

LYGIA FERREIRA GOMES PERCHON

**INFLUÊNCIA DA TERAPIA COMPORTAMENTAL DE
GRUPO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA RADICAL**

CAMPINAS

2006

LYGIA FERREIRA GOMES PERCHON

**INFLUÊNCIA DA TERAPIA COMPORTAMENTAL DE
GRUPO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA RADICAL**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre
em Cirurgia, área de concentração de Pesquisa
Experimental.*

ORIENTADORA: *Dra. Míriam Dambros*

CO-ORIENTADOR: *Prof. Dr. Luís Alberto Magna*

CAMPINAS

2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

P412in Perchon, Lygia Ferreira Gomes
Influência da terapia comportamental de grupo na qualidade de vida de pacientes submetidos a prostatectomia radical / Lygia Ferreira Gomes Perchon. Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientadores : Miriam Dambros, Luís Alberto Magna
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Próstata - câncer. 2. Qualidade de vida. 3. Terapia comportamental. I. Dambros, Míriam. II. Magna, Luís Alberto. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Título em inglês : Behavioral group-based therapy improves quality of life in men recovering from radical prostatectomy

Keywords: • Prostate cancer
• Quality of life
• Behavioral therapy

Área de concentração : Pesquisa Experimental

Titulação: Mestrado em Cirurgia

**Banca examinadora: Prof Dr Míriam Dambros
Prof Dr Alexandre Crippa Sant'Anna
Prof Dr Paulo César Rodrigues Palma**

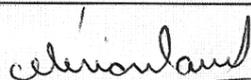
Data da defesa: 06-10-2006

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

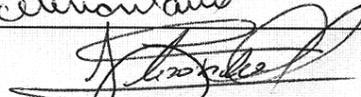
Orientador: Prof^a. Dr^a. Miriam Dambros

Membros:

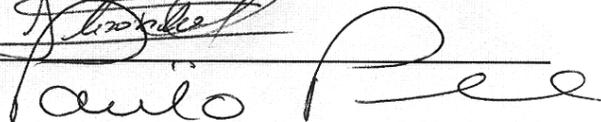
1. Prof^a. Dr^a. Miriam Dambros



2. Prof. Dr. Alexandre Crippa Sant'Anna



3. Prof. Dr. Paulo César Rodrigues Palma



Curso de Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 06/10/2006

DEDICATÓRIA

... ao meu pai Antonio, que sempre acreditou em mim.

... ao meu filho Daniel , maior alegria da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que está presente em todos os dias da minha vida, dando-me perseverança para concluir esse trabalho.

Ao Prof. Dr. Nelson Rodrigues Netto Júnior, pela oportunidade de me tornar participante do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia.

A minha orientadora, Dra. Miriam Dambros, meu reconhecimento e minha eterna gratidão.

Ao meu co-orientador, Dr. Luís Alberto Magna, pela sua amizade, competência e pelo grande apoio na realização da análise estatística.

À Prof. Dr. Paulo César Rodrigues Palma, pela solidariedade, pelo incentivo e apoio a esse trabalho.

Ao Dr. Marcelo Thiel pela amizade, incentivo e colaboração na realização deste trabalho.

Aos professores, médicos e pós-graduandos do Departamento de Urologia da Unicamp que, com seus exemplos de trabalho e estudo, nos dão lições a serem seguidas.

Aos funcionários da Diretoria de Apoio Didático, Científico e Computacional da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, pelo auxílio na editoração.

Aos funcionários da Pós-Graduação do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, por seu apoio.

Aos funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, por sua colaboração.

À querida D. Alice, secretária da Disciplina de Urologia e à Vera, secretária da Pós-Graduação em Cirurgia, sempre dispostas a ajudar.

Às amigas Rosane Thiel e Angela Naccarato, pelo apoio e amizade fraterna.

A todos os meus estimados amigos, pelo companheirismo e pela solidariedade.

Ao querido Rogério Magalhães, que esteve presente em todos os momentos da elaboração desse trabalho... especial obrigada.

Pneumotórax

Febre, hemoptise, dispnéia e suores noturnos.

A vida inteira que podia ter sido e que não foi.

Tosse, tosse, tosse.

Mandou chamar o médico:

- Diga trinta e três.

- Trinta e três... trinta e três... trinta e três

- Respire.

.....

- O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo e o pulmão direito infiltrado.

- Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?

- Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.

Manuel Bandeira

| | <i>Pág.</i> |
|---|-------------|
| RESUMO | <i>xii</i> |
| ABSTRACT | <i>xiv</i> |
| 1- INTRODUÇÃO | 16 |
| 1.1- Câncer | 17 |
| 1.2- Câncer de próstata | 18 |
| 1.3- Incontinência Urinária Pós Prostatectomia Radical | 19 |
| 1.4- Disfunção Erétil Pós Prostatectomia Radical | 19 |
| 1.5- Qualidade de Vida | 20 |
| 1.6- Terapia Comportamental em Grupo | 21 |
| 1.7- Resultados de Terapias Psicológicas | 23 |
| 1.8- Justificativa do estudo | 25 |
| 2- OBJETIVO | 26 |
| 3- ARTIGO | 28 |
| 4- CONCLUSÃO GERAL | 40 |
| 5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 42 |
| 6- ANEXOS | 46 |
| Anexo 1 | 47 |

| | |
|----------------------|----|
| Anexo 2 | 49 |
| Anexo 3 | 54 |
| Anexo 4 | 63 |
| Anexo 5 | 64 |
| Anexo 6 | 68 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|----------------|--|
| Qol | Qualidade de vida |
| UI | Urinary incontinence |
| IU | Incontinência urinária |
| ED | Erectile disfunction |
| DE | Disfunção erétil |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| EUA | Estados Unidos da América |
| Ca | Câncer |
| PC | Prostate cancer |
| ICS | International Continence Society |
| KHQ | King's Health Questionnaire |
| IIEF-SF | International Index of Erectile Function |
| INCA | Instituto Nacional de Câncer |

| | <i>Pág.</i> |
|--|-------------|
| Tabela 1- Correlation coefficients for time elapsed from surgery to behavioral group- based therapy..... | 34 |
| Tabela 2- Comparison of means values for the predictor variables between the beginning and the end of behavioral group-based therapy..... | 35 |



RESUMO

O presente trabalho, com duração de 24 semanas, avaliou a eficácia da terapia comportamental em grupo em promover mudanças positivas no padrão de qualidade de vida (QoL) de pacientes com incontinência urinária (IU) e disfunção erétil (DE), após prostatectomia radical. Participaram da pesquisa 30 pacientes. A intervenção foi desenhada visando melhorar a QoL, através de técnicas específicas para ensinar os participantes a identificarem e a administrarem situações estressantes e teve como foco as queixas de IU e DE, pós prostatectomia radical. A diferença entre o início e o final do estudo, para cada variável, foi comparada pelo teste *t* de Student para dados pareados. Análise múltipla, realizada com regressão linear múltipla escalonada, foi precedida de análise de correlação simples de Pearson. Consideraram-se variáveis dependentes: percepção geral da saúde, disfunção erétil e impacto da incontinência urinária e as variáveis independentes: idade, status profissional, alcoolismo, atitude frente ao câncer e frente à cirurgia, satisfação sexual anterior à cirurgia e planos para o futuro. A média de tempo entre a data da cirurgia e o início da terapia comportamental de grupo foi de 14,8 meses (desvio padrão=6,2; mediana=16,5). Para 63,3% dos pacientes, esse intervalo foi maior que 12 meses. Não foi encontrada correlação significativa entre esse tempo e as variáveis dependentes. O escore do domínio percepção geral da saúde diminuiu ao final do estudo ($p=0,000$), assim como o escore referente ao impacto da incontinência urinária ($p=0,023$), o que significa melhora dos dois fatores. A diferença entre os escores do impacto da incontinência correlacionou-se negativamente com a idade ($p=0,04$) e status profissional ($p=0,05$). A regressão múltipla mostrou que a idade foi a variável mais importante ($r^2 = 26,0\%$); considerados simultaneamente, idade e status profissional, há um aumento de 10,3% ($r^2 = 36,3\%$). O escore de disfunção erétil aumentou no final do estudo ($p=0,000$), e as diferenças entre os escores dessa variável correlacionaram-se positivamente e significativamente somente com os de satisfação sexual anterior à cirurgia ($p=0,029$), o que demonstrou a influência da satisfação sexual anterior à cirurgia sobre a disfunção erétil ($r^2 = 15,8\%$).

A terapia de grupo mostrou-se efetiva em melhorar a percepção da qualidade de vida de homens submetidos à prostatectomia radical, particularmente em relação à IU e DE.



ABSTRACT

The current study evaluated the efficacy of a 24-week, group based, behavioral therapy in improving quality of life (QoL) among men who were treated for localized prostate carcinoma (PC) with radical prostatectomy (RP), and had treatment related dysfunctions: Urinary Incontinence (UI) and Erectile Dysfunction (ED).

Thirty men were assigned to a 24-week group therapy. The intervention was designed to improve QoL by helping participants to identify and effectively manage stressful experiences and was focused on treatment-related sequelae of PC. The difference of all variables was compared between the beginning and the end of the study by means of Student's t test for paired samples. Multiple analysis was carried out by stepwise multiple linear regression following bivariate Pearson's correlation analysis. This was achieved with all predictors (i.e. general health perception, ED and the impact of UI) and relevant covariates (i.e. age, work/retirement status, alcohol addiction, attitude before cancer and before surgery, sexual satisfaction, and plans for the future).

The mean time from surgery to attending the behavioral group intervention was 14.8 months (sd = 6.2; median = 16.5), and for 63.3% of the patients, this time was over 12 months. There was no significant correlation between that time and the predictor variables. General health perception scores decreased at the end of the study ($p = 0.000$), as well as urinary incontinence impact (UI) score ($p=0.023$), thus denoting improvement of both factors. The difference between the scores of the latter correlated negatively and significantly with both age ($p = 0.04$) and work/retirement ($p = 0.05$). Multiple stepwise regression showed that age was the most important variable ($r^2 = 26.0\%$); considering simultaneously age and work/retirement, there is an increase of 10.3% ($r^2 = 36.3\%$). Erectile dysfunction (ED) showed an increase at the end of the study ($p = 0.000$), and the difference between the scores of this variable correlated positively and significantly with sexual satisfaction only ($p = 0.029$), which means the positive influence of previous sexual satisfaction over erectile dysfunction ($r^2 = 15.8\%$).

In conclusion, a 24-week behavioral group therapy was effective in improving the perceived QoL among men treated for PC. There were changes associated with the therapy, particularly the improvement in UI and ED.



1- INTRODUÇÃO

1.1- Câncer

O câncer é uma doença que se origina nos genes de uma única célula, tornando-a capaz de se proliferar até o ponto de formar massa tumoral no local e a distância. Inúmeras mutações têm que ocorrer na mesma célula para que ela adquira um fenótipo de malignidade e a biologia molecular vem estudando com acuracidade estes detalhes (HOLLAND e SHELDON, 2002).

Teoricamente, qualquer célula do corpo pode passar por transformação e originar um tumor maligno, o que torna a denominação câncer muito genérica e causadora de muitas confusões. O diagnóstico costuma ser interpretado como portador da possibilidade de morte.

Contudo, diversos tipos de câncer, quando diagnosticados a tempo, podem ser curados por procedimentos cirúrgicos, radioterapia e quimioterapia. Tudo depende da classificação do câncer, que é feita de acordo com o órgão, o tecido de origem, os aspectos morfológicos e estruturais, bem como pelo grau de comprometimento de tecidos próximos e distantes. Esses aspectos conferem o prognóstico, isto é, a possibilidade de cura e resposta ao tratamento, baseada em dados estatísticos.

O câncer inicial pode ser tratado retirando-se o órgão ou parte dele. Quando a probabilidade de retirada de um órgão é muito grande, esses aspectos devem ser discutidos com os pacientes e familiares, pois podem trazer modificações profundas no cotidiano dos indivíduos com câncer. Algumas terapêuticas interferem na função sexual e precisam ser discutidas antes da cirurgia (CARVALHO et al, 1994).

O fato de um paciente ouvir que é portador de câncer, já o conscientiza da sua possível morte. Relaciona-se tumor maligno com doença fatal, o que é verdadeiro em muitos casos, mesmo com um número crescente de curas reais. (CARVALHO et al, 1994). Embora os resultados do tratamento tenham evoluído muito nos últimos anos, ainda não são satisfatórios, em muitos casos, devendo-se isso ao fato de o diagnóstico ser feito geralmente em estágios avançados, sem possibilidade de cura completa (CARVALHO et al, 1994).

No intuito de obter resultados mais positivos, as pesquisas têm evoluído em duas direções: de um lado, aumentando o conhecimento da neoplasia em questão (história natural e epidemiologia), implementando com o diagnóstico precoce correto, o tratamento ainda na fase inicial e melhorando assim o prognóstico do caso. Por outro lado avaliam-se as alterações na qualidade de vida que cada tratamento possa produzir, com o objetivo de melhorar a orientação terapêutica (GUGLIOTA, 2001).

1.2- Câncer de próstata

O câncer prostático é uma das doenças mais predominantes em idosos (acima de 65 anos). Dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA),2006, demonstram que o câncer de próstata é a sexta causa de morte entre os homens brasileiros, Hoje, em virtude do aprimoramento das técnicas para diagnóstico e a importância que se dá à prevenção, aumentou muito o número de casos detectados em estágios precoces da doença, tornando as opções de tratamento mais eficazes.

A mortalidade do câncer de próstata é relativamente baixa, o que reflete, em parte, seu bom prognóstico. Nos países desenvolvidos a sobrevida média estimada em cinco anos é de 64%; enquanto que, para os países em desenvolvimento a sobrevida média é de 41%. A média mundial estimada é de 58% (INCA, 2006).

Vários são os fatores que podem contribuir para o surgimento desse tipo de câncer. A idade aparece em primeiro lugar; pois a probabilidade de se desenvolver antes dos 40 anos de idade é pequena já entre 40 e 59 anos a chance é de 1 para 103, e entre 60 e 79 anos, 1 para 8 homens (WINGO et al , 1995).

A prostatectomia radical, um dos tratamentos usados para CA de próstata, pode causar Incontinência Urinária e Disfunção Erétil, comprometendo a Qol dos indivíduos. Hoje, com o aprimoramento das técnicas cirúrgicas, é menos freqüente a perda total da ereção. Alguns autores relatam que 75% dos pacientes apresentam disfunção erétil, de leve a moderada após a prostatectomia (GEARY et al, 1995).

No nosso meio, Reis et al (2004), observaram que 84,8% dos pacientes apresentavam algum grau de disfunção erétil enquanto 17,6% apresentavam incontinência urinária após prostatectomia radical.

1.3- Incontinência urinária pós prostatectomia radical

Incontinência urinária (IU) é definida como toda queixa de perda involuntária de urina (International Continence Society, 2002).

A literatura internacional relata que a IU afeta a Qol e tem impacto negativo nos aspectos físicos, sociais e psicológicos dos indivíduos. Além de constituir uma ameaça à auto-estima, também é fator de isolamento social e depressão (SWITHINBANK e ABRAMS, 1999).

Estudos comparativos mostram que homens portadores de carcinoma localizado de próstata após receberem tratamento cirúrgico ou radioterápico, apresentam prevalência elevada de disfunções miccionais quando comparados a homens da mesma idade sem a doença (LITWIN et al, 1994).

Homens que tiveram a próstata removida para tratamento de câncer de próstata podem apresentar IU por semanas ou até por anos após a cirurgia. É muito importante tratar a incontinência, pois ela não afeta só fisiologicamente, mas também psicologicamente a vida do indivíduo (BROOME, 2003).

Perda de urina tem múltiplas implicações no sofrimento de uma pessoa e representa barreira para a vida social, diversão ou atividade física.

1.4-Disfunção erétil pós-prostatectomia radical

A função sexual é considerada fator essencial para a manutenção da qualidade de vida. A dor psicológica (humor depressivo, representado por tristezas, angústias e culpas), causada pela DE pode ser mais incapacitante que os problemas físicos relacionados às doenças crônicas. De fato, a satisfação com a vida sexual reflete na satisfação com a vida de forma geral. Devido à insatisfação com a performance sexual, a auto-estima fica seriamente comprometida, o que leva ao aparecimento de tensões emocionais e conjugais (KAPLAN, 1977).

Preservação da função sexual é uma das preocupações na prostatectomia radical. Entre os fatores que são importantes para um bom prognóstico relativo à função erétil após a cirurgia, estão a idade do paciente e função sexual antes da cirurgia (DUBBELMAN et al, 2006).

Hoje, entende-se que não basta o conhecimento dos dados de sobrevida, taxas de complicações e respostas aos tratamentos pelos sintomas, para avaliar o impacto da doença e seu tratamento. Deve-se, impreterivelmente, avaliar a qualidade de vida do paciente, antes e após o tratamento, levando-se em conta aspectos físicos, psicológicos e sociais.

1.5- Qualidade de vida

Desde 1948, quando a Organização Mundial de Saúde definiu Saúde como bem estar físico, psicológico e social, e não a simples ausência de doença, a qualidade de vida tornou-se um tópico de interesse cada vez maior entre os profissionais da área da saúde e pesquisadores (TESTA e SIMONSON, 1996).

O termo “qualidade de vida” e, mais especificamente, “qualidade de vida relacionada à saúde”, refere-se aos domínios físicos, psicológicos e sociais da saúde. Os diferentes aspectos da qualidade de vida são áreas distintas influenciadas por crenças, atitudes e valores do indivíduo e constituem sua percepção de saúde (TESTA e SIMONSON, 1996).

Para que a qualidade de vida pudesse ser usada em ensaios clínicos, ela foi transformada em uma medida quantitativa. Cada domínio da saúde passou a ser mensurado em duas dimensões: uma, objetiva, que avalia o funcionamento ou estado de saúde e outra, subjetiva, que avalia a percepção e a expectativa da saúde pelo indivíduo. Portanto, como as expectativas com a saúde, a capacidade de aceitar limitações e o desconforto são influenciados pela percepção da saúde de cada pessoa e pela sua satisfação com a vida, duas pessoas com o mesmo estado de saúde podem ter diferentes qualidades de vida (LIBERMAN, 2001).

Questionários são indicados para a avaliação do impacto da IU na QoL por se tratarem de ferramentas seguras na coleta de informações. Exemplo disso é o instrumento utilizado neste estudo: King's Health Questionnaire (KHQ), que é recomendado pela International Continence Society (ICS) para utilização em pesquisas clínicas, pois já está validado para o português (TAMANINI et al, 2002).

O KHQ é composto por vinte e uma questões, divididas em oito domínios: percepção geral da saúde, impacto da incontinência urinária, limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relacionamento pessoal, emoções, sono e disposição. Além dos domínios há mais duas escalas independentes que avaliam a gravidade da IU e a intensidade dos sintomas urinários.

Esse questionário é pontuado por domínios, não havendo escore geral. Os escores variam de 0 –100 e quanto maior a pontuação obtida, pior a QoL relacionada àquele domínio.

Muitos estudos dedicados a examinar a qualidade de vida de pacientes tratados de câncer localizado de próstata, mostram que o tratamento cirúrgico tem um forte impacto na continência urinária e nas ereções. Apesar dos efeitos na continência urinária se mostrarem relativamente dependentes do tempo, a disfunção erétil torna-se, geralmente, uma consequência crônica do tratamento, que afeta 85% dos pacientes; dos quais 61% relatam que se sentem moderadamente aborrecidos com a DE. No período de dois a quatro anos após o tratamento, a maioria dos pacientes relata que a disfunção sexual continua sendo um problema (SCHOVER et al., 2002).

1.6- Terapia Comportamental em Grupo

A maioria dos programas psicológicos enfatiza técnicas comportamentais que se propõem a mudar construtivamente o comportamento humano, baseando-se no aprendizado. Foram utilizados no presente estudo os seguintes pressupostos da Terapia Comportamental (ROSE, 1977):

- focar o comportamento em si e não alguma suposta causa subjacente;
- considerar que os comportamentos mal adaptados são, em certo grau, adquiridos através de aprendizado, do mesmo modo que qualquer comportamento é aprendido;
- os princípios psicológicos, especialmente os de aprendizagem, podem ser extremamente eficazes na modificação do comportamento mal adaptado;
- o trabalho envolve a seleção de objetivos específicos e claramente definidos;
- o terapeuta adapta seu método de tratamento ao problema do paciente;
- a terapia comportamental concentra-se no “aqui e agora”.

Não são todas as abordagens terapêuticas que podem ou devem ocorrer dentro de um contexto de relação terapeuta - paciente. Há casos em que existem vantagens no uso de grupos, sobretudo naqueles em que os problemas são de interação social, porque a presença de outros pacientes dá aos indivíduos a oportunidade de praticar novas habilidades sociais com os demais membros, em um ambiente protegido (YALOM, 1983).

Desse modo, o grupo proporciona a seus membros um degrau intermediário entre desempenhar um comportamento recém aprendido no meio terapêutico, antes de desempenhá-lo na comunidade (RIMM e MASTERS, 1983).

No grupo atuam as seguintes variáveis terapêuticas (ROSE, 1977): incentivo à esperança, universalidade, informação, altruísmo, resgate do grupo familiar primário, desenvolvimento de técnicas sociais, imitação, aprendizagem interpessoal, coesão de grupo, catarse, fatores existenciais (elementos diversos).

O incentivo e manutenção da esperança são cruciais em todos os tipos de tratamento psicoterápico. Pacientes vêm para terapia com a sensação de serem as únicas pessoas com medos, problemas, pensamentos, impulsos, fantasias e sofrimento. No grupo terapêutico eles têm a possibilidade de se depararem com outros que passam pela mesma situação e isso, especialmente nas sessões iniciais, é uma poderosa fonte de alívio

(YALOM,1983). Além disso, podem usufruir da informação didática que é útil de várias formas, como por exemplo, estruturar o relacionamento do grupo e favorecer a compreensão dos indivíduos sobre o desenvolvimento das doenças. Outros aspectos que influem nessa modalidade terapêutica são: a ajuda, o suporte e as sugestões que pacientes oferecem uns aos outros. Não é raro que pacientes ouçam e absorvam mais informação de outro membro do grupo, do que do terapeuta. Pesquisas em psicologia social demonstram que imitação é uma força terapêutica expressiva. Nos grupos, esse processo de imitação é mais difuso, pois pacientes podem espelhar-se em aspectos do terapeuta como também dos outros membros (RIMM e MASTERS, 1983). O grupo se assemelha à família em muitos aspectos, nele os pacientes interagem com o terapeuta e com os outros membros da mesma forma que interagem com pais e irmãos. Assim têm a oportunidade de trabalharem seus conflitos de forma correta o que possibilita a aprendizagem de habilidades sociais básicas. Membros de grupos coesos se aceitam mais, dão mais suporte uns aos outros e são mais inclinados a estabelecerem relações significativas. A expressão de afeto, catarse, é parte vital para o processo terapêutico e complementa os outros fatores (ROSE, 1977).

1.7- Resultados de terapias psicológicas

Intervenções psicológicas especificamente orientadas para pacientes tratados de câncer de próstata são importantes para auxiliar os homens a reconhecerem, expressarem e aceitarem as mudanças causadas pelos tratamentos, para melhorar a comunicação com suas parceiras e com a equipe médica e também para orientar os pacientes na busca por soluções adaptativas para problemas urinários e sexuais.

O tratamento psicológico favorece a melhora da capacidade de enfrentamento emocional e cognitivo. A eficácia das intervenções psicológicas em reduzir os efeitos negativos do estresse e em melhorar a Qol em pacientes com câncer tem sido claramente documentada. Intervenções psicológicas específicas para atender a esses pacientes incluem terapia comportamental de grupo, terapia cognitiva e intervenções psicoeducativas (SPIEGEL e YALOM, 1978).

Penedo et al (2003), concluíram que terapia cognitivo-comportamental de grupo, com duração de dez semanas foi eficaz na melhora da QoL em homens tratados de câncer de próstata, sendo que as mudanças encontradas eram associadas às novas habilidades para lidar com o estresse, adquiridas após a terapia.

Sheard e Maguire (1999) verificaram em diferentes meta-análises o efeito positivo de terapias psicológicas nas medidas de ansiedade e depressão de pacientes com câncer.

A maioria das pesquisas demonstra que a participação em intervenções psicológicas proporciona benefício considerável aos pacientes com câncer. Isso porque o trabalho psicológico ameniza as queixas relativas ao tratamento médico, reduz o estresse e melhora o humor. Estudos realizados com homens que participaram de grupos terapêuticos para enfrentar o câncer referem benefícios significativos relatados por experiências positivas (REHSE e PUKROP, 2002).

Mishel et al (2002), estudaram homens tratados para câncer localizado de próstata. Uma enfermeira treinada realizava a intervenção pelo telefone, com o objetivo de treinar habilidades para resolução de problemas, favorecer a reestruturação cognitiva e fornecer material informativo sobre a doença. Todos os pacientes relataram melhora das habilidades treinadas, mas após sete meses de seguimento não foram encontradas diferenças entre o grupo experimental e o controle. Esses resultados sugerem que os pacientes com câncer de próstata são complacentes à participação em intervenções psicossociais (somente 5% desistiram), são receptivos e respondem a treinamentos que visam mudanças psicológicas. Independente do grau de instrução (43% tinham baixo nível de instrução) e etnia (50% dos pacientes eram brancos e 50% negros), todos os sujeitos se beneficiariam de uma intervenção mais longa.

Estudos referentes a homens que realizaram tratamento para câncer de próstata e participaram de intervenções psicológicas obtiveram melhora na saúde mental, apresentaram menos conflitos interpessoais, perceberam maior controle sobre sua saúde e menos estresse associado ao fato de serem portadores de câncer (LEPORE, 2001).

1.8- Justificativa

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a qualidade de vida (QoL) define-se em função da maneira pela qual o indivíduo percebe o seu lugar em termos culturais, sistema de valores em que vive, assim como em relação aos seus objetivos, expectativas, critérios e preocupações. Tudo isso, naturalmente, baseado em sua saúde física, seu estado psicológico, seu grau de independência e suas relações sociais (WHO, 1995).

O câncer é uma doença que traz consigo o discutível estigma da morte incorporado a nossa cultura - quando esse diagnóstico chega ao indivíduo, a primeira reação costuma ser o medo de que, além de não ser curado, o câncer vai trazer consigo sofrimento, humilhação física e dor (CARVALHO et al, 1994).

Com base nessas informações, na tentativa de se obterem resultados mais positivos e buscando a melhor forma de orientação terapêutica, julga-se importante avaliar as alterações na qualidade de vida que o tratamento instituído possa produzir.

O presente estudo pretende contribuir para o levantamento de informações que possam auxiliar no tratamento de pacientes com câncer localizado de próstata, com indicação de prostatectomia radical.



2- OBJETIVO

Avaliar a eficácia da Terapia Comportamental em Grupo na melhora da Qualidade de Vida de homens tratados de câncer de próstata por prostatectomia radical, que apresentaram como complicações pós-operatórias, incontinência urinária e disfunção erétil.



3- ARTIGO

**BEHAVIORAL GROUP- BASED THERAPY IMPROVES
QUALITY OF LIFE IN MEN RECOVERING FROM RADICAL
PROSTATECTOMY**

Lygia FG Perchon¹, Miriam Dambros¹, Luis Alberto Magna², Ubirajara Ferreira¹, Fernandes Denardi¹, Nelson Rodrigues Netto Jr¹.

¹Division of Urology, State University of Campinas, Br.

²Department of Human Genetics, State University of Campinas, Br.

Submitted to Urology in June 20th, 2006

Correspondence to

Lygia FG Perchon

Av. João Erbolato,861- apto52

13070-071 – Campinas – SP

Brasil

lygiaperchon@terra.com.br

Abstract

Background: This study evaluated the efficacy of 24-week, group-based, behavioral therapy in improving quality of life (QoL) among men treated for localized prostate carcinoma (PC) by means of radical prostatectomy (RP) who presented treatment-related dysfunctions: urinary incontinence (UI) and erectile dysfunction (ED).

Patients and methods: Thirty men were assigned to 24-week behavioral group therapy. The intervention was designed to improve QoL by helping participants to identify and effectively manage stressful experiences. It focused on treatment-related sequelae from PC. Differences in variables were compared between the beginning and end of the study by means of Student's t test for paired samples. Multiple analysis was carried out by stepwise multiple linear regression following bivariate Pearson's correlation analysis. This was achieved for all predictors (i.e. general health perception, ED and UI impact) and relevant covariates (i.e. age, work/retirement status, alcohol addiction, attitude towards cancer and surgery, sexual satisfaction, and future plans).

Results: The mean time elapsed from surgery to attending the behavioral group therapy was 14.8 months (sd = 6.2; median = 16.5) and, for 63.3% of the patients, this time exceeded 12 months. There was no significant correlation between this time and the predictor variables. General health perception scores decreased by the end of the study ($p = 0.000$), as did the UI impact score ($p=0.023$), thus denoting improvement in both factors. The difference in UI impact scores correlated negatively and significantly with both age ($p = 0.04$) and work/retirement ($p = 0.05$). Multiple stepwise regression showed that age was the most important variable ($r^2 = 26.0\%$). Considering age and work/retirement simultaneously, there was an increase of 10.3% ($r^2 = 36.3\%$). ED increased by the end of the study ($p = 0.000$), and the difference between the ED scores correlated positively and significantly with sexual satisfaction alone ($p = 0.029$), which signifies that previous sexual satisfaction had a positive influence over erectile dysfunction ($r^2 = 15.8\%$).

Conclusion: 24-week behavioral group therapy was effective in improving the perceived QoL among men treated for PC. There were changes associated with the therapy, particularly the improvement in UI and ED.

Keywords: behavioral group therapy, prostate carcinoma, quality of life.

Introduction

Health related quality of life (HR-QoL) outcomes have a substantial impact on men facing the difficult choice of whether to undergo treatment for early-stage prostate carcinoma. Ultimately, the dual goal of cancer cure and QoL preservation are critical; men with prostate cancer are willing to make a decision that optimizes quality of life rather than maximizes survival¹. Prostate carcinoma (PC) is the most common solid-tumor malignancy and is the second leading cause of death among men. Radical prostatectomy (RP) is a primary treatment for localized disease. Although RP is highly effective at suppressing recurrence and extending survival², treatment benefits are often offset by serious treatment-related decreases in QoL primarily associated with treatment side effects such as urinary incontinence (UI) and erectile dysfunction (ED).

The advantage of psychological interventions in improving QoL and reducing stress and negative effects in cancer patients has been clearly corroborated. Psychosocial interventions specifically tailored to meet the needs of cancer patients include supportive-expressive group therapy, psychoeducational interventions, and multimodal intervention approaches^{3,4}. Research has demonstrated that the effective therapy components in multimodal efforts include: relaxation training to lower arousal; disease information and management; an emotionally supportive environment in which participants can address fears and anxieties; behavioral and cognitive coping strategies; and social support^{5,9}. Almost all therapy programs emphasize cognitive restructuring, improved coping responses, utilization of social support, assertiveness training, and anger management⁶. Studies have demonstrated that participation in psychological interventions provides a clear and durable benefit for cancer patients by relieving treatment-related symptoms, reducing the physiological consequences of stress, and improving mood⁷. These results support earlier studies among men treated for localized PC, in which it was found that patients who participated in multimodal intervention had greater improvement in mental health, less interpersonal conflict, greater perceived control over health and functioning, and lower distress associated with cancer-related intrusive thoughts, relative to controls⁸. In the current study we analyze the efficacy of group-based intervention for improving QoL through improvements in coping skills, among men treated for localized PC. The study

design consisted of repeated measurements with two time points (pre-intervention and post-intervention). The hypothesis was that the patients would demonstrate improvements in perceived QoL following the behavioral group-based therapy, compared with measurements made before therapy.

Material and Methods

Participants

Participants were recruited for the study among those who attended the outpatient urology and oncology unit care at the university hospital of Unicamp. To be eligible, participants were required to be aged ≥ 50 years, needed to have undergone radical prostatectomy within the past 24 months and had to be reporting treatment-related side effects (UI and ED), and also had to show personal and freely-given interest in participating within the group. To participate under the experimental conditions, participants were required to be free from cognitive impairment or active psychiatric symptoms, including panic attacks, psychosis, or alcohol/drug addiction, and also to be free of diabetes mellitus. They were included only if they reported no adjuvant treatment for PC. Patients who fulfilled the inclusion criteria signed an informed consent form, before the interview, and completed both the Kings Health Questionnaire (KHQ) and the International Index of Erectile Function (IIEF-SF).

Measurements

The impact of urinary incontinence (UI) on quality of life was assessed through a condition-specific quality-of-life instrument, the Kings Health Questionnaire (KHQ), which is a widely applied tool composed of 21 questions that are categorized into eight domains: general health perception, impact of urinary incontinence, physical limitations, personal relationships, emotions, sleep and vitality. It also contains two UI assessment scales: “severity measures”, which assesses how serious the UI is, and the “urinary symptoms scale” which evaluates the presence and intensity of UI. The questionnaire is scored by calculating domains separately. Erectile dysfunction was investigated using the

International Index of Erectile Function (IIEF-SF), which is an instrument designed to assess erectile difficulties. Both questionnaires are validated.

Procedures

The patients attended weekly sessions of group-based behavioral therapy (10 patients in each group), which each lasted for 90 minutes. The treatment duration was six months. Three months after finishing the therapy, patients were reassessed through the same instruments used on baseline.

Experimental condition

In the current study, the 24-week therapy group met once each week for 90 minutes, which included an instructional portion. Participants were taught a variety of stress-management skills, including identification of distorted thoughts, rational thought replacement, effective coping, anger management, assertiveness training, and utilization of social support. The instructional components were arranged so that the content of each session related to the material presented the previous week. The topics included cognitive-behavioral approaches to stress management and also more informative material relating to PC diagnosis and treatment (e.g. the physiology of PC and the mechanics and treatment of sexual dysfunction). Each week, participants were encouraged to practice physical activities on a daily basis.

Statistical Analysis

All statistical analyses were performed using the SPSS software package (version 12.0; SPSS Inc., Chicago, IL). Differences in all variables were compared between the beginning and end of the study by means of Student's t test for paired samples. Multiple analyses was carried out by stepwise multiple linear regression following bivariate Pearson's correlation analysis. The variables presenting significant differences were taken as dependent variables and were tested against age, hypertension, work/retirement, alcohol addiction, attitude towards cancer, attitude towards surgery, sexual satisfaction and future plans. In all cases statistical significance was taken to have been attained when $p \leq 0.05$.

Results

The study participants were 30 men who had undergone radical prostatectomy for localized PC within the past 24 months. Most of them were Caucasians (66.7%), followed by Negroids (30.0%). The mean age was 62.5 years (sd = 7.2 years). The yearly household income for 86.7% of the participants was under \$100.00, and 83.3% of them had only attended up to four years of regular school.

The mean time elapsed from surgery to attending the behavioral group intervention was 14.8 months (sd = 6.2; median = 16.5), and for 63.3% of the patients, this time exceeded 12 months. There was no significant correlation between this time and the predictor variables (Table 1).

Table 1- Correlation coefficients for time elapsed from surgery to behavioral group-based therapy.

| Variable | n | months | p |
|---------------------------|----|--------|-------|
| ED | 30 | 11.2 | 0.555 |
| General health perception | 30 | 14.8 | 0.436 |
| UI impact | 30 | 14.8 | 0.434 |

General health perception scores decreased by the end of the study ($p = 0.000$), as did the urinary incontinence impact (UI) score ($p=0.023$), thus denoting improvement of both factors. The difference in UI impact scores correlated negatively and significantly with both age ($p = 0.04$) and work/retirement ($p = 0.05$). Multiple stepwise regression showed that age was the most important variable ($r^2 = 26.0\%$). Considering age and work/retirement simultaneously, there was an increase of 10.3% ($r^2 = 36.3\%$). Erectile dysfunction (ED) increased by the end of the study ($p = 0.000$), and the difference between the ED scores correlated positively and significantly with sexual satisfaction alone ($p = 0.029$), which signifies that previous sexual satisfaction had a positive influence over erectile dysfunction ($r^2 = 15.8\%$).

Table 2 shows the mean values for the above predictor variables, and the p values for the difference between before and after the treatment.

Table 2- Comparison of mean values for the predictor variables between the beginning and end of behavioral group-based therapy.

| Variable | Before treatment | | After treatment | | p |
|----------------------------------|------------------|-----|-----------------|-----|-------|
| | Mean | sd | Mean | sd | |
| ED | 9.7 | 0.9 | 13.2 | 1.1 | 0.000 |
| General health perception | 43.3 | 2.9 | 30.0 | 3.0 | 0.000 |
| UI impact | 37.8 | 6.1 | 26.7 | 4.9 | 0.023 |

Discussion

This study analyzed the extent to which 24-week group-based behavioral therapy improved QoL among men treated for PC. Prior work has reported the efficacy of psychosocial interventions in reducing distress and negative effects, as well as improving QoL, among various cancer populations.^{10,11} Almost all studies have been conducted primarily among women, following treatment for breast carcinoma. Recent research has shown the effectiveness of psychoeducational interventions in improving coping skill and, to a lesser extent, improving sexual functioning¹² among men with PC. Lepore⁸ reported that men participating in six-week multimodal intervention improved across several indices, including mental health and perceived control, and reduced their interpersonal conflicts and distress associated with cancer-related intrusive thoughts. Although these studies have begun to suggest that psychosocial interventions are beneficial in this population, randomized studies tailored to target stress-management skills for coping with treatment sequelae and improving general QoL have been limited. Moreover, mechanisms through which psychosocial interventions may improve QoL among men treated for PC remain to be identified.

Previous work has suggested that the sequelae of PC treatment appear to have little impact on general QoL¹³, despite the fact that men indicate that they are distressed and bothered by treatment-related impairments.^{14,15} Several studies have tried to address this disparity and have suggested that men may minimize the impact of PC on their daily life.¹⁶ A large proportion of men with poor functioning, characterized by decreased urinary, or erectile functioning, report that this is no problem or only a very small problem. Thus, although they may leak urine daily or more often, or have no erections, these patients appear to have made a successful adjustment to these stressors. Alternatively, they want it to appear to themselves and others that they are successfully dealing with the problem. It is known that men also tend to deny or downplay problems so as to avoid burdening others or being perceived as needy or vulnerable, thereby reducing or avoiding negative effects, and maintaining a positive self-image.¹⁷ Despite the fact that these strategies may be successful and may lead to the appearance of adequate QoL, it also may be true that such cognitive, affective, and behavioral strategies have significant, albeit hidden, consequences (e.g. unexpressed negative effects, such as anger, social isolation, etc). Consequently, we have tested the efficacy of intervention designed to improve QoL by providing coping skills training.

In the current study, we found that participation in our behavioral group-based therapy was associated with significant improvements in general QoL. The lack of correlation between time elapsed from surgery to the beginning of treatment and the predictor variables makes it likely that it can be concluded that the improvement herein described is due mostly to the effect of group-based psychosocial intervention, rather than natural evolution over time.

Several limitations to the present study are worth noting. Although our hypotheses were supported statistically, this study was based on a relatively small sample size measured over a nine-month period (pre-intervention to post-intervention assessment time points), which limits the ability to generalize from our findings. Future studies should aim to replicate these findings among larger samples studied over longer periods of time with a more adequate sample size. It is essential that future studies address the long-term impact of psychosocial interventions on QoL and disease processes, in order to establish the

clinical significance of the benefits of such interventions among a growing number of men treated for PC.

References

1. Litwin MS. Measuring health related quality of life in men with prostate cancer. *J Urol*.1994;152:1882-87.
2. Neulander EZ, Soloway MS. Failure after radical prostatectomy. *Urology* 2003; 61:30-36.
3. Spiegel D, Yalom ID. A support group for dying patients. *Int J Group Psychother*.1978; 28:233-45.
4. Fawzy FI, Fawzy NW, Huym CS, Weeler JF. Brief coping oriented therapy for patients with malignant melanoma. In: Spira JL, editor. *Group therapy for medically ill patients*. New York: Guilford Press, 1997:133-164.
5. Meyer TJ, Mark, MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol*.1995; 14:101-108.
6. Rehse B, Pukrop R. Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published control outcomes studies. *Patient Educ Counsel*. 2002;1658:1-8.
7. Mishel MH, Belyea M, Germino BB, et al. Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects. *Cancer*.2002; 94:1854-1866.
8. Lepore SJ. A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In: Baum A, Andersen BL, editors. *Psychosocial interventions in cancer*. Washington, DC: American psychological Association. 2001; 99-116.
9. Yalom, ID. *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books, 1983.
10. Sheard T, Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer*. 1999; 80:1770-80.

11. Rehse B, Pukrop R. Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta-analysis of 37 published control outcome studies. *Patient Educ Counsel.* 2002;1658: 1-8.
12. Mishel MH, Belyea M, Germino BB, et al. Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects. *Cancer.*2002; 94: 1854-66.
13. Eton DT, Lepore SJ. Prostate cancer and health-related quality of life: a review of the literature. *Psychooncology.* 2002;11: 307-26.
14. Schover LR, Foulat RT, Warneke CL, et al. Defining sexual outcomes after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer.* 2002: 95:1773-85.
15. Wei JT, Dunn RL, Sandler HM, et al. Comprehensive comparison of health-related quality of life after contemporary therapies for localized prostate cancer. *J Clin Oncol.* 2002; 20:557-66.
16. Hoffman RM, Hunt WC, Gilliland FD, Stephenson RA, Podosky AL. Patient satisfaction with treatment decisions for clinically localized prostate carcinoma: results from the prostate cancer outcomes study. *Cancer.* 2003; 97:1653-62.
17. Kosberg JI. The invisibility of older men in gerontology. *Gerontol Geriatr Educ.* 2002; 22: 27-42.



4- CONCLUSÃO GERAL

Terapia Comportamental em Grupo com duração de 24 semanas, aplicada a pacientes submetidos à prostatectomia radical para tratamento do câncer de próstata mostrou-se eficaz na melhora da percepção dos mesmos sobre a sua IU, DE e Qualidade de Vida Geral.



5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS P, CARDOZO L, FALL M, GRIFFITHS D, ROSIER, PULMSTEN, U et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21:167-78.

BROOME BAS. The impact of urinary incontinence on self-efficacy and quality of life. *Health and Quality of Life outcomes* 2003; 1:35.

CARVALHO MMMJ (Coordenadora), PARAHYBA EM, PERINA EM, MARTINS DO VALLE ER, WANDERLEY KS, Gimenes MGG. *Introdução a Psiconcologia*. Campinas. Editora Livro Pleno; 1994.

DUBBELMAN YD, DOHLE GR, SCHODER FH. Sexual function before and after radical retropubic prostatectomy: a systematic review of prognostic indicators for a successful outcome. *Eur Urol* 2006 [Epub ahead of print].

GEARY ES, DEDINGER TE, FREIHA FS, STAMEY TA. Nerve-sparing radical prostatectomy: a different view. *J Urol* 1995;154:145-9.

GUGLIOTA A. Qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer localizado de próstata, tratados com prostatectomia radical e radioterapia. (Tese de Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP, Campinas; 2001.

HOLLAND MD, SHELDON, L. *The Human Side of Cancer*. USA. HarperCollins Publishers; 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Estimativa 2006 – Incidência de Câncer no Brasil - INCA

Disponível em: <http://www.inca.gov.br>

KAPLAN HS. *A Nova Terapia do Sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais*. Tradução: SILVA OB. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1997.

LEPORE SJ. A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In: Baum A, Andersen BL, Editors. Psychosocial interventions in cancer. Washington DC: American psychological Association; 2001:99-116.

LIBERMAN A. Estudo da qualidade de vida em pacientes com urgência hipertensiva. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Ciências Médicas. PUC-Campinas; 2001.

LITWIN MS. Measuring health related quality of life in men with prostate cancer. J Urol 1994;152:1882-87.

MISHEL MH, BELYEA M, GERMINO BB, et al. Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects. Câncer 2002. 94:1854-66.

PENEDO FJ, DAHN JR, MOLTON I, et al. Cognitive – Behavioral Management Improvers Stress – Management Skills and Quality of Life in Men Recovering from Treatment of Prostate Carcinoma. American Cancer Society 2003. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).

REHSE B, PUKROP R. Effects of psychological interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published control outcomes studies. Patients Educ Counsel 2002; 1658:1-8.

REIS F, NETTO NR, REINATO JÁ, THIEL M, ZANI E. The impact of prostatectomy and brachytherapy in patients with localized prostate cancer. Int Urol Nephrol 2004. 36(2):187-90.

RIMM DC, MASTERS JC. Terapia Comportamental. São Paulo. Editora Manole; 1983.

ROSE SD. Group therapy. A behavioral approach. New Jersey. Prentice-Hall, Inc; 1977.

SHEARD T, MAGUIRE P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. Br J Cancer 1999; 80:1770-80.

SCHOVER LR, FOULADI RT, WARNEKE CL et al. Defining sexual outcomes after treatment for localized prostate carcinoma. Cancer 2002; 95:1773-85.

SPIEGEL D, YALOM ID. A support group for dying patients. *Int J Group Psychother* 1978; 28:233-45.

SWITHINBANK LV, ABRAMS P. The impact of urinary incontinence on the quality of life of women. *World J Urol* 1999; 17:225-9.

TAMANINI JTN. Tradução, Confiabilidade e Validade do “King’s Health Questionnaire” para a Língua Portuguesa em Mulheres com Incontinência Urinária. (Tese de Mestrado) Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP, Campinas; 2002.

TESTA MA, SIMONSON DC. Assessment of quality of life outcomes. *N. Engl J Med* 1996; 334(13):835-40.

WINGO PA, TONG T, BOLDEN S. Cancer Statistics. *Cancer J Clin* 1995; 45:8-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL) ASSESSMENT: position paper from world Health Organization. *Social Science and Medicine* 1995; 41:1043 -49.

YALOM ID. *The theory and practice of group psychotherapy*. USA. Basic Books; 1983.



6- ANEXOS

Anexo 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido

Soube da pesquisa chamada “IMPACTO DA TERAPIA COMPORTAMENTAL DE GRUPO NA QUALIDADE DE VIDA (Qo1) DE PACIENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA E DISFUNÇÃO ERÉTIL APÓS PROSTATECTOMIA RADICAL” durante uma consulta médica. Fui informado que a pesquisa pretende avaliar mudanças na qualidade de vida de pacientes com incontinência urinária e disfunção erétil pós-prostatectomia radical. Sei que responderei a questionários para avaliar Incontinência Urinária, Disfunção Erétil que indicarão minha Qualidade de Vida, antes e após o tratamento. A aplicação desses questionários será feita pela psicóloga responsável pelo estudo. Além disso, participarei semanalmente de um grupo terapêutico, com duração de doze semanas. Entendo que esse tipo de tratamento contribui para compreensão de outros pacientes com o mesmo problema e fui informado que estudos semelhantes têm sido realizados em outros países. Sei que este estudo não oferece nenhum risco, pois o acompanho por psicólogas e pelo médico que dispensará a medicação. Fui informado pelos responsáveis pela pesquisa que as informações dadas por mim serão tratadas com sigilo e que meus dados pessoais não serão divulgados. Posso solicitar minha saída do estudo, a qualquer momento, sem que isso ocasione danos ao meu tratamento no Ambulatório de Uro-Oncologia ou em qualquer dependência dessa instituição. Como participante, posso pedir esclarecimento de qualquer dúvida referente aos aspectos relacionados à pesquisa e o pesquisador compromete-se a fornecer todas as respostas possíveis.

Declaro ter lido e concordado com o presente consentimento.

DADOS DO PACIENTE :

Número o registro hospitalar: _____

Nome: _____

Idade: _____ Nascimento: _____ RG: _____

Endereço: _____

RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA :

Orientador: _____ Fone: _____

Pesquisadora: _____ Fone: _____

Reclamação ou recurso de pacientes, ligar para: Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP:(19) 3788-8936.

Local e data: _____

Assinatura do paciente : _____

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____

Anexo 2 - Entrevista inicial

Data: _____ Data da cirurgia: _____

H.C.: _____ Idade: _____

Etnia: B () N () O ()

Estado Civil: _____

Profissão: _____

Grau de Instrução:

1º grau: ()

2º grau: ()

3º grau: ()

Nível sócio-econômico em salários-mínimos:

Até 2 SM () Até 10 SM ()

Até 5 SM () Até 20 SM ()

Tem problemas cardíacos? Sim () Não ()

Tem Diabete Mellito (DM)? Sim () Não ()

Qual(is) é(são) seu(s) problema(s) de saúde?

1. Profissionalmente: Ativo () Inativo ()

2. Causas da Inatividade:

Médicas ()

Aposentado ()

Sem atividade profissional ()

Desempregado ()

Outras ()

3. Fuma ? Sim () Não ()

4. Já consumiu bebida alcoólica em algum período ? Sim () Não ()

5. Ocorrência de sintomas do problema atual:

Menos de 2 meses () 2 a 12 meses () Mais de 12 meses ()

Ou há quanto tempo ? _____

6. Há atividade sexual atualmente ? Sim () Não ()

7. Qual tem sido sua atitude frente à doença ?

Aceitação () Negação ()

8. Quanto à notícia: Surpresa () Esperada ()

9. Quanto à atitude diante desta cirurgia:

Aceitação () Não-aceitação ()

10. Cirurgias anteriores? Sim () Não ()

Quais:

11. Aqui no hospital, o que mais o preocupa ?

Cirurgia () Cicatriz () Dores () UTI/UPO ()
Equipe () Tubos () Idéia de morte ()
Outras coisas () Quais:

12. Como tem sido o seu relacionamento com a equipe?

Ótimo () Bom () Regular () Ruim ()

13. O(a) Sr.(a) se incomoda em:

Estar dependente: Sim () Não ()
Estar sendo cuidado: Sim () Não ()
Estar com desconhecidos: Sim () Não ()

14. Como pretende se cuidar a partir de agora ?

15. Houve perdas familiares (de pessoas próximas) nos últimos 2 anos?

Sim () Não () Mãe () Pai () Esposo(a) ()
Filho(a) () Irmão(ã) () Outras pessoas ()

16. Quais acontecimentos/fatos considera mais importantes, positivos e/ou negativos, como destaques em sua história de vida ?

17. Costuma expressar suas emoções/sentimentos ?

Sim () Não () Algumas(uns) () Apenas uma ()

18. Quais expressa mais facilmente ?

Amor () Tristeza () Raiva () Alegria ()

Desconfiança () Irritabilidade () Esperança ()

Outras () Quais? _____

19. Nos relacionamentos, costuma tentar melhorar o que não está bom ?

Sim () Não ()

20. Quais as mudanças que considera mais importantes em sua história de vida?

Fale-me um pouco sobre elas

21. Religião:

É praticante ? Sim () Não ()

22. O que costuma deixá-lo angustiado ou ansioso, em peral ?

23. Quando sente angústia/ansiedade ela é acompanhada de reações físicas/fisiológicas ?

Sim () Não ()

24. Caso sim, quais ?

Alterações de PA () Dores de cabeça ()

Alterações no ritmo cardíaco () Distúrbios intestinais ()

Insônia ()

Outras () Quais? _____

25. O(a) Sr. (a) tem planos para o futuro? Sim () Não ()

Anexo 3 - King's health questionnaire (KHQ)

Versão validada para Língua Portuguesa.

PARTE I

1. Como você descreveria sua saúde atualmente?

1: Muito boa

2: Boa

3: Regular

4: Ruim

5: Muito ruim

2. Quanto você acha que o seu problema de bexiga afeta sua vida?

1: Nem um pouco

2: Um pouco

3: Moderadamente

4: Muito

PARTE II

3. Limitações de Atividades Diárias

3a. Quanto o seu problema de bexiga afeta seus afazeres domésticos como limpar a casa, fazer compras, etc...?

1: Não afeta

2: Um pouco

3: Moderadamente

4: Muito

3b. Seu problema de bexiga afeta seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa?

1: Não afeta

2: Um pouco

3: Moderadamente

4: Muito

4. Limitações Físicas

4a. Seu problema de bexiga afeta suas atividades físicas como andar, correr, praticar esportes, fazer ginástica, etc...?

1: Não afeta

2: Um pouco

3: Moderadamente

4: Muito

4b. Seu problema de bexiga afeta suas viagens?

1: Não afeta

2: Um pouco

3: Moderadamente

4: Muito

5. Limitações Sociais

4c. Seu problema de bexiga limita sua vida social?

1: Não limita

2: Um pouco

3: Moderadamente

4: Muito

4d. Seu problema de bexiga limita seu encontro ou visita a amigos?

1: Não limita

2: Um pouco

3: Moderado

4: Muito

6. Relações Pessoais

5a. Seu problema de bexiga afeta o relacionamento com seu parceiro?

0: Não aplicável

1: Nem um pouco

2: Um pouco

3: Moderadamente

4: Muito

5b. Seu problema de bexiga afeta sua vida sexual?

0: Não aplicável

1: Nem um pouco

2: Um pouco

3: Moderadamente

4: Muito

5c. Seu problema de bexiga afeta sua vida familiar?

0: Não aplicável

1: Nem um pouco

2: Um pouco

3: Moderadamente

4: Muito

7. Emoções

6a. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta deprimida?

1: Nem um pouco

2: Um pouco

3: Moderadamente

4: Muito

6b. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta ansiosa ou nervosa?

1: Nem um pouco

2: Um pouco

3: Moderadamente

4: Muito

6c. Seu problema de bexiga a faz sentir-se mal com você mesma?

1: Nem um pouco

2: Um pouco

3: Moderadamente

4: Muito

8. Sono e Disposição

7a. Seu problema de bexiga afeta seu sono?

1: Nunca

2: Às vezes

3: Frequentemente

4: Todas as noites

7b. Você se sente esgotada ou cansada?

1: Nunca

2: Às vezes

3: Frequentemente

4: O tempo todo

9. Medidas de Gravidade

Você faz alguma das seguintes coisas? E se faz, quanto?

8a. Você usa forros ou absorventes para se manter seco?

1: Nunca

2: Às vezes

3: Frequentemente

4: O tempo todo

8b. Toma cuidado com quantidade de líquidos que bebe?

1: Nunca

2: Às vezes

3: Frequentemente

4: O tempo todo

8c. Troca suas roupas íntimas quando elas estão molhadas?

1: Nunca

2: Às vezes

3: Frequentemente

4: O tempo todo

8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar urina?

1: Nunca

2: Às vezes

3: Frequentemente

4: O tempo todo

8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?

1: Nunca

2: Às vezes

3: Frequentemente

4: O tempo todo

PARTE III

Gostaríamos de saber quais são seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você. Da lista que vou ler a seguir, escolha somente aqueles que você apresenta atualmente. Exclua os problemas que não se aplicam a você.

Quanto que os problemas afetam você?

Frequência (ir ao banheiro para urinar muitas vezes)

1: Um pouco

2: Moderadamente

3: Muito

Noctúria (levantar à noite para urinar)

1: Um pouco

2: Moderadamente

3: Muito

Urgência (um forte desejo de urinar e difícil de segurar)

1: Um pouco

2: Moderadamente

3: Muito

Urge-incontinência (vontade muito forte de urinar, com perda de urina antes de chegar ao banheiro)

1: Um pouco

2: Moderadamente

3: Muito

Incontinência urinária de esforço (perda urinária que ocorre durante a realização de esforço físico como tossir, espirrar, correr, etc...)

1: Um pouco

2: Moderadamente

3: Muito

Enurese noturna (urinar na cama, à noite, durante o sono)

1: Um pouco

2: Moderadamente

3: Muito

Incontinência durante relação sexual (perda urinária durante a relação sexual)

1: Um pouco

2: Moderadamente

3: Muito

Infecções urinárias freqüentes

1: Um pouco

2: Moderadamente

3: Muito

Dor na bexiga

1: Um pouco

2: Moderadamente

3: Muito

Dificuldade para urinar

1: Um pouco

2: Moderadamente

3: Muito

Você tem alguma outra queixa? Qual?

1: Um pouco

2: Moderadamente

3: Muito

Anexo 4 – International Index of Erectile Function (IIEF-SF)

Versão validada para a Língua Portuguesa.

O IIEF-SF tem um alto grau de sensibilidade para medir mudanças na função sexual em resposta a tratamentos. As perguntas são sobre a função sexual nos últimos 6 meses.

| | Contagem | | | | |
|--|----------------------|--|---|---|------------------------|
| Sobre os seis meses passados: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Como você classificaria sua confiança em conseguir e manter uma ereção? | Muito baixa | Baixa | Moderada | Alta | Muito alta |
| Quando você teve ereções após estímulo sexual, com que frequência suas ereções foram rígidas o suficiente para a penetração (você penetrou sua companheira)? | Quase nunca ou nunca | Poucas vezes (muito menos do que a metade das vezes) | Algumas vezes (cerca de metade das vezes) | Na maioria das vezes (mais da metade das vezes) | Sempre ou quase sempre |
| Durante a relação sexual, com que frequência você foi capaz de manter a ereção após ter penetrado sua companheira? | Quase nunca ou nunca | Poucas vezes (muito menos do que a metade das vezes) | Algumas vezes (cerca de metade das vezes) | Na maioria das vezes (mais da metade das vezes) | Sempre ou quase sempre |
| Durante a relação sexual, qual foi o seu grau de dificuldade para manter a ereção e completar a relação sexual? | Extremamente difícil | Muito difícil | Difícil | Pouco difícil | Não foi difícil |
| Quando você tentou ter uma relação sexual, com que frequência ela foi satisfatória para você? | Quase nunca ou nunca | Poucas vezes (muito menos do que a metade das vezes) | Algumas vezes (cerca de metade das vezes) | Na maioria das vezes (mais da metade das vezes) | Sempre ou quase sempre |
| A contagem IIEF-5 é a soma das perguntas 1 a 5. A contagem mais baixa é 5 e contagem mais elevada 25. Se a pontuação for menor ou igual a 21, você pode estar com a função sexual insatisfatória | | | | | |
| * Extraído do Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil, 1996 | | | | | |

Legenda da Tabela Dados Demográficos

Etnia

1 – Branco

2 – Negro

3 – Outros

Escolaridade

1 – 1º Grau

2 – 2º Grau

3 – 3º Grau

Nível Econômico

1 – Até 2 SM

2 – Entre 3 e 5 SM

3 – Entre 6 e 10 SM

4 – Entre 11 e 20 SM

Hipertensão

0 – Não

1 – Sim

Diabetes

0 – Não

1 – Sim

Profissional Ativo

0 – Não

1 – Sim

Tabagismo

0 – Não

1 – Sim

Alcool

0 – Não

1 – Sim

Atitude CA

0 – Negação

1 – Aceitação

Atitude Cirurgia

0 – Negação

1 – Aceitação

Satisfação Vida

0 – Não

1 – Sim

Satisfação Parceira

0 – Não

1 – Sim

Satisfação Intimidade

0 – Não

1 – Sim

Satisfação Sexual

0 – Não

1 – Sim

Expressa Emoções

0 – Não

1 – Sim

Anexo 6- Variáveis Estudadas

1- Variáveis significativas

| Variável | Pré-tratamento | | Pós-tratamento | | P |
|---|----------------|-----|----------------|-----|-------|
| | Média | sd | Média | sd | |
| Percepção Geral da Saúde | 43,3 | 2,9 | 30,0 | 3,0 | 0,000 |
| Impacto da Incontinência Urinária | 37,8 | 6,1 | 26,7 | 4,9 | 0,023 |
| Melhora na Função Erétil | 9,7 | 0,9 | 13,2 | 1,1 | 0,000 |
| Limitações Sociais | 16,3 | 4,0 | 5,9 | 3,9 | 0,003 |
| Incontinência Urinária Durante a Relação sexual | 27,8 | 6,6 | 10,0 | 4,0 | 0,002 |
| Dificuldade para urinar | 12,2 | 3,7 | 2,2 | 1,5 | 0,010 |

2-Variáveis Não Significativas

| Variável | Pré-tratamento | | Pós-tratamento | | P |
|-----------------------------------|----------------|-----|----------------|-----|-------|
| | Média | sd | Média | sd | |
| Limitações das Atividades Diárias | 21,4 | 5,2 | 14,8 | 4,1 | 0,088 |
| Limitações Físicas | 26,7 | 5,6 | 23,3 | 4,9 | 0,423 |
| Relações Pessoais | 14,4 | 5,1 | 7,3 | 7,0 | 0,234 |
| Emoções | 16,7 | 4,8 | 12,8 | 4,4 | 0,297 |
| Sono e Disposição | 30,6 | 5,1 | 31,1 | 4,3 | 0,919 |
| Medidas de Gravidade | 34,2 | 6,1 | 29,0 | 5,0 | 0,240 |
| Freqüência Miccional | 49,0 | 4,1 | 43,4 | 4,2 | 0,287 |
| Noctúria | 46,6 | 3,8 | 41,0 | 3,1 | 0,202 |
| Urgência Miccional | 41,1 | 5,2 | 33,3 | 4,5 | 0,165 |
| Urgência e Incontinência | 27,6 | 5,6 | 18,9 | 4,4 | 0,161 |
| Incontinência Urinária de Esforço | 45,5 | 7,0 | 40,0 | 5,8 | 0,305 |
| Enurese Noturna | 12,2 | 3,7 | 8,9 | 4,3 | 0,264 |
| Infecções Urinárias Freqüentes | 6,7 | 2,9 | 7,8 | 4,1 | 0,769 |
| Dor na Bexiga | 14,4 | 3,5 | 6,7 | 2,9 | 0,050 |

Anexo 5 - Tabela Dados Demográficos

| Paciente | Idade | Etnia | Escolaridade | Nível Econ. | Hipertensão | Diabetes | Prof. Ativo | Tabag. | Alcool | Atitude CA | Atitude Cirurgia | Satisfação Vida | Satisfação Parceira | Satisfação Intimidade | Satisfação Sexual | Expressa Emoções |
|----------|-------|-------|--------------|-------------|-------------|----------|-------------|--------|--------|------------|------------------|-----------------|---------------------|-----------------------|-------------------|------------------|
| 1 | 63 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 2 | 65 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 3 | 70 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 4 | 61 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 5 | 66 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 6 | 59 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 7 | 46 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 8 | 66 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 9 | 66 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | 48 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 11 | 56 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 12 | 54 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 13 | 68 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 14 | 66 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15 | 60 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 16 | 62 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 17 | 63 | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 |
| 18 | 55 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 19 | 75 | 1 | 3 | 3 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 20 | 77 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 21 | 65 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 22 | 55 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 23 | 70 | 1 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 24 | 67 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 25 | 58 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 26 | 59 | 1 | 3 | 4 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 27 | 66 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 28 | 57 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 29 | 61 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 30 | 72 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |