

Incontinência urinária pós-prostatectomia radical aberta: perfil clínico-epidemiológico em uma Unidade Oncológica do interior do Maranhão

Urinary incontinence after open radical prostatectomy: clinical-epidemiological profile in an Oncological Unit in the interior of Maranhão

Ilfran Magalhães Silva^{1*}
ilfransegundo@gmail.com

Aloiso Sampaio Souza²
aloisofilho@hotmail.com

Guilherme Martins Gomes Fontoura²
guilherme.fontoura@discente.ufma.br

Renata Pereira Almeida¹
renata.almeida@discente.ufma.br

Wherveson de Araújo Ramos³
wa.ramos@discente.ufma.br

Ronaldo Vasconcelos Alencar¹
rvalencar75@gmail.com

Willian da Silva Lopes¹
willdsilopes@hotmail.com

**Autor correspondente*

¹Universidade Federal do Maranhão - UFMA,
Imperatriz- MA, Brasil.

²Instituto Tocantinense Presidente Antônio
Carlos - ITPAC Bragança, Bragança- PA, Brasil.

³Faculdade de Ciências Médicas do Pará-
FACIMPA, Marabá-PA, Brasil.

Revista Científica do ITPAC,
v. 16, n. 1, 2023.
ISSN: 1983-6708

Resumo

O câncer de próstata (CaP) é o sexto tipo de câncer mais frequente entre homens no mundo, representando aproximadamente 10% do total de casos. A prostatectomia aberta tem sido considerada o tratamento padrão ouro para CaP clinicamente localizado. No entanto, a incontinência urinária ocorre em 56-63% das pessoas que realizam esse procedimento. Este trabalho teve como objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com incontinência urinária pós-prostatectomia radical aberta devido ao CaP por acompanhamento em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, descritivo, correlacional e transversal. Desse modo, participaram do estudo 30 pacientes e a coleta de dados foi realizada a partir de entrevista e consulta aos prontuários. Ao final, observou-se que a maioria dos pacientes é idoso e casado (93,4%), de baixo nível escolar (80%) e socioeconômico (70,1%), que procuraram o serviço médico apenas quando apresentaram alguma sintomatologia referente ao CaP. Notou-se uma grande prevalência de incontinência urinária, levando à baixa autoestima e impacto na qualidade de vida. Assim, percebeu-se também, a necessidade de estratégias de informação sobre a importância da prevenção do CaP, a fim de abordar a assistência à saúde do homem na atenção básica com integralidade e efetividade.

Palavras-chave: incontinência urinária; neoplasias da próstata; prostatectomia.

Abstract

Prostate cancer (PC) is the sixth most common cancer among men in the world, representing approximately 10% of the total of all cases. Open prostatectomy has been considered the gold standard treatment for clinically localized PC. However, urinary incontinence occurs in 56-63% of people who undergo this procedure. This study aimed to describe the clinical-epidemiological profile of patients with urinary incontinence after open radical prostatectomy due to PCa by follow-up in a High Complexity Oncology Care Unit. This is an observational, quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study. Thus, 30 patients participated in the study and data collection was performed from interviews and consultation of medical prontuaries. At the end, it was observed that most patients are elderly and married (93.4%), with low educational (80%) and socioeconomic (70.1%) levels, who sought medical care only when they presented some symptoms related to PCa. A high prevalence of urinary incontinence was noted, leading to low self-esteem and impact on quality of life. Thus, it was also realized the need for information strategies on the importance of prevention of PCa, in order to approach health care for men in primary care with integrality and effectiveness.

Keywords: urinary incontinence; prostatic neoplasms; prostatectomy.

1. INTRODUÇÃO

Dentre todos os tipos de câncer, o câncer de próstata (CaP) é o sexto que ocorre com maior frequência entre homens em todo o mundo. Representando cerca de 10% destes e

ocorrendo em média em três a cada quatro casos de CaP e em sua maioria a partir dos 65 anos de idade (BRASIL, 2010). No que diz respeito à distribuição regional, com exceção os tumores de pele do tipo não melanoma, o CaP ocupa a primeira posição nas regiões brasileiras com uma estimativa

média de 62,95 casos novos a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2020)

A idade, raça e hereditariedade são alguns dos fatores de risco para o CaP. Além disso, os altos níveis de andrógenos hormonais e fatores nutricionais associados ao aumento exponencial no índice de massa muscular como uma dieta rica em lipídios, carne vermelha, bem como tabagismo e práticas de etilismo também influenciam o desenvolvimento do CaP (MEDEIROS *et al.*, 2011).

O rastreamento do CaP é realizado através da dosagem do PSA e toque retal em homens de 50 anos de idade ou mais e a partir dos 45 anos de idade se estes apresentarem algum fator de risco que esteja associado ao CaP (DAMIÃO *et al.*, 2015). Contudo, esses exames não são medidas preventivas para o CaP, são apenas auxiliares na detecção precoce da doença (MASAOKA *et al.*, 2017).

Em regiões onde o rastreio através do PSA não é realizado rotineiramente, os cânceres são frequentemente diagnosticados nas suas fases mais avançadas. E assim, após o diagnóstico, as decisões para o tratamento podem ser tomadas com base em níveis de risco, podendo ser terapias locais com intenção curativa, como procedimentos cirúrgicos (prostatectomia) e radioterapia (LUO, 2016).

Originalmente introduzido por Terrence Millin em 1945 e depois refinada por Patrick Walsh e colegas na década de 1980, a cirurgia de prostatectomia aberta é o tratamento padrão ouro de CaP clinicamente localizado (LOWRANCE *et al.*, 2010). Alguns cirurgiões realizam uma incisão transversal, conhecida como Pfannenstiel, usada na rotina por ginecologistas para diversos procedimentos pélvicos, como uma técnica de excelente exposição e melhores resultados estéticos do que uma incisão vertical (MANOHARAN *et al.*, 2004).

Essa técnica cirúrgica tem sido utilizada como alternativa à ressecção transuretral da próstata no tratamento da hiperplasia prostática benigna de casos em que a próstata apresenta-se com grande volume e naqueles em que coexistem outras patologias cirúrgicas como: cálculo vesical, divertículo vesical ou hérnia inguinal, permitindo a remoção completa do CaP, através da cirurgia aberta e reduzindo uma futura reintervenção (CASTRO *et al.*, 2013).

No entanto, esse procedimento está associado a morbidade agravante, incluindo sangramento, dor pós-operatória, tromboembolismos, incontinência urinária e impotência sexual (RASSWEILER *et al.*, 2003). Dentre estes, a incontinência urinária ocorre em 56-63% dos pacientes que realizam prostatectomias e apresenta-se como uma das maiores causas para perda da qualidade de vida. Com quadro clínico variando de incontinência leve à severa no pós-operatório precoce (< 6 semanas) (MUNGOVAN *et al.*, 2013).

Esta disfunção é resultado de uma lesão direta do esfíncter uretral ou pela denervação da bexiga. Dessa forma, o impacto sobre a qualidade de vida de um paciente com CaP pode ser diretamente proporcional ao grau da incontinência urinária que este manifesta (SANTOS *et al.*, 2017).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com incontinência urinária pós-prostatectomia

radical aberta em acompanhamento em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, descritivo e correlacional, de corte transversal. A população foi constituída de 57 pacientes submetidos à prostatectomia radical aberta no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018 em um hospital com unidade oncológica (UNACON) na cidade de Imperatriz, localizada no sudoeste do estado do Maranhão. Município que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui 1.368,988 km² e uma população estimada de 259.337 habitantes para o ano de 2020 (IBGE, 2020).

Como critérios de inclusão o paciente deveria: possuir diagnóstico de CaP localizado ou localmente avançado; ter realizado prostatectomia radical aberta retro púbica (com ou sem linfadenectomia); ter período mínimo de três meses de cirurgia e permanecer no quadro de incontinência urinária após esse período. Os critérios de exclusão foram: ter diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia ou transtorno bipolar, demência ou rebaixamento de consciência; apresentar condições cognitivas incapacitantes para compreender as questões do questionário; ter realizado a prostatectomia radical de resgate ou terapia adjuvante (tratamento hormonal, braquiterapia, radioterapia e quimioterapia); ausência de informações sobre o estadiamento clínico do tumor no prontuário e não ter desenvolvido quadro de incontinência urinária pós-prostatectomia ou ter desenvolvido algum grau de incontinência urinária por menos de 3 meses.

Participaram do estudo 30 pacientes, os quais atenderam todos os critérios determinados. A primeira parte da coleta de dados foi realizada a partir de entrevista em situação de privacidade logo após à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), enfatizando o total anonimato e sigilo das informações coletadas, bem como o direito de não participação da pesquisa sem qualquer prejuízo ao tratamento.

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

As variáveis sociodemográficas e clínico-cirúrgicas foram: idade; etnia (branco, pardo, negro ou indígena); naturalidade; residência; procedência; estado civil (solteiro, casado ou viúvo); escolaridade; situação de trabalho (desempregado, empregado, autônomo ou aposentado); renda mensal média em salários mínimos (sem renda, variável, de 1 a 2 salários mínimos, de 2 a 3, de 3 a 4, de 4 a 5, 6 ou mais salários); tempo pós-cirúrgico; valor do PSA pré e pós-operatório (ng/ml); escore de Gleason; peso (kg), altura (m) e

IMC. Aspectos gerais de saúde e quadro de incontinência urinária foram avaliados a partir de entrevista padronizada, onde foram levantados questionamentos a respeito do controle urinário, perda de urina, uso de fraldas geriátricas, impacto da incontinência no cotidiano e prática de exercícios pélvicos, entre outros.

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

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

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

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

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

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, a idade dos participantes variou de 56 a 80 anos ($\pm 69,1$ anos). Dentre os pacientes com idade abaixo dos 65 anos, 44,4% apresentava-se acima do peso e 11,2% foi classificado como obesidade grau I. Já na faixa etária acima dos 65 anos, 85,7% encontrava-se dentro da faixa normal de peso. Os participantes do estudo residiam em oito cidades diferentes do interior do estado do Maranhão, tendo uma maior concentração de 36,6% na cidade de Imperatriz. Na pesquisa também houve uma maior porcentagem de homens pardos (60%) em relação a brancos (23,3%) e negros (16,7%). A amostra estudada foi composta, majoritariamente, de pacientes casados (93,4 %). Se tratando da escolaridade, com ensino fundamental incompleto tivemos uma porcentagem de 40% e a renda mensal de 1 a 2 salários mínimos em cerca de 70,1%. Apresentando a maior porcentagem. Quanto à situação de trabalho, a maioria era aposentado (83,4%), o que não

excluía outra possibilidade de fonte de renda, como o exercício de atividades autônomas.

Adiante, a análise das variáveis da Tabela 1 mostrou que dentre as características clínicas, o PSA pré-operatório apresentou importante significância ($p=0,001$) comparativa, sendo este diretamente proporcional à idade dos pacientes.

Tabela 1. Comparação entre faixa etária e características clínicas e antropométricas dos pacientes com incontinência urinária pós-prostatectomia radical aberta.

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

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

*Teste T de Student, para amostras independentes.

Analisando a relação existente entre a concentração do PSA (ng/dL) e o resultado do escore de Gleason apresentado pelo estudo histopatológico da biópsia, pode-se perceber que são diretamente proporcionais. Na relação do PSA com a idade dos pacientes, essa proporcionalidade se mantém à medida que se progride para uma faixa de maior idade, sendo encontrados valores de PSA mais elevados (> 20 ng/dL) (Tabela 2).

Tabela 2. Relação da faixa etária e escore de Gleason da biópsia com o nível de PSA pré-operatório dos pacientes com incontinência urinária pós-prostatectomia radical aberta.

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

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

²Teste Qui-quadrado.

Quanto aos questionamentos a respeito dos cuidados com a saúde pessoal (Tabela 3), evidenciou-se que a grande maioria dos pacientes (55,6% - G1 e 95,2% - G2) raramente

procurava o médico para consultas de rotina. Tal comportamento é justificado principalmente por acreditarem que não havia necessidade, já que não estavam doentes (45,5% - G1 e 40% - G2) junto à falta de conhecimento a respeito da prevenção de doenças (27,3% - G1 e 34% - G2). A maioria (88,9%) dos pacientes abaixo dos 65 anos relataram histórico familiar de CaP.

Em contrapartida, 71,4% dos pacientes acima dos 65 anos afirmaram não possuir caso de CaP na família e à respeito do exame do toque retal para avaliação de rotina da próstata, apresentaram-se novamente resultados que se opõem. De acordo com a faixa etária, a maior parte (55,6%) do G1 já havia se submetido ao exame rotineiro; ao contrário do G2, onde 76,2% nunca havia realizado o exame. Contudo, essa oposição de resultados não se apresenta em relação à dosagem do PSA, pois 77,8% do G1 e 85,7% do G2 afirmaram que nunca haviam feito coleta de sangue para a dosagem do PSA e quando questionados sobre o momento de suspeita diagnóstica para o CaP, 88,9% do G1 e 100% do G2 afirmaram que tal suspeita ocorreu quando apresentaram sintomas geniturinários e procuraram o médico.

De acordo com os dados, a maioria dos pacientes apresentou um alto grau de incontinência urinária, onde 66,7% do G1 e 95,2% do G2 relataram estar sempre incontinentes. Como item de proteção contra a incontinência, todos os pacientes necessitam do uso de fraldas geriátricas, no qual 88,9% do G1 e 90,5% do G2 utilizam (em média) até quatro fraldas por dia, descartando-as com grande quantidade de urina retida. Além disso, a maioria (66,7% - G1 e 70% - G2) fez uso de medicamentos (sob prescrição médica) a fim de auxiliar na redução do nível de incontinência (Tabela 4).

Continuando, de acordo com o relato dos pacientes (66,7% - G1 e 71,4% - G2), foram necessárias grandes modificações no cotidiano após a instalação do quadro de incontinência urinária. As situações de perda de urina são variáveis, mas 56,3% do G1 e 42% do G2 relataram perda de urina ao tossir ou espirrar, situações que caracterizam em uma incontinência urinária de esforço em consequência do tratamento cirúrgico.

A frequência de perda de urina a cada 4 a 6 horas faz parte do quadro da maioria dos participantes (100% - G1 e 90,5% - G2), assim como a necessidade de levantar à noite devido à perda de urina (55,6% - G1 e 47,6% - G2). Além disso, 100% do G1 e 85,7 do G2 afirmaram sensação de bexiga vazia após a perda de urina.

No momento da micção, todos os pacientes afirmaram não existir atraso para iniciar, sendo que 77% do G1 e 81% do G2 apresentam um bom fluxo urinário. Todos os participantes do estudo relataram jamais terem realizado exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico após a cirurgia. Também afirmaram nunca ter apresentado quadro de incontinência urinária antes da prostatectomia.

Tabela 3. Distribuição da idade em relação aos cuidados com a saúde pessoal dos pacientes com incontinência urinária pós-prostatectomia radical aberta.

	G1*		G2*		p-valor
	N	%	N	%	
Antes do diagnóstico do câncer, com qual frequência você procurava o médico?					
Anualmente	3	33,3	1	4,8	0,025 ²
Raramente	5	55,6	20	95,2	
Semestralmente	1	11,1	0	0,0	
Caso raramente, qual motivo?					
Medo de descobrir alguma doença	1	9,1	3	6,0	-
Por achar que não precisa, pois não estava doente	5	45,5	20	40,0	
Falta de conhecimento sobre prevenção	3	27,3	17	34,0	
Falta de tempo disponível	1	9,1	7	14,0	
Vergonha	1	9,1	3	6,0	
Alguém da sua família tem ou teve câncer de próstata?					
Sim	8	88,9	6	28,6	0,002 ¹
Não	1	11,1	15	71,4	
Antes do diagnóstico do câncer, você já havia feito o exame do toque retal para a avaliação da próstata?					
Sim	5	55,6	5	23,8	0,115 ¹
Não	4	44,4	16	76,2	
Antes do diagnóstico do câncer, você já havia feito coleta de sangue para o exame de PSA?					
Sim	2	22,2	3	14,3	0,622 ¹
Não	7	77,8	18	85,7	
Em qual situação surgiu a suspeita diagnóstica para câncer de próstata?					
Em consulta anual de rotina.	1	11,1	0	0,0	0,300 ¹
Quando apresentei sintomas geniturinários e procurei o médico.	8	88,9	21	100,0	

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

¹Teste exato de Fisher; ²Teste Qui-quadrado; *G1 = abaixo de 65 anos; *G2 = acima de 65 anos.

Foram levantados questionamentos em relação ao quadro de disfunção erétil: 66,7% do G1 e 76,2% do G2 afirmaram que não apresentavam disfunção erétil anteriormente à prostatectomia. Contudo, todos os pacientes relataram disfunção erétil após a cirurgia. Por fim, os participantes do estudo, em sua maioria, relataram baixa autoestima (77,8% - G1 e 76,2% - G2) não somente em relação ao quadro de disfunção erétil, mas principalmente no que diz respeito à incontinência urinária, responsável pela maioria dos transtornos enfrentados no cotidiano (Tabela 5).

Entre os fatores sociodemográficos considerados de risco, a maior parte da amostra deste estudo apresentou-se ter 65 anos de idade ou mais, corroborando com estudo onde verificaram que aproximadamente 62% dos casos diagnosticados no mundo ocorreram em homens nesta faixa etária (VIANA *et al.*, 2014).

Quanto à etnia, o grupo étnico majoritário nesse estudo foi dos autodeclarados pardos. E apesar de outros estudos apontarem o predomínio dessa doença em homens autodeclarados brancos (PAIVA *et al.*, 2010), estatísticas mundiais apontam a predominância do Cap em indivíduos não brancos (IARC, 2012). Porém, fazemos um adendo sobre a etnia do local de estudo que é predominantemente negra e parda (IBGE, 2020), explicando assim o perfil encontrado neste estudo.

Em relação à baixa escolaridade identificada na amostra estudada, esta pode estar relacionada a prevalência dos idosos cujas famílias na primeira metade do século passado priorizavam a sobrevivência à escolarização. Entretanto, a associação desse fator ao baixo nível socioeconômico pode ter interferido negativamente na busca por conhecimentos em saúde, principalmente sobre o CaP e suas complicações (GOMES, 2008).

Destaca-se que a maioria dos pacientes estudados residem no município onde se localiza a Unidade Oncológica. Isso resulta em facilidade no acesso ao serviço de saúde bem como o estabelecimento de maior vínculo, possibilitando um melhor acompanhamento e monitoramento clínico do paciente, além de minimizar as chances de abandono do tratamento (KUEHN, 2012).

Ao analisar o IMC dos pacientes, a maioria se apresentou eutróficos. A obesidade pode influenciar potencialmente o desenvolvimento do CaP, ocasionando alterações como resistência insulínica, alteração no perfil lipídico, inflamação e aumento de estrógenos (BAADE *et al.*, 2012).

No presente estudo, a comparação entre as faixas etárias determinadas e a média dos valores de PSA pré-operatório mostrou que os valores do PSA são proporcionais as maiores faixas etárias. Tal resultado converge com estudos semelhantes, uma vez que o valor do PSA apresenta uma tendência natural de elevar-se a medida em que o homem se aproxima da senilidade (MOROTE *et al.*, 2016; BAROUKI, 2011).

Diante disso, a redução do valor de referência do PSA para a suspeita de câncer de acordo com a idade aumenta a sensibilidade. Uma pesquisa realizada na Áustria, apontou que um a cada quatro pacientes com PSA entre 2,5 e 4,0 ng/mL, pode ser diagnosticado com câncer de próstata a partir da biópsia; e, além disso, mais da metade das lesões encontradas nesses pacientes referem tumores agressivos detectados em uma janela de oportunidade de cura (BERGER *et al.*, 2005).

O escore de Gleason trata-se de uma análise anatomopatológica do tecido prostático obtido por cirurgia ou biópsia. O resultado é representado pela soma das duas graduações de Gleason. A graduação deste escore refere-se ao padrão arquitetural do câncer de próstata, sendo que 1 corresponde a uma arquitetura tecidual bem diferenciada e 5 uma arquitetura pobremente diferenciada (LÖBLER *et al.*, 2012).

Dessa forma, a somatória com valores entre 8 a 10 têm mais chances de recorrência após tratamento primário e maior letalidade quando comparados com valores entre 2 a 6. Em contrapartida, Gleason 7 compreende um grupo heterogêneo; pois, quando advém de 4+3, enquadra-se no grupo de escore mais alto. E, quando decorre de 3+4, pertence ao grupo de escore de Gleason mais baixo (LÖBLER *et al.*, 2012).

Neste estudo, foi possível detectar uma relação direta entre os resultados do escore de Gleason das biópsias com os valores de PSA pré-operatório dos pacientes. Os valores mais elevados de PSA foram diretamente proporcionais aos valores de Gleason. Esses dados corroboram aos encontrados em uma pesquisa onde os autores associaram tal relação proporcional a gravidade do câncer, o aumento das chances de recidivas e, conseqüentemente, o aumento do risco de morte pelo câncer (NASSIF *et al.*, 2009).

A maioria dos homens participantes da pesquisa apresentou baixa frequência de consultas ao médico, tendo como principais motivos a crença de não haver necessidade e falta de conhecimento sobre prevenção. Esse resultado pode estar relacionado há uma associação do “ser homem” à resistência à doença, menor cuidado de si e ao papel de provedor, além das dificuldades relacionadas a busca aos serviços de saúde (LUCIANO *et al.*, 2018). No que diz respeito aos exames de rastreio do CaP nota-se uma grande evasão por parte da maioria dos pacientes. Apesar disso, 55,6% dos participantes abaixo dos 65 anos, afirmaram ter realizado exame de toque retal antes do diagnóstico do câncer.

Um estudo realizado no estado de São Paulo, verificaram que 44,4% dos homens acima dos 50 anos, nunca haviam realizado o toque retal ou a dosagem do PSA (AMORIM *et al.*, 2011), demonstrando um percentual semelhante (55,6%) ao presente estudo. Por outro lado, um estudo anterior apontou que a realização desses exames se mostrou mais prevalente na faixa etária acima dos 70 anos, associado ao aparecimento de comorbidades que surgem com processo do envelhecimento, aumentando a procura pelos serviços de saúde (RUTTEN *et al.*, 2005).

A partir da entrevista, constatou-se que a maioria dos pacientes se queixaram de uma incontinência urinária constante, o que gerou impacto negativo na qualidade de vida através do uso fraldas geriátricas e medicamentos. Estudos mostram que a incontinência urinária pode apresentar-se leve a moderada entre os pacientes prostatectomizados, principalmente entre aqueles com pequeno tempo pós-cirúrgico. Ademais, há maior prevalência de incontinência

urinária nos primeiros seis meses, com tendência a reduzir a perda urinária progressiva (BERNARDES *et al.*, 2019; ANG *et al.*, 2014).

A noctúria também se apresentou como um transtorno para os pacientes desta pesquisa. A noctúria aparece como uma das queixas mais frequentes em pacientes submetidos a prostatectomia radical aberta, seguido da frequência urinária e urgência miccional (BERNARDES *et al.*, 2019). Esses sintomas são característicos da hiperatividade do detrusor e quando associados à disfunção esfinteriana representam a causa de 23% a 42% dos casos de incontinência urinária pós-prostatectomia. A disfunção esfinteriana pode ser desenvolvida pela desvascularização ou denervação da bexiga (HOYLAND *et al.*, 2014).

Todos os pacientes entrevistados nesta pesquisa apresentaram disfunção erétil pós-prostatectomia. Corroborando com estes resultados, verificou-se na literatura uma taxa de 83% de pacientes com disfunção erétil pós-prostatectomia radical (CORNIC *et al.*, 2015). A prostatectomia radical pode reduzir a função erétil em cerca de 60% dos pacientes que foram submetidos à cirurgia no período de dois anos. Durante o procedimento, os feixes nervosos e a musculatura lisa podem ser afetados, comprometendo a ereção peniana (BERNARDES *et al.*, 2019).

A grande maioria dos pacientes afirmou apresentar baixa autoestima, não apenas relacionada à condição de disfunção erétil, mas principalmente devido à incontinência urinária, interferindo na qualidade de vida desses homens. A incapacidade de controle vesical tem causado ansiedade nos pacientes, gerando sentimento de perda do controle da vida, sobretudo, constrangimento e desconforto, prejudicando seu desempenho profissional e a socioafetivo (STINESEN KOLLBERG *et al.*, 2018).

Este estudo apresenta algumas limitações, em primeiro lugar, as informações sobre incontinência urinária podem subestimar sua prevalência, uma vez que manifestar sua percepção sobre a perda urinária pode trazer constrangimento e vergonha. Além disso, esse grupo também pode perceber a perda urinária como parte natural do processo de envelhecimento, visto que há grande prevalência de incontinência urinária em idosos (BERNARDES *et al.*, 2019). Ademais, é importante realizar estudos com amostra maior, a fim de verificar e comparar diferentes perfis sociodemográficos e de saúde, ampliando e generalizando os resultados.

4. CONCLUSÃO

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

Dessa forma, percebe-se a necessidade de desenvolvimento de estratégias de informação para o binômio homem-família sobre a importância de uma atitude positiva em relação à prevenção de doenças.

Assim, o presente estudo remete reflexões sobre a abordagem da assistência à saúde do homem, mostrando a importância de detectar precocemente os casos de CaP e ao mesmo tempo promover saúde de maneira mais integral e efetiva.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, V. M. *et al.* Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 2, p. 347-356, 2011.
- ANG, W. *et al.* Effectiveness of preoperative pelvic floor muscle training for urinary incontinence after radical prostatectomy: A meta-analysis. *BMC Urology*, v. 14, n. 1, p. 1-8, 2014.
- BAADE, P. D. *et al.* Estimating the future burden of cancers preventable by better diet and physical activity in Australia. *Medical Journal of Australia*, v. 196, n. 5, p. 337-340, 2012.
- BAROUKI, M. P. Rastreamento do câncer de próstata em homens acima de 50 anos através do exame diagnóstico de PSA. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 3, n. 2, 2011.
- BERGER, A. P. *et al.* Longitudinal PSA changes in men with and without prostate cancer: Assessment of prostate cancer risk. *Prostate*, v. 64, n. 3, p. 240-245, 2005.
- BERNARDES, M. F. V. G. *et al.* Impact of urinary incontinence on the quality of life of individuals undergoing radical prostatectomy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 27, n. 0, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil: Síntese de Resultados e Comentários. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil: Síntese de Resultados e Comentários. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

CASTRO, P. R. DE *et al.* Laparoscopic retropubic prostatectomy: initial experience. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 23, n. 2, p. 181-184, 2013.

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

DAMIÃO, R. *et al.* Câncer de próstata. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 14, n. 0, p. 80-86, 2015.

GOMES, R. E. AL. The touched masculinity: a discussion about the digital rectal exam for prostate cancer prevention. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 6, p. 1975-1984, 2008.

HOYLAND, K. *et al.* Post-radical prostatectomy incontinence: etiology and prevention. *Reviews in urology*, v. 16, n. 4, p. 181-188, 2014.

IARC. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Study finds prostate cancer increasing in most countries. Rates remain highest in highest income regions of the world. Press Release, n. 209. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2012/pdfs/pr209_E.pdf> Acesso em: 10 de dez de 2020.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas da População Residente no Brasil e Unidades da Federação com Data de Referência em 1º de julho de 2020, 2020. Disponível em: <https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2020/estimativa_dou_2020.pdf> Acesso em: 01 de dez de 2020.

KUEHN, B.M. Veterans health system cited by experts as a model for patient-centered care. *JAMA*, v. 307, n. 5, p. 442-443, 2012.

LÖBLER R. *et al.* Avaliação do Escore de Gleason como fator prognóstico em pacientes com câncer de próstata em hormônioterapia. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*, v. 8, n. 27, p. 21-23, 2012.

LOWRANCE, W. T.; TARIN, T. V; SHARIAT, S. F. Evidence-based comparison of robotic and open radical prostatectomy. *The Scientific World Journal*, v. 10, p. 2228-37, 2010.

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

LUO, J. Non-invasive actionable biomarkers for metastatic prostate cancer. *Asian Journal of Urology*, v. 3, n. 4, p. 170-176, 2016.

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

MASAOKA, H. *et al.* Potential overtreatment among men aged 80 years and older with localized prostate cancer in Japan. *Cancer Science*, v. 108, n. 8, p. 1673-1680, 2017.

MEDEIROS, Adriane Pinto de; MENEZES, Maria de Fátima Batalha de; NAPOLEAO, Anamaria Alves. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 2, p. 385-388, 2011.

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

MUNGOVAN, S. F. *et al.* Relationships between perioperative physical activity and urinary incontinence after radical prostatectomy: an observational study. *BMC urology*, v. 13, p. 67, 2013.

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

PAIVA, E. P.; DA MOTTA, M. C. S.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata.

ACTA Paulista de Enfermagem, v. 23, n. 1, p. 88-93, 2010.

RASSWEILER, J. *et al.* Laparoscopic Versus Open Radical Prostatectomy: A Comparative Study at a Single Institution. *The Journal of Urology*, v. 169, n. 5, p. 1689-1693, 2003.

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

SANTOS, A. C. S. *et al.* Artificial urinary sphincter for urinary incontinence after radical prostatectomy: A historical cohort from 2004 to 2015. *International Brazilian Journal of Urology*, v. 43, n. 1, p. 150-154, 2017.

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

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