente físico e de função sexual) apresentam-se como os principais determinantes para este interesse.

Os outros estudos incluídos nesta categoria (Anderson et al., 2012; Kimura et al., 2011; Namiki et al., 2012) referem-se ao padrão de atividade sexual dos pacientes e sua relação com a QV. Dois estudos (Anderson et al., 2012; Kimura et al., 2011) objetivam identificar os fatores que predizem o declínio da QVRS sexual após a prostatectomia radical. Os resultados de ambos estudos mostram que a idade avançada no momento da cirurgia e comorbidade associadas foram consistentemente associadas com declínio da QVRS sexual.

Outro estudo (Namiki et al., 2012) investiga a relação entre desejo sexual pré-operatório e QV sexual ou geral depois da PR. As conclusões deste estudo apontam que a prostatectomia radical prejudica a função sexual. Os pacientes que tiveram alta disfunção sexual no pré-operatório experimentaram maior sofrimento sobre a sua disfunção sexual no pós-operatório do que aqueles com baixa disfunção sexual.

A potência sexual após o tratamento para o CP é normalmente definida como a capacidade em ter uma ereção suficiente para que a penetração possa acontecer. Entretanto é importante destacar que, muitas vezes, o paciente pode ser considerado potente após o tratamento, mas apresenta um prejuízo em comparação com o seu desempenho anterior à terapia (Jani & Hellman, 2003), o que corrobora com os achados dos estudos incluídos nesta revisão.

Em relação ao tempo de retorno da função sexual, este se apresenta muito variado sofre forte influencia de diversos fatores, tais como a idade do paciente antes da cirurgia, a capacidade erétil, a

potencia sexual prévia à cirurgia e a técnica operatória empregada para o tratamento (Sociedade Brasileira de Urologia, 2011). Entretanto, estudos indicam que mesmo cinco anos após o tratamento, a DE pode chegar a acometer 80% e 50% dos pacientes submetidos à PR e à radioterapia externa, respectivamente (Jani & Hellman, 2003).

A categoria **Ênfase no domínio intestinal** foi a que agrupou o menor número, totalizando dois estudos. Ambos são descritivos observacionais, que apresentam como objetivo a avaliar os efeitos do acesso perineal em mecanismos de continência anal após a PR (Guilger et al., 2011) e relatar taxas de sucesso e fracasso do tratamento para fístula de reparação do reto após a PR (Thompson et al., 2014). Ambos avaliam o impacto do tratamento sobre os resultados de QV relacionada a saúde.

Autores (Guilger et al., 2011) demonstraram que escores de QV relacionado à incontinência fecal não apresentaram alterações significativas após a cirurgia, concluiu também que com exceção do índice de assimetria de esfíncter, a prostatectomia perineal não influenciou outros parâmetros de continência anal.

Outros autores (Pfalzgraf et al., 2014) indicam que houve uma grande melhora na QVRS em comparação com antes da cirurgia na maioria dos sujeitos incluídos na pesquisa, indicam ainda que a reparação de fístula perineal ou abdominal renderam taxas de excelentes sucessos e alta satisfação do paciente que foram submetidos à este procedimento.

A comparação entre os resultados de cada estudo torna-se onerosa devido às diferentes metodologias empregadas, domínios e ênfases estudadas e aos diferentes instrumentos utilizados para avaliar a QV em homens prostatectomizados. No entanto, de modo geral, esta avaliação indica um impacto negativo do tratamento cirúrgico, em algum momento da recuperação pós-cirúrgica, mesmo que em longo prazo, na maioria dos estudos.

A revisão integrativa possibilitou a elaboração de uma síntese do conhecimento científico acerca da QV em homens prostatectomizados na perspectiva da literatura internacional e nacional, incluindo diversos aspectos que permeiam esta investigação.

Ao final da análise dos estudos, observa-se uma prevalência de instrumentos específicos do CP para a mensuração da QV, tais como o EPIC, UCLA-PCI e EORTC QLQ-C30 em associação ao módulo específico EORTC QLQ-PR25. Estes instrumentos procuram explorar, dentre outros aspectos, sintomas específicos do câncer, os efeitos colaterais do tratamento, sofrimento psicológico, funcionamento físico, interação social e sexualidade. A utilização de instrumentos deste tipo faz-se necessário devido aos aspectos específicos investigados, o que acarreta em uma análise de QV mais distinta e particular às reais características do CP.

A categoria mais abordada, ou seja, aquela em que um maior número de estudos foi agrupado foi a Ênfase na qualidade de vida geral. Este resultado pode ser atribuído ao caráter multidimensional do construto analisado, o qual engloba vários domínios, dentre eles os físicos, sociais, psicológico, de sintomas e outros. Justamente pelo caráter multidimensional da QV, este se mostra com um vasto campo a ser pesquisado, com a finalidade de gerar resultados que descrevam as alterações na QV dos pacientes que passaram por uma PR para solucionar o CP.

## DISCUSSÃO

Apesar de alguns conflitos de resultados encontrados entre os estudos que compõem a amostra, percebe-se, neste estudo de revisão que, de modo geral, existe grande influência do tratamento cirúrgico curativo para CP na QV de homens que experimentaram esta realidade. Observa-se que a prostatectomia apresenta relação negativa com a QV, em algum momento da recuperação pós-cirúrgica. Dos sintomas decorrentes dos tratamentos, pode-se relatar que a incontinência urinária, disfunção erétil e os sintomas intestinais são os mais relacionados negativamente.

## QUALIDADE DE VIDA NA PROSTATECTOMIA

Diante da predominância de estudos com nível de evidência VI - evidências derivadas de um único estudo descritivo, é válido ressaltar que este fato indica uma real necessidade em desenvolver estudos clínicos randomizados, de coorte ou caso-controle bem delineados, nesta temática, a fim de melhor subsidiar e contribuir com a prática clínica.

Foram detectados poucos estudos brasileiros, o que aponta para a necessidade de mais pesquisas sobre o tema por pesquisadores do País. Outra observação possível foi o predomínio de estudos com baixo nível de evidência, indicando que deve ser dada maior atenção aos estudos com delineamento experimental ou que possuam maior nível de evidência. Também foi evidenciada a pouca ênfase dada pelos estudiosos aos fatores emocionais envolvidos, colocando o foco principalmente nos aspectos físico e sintomatológico da cirurgia. A falta da definição assumida para o construto QV e a ausência de informações sobre os dados psicométricos dos instrumentos e escalas utilizadas também foi marcante. Tais aspectos indicam a necessidade de mais investimento em pesquisas sobre o tema, ampliando o foco para abranger todos os aspectos psicofísicoemocionais envolvidos e com maior rigor metodológico / nível de evidência.

Pesquisas indicando as melhores abordagens para o tratamento desses pacientes poderão contribuir significativamente para reduzir danos ao paciente, especialmente se incluírem intervenções de suporte psicológico e emocional ao homem que vai passar ou que já foi submetido a esse procedimento cirúrgico, ajudando a diminuir consequências indesejáveis do tratamento.

### REFERÊNCIAS

Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., & Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *American journal of obstetrics and gynecology*, 187(1), 116-126. doi: 10.1002/nau.10052

American Cancer Society. (2014a). Survival rates for prostate cancer. from <http://www.cancer.org/cancer/prostatecancer/detailedguide/prostate-cancer-survivalrates>

American Cancer Society. (2014b). What are the key statistics about prostate cancer? . 2014, from <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/about/key-statistics.html>

Anderson, C. B., Kaufman, M. R., Dietrich, M. S., Barocas, D. A., Chang, S. S., Cookson, M. S., . . . Herrell, S. D. (2012). Recovery of urinary function after radical prostatectomy: identification of trajectory cluster groups. *The Journal of urology*, 187(4), 1346-1351. doi: 10.1016/j.juro.2011.11.094.

Bach, P., Döring, T., Gesenberg, A., Möhring, C., & Goepel, M. (2011). Quality of life of patients after retropubic prostatectomy-Pre- and postoperative scores of the EORTC QLQ-C30 and QLQ-PR25. *Health Quality of Life Outcomes*, 9(1), 93. doi: 10.1186/1477-7525-9-93.

Berge, V., Berg, R. E., Hoff, J. R., Wessel, N., Diep, L. M., Karlsen, S. J., & Eri, L. M. (2013). A prospective study of transition from laparoscopic to robot-assisted radical prostatectomy: quality of life outcomes after 36-month follow-up. *Urology*, 81(4), 781-786. doi: 10.1016/j.urology.2013.01.017.

Brabo, E. (2006). Validação para o Brasil do Questionário de Qualidade de Vida para pacientes com câncer de pulmão QLQ LC-13 da Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer [dissertação]. *Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro*.

Bradford, T. J., Weizer, A. Z., Gilbert, S. M., Dunn, R. L., Wojno, K., Shah, R., & Wood, D. P. (2010). Is residual neurovascular tissue on prostatectomy specimens associated with surgeon intent at nerve-sparing and postoperative quality of life measures? *Urologic Oncology*, 28(5), 487-91. doi: 10.1016/j.urolonc.2008.09.042.

- Brasil. (2002). *Câncer da próstata: consenso*. Rio de Janeiro.
- Brasil. (2012). Prostatectomia Radical Assistida Roboticamente. *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde*, 6(20). Rio de Janeiro.
- Brasil. (2016). *Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA Retrieved from <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
- Broome, M. E. (2000). Integrative literature reviews for the development of concepts. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. Philadelphia: WB Saunders Company, 231-250.
- Choi, E. Y., Jeong, J., Kang, D. I., Johnson, K., Ercolani, M., Jang, T., Kim, I. Y. (2011). Impact of robot-assisted radical prostatectomy on health-related quality of life in patients with lower urinary tract symptoms. *International journal of urology*, 18(4), 297-303. doi: 10.1111/j.1442-2042.2011.02730.x.
- Costa, P., & Leite, R. (2009). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Revista brasileira de cancerologia*, 55(4), 355-364.
- Dahl, S., Steinsvik, E. A., Dahl, A. A., Loge, J. H., Cvancarova, M., & Fosså, S. D. (2014). Return to work and sick leave after radical prostatectomy: a prospective clinical study. *Acta Oncologica*, 53(6), 744-751. doi: 10.3109/0284186X.2013.844357
- Delongchamps, N. B., Belas, O., Saighi, D., Zerbib, M., & Peyromaure, M. (2013). Prospective comparison of scar-related satisfaction and quality of life after laparoscopic versus open radical prostatectomy: no differences from patients' point of view. *World Journal of Urology*, 31(2), 389-393. doi: 10.1007/s00345-012-0862-9.
- Doyle-Lindrud, S. (2007). Prostate cancer: a chronic illness. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(6), 857-861. doi: 10.1188/07.CJON.857-861
- Drummond, F. J., Kinnear, H., O'Leary, E., Gavin, A., & Sharp, L. (2015). Long-term health-related quality of life of prostate cancer survivors varies by primary treatment. Results from the PiCTure (Prostate Cancer Treatment, your experience) study. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(2), 361-372. doi: 10.1007/s11764-014-0419-6.
- Fayers, P. M., Aaronson, N. K., Bjordal, K., Grønvold, M., Curran, D., & Bottomley, A. (2001). *EORTC QLQ-C30 scoring manual*. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 2001. 86 p.
- Froehner, M., Koch, R., Leike, S., Novotny, V., Twelker, L., & Wirth, M. P. (2012). Urinary tract-related quality of life after radical prostatectomy: open retropubic versus robot-assisted laparoscopic approach. *Urologia internationalis*, 90(1), 36-40. doi: 10.1159/000345320.
- Gacci, M., Carini, M., Simonato, A., Imbimbo, C., Gontero, P., Briganti, A., Nicita, G. (2011). Factors predicting continence recovery 1 month after radical prostatectomy: results of a multicenter survey. *International journal of urology*, 18(10), 700-708. doi: 10.1111/j.1442-2042.2011.02826.x
- Geraerts, I., Van Poppel, H., Devoogdt, N., Van Cleynenbreugel, B., Joniau, S., & Van Kampen, M. (2013). Prospective evaluation of urinary incontinence, voiding symptoms and quality of life after open and robot-assisted radical prostatectomy. *BJU International*, 112(7), 936-943. doi: 10.1111/bju.12258.
- Guilger, N. R., Jorge, J. M. N., Costa, R. P., Salla, F. C., Teixeira, M. G., Nahas, S. C., & Ceconello, I. (2011). Influence of perineal prostatectomy on anal continence. *Clinics*, 66(12), 2007-2012. doi: 10.1111/j.1464-410X.2009.09180.x.
- Hampson, L. A., Cowan, J. E., Zhao, S., Carroll, P. R., & Cooperberg, M. R. (2015). Impact of age on quality-of-life outcomes after treatment for localized prostate cancer. *European Urology*, 68(3), 480-486. doi: 10.1016/j.eururo.2015.01.008.

## QUALIDADE DE VIDA NA PROSTATECTOMIA

Hartz, A., He, T., Strobe, S., Cutler, D. R., Andriole, G., & Dechet, C. (2013). Surgeon variation in patient quality of life after radical prostatectomy. *The Journal of urology*, *189*(4), 1295-1301. doi: 10.1016/j.juro.2012.10.118.

Heidenreich, A., Bastian, P. J., Bellmunt, J., Bolla, M., Joniau, S., van der Kwast, T., Zattoni, F. (2014). EAU guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent—update 2013. *European Urology*, *65*(1), 124-137. doi: 10.1016/j.eururo.2013.09.046.

Heldwein, F. L., Rhoden, E. L., Hartmann, A., & Teloken, C. (2009). Appropriate utilization of quality of life outcomes in prostate and bladder cancer: practical considerations for Brazilian portuguese questionnaires. *Clinics*, *64*, 487-488. doi: 10.1590/S1807-59322009000500019.

Holm, H. V., Fosså, S. D., Hedlund, H., & Dahl, A. A. (2013). Study of generic quality of life in patients operated on for post-prostatectomy incontinence. *International journal of urology*, *20*(9), 889-895. doi: 10.1111/iju.12077.

Imbimbo, C., Creta, M., Gacci, M., Simonato, A., Gontero, P., de Cobelli, O., Nicita, G. (2011). Patients' Desire to Preserve Sexual Activity and Final Decision for a Nerve-Sparing Approach: Results from the MIRROR (Multicenter Italian Report on Radical Prostatectomy Outcomes and Research) Study. *The journal of sexual medicine*, *8*(5), 1495-1502. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02213.x.

Inman, D. M., Maxson, P. M., Johnson, K. M., Myers, R. P., & Holland, D. E. (2011). The Impact of Follow-Up Educational Telephone Calls on Patients after Radical Prostatectomy: Finding Value In Low-Margin Activities. *Urologic nursing*, *31*(2).

Inoue, S., Shiina, H., Hiraoka, T., Wake, K., Sumura, M., Honda, S., Usui, T. (2009). Five-year longitudinal effect of radical perineal prostatectomy on health related quality of life in Japanese men, using general and disease-specific measures. *BJU International*, *104*(8), 1077-1084. doi: 10.1111/j.1464-410X.2009.08491.x.

Jani, A. B., & Hellman, S. (2003). Early prostate cancer: clinical decision-making. *The Lancet*, *361*(9362), 1045-1053. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)12833-4

Kimura, M., Bañez, L. L., Schroeck, F. R., Gerber, L., Qi, J., Satoh, T., Donatucci, C. F. (2011). Factors predicting early and late phase decline of sexual health-related quality of life following radical prostatectomy. *The journal of sexual medicine*, *8*(10), 2935-2943. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02387.x.

Koehler, N., Holze, S., Gansera, L., Rebmann, U., Roth, S., Scholz, H., Braehler, E. (2012). Erectile dysfunction after radical prostatectomy: the impact of nerve-sparing status and surgical approach. *International journal of impotence research*, *24*(4), 155-160. doi: 10.1038/ijir.2012.8.

Ku, J., Krahn, M., Trachtenberg, J., Nesbitt, M., Kalnin, R., Lockwood, G., & Alibhai, S. M. (2009). Changes in health utilities and health-related quality of life over 12 months following radical prostatectomy. *Canadian Urological Association Journal*, *3*(6), 445-453. DOI: <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.1171>.

Lee, E. W., Marien, T., Laze, J., Agalliu, I., & Lepor, H. (2012). Comparison of health-related quality-of-life outcomes for African-American and Caucasian American men after radical prostatectomy. *BJU International*, *110*(8), 1129-1133. doi: 10.1111/j.1464-410X.2012.10951.x.

Lima, C., Vaz, F., & Müller, V. (2006). Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia: Tratamento. *Projeto Diretrizes-Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*.

Lin, Y.-H., Yu, T.-J., Lin, V. C.-H., Yang, M.-S., & Kao, C.-C. (2012). Changes in quality of life among prostate cancer patients after surgery. *Cancer nursing*, *35*(6), 476-482. doi: 10.1097/NCC.0b013e3182427912.

Martin, A. D., Nakamura, L. Y., Nunez, R. N., Wolter, C. E., Humphreys, M. R., & Castle, E. P. (2011). Incontinence after radical prostatectomy: a patient centered analysis and implications for preoperative counseling. *The Journal of urology*, 186(1), 204-208. doi: 10.1016/j.juro.2011.02.2698.

Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H., & Koch, U. (2010). Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *European journal of cancer care*, 19(6), 736-745. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01117.x.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*: Lippincott Williams & Wilkins.

Miyazato, M., Kaiho, Y., Mitsuzuka, K., Yamada, S., Namiki, S., Saito, H., Saito, S. (2014). Impact of prostate size on urinary quality of life scores after open radical prostatectomy: a single-center experience. *Scandinavian journal of urology*, 48(2), 146-152. doi: 10.3109/21681805.2013.836723.

Namiki, S., Ishidoya, S., Nakagawa, H., Ito, A., Kaiho, Y., Tochigi, T., Arai, Y. (2012). The relationships between preoperative sexual desire and quality of life following radical prostatectomy: A 5-year follow-up study. *The journal of sexual medicine*, 9(9), 2448-2456. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02788.x.

Namiki, S., Ishidoya, S., Tochigi, T., Ito, A., & Arai, Y. (2009). Quality of life after radical prostatectomy in elderly men. *International journal of urology*, 16(10), 813-819. doi: 10.1111/j.1442-2042.2009.02371.x.

Nardoza Júnior, A., Zerati Filho, M., & Reis, R. (2010). *Urologia fundamental. São Paulo: Planmark.*

Nyarangi-Dix, J. N., Radtke, J. P., Hadaschik, B., Pahernik, S., & Hohenfellner, M. (2013). Impact of complete bladder neck preservation on urinary continence, quality of life and surgical margins after radical prostatectomy: a randomized, controlled, single blind trial. *The Journal of urology*, 189(3), 891-898. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2012.09.082>.

Parker, W. R., Wang, R., He, C., & Wood Jr, D. P. (2011). Five year expanded prostate cancer index composite-based quality of life outcomes after prostatectomy for localized prostate cancer. *BJU International*, 107(4), 585-590. doi: 10.1111/j.1464-410X.2010.09579.x.

Pfalzgraf, D., Isbarn, H., Reiss, P., Meyer-Moldenhauer, W. H., Fisch, M., & Dahlem, R. (2014). Outcomes after recto-anastomosis fistula repair in patients who underwent radical prostatectomy for prostate cancer. *BJU International*, 113(4), 568-573. doi: 10.1111/bju.12254.

Presti, J. C., Tanagho, E. A., & Mac Aninch, J. W. (2007). Neoplasias da próstata *Tanagho EA, McAninch JW. Urologia geral de Smith. 16ª. ed. Barueri: Manole* (pp. 406-428).

Punnen, S., Cowan, J. E., Chan, J. M., Carroll, P. R., & Cooperberg, M. R. (2015). Long-term health-related quality of life after primary treatment for localized prostate cancer: results from the CaPSURE registry. *European Urology*, 68(4), 600-608. doi: 10.1016/j.eururo.2014.08.074.

Ratcliff, C. G., Cohen, L., Pettaway, C. A., & Parker, P. A. (2013). Treatment regret and quality of life following radical prostatectomy. *Supportive Care in Cancer*, 21(12), 3337-3343. doi: 10.1007/s00520-013-1906-4.

Rosoff, J. S., Savage, S. J., & Prasad, S. M. (2013). Salvage radical prostatectomy as management of locally recurrent prostate cancer: outcomes and complications. *World Journal of Urology*, 31(6), 1347-1352. doi: 10.1007/s00345-013-1029-z.

Santa Mina, D., Guglietti, C. L., Alibhai, S. M., Matthew, A. G., Kalnin, R., Ahmad, N., Trachtenberg, J. (2014). The effect of meeting physical activity guidelines for cancer survivors on

## QUALIDADE DE VIDA NA PROSTATECTOMIA

quality of life following radical prostatectomy for prostate cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(2), 190-198. doi: 10.1007/s11764-013-0329-z.

Santa Mina, D., Matthew, A. G., Trachtenberg, J., Tomlinson, G., Guglietti, C. L., Alibhat, S. M., & Ritvo, P. (2010). Physical activity and quality of life after radical prostatectomy. *Canadian Urological Association Journal*, 4(3).

Santos, E. (2003). Câncer Colorretal: Qualidade de Vida em pacientes tratados com intenção curativa [dissertação]. São Paulo (SP): Fundação Antônio Prudente.

Singh, J., Trabulsi, E. J., & Gomella, L. G. (2010). Is there an optimal management for localized prostate cancer? *Clinical Interventions in Aging*, 5, 187-197.

Sociedade Brasileira de Urologia. (2011). *Diretrizes de Câncer de Próstata*. Rio de Janeiro: SBU - Sociedade Brasileira de Urologia.

Speight, J. L., & Roach, M. (2006). New Techniques and Management Options for Localized Prostate Cancer. *Reviews in Urology*, 8(Suppl 2), S22-S29.

Stevinson, C., Lawlor, D. A., & Fox, K. R. (2004). Exercise interventions for cancer patients: systematic review of controlled trials. *Cancer causes & control*, 15(10), 1035-1056.

Sugimoto, M., Tsunemori, H., & Kakehi, Y. (2009). Health-related quality of life evaluation in patients undergoing cavernous nerve reconstruction during radical prostatectomy. *Japanese journal of clinical oncology*, 39(10), 671-676. doi: 10.1093/jjco/hyp082.

Thompson, J. E., Egger, S., Böhm, M., Haynes, A.-M., Matthews, J., Rasiah, K., & Stricker, P. D. (2014). Superior quality of life and improved surgical margins are achievable with robotic radical prostatectomy after a long learning curve: a prospective single-surgeon study of 1552 consecutive cases. *European Urology*, 65(3), 521-531. doi: 10.1016/j.eururo.2013.10.030.

Thornton, A. A., Perez, M. A., Oh, S., & Crocitto, L. (2012). Optimism and prostate cancer-specific expectations predict better quality of life after robotic prostatectomy. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 19(2), 165-176. doi: 10.1007/s10880-011-9270-3.

Thorsteinsdottir, T., Hedelin, M., Stranne, J., Valdimarsdóttir, H., Wilderäng, U., Haglind, E., & Steineck, G. (2013). Intrusive thoughts and quality of life among men with prostate cancer before and three months after surgery. *Health Qual Life Outcomes*, 11(1), 154. doi: 10.1186/1477-7525-11-154.

Treyer, A., Anheuser, P., Bütow, Z., & Steffens, J. (2011). A single center prospective study: prediction of postoperative general quality of life, potency and continence after radical retropubic prostatectomy. *The Journal of urology*, 185(5), 1681-1685. doi: 10.1016/j.juro.2010.12.052.

van der Poel, H. G., Tillier, C., de Blok, W. M., Acar, C., van Muilekom, E. H., & van den Bergh, R. C. (2013). Interview-based versus questionnaire-based quality of life outcomes before and after prostatectomy. *Journal of Endourology*, 27(11), 1411-1416. doi: 10.1089/end.2012.0735.

Walsh, P. C., & Donker, P. J. (2002). Impotence following radical prostatectomy: insight into etiology and prevention. *The Journal of urology*, 167(2), 1005-1010.

Wang, E. Y., & Eriksson, H. G. (2014). Quality of life and functional outcomes 10 years after laparoscopic radical prostatectomy. *Upsala journal of medical sciences*, 119(1), 32-37. doi: 10.3109/03009734.2013.868560.

Wang, R., Wood, D. P., Hollenbeck, B. K., Li, A. Y., He, C., Montie, J. E., & Latini, J. M. (2012). Risk factors and quality of life for post-prostatectomy vesicourethral anastomotic stenoses. *Urology*, 79(2), 449-457. doi: 10.1016/j.urology.2011.07.1383.

Wei, J. T., Dunn, R. L., Litwin, M. S., Sandler, H. M., & Sanda, M. G. (2000). 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*, 56(6), 899-905.

Whittemore, R., & Knaf, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546-553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

Willis, D. L., Gonzalgo, M. L., Brotzman, M., Feng, Z., Trock, B., & Su, L. M. (2012). Comparison of outcomes between pure laparoscopic vs robot assisted laparoscopic radical prostatectomy: a study of comparative effectiveness based upon validated quality of life outcomes. *BJU International*, 109(6), 898-905. doi: 10.1111/j.1464-410X.2011.10551.x.