



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

WALKER WENDELL LARANJA

**IMPACTO BIOPSISSOCIAL DA INDICAÇÃO,
PROCEDIMENTO E RESULTADO DA BIÓPSIA DE
PRÓSTATA**

CAMPINAS

2016

WALKER WENDELL LARANJA

**IMPACTO BIOPSISSOCIAL DA INDICAÇÃO, PROCEDIMENTO E
RESULTADO DA BIÓPSIA DE PRÓSTATA**

*Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Mestre em Ciências.*

ORIENTADOR: Prof. Dr. Leonardo Oliveira Reis

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO
ALUNO WALKER ENDELL LARANJA, ORIENTADO PELO
PROF. DR. LEONARDO OLIVEIRA REIS.

CAMPINAS

2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências
Médicas Maristella Soares dos Santos -
CRB 8/8402

L32i Laranja, Walker Wendell, 1973-
Impacto biopsicossocial da indicação, procedimento e resultado da biópsia de próstata / Walker Wendell Laranja. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Leonardo Oliveira Reis.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Neoplasias da próstata. 2. Biópsia. 3. Biomedicina. 4. Subjetividade. I. Reis, Leonardo Oliveira, 1978-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Biopsychosocial impact of prostate biopsy a prospective study

Palavras-chave em inglês:

Prostatic neoplasms

Biopsy

Biomedicine

Subjectivity

Área de concentração: Fisiopatologia Cirúrgica

Titulação: Mestre em Ciências **Banca examinadora:**

Leonardo Oliveira Reis [Orientador]

Claudio Saddy Rodrigues Coy

Sidney Glina

Data de defesa: 02-02-2016

Programa de Pós-Graduação: Ciências da Cirurgia

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

WALKER WENDELL LARANJA

ORIENTADOR: PROF. DR. LEONARDO OLIVEIRA REIS

MEMBROS:

- 1. PROF. DR. LEONARDO OLIVEIRA REIS**
- 2. PROF. DR. CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY**
- 3. PROF. DR. SIDNEY GLINA**

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

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: DATA DA DEFESA 02/02/2016

Dedico este trabalho:

À minha esposa Simone, por sua constante cooperação, apoio, incentivo e amor que permeiam toda nossa vida.

Às minhas filhas Rebeca e Leticia, por serem a maior motivação em minha vida para romper paradigmas sociais e buscar um futuro melhor.

À minha mãe Aparecida, por ser um exemplo na busca constante pelo conhecimento.

Ao meu pai Sebastião, por mostrar em sua vida que a perseverança rompe barreiras.

Aos meus irmãos Walkiria, Valéria, Elber, Rosimeire, Moisés e João pelo incentivo.

À minha sogra Sandra, por ser parte integrante de nosso cotidiano nos possibilitando alcançar vitórias.

Aos meus sobrinhos Thaís, Suellen, Julie Anne, Alysson, Michel, Caio, Murilo e Laís, por serem joias sempre presentes ao maravilhoso círculo chamado família.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Leonardo Oliveira Reis, por acreditar em meu potencial, incentivar, orientar, compartilhar seu conhecimento e vibrar com cada avanço.

Ao Dr. João Carlos Cardoso Alonso, por incentivar e possibilitar o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Dr. Fabiano André Simões, por participar da Banca de Qualificação, por seu incentivo e colaboração em aprimorar esse trabalho.

Ao Dr. Joaquim Murray Bustorff, por participar da Banca de Qualificação, por sua colaboração no aprimoramento desse trabalho.

Aos Drs. Ronald Finamor Rejowski, Fábio Guimarães, Adriano Cintra e Juliano Cesar Moro, pelo incentivo, colaboração e amizade.

A Dra. Cristina Terzzi, por acreditar, incentivar e por sua amizade mesmo a distância.

Ao Serviço de Estatística da FCM - Unicamp, na pessoa de Juliana Passos.

À Prefeitura Municipal de Paulínia, Secretaria de saúde e comissão de ética do HMP, por permitirem, apoiarem e possibilitarem o desenvolvimento desse trabalho.

Aos funcionários do HMP, Marta e Maisa pela amizade e incentivo.

A todos os pacientes que aceitaram participar desse trabalho.

A minha esposa Simone, por ser parceira em todos os momentos.

A minha sobrinha Laís por cooperar na organização dos dados.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o impacto biopsicossocial nos momentos da indicação, procedimento e resultado da biópsia de próstata. Temos como hipótese que fatores desencadeantes de estresse e suas consequências orgânicas ocorrem de forma diferente nos três momentos.

Métodos: Biópsia prostática foi oferecida a 56 pacientes consecutivos com antígeno prostático específico (PSA) > 4 ng/ml ou toque retal (TR) suspeito, sendo 16 re-biópsias. Em 3 momentos: T0 (pré-biópsia), T1 (20 dias após a biópsia, antes do resultado da mesma) e T2 (40 dias após a biópsia) foram aplicados questionários validados de função erétil (IIEF-5), função miccional (IPSS), escalas de BECK de ansiedade (BAI), desesperança (BHS) e depressão (BDI), qualidade de vida (SF-36), além de Termômetros Emocionais (5 escalas visuais refletindo sofrimento emocional, ansiedade, depressão e necessidade de ajuda). Para a comparação entre momentos e variáveis foram utilizados os testes de Friedman, Mann-Whitney e a correlação entre os instrumentos avaliada pelo método de Spearman.

Resultados: Nove pacientes perderam seguimento, sendo 47 avaliados em T0 e T1, e 18 pacientes em T0, T1 e T2. Não houve impacto significativo nas funções erétil e miccional ao longo das avaliações. Porém, observamos menores escores de saúde mental (SF-36) e maiores índices de ansiedade (BAI) no T0 ($82,38 \pm 14,91$ e $5,85 \pm 8,03$) comparada T1 ($86,85 \pm 11,32$ e $3,64 \pm 3,12$), $p=0,0013$ e $p=0,0214$, respectivamente. No T0, em relação àqueles submetidos à primeira biópsia, pacientes em re-biópsia apresentaram maior sofrimento emocional ($3,1 \pm 3,0$ vs. $1,6 \pm 2,3$), $p=0,043$ e revolta ($2,3 \pm 3,3$ vs. $0,9 \pm 2,4$), $p=0,036$ nas escalas dos termômetros emocionais. No T2, pacientes com biópsias positivas ou negativas para

CaP não apresentaram diferença significativa nos escores. A correlação de Spearman foi significativa e forte entre saúde mental (SF-36) e ansiedade (BAI), $r_s = -0,65$, $p < 0,0001$ e moderada entre saúde mental (SF-36) e sofrimento emocional (termômetro) $r_s = -0,42$, $p < 0,0001$ e entre saúde mental (SF-36) e revolta (termômetro) $r_s = -0,45$, $p < 0,0001$. O poder da amostra foi $> 90\%$.

Conclusões: Esse estudo suporta a hipótese de que o maior impacto da biópsia de próstata se dá no momento da indicação, sobretudo nas re-biópsias, com predomínio de efeitos psicológicos.

Descritores:

Neoplasias da próstata, Biópsia, Biomedicina, Subjetividade.

ABSTRACT

Purpose: To explore the burden of prostate biopsy at time of its indication, procedure and pathological report in the prostate cancer-screening scenario that is neglected and underestimated in the literature.

Methods: Prostate biopsy was offered to 56 consecutive patients (16 had undergone a previous biopsy) with prostate specific antigen (PSA) over 4 ng/ml or suspicious digital rectal examination (DRE). Comprehensive validated questionnaires at TIME 0 (pre biopsy, n=56), TIME 1 (before diagnosis, 20 days after biopsy, n=47) and TIME 2 (after diagnosis, 40 days after biopsy, n=18) assessed patients' erectile (IIEF-5) and voiding (IPSS) functions, Beck scales measured anxiety (BAI), hopelessness (BHS) and depression (BDI), SF-36 reflected patients' quality of life added to the emotional thermometers including five visual analogue scales (distress, anxiety, depression, anger and need for help). Mann-Whitney or Friedman tests and Spearman's correlations were obtained among times and studied variables.

Results: Prostate biopsy did not significantly impact patients' erectile and voiding functions. However, lower mental health perception (SF-36) was observed at TIME 1 (82.38 ± 14.91) compared to TIME 2 (86.85 ± 11.32), $p=0.0013$ and higher Beck anxiety index (BAI) at TIME 1 (5.85 ± 8.03) compared to TIME 2 (3.64 ± 3.12), $p=0.0214$ and to TIME 3 (4.22 ± 4.98), $p=0.0178$. At Time 0, patients that experienced a previous biopsy presented higher distress (3.1 ± 3.0 vs. 1.6 ± 2.3) $p=0.043$ and anger thermometer scores (2.3 ± 3.3 vs. 0.9 ± 2.4) compared to those undergoing the first biopsy, $p=0.036$. At Time 2, patients with positive biopsies compared with those with negatives showed no significant difference in outcome scores. Spearman's correlation (r_s) was significant and strong between mental health

perception (SF-36) and BAI, $r_s = - 0.65$, $p < 0.0001$ and moderate between mental health perception (SF-36) and distress, $r_s = - 0.42$, $p < 0.0001$ and anger, $r_s = - 0.45$, $p < 0.0001$. The sample power was $>90\%$.

Conclusions: To be considered in patients' counseling and care, current study supports the hypothesis that the peak burden of prostate biopsy occurs at time of its indication, and might be higher for those experiencing re-biopsy, significantly impacting patients' psychosocial domains.

Key Words:

Prostatic neoplasms, Biopsy, Biomedicine, Subjectivity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Validação do modelo de dois componentes do SF-36.....	24
Figura 2. Fluxograma (Linha do tempo na coleta de dados).....	28
Figura 3. Anatomia do aparelho reprodutor masculino.....	29
Figura 4. Equipamentos e instrumentos utilizados na biópsia de próstata.....	31
Figura 5. Desenho do Estudo.....	32
Gráfico1. Grau de instrução dos pacientes.....	33
Gráfico 2. Resultados de histopatológicos.....	34
Gráfico 3. Frequência de biópsias.....	34
Tabela 1. Comparação: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Dor.....	36
Tabela 2. Comparação: Estado Geral, Vitalidade e aspectos Sociais.....	37
Tabela 3. Comparação: Aspecto Emocional e Saúde Mental.....	38
Tabela 4. Comparação: Termômetros Emocionais.....	39
Tabela 5. Comparação: Escala de Beck.....	40
Tabela 6. Comparação: IPSS e IIEF-5.....	41
Tabela 7. Coeficiente de correlação de Spearman entre os instrumentos.....	41
Gráfico 4. Correlação Spearman (r_s) Revolta x Saúde Mental.....	42
Gráfico5. Correlação Spearman (r_s) Sofrimento Emocional x Saúde Mental.....	43
Gráfico 6. Correlação Spearman (r_s) BAI x Saúde Mental.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HMP: Hospital Municipal de Paulínia

SNC: Sistema nervoso central

SNAS: Sistema nervoso autônomo simpático

IIEF-5: Índice Internacional de Função Erétil 5

IPSS: Escore Internacional de Sintomas Prostáticos

SF-36: Inquérito Médico de Saúde de Forma Curta.

TR: Toque retal

PSA: Antígeno Prostático Específico

CaP: Câncer de próstata

INCA: Instituto Nacional do Câncer

LUTS: Sintomas do trato urinário inferior

DE: Disfunção erétil

BxP: Biópsia de próstata

HPB: Hiperplasia Prostática Benigna

BDI: Inventário de Depressão de Beck

BAI: Inventário de Ansiedade de Beck

BHS: Escala de Desesperança de Beck

BSI: Inventário de Ideação Suicida de Beck

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

DM: Diabetes Mellitus

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	14
1.1- Considerações sobre tumor de próstata.....	14
1.2- Diagnóstico do CaP e a relação com ansiedade.....	15
1.3- Subjetividade e sua interferência na compreensão das doenças.....	17
2 – OBJETIVOS.....	19
3 – PACIENTES E MÉTODOS.....	20
3.1- IIEF-5 (Índice Internacional de Função Erétil – resumido).....	20
3.2 - Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (IPSS).....	21
3.3 - Escalas de Beck.....	22
3.4 - Inquérito Médico em Saúde de Forma Curta (SF-36).....	23
3.5 - Termômetros emocionais.....	25
3.6 - Seleção de Pacientes e Estudo Piloto.....	25
3.7 - Critérios de Inclusão.....	26
3.8 - Critérios de exclusão.....	28
3.9 - Abordagem.....	27
3.10 - Biópsia de Próstata (BxP).....	30
3.11 - Análise Estatística.....	31
4 – RESULTADOS.....	32
4.1 - Resultado dos instrumentos.....	36
5 – DISCUSSÃO.....	45
6 – CONCLUSÕES.....	51
7 – REFERÊNCIAS.....	52
8 – ANEXOS.....	61

1 – INTRODUÇÃO

1.1 – Considerações Sobre Tumor de Próstata

A ocorrência de tumores malignos manifesta-se no mundo todo, e pode suceder em qualquer estágio da vida, apresentando um vasto leque de orientações e tratamentos. Pode ser curado, tornar-se crônico, ou até mesmo, ocasionar óbito (1,2). No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum que acometem os homens. São estimados para 2016, 61.200 novos casos de câncer de próstata (CaP). Em 2013, ocorreram 13.772 óbitos pela doença (3).

Com o aumento na expectativa de vida em todo o mundo, é esperado um conseqüente acréscimo de ao menos 60% no diagnóstico do CaP (3). Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres. Sua taxa de incidência é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento. Mais do que qualquer outro tipo, é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos (3).

No presente estudo, nos debruçamos em compreender a relação que o paciente desenvolve com a possibilidade do diagnóstico da doença, através de uma biópsia de próstata (BxP) e o quanto esse ato interfere em sua vida (4,5).

Considerando a construção cultural e social, o diagnóstico costuma ser interpretado como possibilidade de morte iminente. Ouvir o diagnóstico pelo médico faz com que o paciente entre em contato com a possibilidade e a

proximidade da morte. A notícia sobre um tumor maligno está associada à doença fatal (6,7).

1.2 – O Diagnóstico do CaP e a Relação com a Ansiedade

O diagnóstico do CaP pode representar um fator de estresse psicológico potente que, se suficientemente forte, pode levar à ansiedade com consequente aumento no risco de impactos negativos na recuperação e morte por doenças cardiovasculares, especialmente logo após diagnóstico (8-10).

A ansiedade gera no paciente uma visão ameaçadora do mundo, como se sempre houvesse um risco de as coisas não darem certo, e ou acontecerem de forma catastrófica (11,12). É caracterizada pela condição resultante da presença de um estímulo de forma aversiva com um intervalo de tempo suficiente para que se observem mudanças comportamentais tais como: respostas emocionais, respostas do sistema nervoso autônomo, comportamento de esquiva e interferência no comportamento operante (4,13).

O CaP já foi descrito como algo que “acomete um percentual considerável da população masculina adulta, instala-se num órgão que, além de ser uma espécie de santuário para a população masculina, está relacionado intimamente com a área sexual, física e psicológica do homem” (1,14). Alguns impeditivos para o diagnóstico precoce e consequente tratamento do Câncer estão relacionados aos temores relativos à mutilação e no caso do CaP, pelos riscos de disfunção erétil (DE), e a incontinência urinária (1,15).

Neste contexto, estudos indicam que a BxP não tem um efeito permanente sobre a função erétil. O impacto psicológico de um diagnóstico de

câncer iminente e a experiência da biópsia parecem ter um papel importante na DE transitória após a BxP (16). Porém, alguns pacientes relataram maior ansiedade e DE persistente após a biópsia e se danos locais ou o impacto psicológico foram responsáveis nestes casos, permanece uma questão em aberto (17,18).

A ansiedade poderá ser tratada através de técnicas psicoterapêuticas direcionadas, como aceitação, desenvolvimento de repertório quanto à adesão ao tratamento, e adequação comportamental firmada na positividade, aliviando o estresse psicológico com implicações positivas importantes no processo de enfrentamento da doença, gerando mudanças comportamentais, tais como interrupção de hábitos deletérios como o tabagismo, seja em função do próprio diagnóstico ou como resultado de um contato mais intenso com outros pacientes e profissionais da saúde (19, 20).

Em nosso serviço percebemos empiricamente que quando os pacientes eram convocados para a realização da biópsia, alguns se apresentaram muito ansiosos quanto ao procedimento e diagnóstico. Acentuamos as explicações quanto ao procedimento e variações de resultados do diagnóstico, fato que nos incentivou a entender melhor esse momento através de pesquisa acadêmica, possibilitando uma reflexão sobre nossa abordagem ao paciente, visando um atendimento mais humanizado, minimizando efeitos psicológicos indesejáveis.

1.3 – Subjetividade e sua interferência na interpretação das doenças.

Embora a subjetividade tenha sido atribuída diretamente ao que pertencia intrinsecamente à questão individual do sujeito, quando pensada da perspectiva ontológica, foi considerada uma qualidade nova da psique humana nas condições da cultura, sendo inseparável do desenvolvimento da humanidade. Logo, o objetivo não é antagônico ao subjetivo, mas uma forma específica de objetividade caracterizada por diferentes especificidades de processos humanos (21).

Sendo assim, entendemos que o indivíduo tendo como objetivo, por exemplo, passar por um procedimento de BxP, carrega em sua subjetividade uma história de vida peculiar, com tensões, traumas e experiências que vão interferir de forma diferente ao ser submetido ao procedimento.

Estudos de representações sociais em saúde mostraram que o processo saúde-doença também é resignificado por elementos culturais, sociais e econômicos sendo conseqüentemente compreendido e vivenciado de formas diferentes pelos diferentes atores que dele participam (22).

Seres humanos reagem de formas diferentes frente ao estímulo de estresse, sobretudo os de caráter ameaçador iminente, com liberação de substâncias produzidas pelo sistema nervoso central (SNC) e pelo sistema nervoso autônomo simpático (SNAS), preparando o corpo para luta ou fuga, sendo influenciado ainda pelo sistema límbico e por agentes subjetivos (23,24) como afirma Peniche: "... no que se refere ao ato cirúrgico, é possível supor que a antecipação do evento desencadeará sentimentos e avaliação cognitiva

que, influenciados por diferenças individuais, resultarão em comportamentos peculiares...” (25).

2. – OBJETIVOS

Avaliar o impacto biopsicossocial nos momentos da indicação, procedimento e resultado da biópsia de próstata utilizando as seguintes ferramentas:

- IIEF-5 (função erétil);
- IPSS (função miccional);
- Escalas de Beck - BAI (ansiedade), BHS (desesperança), BDI (depressão);
- SF-36 (qualidade de vida);
- Termômetros emocionais;

Como hipótese, acreditamos que fatores desencadeantes de estresse e suas consequências orgânicas ocorrem de forma diferente nos três momentos.

3. – PACIENTES E MÉTODOS

Estudo prospectivo, longitudinal e observacional, no qual após aprovação no comitê de ética em pesquisa (**CEP, Anexo 6**) foram avaliados pacientes sexualmente ativos, em acompanhamento no Serviço de Urologia do município de Paulínia, submetidos à BxP por via transretal guiada por ultrassonografia.

Visando minimizar conclusões errôneas, realizamos um teste piloto (26), com 5 pacientes que responderam os instrumentos de forma autoaplicável, ou seja, sem a ajuda do pesquisador.

Instrumentos:

- IIEF-5 (função erétil);
- IPSS (função miccional);
- Escalas de Beck - BAI (ansiedade), BHS (desesperança), BDI (depressão);
- SF-36 (qualidade de vida);
- Termômetros emocionais;

Não há instrumento específico ao contexto de biópsia prostática que contemple as variáveis que nos propusemos estudar, assim utilizamos um conjunto de instrumentos para validação dos mesmos.

3.1 – Índice Internacional de Função Erétil (IIEF-5)

Para mensurar a função erétil através de questionário objetivo e reprodutível, Rosen et al. validaram o Índice Internacional de Função Erétil

(IIEF), instrumento idealizado considerando o relacionamento entre homens e suas parceiras (27).

Composto de 15 questões, reunidas em cinco domínios: função erétil, orgasmo, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação geral, as questões têm valor que variam de 0 a 5, e a soma das respostas gera um escore final para cada domínio, quanto maior for o valor do escore, melhor será a qualidade da vida sexual.

O Índice internacional de função erétil 5 (IIEF-5) é um resumo do IIEF, que mantém sua capacidade diagnóstica com apenas 5 questões e escore que variam de 1 a 25 pontos, sendo que o corte ideal dos escores de função erétil é 21. Desta forma, quando um homem marca mais de 21 pontos considera-se como tendo a função erétil normal, caso contrário, fica constatada a disfunção erétil (27).

Com base no escore IIEF-5, a disfunção erétil pode ser classificada em quatro categorias: severa {1-7}, moderada {8-11}, leve a moderada {12-16}, leve {17-21} e função erétil normal {22-25} (Anexo 1). O IIEF foi validado em 32 línguas incluindo o português do Brasil (27,28).

3.2 – Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (IPSS)

O escore internacional de sintomas prostáticos (IPSS), proposto pela Associação Americana de Urologia (AUA) uniformiza a avaliação do paciente portador de sintomas miccionais relacionados ou não à hiperplasia prostática benigna (HPB) (29).

Composto por 7 questões com escores que refletem a intensidade dos sintomas do trato urinário inferior, agrega-se uma oitava questão, que busca avaliar qualidade de vida relacionada a esses sintomas (Anexo 2). Quando somadas as primeiras 7 questões, escores de 0 a 7 indicam sintomas leves, 8 a 19 moderados, e 20 a 35 graves. Este questionário foi validado para a língua portuguesa, sendo amplamente utilizado no Brasil (30).

3.3 – Escalas de Beck

As escalas de Beck são um conjunto de instrumentos, validados também no Brasil, compostos por um inventário de Depressão (BDI), um inventário de Ansiedade (BAI), uma escala de Desesperança (BHS) e um inventário de Idealização Suicida (BSI), sendo que essa última é reservada a pacientes psiquiátricos, fato pelo qual não utilizamos em nosso estudo (**Anexo 3**).

Formuladas para alcançar pacientes entre 17 e 80 anos, podendo ser aplicadas individual ou coletivamente. O tempo para responder as escalas varia de 5 a 10 minutos, podendo ser aplicadas separadamente.

- **BAI:** Composto por uma lista de 21 sintomas com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade, é apresentado para o paciente optar por qual alternativa reflète melhor os seus sentimentos. A soma dos escores identifica o nível de ansiedade. Em sua validação, compõem a seguinte classificação: {0-9} – Mínimo; {10-16} – Leve; {17-29} – Moderado, e {30-63} – Grave (31).

- **BDI:** Apresenta 21 categorias de sintomas e atividades, com 4 alternativas cada um, em ordem crescente do nível de depressão. O paciente

também opta por qual lhe parecer mais apropriada para aquele momento. A soma dos escores identifica o nível de depressão. Em sua validação no Brasil, apresenta a seguinte classificação: {0-13} - Mínimo; {14-19} – Leve; {20-28} - Moderado e {29-63} - Grave (31).

- **BHS:** Engloba 20 itens consistindo em afirmações que envolvem cognições sobre desesperança. O paciente deve concordar ou discordar da afirmação, fato que permite avaliar a extensão das expectativas negativas que o paciente tem com respeito ao futuro imediato e remoto. A soma dos escores identifica o nível de desesperança. Os escores variam de 0 a 20. No Brasil o instrumento foi validado com a seguinte classificação: {0-3} - Mínimo; {4-8} - Leve; {9-14} - Moderado e {15-20} - Grave (31).

3.4 – Inquérito Médico de Saúde de Forma Curta (SF-36)

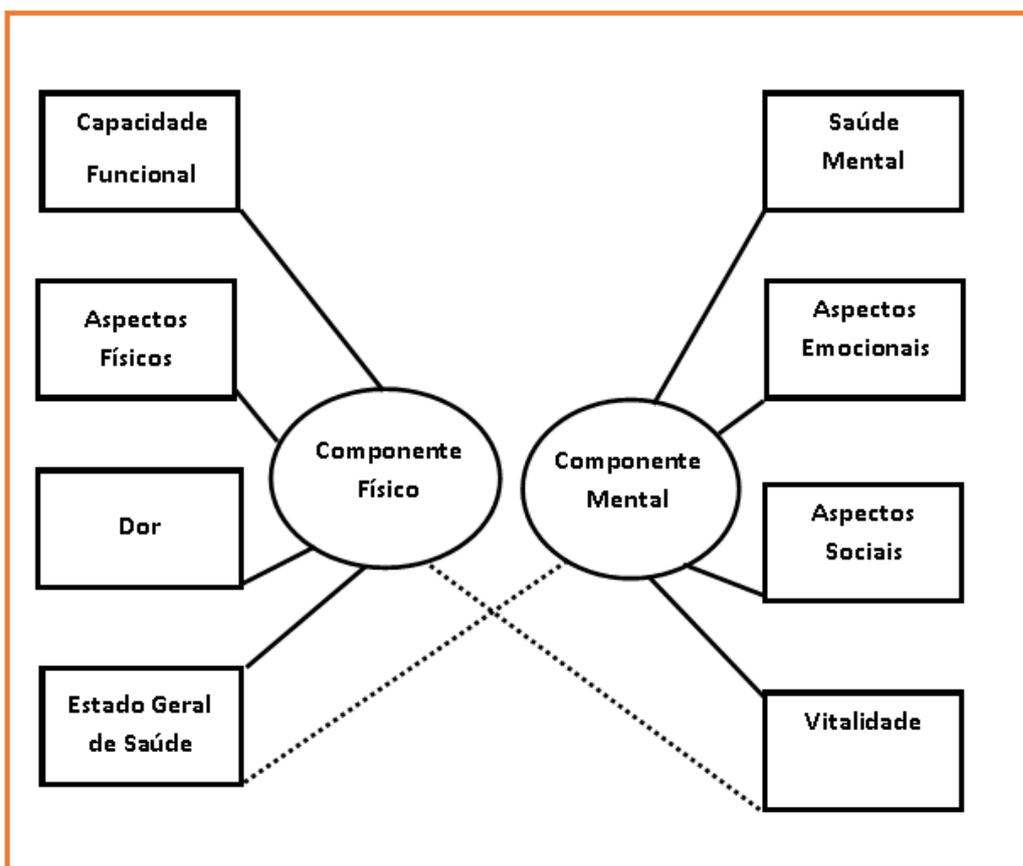
O SF-36 (Inquérito Médico de Saúde de Forma Curta) produz escalas de pontuação condensando medidas físicas e mentais. É muito eficaz na comparação de populações gerais e específicas podendo avaliar o impacto relativo a várias doenças e a qualidade de vida no que tange o estado geral de saúde (32).

Formado por 36 itens que englobam 8 escalas que mensuram: a capacidade funcional (10 itens), a vitalidade (4 itens), aspectos físicos gerais (4 itens), a dor (2 itens), o estado geral de saúde (5 itens), os aspectos sociais (2 itens), questões emocionais (3 itens), e pôr fim a saúde mental (5 itens), **(Figura 1)**.

Para obtenção dos resultados, são somados todos os itens que poderão apresentar valores entre 0 e 100 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor será o estado geral do indivíduo.

O SF-36 foi validado para uso em mais de 40 países, incluindo o Brasil (Anexo 4) (33-35).

Figura 1. Validação do Modelo de Dois Componentes do SF-36: Físico e Mental (Adaptado do original - tradução correspondente em língua portuguesa)



3.5 – Termômetros Emocionais

Os termômetros emocionais são uma forma ampliada do termômetro de estresse (36-38). Inclui 5 escalas visual-analógicas, na forma de 4 domínios de prevenção (Sofrimento Emocional, Ansiedade, Depressão e Revolta) e um de resultado (Necessidade de Ajuda) (39). Cada domínio é cotado numa escala de Likert de 11 pontos no formato visual de um termômetro {0-10}.

Aos entrevistados é apresentado um impresso prático de visualização imediata das cinco variáveis e solicitado que avaliem o grau de alteração emocional que sentiram na última semana, incluindo o dia atual (40). Nas quatro primeiras escalas existem 11 opções de resposta que vão de 0 - “nenhum” a 10 - “extremo”. Na quinta escala, Necessidade de Ajuda, existem 11 opções de resposta que vão desde “consigo resolver sozinho” a “desesperadamente” (**Anexo 5**).

Estes instrumentos, conhecidos como ultracurtos, não devem ser utilizados de forma exclusiva para analisar o estresse e depressão dos pacientes, no entanto, são bastante úteis quando associados a instrumentos complementares (39-42).

3.6 – Seleção de Pacientes e Estudo Piloto

Foram convidados para o estudo pacientes consecutivos após atendimento por médico urologista, que em seus exames apresentaram PSA > 4 ng/ml e/ou toque retal (TR) suspeito para CaP, sendo solicitada a BxP guiada por ultrassonografia.

Realizamos teste piloto com 5 pacientes a fim de identificar possíveis problemas na coleta de dados.

Na auto-aplicação dos instrumentos encontramos afirmativas de respostas que se mostravam contraditórias. Na visualização dos Termômetros Emocionais, por exemplo, mesmo que a escala apresentasse 0 (zero) indicativo de ausência de um determinado sentimento e 10 (dez) como o extremo (Sofrimento Emocional, Ansiedade, Depressão e Revolta) a noção construída popularmente de que estar 10 (nota dez) significa estar muito bem, confundiu os pacientes no momento de assinalarem suas respostas, fato que só foi percebido porque em outros instrumentos e na entrevista as respostas se mostravam antagônicas àquelas assinaladas.

Evidenciamos que o baixo grau de instrução dificultava o entendimento dos questionários, comprometendo a precisão das respostas, o que nos direcionou para entrevista em detrimento de auto-aplicação das ferramentas.

3.7 – Critérios de Inclusão:

- Pacientes com indicação de BxP;
- Que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE;
- Que tinham vida sexualmente ativa.

3.8- Critérios de exclusão:

- Co-morbidades com potencial disfunção erétil (antecedente de irradiação pélvica, cirurgia prostática, HAS descompensada, DM descompensada ou

doença neurológica) ou uso de facilitador de ereção (inibidor de fosfodiesterase);

- Resposta a apenas um questionário.

3.9- Abordagem

Os pacientes a serem submetidos à BxP foram convocados antes do procedimento, a fim de:

- triagem sobre dados de saúde;
- informações sobre o procedimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (**TCLE, Anexo7**);
- entrega de comprimidos de Ciprofloxacina 500 mg, 12/12h, começando no dia anterior e terminando um dia após a biópsia , além de um comprimido de Bisacodil 5 mg para uso na noite anterior e um supositório glicerinado para ser introduzido via retal três horas antes do procedimento.

O convite para participar da pesquisa e as respostas aos instrumentos foram anteriores às orientações prévias à BxP, que além de verbalizadas com auxílio de uma imagem composta da anatomia do aparelho urinário e intestinal (**Figura 3**), onde o paciente pôde entender como será realizado o procedimento, foram reforçadas através de impressos contendo a posologia das medicações, bem como a data e horário do exame e informações sobre as possíveis ocorrências pós-procedimento.

Os pacientes foram entrevistados pelo mesmo pesquisador utilizando-se os instrumentos: IIEF-5 (função erétil), IPSS (função miccional), BAI (ansiedade), BHS (desesperança), BDI (depressão), SF 36 (qualidade de vida)

e termômetros emocionais (**Anexos**) em três momentos conforme fluxograma (**Figura 2**):

- 1- Sete dias antes do procedimento de biópsia (T0);
- 2- 20 dias após a biópsia, ao receber o resultado do histopatológico, antes de tomar conhecimento do mesmo (T1);
- 3- 40 dias após a biópsia, 20 dias após ter tomado ciência do resultado do exame (T2).

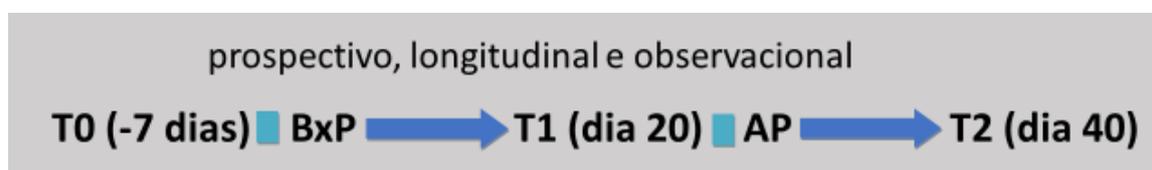
Considerando a hipótese de que fatores desencadeantes de estresse e suas consequências orgânicas ocorrem de forma diferente nos três momentos:

- T0: concorrem conflitos e preocupações com o procedimento da biópsia, e com o seu resultado (chance de diagnóstico de câncer);

- T1: com a proximidade do resultado do laudo histopatológico, preocupações se voltam para o diagnóstico e chance de câncer, 20 dias após biópsia, são raros efeitos colaterais orgânicos residuais, conforme descritos anteriormente por nosso grupo (43).

- T2: o sujeito de pesquisa está lidando com um de 2 cenários possíveis: biópsia positiva ou negativa para neoplasia de próstata.

Figura 2. Fluxograma: linha do tempo na coleta de dados:



O entrevistador foi previamente treinado para uma abordagem explicativa em relação à anatomia, fisiologia e câncer da próstata com dados estatísticos, ilustrando as chances de diagnóstico, estadios da doença com

seus possíveis tratamentos e potenciais riscos e benefícios (**Figura 3**), atendendo em sala reservada, garantindo o sigilo das respostas que são de foro íntimo, aplicando as perguntas oralmente e anotando as respostas de todos os entrevistados, independente do grau de instrução dos mesmos.

Figura 3. Anatomia do aparelho reprodutor masculino

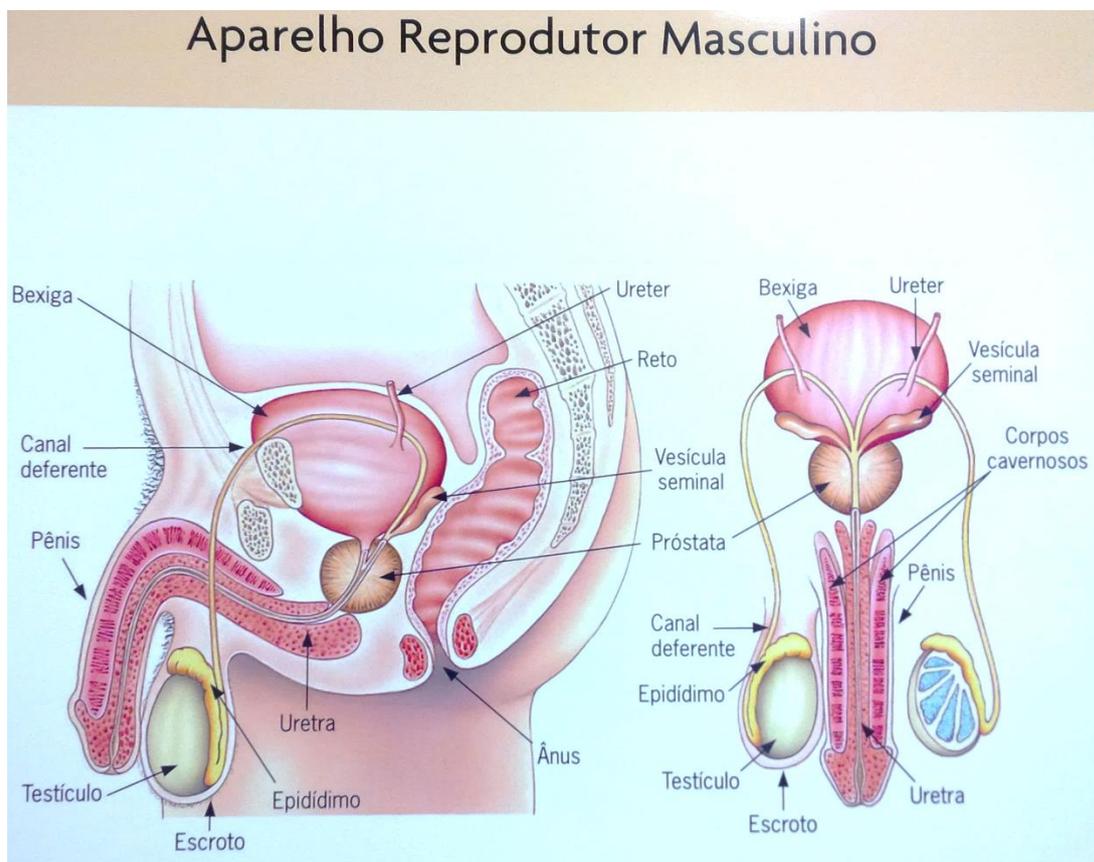


Imagem utilizada na "aula" explicativa ao paciente. Fonte: arquivo pessoal.

3.10 - Biópsia de Próstata (BxP)

Foi utilizado equipamento de Ultrassonografia (probe 7,5 Mhz; Toshiba SSA-250-A, Toshiba, Tóquio, Japão) tipo *endfire* no modo B com guia endocavitário acoplável ao transdutor, (**Figura 4**).

A técnica consistiu em posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo, ficando de costas para o médico. O procedimento foi explicado passo a passo ao paciente:

- 1- Introduzido 20ml de lidocaína gel no orifício anal e solicitado ao paciente para segurá-la no interior do reto;
- 2- Introduzido transdutor pelo canal anal até a visualização da próstata com medidas prostáticas;
- 3- Realizadas punções anestésicas guiadas por Doppler, utilizando-se agulha para anestesia loco-regional de 19 gauge para injeção de 2,5ml de lidocaína a 2%, sem vaso-constritor na região periprostática apical e basal, junto ao feixe neurovascular em quatro punções: duas em cada lobo prostático (44);
- 4- Obtenção de 12 fragmentos de biópsia com pistola Pro Mag ® 2,2 (Medical Devices Techenologies; Flórida, EUA), e agulha de 18 Gauge por técnica sextante de cada lobo prostático: 2 mediais, 2 basais e 2 apicais (44);
- 5- Os fragmentos foram alocados em frascos individuais contendo formaldeído a 10% previamente identificados com o nome completo do paciente e uma numeração de 1 a 12 que correspondem ao local de punção da próstata.

Todas as biópsias foram realizadas pelo mesmo médico urologista, auxiliadas pelo mesmo pesquisador.

Figura 4: Equipamento e instrumentos utilizados na biópsia de próstata



Fonte: arquivo pessoal

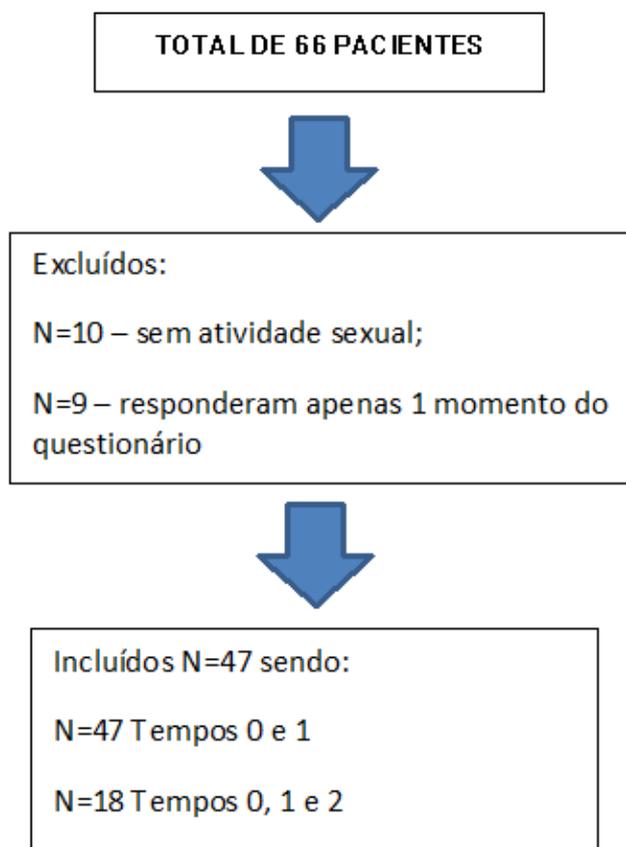
3.11 – Análise Estatística

A comparação entre os momentos (T0, T1 e T2) foi realizada através de *Friedman* (análises de variância) para medidas repetidas com as variáveis respostas transformadas em postos. A comparação entre pacientes e variáveis foi realizada através do teste de Mann-Whitney e a correlação entre os instrumentos foi avaliada através do coeficiente de Spearman (45-47). O poder da amostra foi calculado com limite de 80% e o nível de significância considerado 5%.

4- RESULTADOS

Foram convidados para participar do estudo 66 pacientes consecutivos, 10 destes não tinham vida sexual ativa e 9 responderam os questionários somente no primeiro momento, sendo excluídos; 47 responderam em dois momentos (T0 e T1) e 18 pacientes responderam nos três momentos (T0, T1 e T2).

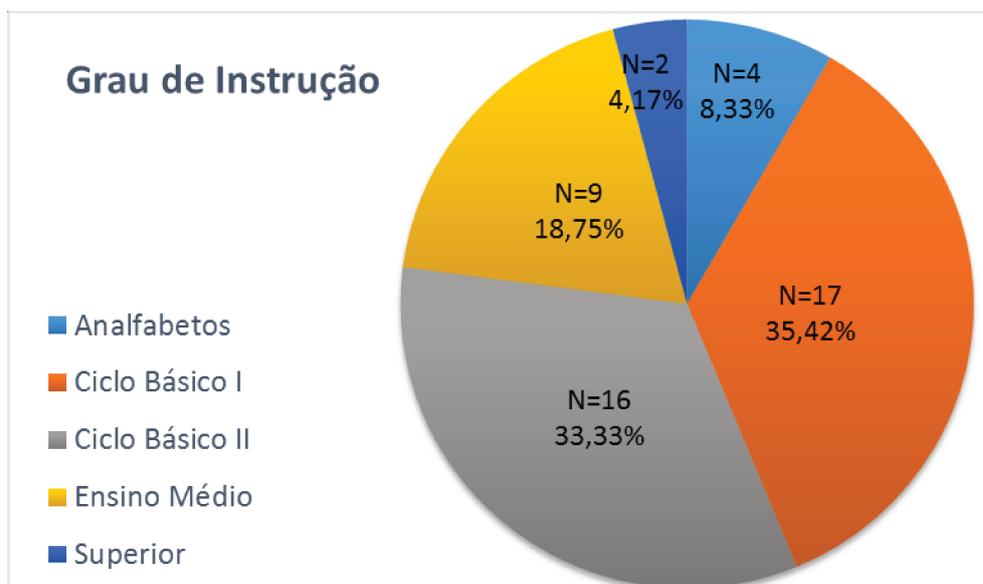
Figura 5 – Desenho do Estudo.



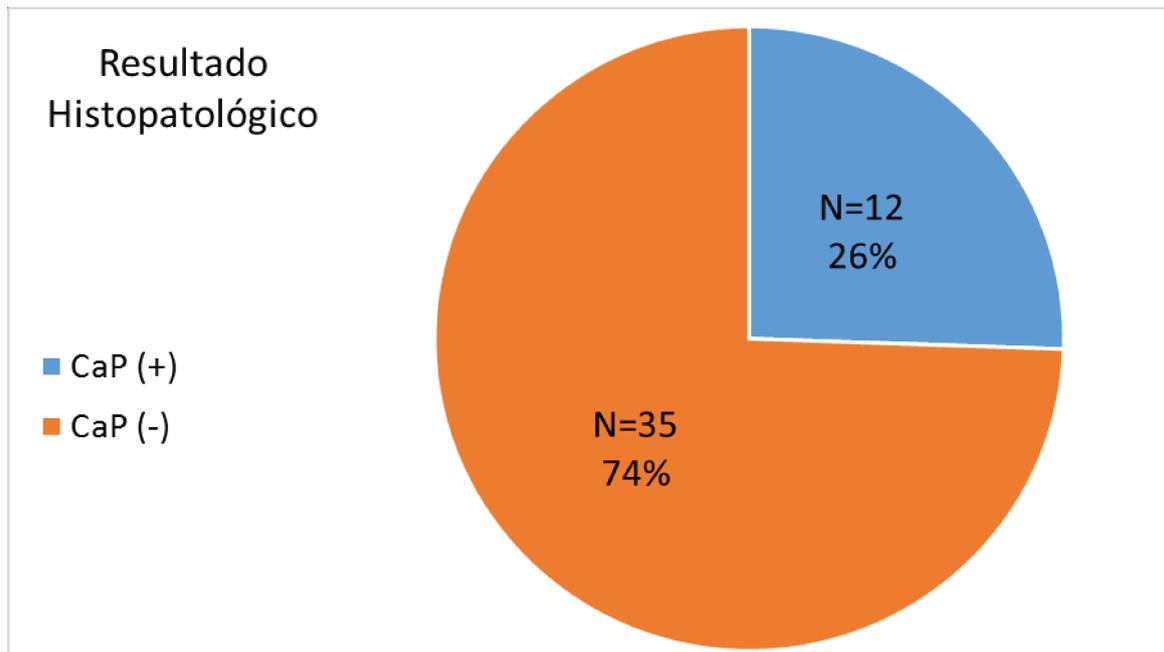
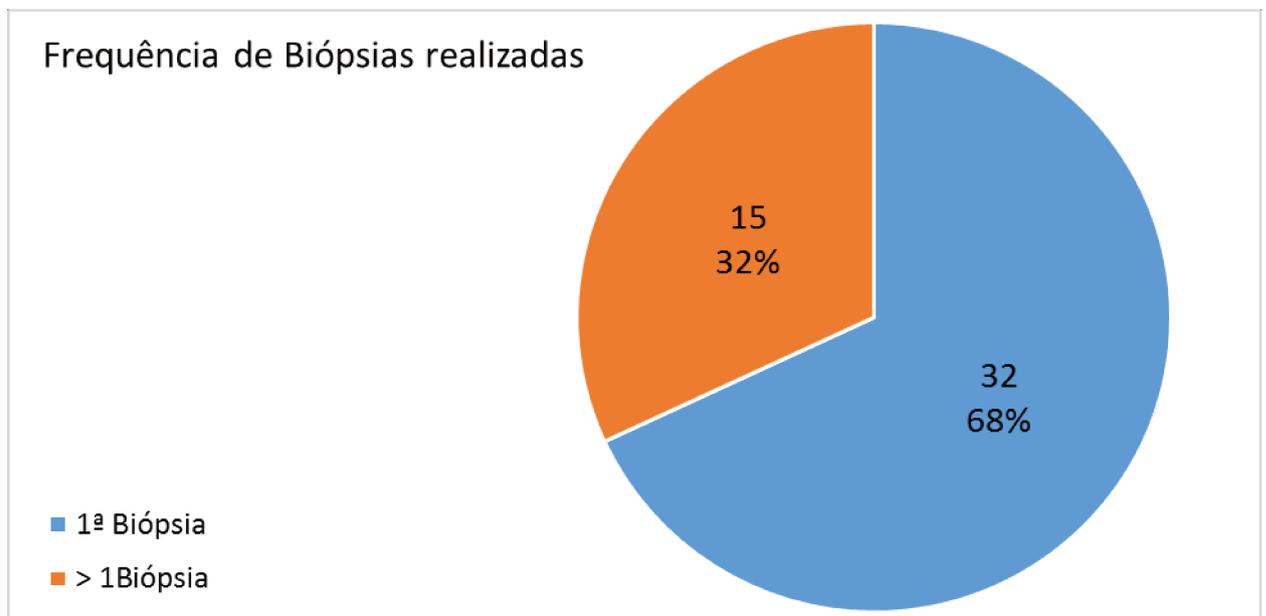
Os pacientes foram divididos em dois grupos de análise, sendo o grupo A envolvendo os sujeitos que responderam os instrumentos no T0 e T1 e no grupo B, aqueles que responderam nos 3 momentos.

Em relação ao grau de instrução, 4% (n=2) dos pacientes possuíam o nível superior, 19% (n=19) o ensino médio, 33% (n=16) dos entrevistados tinham o Ciclo Básico II, 36% (n=17) o ciclo básico I e 8% (n=4), eram analfabetos (**Gráfico 1**).

Gráfico1: Grau de Instrução dos pacientes:



Os casos confirmados de CaP através das biópsias foram de 26% (n=12), (**Gráfico 2**) e deste total 43% (n=6) responderam aos questionários nos três momentos. As idades variaram entre 40 e 81 anos, (média $62,37 \pm 7,97$), sendo que 32% (n=15) dos pacientes já haviam realizado pelo menos uma biópsia anterior (**Gráfico 3**).

Gráfico 2: Resultados de histopatológicos**Gráfico 3: Frequência de Biópsias**

Em síntese, não houve impacto significativo nas funções erétil e miccional ao longo das avaliações. Porém, observamos em T0 comparado com T1, menores escores de saúde mental (SF-36), ($82,38 \pm 14,91$ versus $86,85 \pm 11,32$), $p=0,0013$, (**Tabela 3**) e maiores índices de ansiedade (BAI), ($5,85 \pm 8,03$ versus $3,64 \pm 3,12$), $p=0,0214$, (**Tabela 5**), respectivamente. A mesma tendência se confirma no T2 ($4,22 \pm 4,98$), $p=0,0178$, **Tabela 5**.

Em T0, pacientes com experiência prévia de biópsia apresentaram maior sofrimento emocional ($3,1 \pm 3,0$ versus $1,6 \pm 2,3$) $p=0,043$ e revolta ($2,3 \pm 3,3$ versus $0,9 \pm 2,4$) nas escalas dos termômetros emocionais em relação àqueles submetidos à primeira biópsia, $p=0,036$.

Em T2, pacientes com biópsias positivas para CaP não apresentaram diferença significativa nos resultados dos escores quando comparados aos pacientes com biópsia negativa.

A correlação de Spearman foi fraca entre a maioria das ferramentas; porém, significativa e forte entre saúde mental (SF-36) e ansiedade (BAI), $r_s = -0,65$, $p < 0,0001$ e moderada entre saúde mental (SF-36) e sofrimento emocional (termômetro) $r_s = -0,42$, $p < 0,0001$; saúde mental (SF-36) e revolta (termômetro) $r_s = -0,45$, $p < 0,0001$; (**Tabela 7**).

O poder da amostra foi $> 90\%$ em todas as análises supracitadas.

4.1 Resultados dos instrumentos:

Tabela1: Comparação entre os momentos para Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Dor (SF- 36):

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	P-valor
Cap. Funcional0	47	91,28	19,07	15	100	100	0,5542
Cap. Funcional1	47	95,19	7,09	70	100	100	
Cap. Funcional0	18	86,67	27,22	15	100	100	0,3932
Cap. Funcional1	18	96,11	5,3	80	100	100	
Cap. Funciona2	18	90,83	14,78	40	95	100	
Aspectos Físicos0	47	88,83	26,48	0	100	100	0,5329
Aspectos Físicos 1	47	92,02	23,95	0	100	100	
Aspectos Físicos 0	18	86,11	29,98	0	100	100	0,7313
Aspectos Físicos 1	18	83,33	35,36	0	100	100	
Aspectos Físicos 2	18	84,72	33,36	0	100	100	
Dor0	47	84,36	24,95	0	100	100	0,6876
Dor1	47	89,38	18,99	41	100	100	0,0680
Dor 0	18	82,83	29,61	0	100	100	0,8356
Dor1	18	90,67	18,17	41	100	100	
Dor2	18	91,94	15,91	51	100	100	

Entre as variáveis: Capacidade funcional, Aspectos Físicos e Dor, nos três momentos estudados, não houve diferenças estatísticas significativas.

Tabela 2: Comparação entre os momentos para Estado Geral, Vitalidade e Aspectos Sociais (SF -36):

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	P-valor
Estado Geral0	47	73,68	16,74	25	72	97	0,4986
Estado Geral1	47	74,23	14,83	42	72	100	
Estado Geral0	18	76,72	14,95	40	74,5	97	0,3043
Estado Geral1	18	70,83	17,78	42	72	100	
Estado Geral2	18	68,44	18	25	67	95	
Vitalidade0	47	80	18,18	25	90	100	0,5954
Vitalidade1	47	81,8	13,49	45	85	100	
Vitalidade0	18	80,56	21,07	25	90	100	0,6043
Vitalidade1	18	8,94	12,73	50	65	100	
Vitalidade2	18	73,33	24,73	20	75	100	
Aspec. Social0	47	90,16	20,51	12,5	100	100	0,6223
Aspec. Social1	47	91,2	22,41	25	100	100	
Aspec. Social0	18	85,42	28,2	12,5	100	100	0,134
Aspec. Social1	18	95,83	9,59	75	100	100	
Aspec. Social2	18	84,03	25,66	25	100	100	

Entre as variáveis: Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Aspectos Sociais, nos três momentos estudados, não houve diferenças estatísticas significativas.

Tabela 3: Comparação entre os momentos para Aspecto Emocional e Saúde Mental (SF -36):

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	P-valor	Poder Amostral
Aspec. Emocional0	47	90,07	25,93	0	100	100	0,2093	
Aspec. Emocional1	47	94,33	22,33	0	100	100		
Aspec. Emocional0	18	85,19	34,72	0	100	100	0,8415	
Aspec. Emocional1	18	90,74	27,55	0	100	100		
Aspec. Emocional2	18	85,19	30,73	0	100	100		
Saúde Mental0	47	82,38	14,91	40	88	100	0,0013	0,917
Saúde Mental1	47	86,85	11,32	56	92	100		
Saúde Mental0	18	81,11	15,99	40	84	100	0,0925	
Saúde Mental1	18	84	12,35	56	88	100		
Saúde Mental2	18	80,4	18,25	56	88	100		

No que tange a variável Aspecto Emocional, também não houve diferença estatística significativa nos três momentos estudados. Já em relação a Saúde Mental, quando comparado apenas os Tempos 0 (zero) e 1 (um), há diferença estatística significativa ($p=0,0013$), que indica que ao responderem o primeiro questionário, antes da “aula” explicativa, os pacientes apresentaram pior escore de Saúde Mental.

Tabela 4: Comparação entre os Termômetros Emocionais:

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	P-valor
Term. Emocional0	47	2,15	2,64	0	1	10	0,855
Term. Emocional1	47	1,96	2,84	0	0	10	
Term. Emocional0	18	2,89	3,2	0	2	10	0,884
Term. Emocional1	18	2,61	3,11	0	1,5	8	
Term. Emocional 2	18	3	3,03	0	2,5	10	
Term. Ansiedade0	47	3,37	2,88	0	4	9	0,417
Term. Ansiedade1	47	2,61	3,07	0	2	10	
Term. Ansiedade0	18	4,61	2,47	0	5	9	0,448
Term. Ansiedade1	18	3,33	3,4	0	3	10	
Term. Ansiedade2	18	3,56	3,29	0	3	10	
Term. Dor0	47	0,96	1,91	0	0	7	1
Term. Dor1	47	0,74	1,87	0	0	8	
Term. Dor0	18	1,33	1,97	0	0	6	0,267
Term. Dor1	18	0,72	1,93	0	0	8	
Term. Dor2	18	1,06	2,71	0	0	10	
Term. Revolta0	47	1,374	2,77	0	0	9	0,622
Term. Revolta1	47	1,07	2,31	0	0	10	
Term. Revolta0	18	1,39	2,81	0	0	8	0,181
Term. Revolta1	18	1,28	2,27	0	0	4	
Term. Revolta2	18	0,33	1,03	0	0	4	
Term. Nec. Ajuda0	47	1,96	3,15	0	0	10	0,159
Term. Nec. Ajuda1	47	1,37	2,8	0	0	10	
Term. Nec. Ajuda0	18	3,11	3,66	0	1,5	10	0,825
Term. Nec. Ajuda1	18	2,8	3,62	0	0	10	
Term. Nec. Ajuda2	18	2,67	3,69	0	0	10	

Entre as variáveis dos Termômetros Emocionais, nos três tempos estudados, não houve diferença estatisticamente relevantes para os dois grupos.

Tabela 5: Comparação entre os momentos na Escala de Beck:

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	P-valor	Poder Amostral
BAI0	47	5,85	8,03	0	4	48	0,0214	0,645
BAI1	47	3,64	3,12	0	3	15		
BAI0	18	6,89	6,33	0	5	24	0,0178	0,938
BAI1	18	4,83	2,87	1	5	12	T0>T2	
BAI2	18	4,22	4,98	0	2	19		
BHS0	47	3,49	3,65	0	3	14	0,492	
BHS1	47	2,74	2,56	0	2	9		
BHS0	18	3,12	3,48	0	2	14	0,3038	
BHS1	18	1,94	2,41	0	1	9		
BHS2	18	3,12	3,14	0	2	8		
BDI0	47	5,23	7,42	0	3	36	0,8715	
BDI1	47	4	4,75	0	2	23		
BDI0	18	5,6	8,32	0	3	36	0,1634	
BDI1	18	4,33	5,71	0	2	23		
BDI2	18	5,06	6,72	0	3	26		

Quando comparado os dados da escala de Beck nas variáveis Inventário de Ansiedade (BAI), Escala de Desesperança (BHS) e Inventário de Depressão (BDI), observamos que houve diferença estatisticamente relevante na variável Ansiedade, nos dois grupos com valor de ($p=0,0214$ e $p=0,0178$) nos Tempos 0 (zero). Quando comparados ao Tempo 1 (um), indicando maior ansiedade no momento anterior ao procedimento de biópsia, antes da “aula” explicativa.

Tabela 6: Comparação entre os momentos para IPSS e IIEF-5:

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	P-valor
IPSS0	47	6,87	5,95	0	5	23	0,0937
IPSS1	47	5,19	4,9	0	3	17	
IPSS0	18	6,17	5,85	0	3,5	19	0,7162
IPSS1	18	6,22	5,39	0	4	17	
IPSS2	18	4,79	4,8	0	3	16	
IIEFO	47	18,23	7,46	0	22	25	0,3587
IIEF1	47	19,45	6,77	2	22	28	
IIEFO	18	15,83	8,52	0	17	25	0,517
IIEF1	18	17,67	8,85	2	22,5	28	
IIEF2	18	18,06	8,05	3	21,5	25	

Nas variáveis Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (IPSS) e Índice Internacional de Função Erétil (IIEF-5), não houve diferenças estatisticamente significativas.

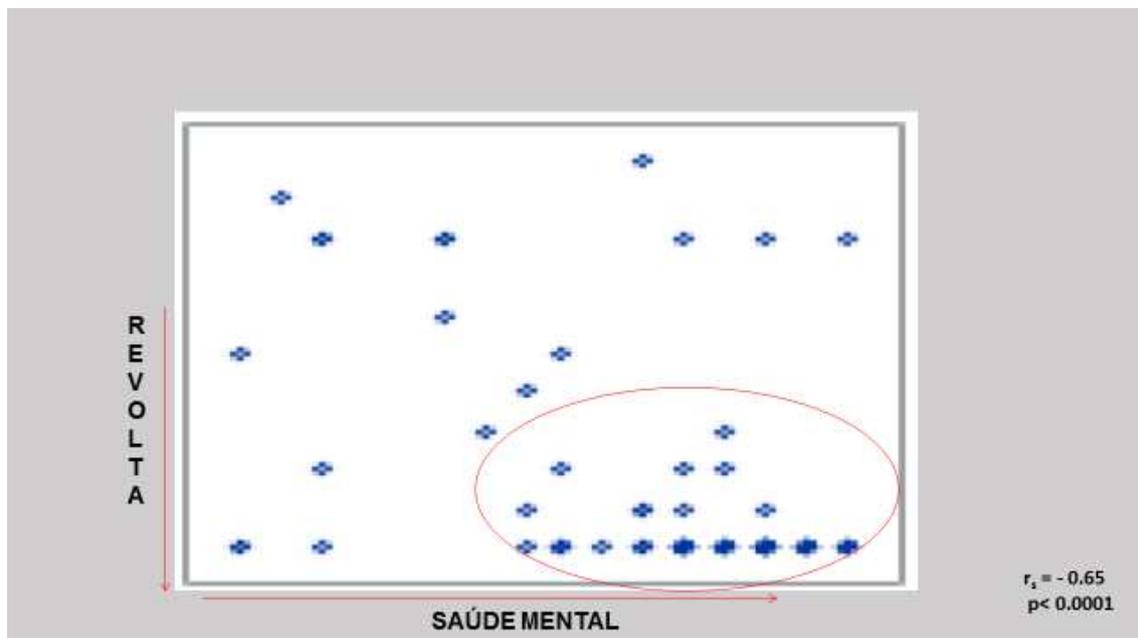
Tabela 7: Coeficiente de correlação de *Spearman* entre os instrumentos

	Saúde Mental 0
BAI 0	rs= -0,64731
	P= < 0,0001
Term. Emoc.0	rs=-0,42094
	P= <,0001
Term. Revolta0	rs=-0,44724
	P= <0,0001

Nesta tabela podemos observar que houve uma relação forte entre as variáveis Saúde Mental e Ansiedade (BAI) e uma relação moderada entre Saúde Mental, Termômetro Emocional e Revolta.

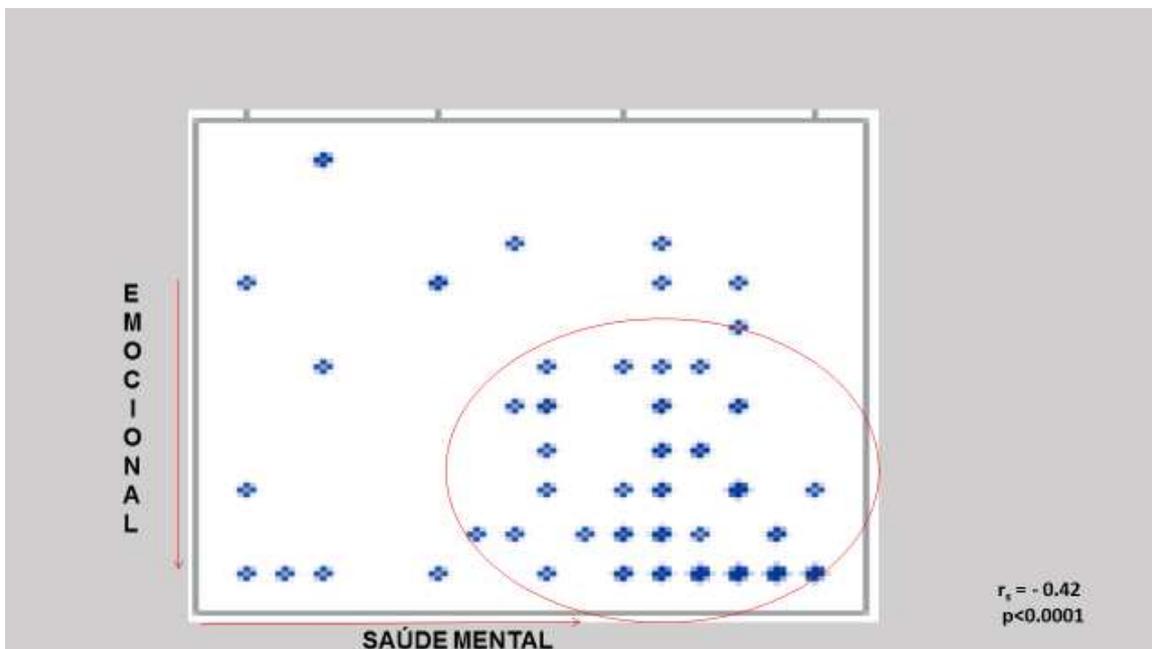
Os gráficos a seguir, permitem melhor visualização desses dados:

Gráfico 4 - Correlação Spearman (r_s) Revolta x Saúde Mental

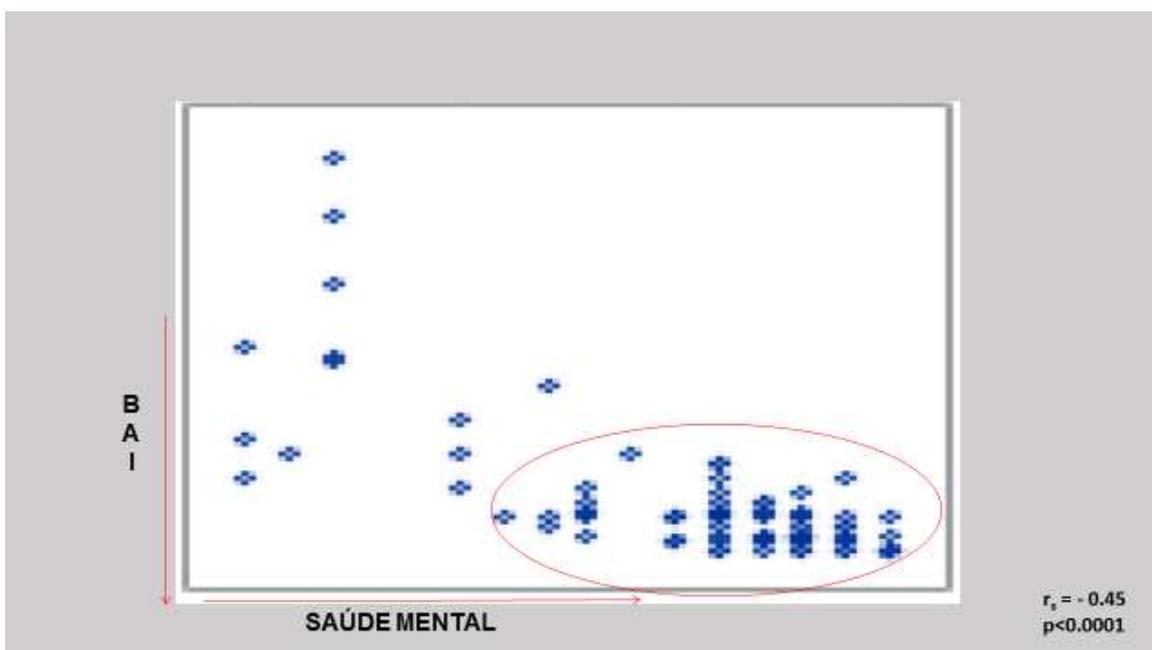


A concentração obtida significativamente na área inferior direita desse gráfico, indica que quanto menor foi encontrado o índice de revolta, maior foi o estado de saúde mental.

Gráfico 5 – Correlação Spearman (r_s) Sofrimento Emocional x Saúde Mental



Na correlação entre as variáveis Termômetro Emocional e Saúde mental, encontramos uma relação moderada entre as variáveis, sendo que no quadro de dispersão apresentado, há uma maior concentração na área inferior direita, indicando que quanto menor o estado de sofrimento emocional, maior foi o índice de saúde mental.

Gráfico 6 – Correlação Spearman (r_s) BAI x Saúde Mental

Na correlação entre Ansiedade e Saúde mental, podemos observar que houve uma concentração na área inferior direita do gráfico, indicando que quanto menor foi o índice de ansiedade, melhor foi mensurado o estado de saúde mental, apresentando correlação moderada entre essas variáveis.

5- DISCUSSÃO

No presente estudo, ainda que a BxP não apresente impacto significativo a curto e médio prazo nas funções erétil e miccional, observa-se interferências principalmente nos quesitos saúde mental (SF-36), ansiedade (BAI), sofrimento emocional e revolta (termômetros emocionais), significativamente maiores na ocasião da indicação da biópsia, quando comparados com os momentos subsequentes, mesmo nos casos de biópsia positiva para CaP.

Deste modo, é intrigante notar que apesar de observarmos maior sofrimento emocional e ansiedade antes do procedimento, estes sentimentos foram ainda maiores nos pacientes submetidos à re-biópsia quando comparados àqueles nunca antes biopsiados e não houve diferença entre os casos positivos e negativos para neoplasia 20 dias após a informação do resultado.

O coeficiente de Spearman utilizado no estudo (r_s), quando significativo, permite identificar correlação convergente (+) ou divergente (-) classificada como: muito fraca (0,00 – 0,19); fraca (0,20 – 0,39); moderada (0,40 – 0,59); forte (0,60 – 0,79) e muito forte (0,80 – 1,0). Neste sentido, os quesitos sensíveis acima identificados (saúde mental, ansiedade, sofrimento emocional e revolta) mostram significativa e forte/moderada correlação entre si, o que apoia a acurácia dos mesmos no contexto estudado (48).

Esses dados permitirão aprimorar o cuidado ao paciente no contexto do diagnóstico precoce do CaP, de modo a identificar, além de aspectos sensíveis, também o momento crítico (pré-biópsia) para implementar ações de

cunho psicossocial que venham minimizar o impacto de atuações em saúde como a BxP, culminando em uma melhor qualidade de vida.

É importante observar que o escopo do estudo em questão vai de encontro a uma atual discussão que busca a substituição do modelo biomédico com referencial técnico-instrumental das biociências pelo modelo biopsicossocial com visão ampla e integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões físicas, psicológicas e sociais (49).

Faz-se necessário o aperfeiçoamento da relação médico-paciente considerando a compreensão da doença, a melhora da comunicação, o aumento da flexibilidade, o tratamento do mal-estar e da doença, respeito à diversidade e a avaliação do contexto histórico prévio do paciente, visando suprir a necessidade de encontrar caminhos que possibilitarão convergir ao mesmo ponto aspectos até então dicotômicos como as leituras distintas feitas pelo médico e pelo paciente diante do mesmo contexto (50).

Neste panorama, nosso grupo mostrou recentemente que em protocolo de livre acesso a diferentes modalidades terapêuticas, pacientes diagnosticados com câncer de próstata de muito baixo risco que optaram por seguimento vigilante tendem ser mais velhos, apresentar maior desesperança (BHS) e inferior estado geral de saúde (SF-36) quando comparados àqueles que optam por tratamento definitivo, suportando a hipótese de que o câncer de próstata, mesmo quando não tratado, compromete domínios psicossociais (51).

É notório que também os efeitos colaterais psicossociais da biópsia prostática têm atraído maior atenção recentemente, especialmente em relação a questões emocionais (52) e ainda que tenhamos encontrado diferenças

estatísticas importantes entre os escores citados, é bastante complexo definir o real impacto clínico de intervenções como BxP no contexto psicossocial.

No estudo em tela consideramos a hipótese de que fatores desencadeantes de estresse e suas consequências orgânicas ocorrem de forma diferente em três momentos: - T0: concorrem conflitos e preocupações com o procedimento da biópsia, e com o seu resultado (chance de diagnóstico de câncer); - T1: com a proximidade do resultado do laudo histopatológico, preocupações se voltam para o diagnóstico e chance de câncer 20 dias após biópsia, são raros efeitos colaterais orgânicos residuais, conforme descritos anteriormente por nosso grupo (43); - T2: o sujeito de pesquisa está lidando com um de 2 cenários possíveis: biópsia positiva ou negativa para neoplasia de próstata.

As funções erétil e miccional não foram significativamente afetadas quando comparadas com as situações do próprio paciente antes da BxP. Adicionalmente os pacientes se mostraram mais ansiosos antes do procedimento em comparação à espera do diagnóstico; fato que pode estar relacionado à abordagem explicativa em relação à anatomia, fisiologia e câncer da próstata com dados estatísticos ilustrando as chances de diagnóstico, estadios da doença com seus possíveis tratamentos e potenciais riscos e benefícios, de modo que as informações gerais explanadas na entrevista podem ter diminuído substancialmente a ansiedade do diagnóstico como previsto por Wade et al. (52).

Esses autores ainda identificaram níveis de ansiedade aumentados 7 dias após o procedimento de biópsia, com queda aos 35 dias, mantendo aumentada a ansiedade apenas para os pacientes que tiveram o diagnóstico

de CaP, sugerindo que uma abordagem mais ampla pré BxP possa diminuir a ansiedade após o procedimento (52).

Em estudo desenvolvido por Klein et al. (16) analisando efeitos 1, 4 e 12 semanas após BxP nas funções erétil, miccional e qualidade de vida, observou-se maior disfunção miccional na primeira e quarta semanas posteriores à BxP, que retorna a níveis normais na décima segunda semana. Quanto à função erétil não houve impacto significativo, exceto por agravamento na décima segunda semana apenas nos pacientes com disfunção prévia. Interessante observar que mesmo sem inquirir diretamente sobre a ansiedade e não tendo avaliação pré biópsia, alguns pacientes se revelaram ansiosos após a BxP no referido estudo.

Helfand et al. estudando LUTS, DE e qualidade de vida em pacientes submetidos a BxP, observaram alterações significativas apenas na função erétil dos pacientes que tiveram o CaP confirmado (53), permitindo a interpretação de possível interferência emocional como causa de DE nestes casos.

Zisman et al., que também avaliaram dor, ansiedade e função erétil, encontraram 15% dos pacientes com DE transitória até 30 dias após BxP, sendo o maior grau de ansiedade detectado na espera do resultado do histopatológico (54), oposto ao nosso estudo, onde a maior ansiedade foi localizada antes da biópsia. Fato que nos faz refletir sobre a necessidade de elucidar dúvidas e apresentar dados estatísticos que venham deixar o paciente mais confiante e menos ansioso quanto ao procedimento e seus resultados.

Em estudo realizado por Chrisofos et al. (55) excluindo-se fatores de comorbidades que levariam à DE, como no presente estudo, também não houve diferença significativa para esse quesito após a biópsia.

O estudo presente, de caráter prospectivo, observacional e longitudinal, relata a prática cotidiana de um serviço de saúde de urologia. Logo, os dados extraídos são aplicáveis à prática clínica diária, uma vez que não foi preparada uma condição artificial para a pesquisa. Nesse contexto a média de idade foi de 62 anos e os escores avaliativos revelam disfunção erétil e sintoma miccional leves nesta população.

Ao mesmo tempo, os resultados obtidos não podem ser extrapolados para diferentes contextos envolvendo extremos de idade, disfunção erétil e miccional significativos de base, fato que pode justificar futuros estudos em populações específicas.

Ainda que o número de pacientes seja relativamente pequeno, e tenha havido perda de pacientes especialmente na última entrevista, o poder da amostra se mostrou adequado para os resultados apresentados (>90%) e aproximadamente 50 pacientes tiveram ao menos 2 avaliações, antes e após a biópsia.

A perspectiva prospectiva e longitudinal do estudo permite uma melhor definição de causas e efeitos no contexto estudado, tornando-se mais fidedigno quando comparado a estudo transversal e retrospectivo.

É importante salientar também que conclusões errôneas puderam ser minimizadas a partir de estudo piloto, com 5 pacientes, justificando a estrutura de análise na forma de questionários aplicados conforme sugerido por Marconi e Lakatos (24). Esse fato, nos fez avaliar que o critério de auto-aplicação dos instrumentos poderia nos apresentar dados que não representariam a realidade vivida pelo paciente e optamos por realizar o inquérito verbalmente a todos os pesquisados. Em caso de dúvida sobre alguma pergunta, esta era traduzida

(transferida de uma linguagem para outra, sem mudar o significado) para uma linguagem inteligível ao sujeito de pesquisa, confirmando a fidedignidade, validade e operatividade dos questionários nos sujeitos em questão.

Entretanto, a inclusão de maior número de sujeitos e avaliações subsequentes após 40 dias da biópsia permitirá, em estudos futuros, a análise de subgrupos de extremos de idade, funções erétil e miccional, além de dados de longo prazo.

6 – CONCLUSÕES

No contexto do procedimento da BxP, utilizado para o diagnóstico do CaP, não houve impacto significativo nas funções erétil (IIEF-5) e miccional (IPSS) ao longo das avaliações a curto e médio prazo após BxP. Porém, observaram-se menores escores de saúde mental (SF-36) e maiores índices de ansiedade (inventário de Beck e termômetros emocionais), especialmente no ato da indicação do exame e nos casos com experiência prévia de biópsia, sem diferença entre pacientes com resultado positivo e negativo para neoplasia.

REFERÊNCIAS

1. Naccarato AM, Reis LO, Matheus WE, Ferreira U, Denardi F. Barriers to prostate cancer screening: psychological aspects and descriptive variables -is there a correlation? *Aging Male*. 2011 Mar;14(1):66-71.
2. Holland JC, Lewis S. *The human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty*. 1sted, New York, NY: Harper Collins Publishers Inc; 2000. 1-25p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa de câncer no Brasil; 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>. [Acesso em 15/01/2016].
4. Van den Bergh RC, Korfage IJ, Borsboom GJ, Steyerberg EW, Essink-Bot ML. Prostate cancer – specific anxiety in Dutch patients on active surveillance: validation of the memorial anxiety scale for prostate cancer. *Qual Life Res*. 2009 Oct;18(8):1061-6.
5. Fang F, Keating NL, Mucci LA, Adami HO, Stampfer MJ, Valdimarsdóttir U et al. Immediate risk of suicide and cardiovascular death after a prostate cancer diagnosis: cohort study in the United States. *J Natl Cancer Inst*. 2010 Mar 3;102(5):307-14.

6. Purnell JQ, Palesh OG, Heckler CE, Adams MJ, Chin N, Mohile S et al. Racial disparities in traumatic stress in prostate cancer patients: secondary analysis of a National URCC CCOP Study of 317 men. *Support Care Cancer*. 2011 Jul;19(7):899-907.
7. Namiki S, Saito S, Tochigi T, Numata I, Ioritani N, Arai Y. Psychological distress in Japanese men with localized prostate cancer. *Int J Urol*. 2007 Oct;14(10):924-9
8. Moraes MC. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: Carvalho MMMJ (org.) *Introdução a Psiconcologia*. São Paulo: Livro Pleno; 1994. 57-63p.
9. Saini A, Berruti A, Cracco C, Sguazzotti E, Porpiglia F, Russo L et al. Psychological distress in men with prostate cancer receiving adjuvant androgen-deprivation therapy. *Urol Oncol*. 2013 Apr;31(3):352-8.
10. Reis LO, Sasse AD, Matheus WE, Denardi F, Stopiglia RM, da Silva MM, Ferreira U. Prostate cancer: evidence based clinical practice. *Actas Urol Esp*. 2009 Apr;33(4):344-50.
11. Everly GS, Lating JM. *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. 2nd ed. New York, NY. Kluwer Academic / Plenum Publishers, 2002. 3-161p. The Plenum Series on Stress and Coping.

12. Lipp MEN. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. *Rev Psiq Clín.* 2001;28(6):347-49

13. Purnell JQ, Palesh OG, Heckler CE, Adams MJ, Chin N, Mohile S et al. Racial disparities in traumatic stress in prostate cancer patients: secondary analysis of a National URCC CCOP Study of 317 men. *Support Care Cancer.* 2011 Jul;19(7):899-907.

14. Ferreira U. Câncer de próstata. Tire suas dúvidas. 99 respostas e um alerta. São Paulo: Âmbito Editores. 2006. 68p.

15. Arán NMR, Zahar S, Delgado PGG, Souza CM, Cabral CPS, Viegas M. Representation of mastectomized patient about disease and mutilation and impact in diagnosis of breast cancer. *J Bras Psiquiatria* 1996; 45:633.

16. Klein T, Palisaar RJ, Holz A, Brock M, Noldus J, Hinkel A. The impact of prostate biopsy and periprostatic nerve block on erectile and voiding function: a prospective study. *J Urol.* 2010 Oct;184(4):1447-52.

17. Pessoa AP, Ribeiro SL, Sobre Comportamento e Cognição: Transtornos de Ansiedade. Universidade Vale do Rio Doce. UNIVALE. Gov. Valadares/MG., 2008.

18. Hayes JH, Ollendorf DA, Pearson SD, Barry MJ, Kantoff PW, Stewart ST et al. Active surveillance compared with initial treatment for men with low-risk prostate cancer: a decision analysis. *JAMA.* 2010 Dec;304(21):2373-80

19. Jayadevappa R, Schwartz JS, Chhatre S, Wein AJ, Malkowicz SB. Association between utility and treatment among patients with prostate cancer. *Qual Life Res.* 2010 Jun;19(5):711-20.

20. Chrisofos M, Papatsoris AG, Dellis A, Varkarakis IM, Skolarikos A, Deliveliotis C. Can prostate biopsies affect erectile function? *Andrologia.* 2006 Jun; 38(3):79-83

21. Rey, Fernando Luis González.. Las representaciones sociales como produccion subjetive: su impacto en la hipertension y en el cancer. *Psicologia: teoria e prática*, 2006 8(2), 69-85. Recuperado em 12 de janeiro de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872006000200005&lng=pt&tlng=es. [Acesso em 10/01/2016].

22. ATKINSON, SJ. Anthropology in research on the quality of health services. *Cad. Saúde Públ.*, 1993 jul/sep Rio de Janeiro, 9 (3): 283-299.

23. Marino Junior R., *Fisiologia das Emoções: Introdução a Neurologia do Comportamento. Anatomia e Funções do Sistema Límbico.* (1975).

24. Bianchi, E. R. Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. *Revista Paulista de Enfermagem*, pp. 104-109, 1991.

25. Peniche, AD., Chaves, EC. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online], 2000 8(1), pp. 45-50.
26. Marconi, M.de A.; Lakatos, EM. Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas 2003.
27. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology. 1997 Jun;49(6):822-30.
28. Ferraz MB, Ciconelli M. Tradução e adaptação cultural do índice internacional de função erétil para a língua portuguesa. Rev Bras Med. 1998;55(1):35-40.
29. Averbek MA, Blaya R, Seben RR, Lima NG, Denardin D, Fornari A et al. Diagnosis and treatment of benign prostatic hyperplasia. Rev AMRIGS. 2010 Out-Dez;54(4):471-77.
30. Berger M, Junior L, Silva PN, Walter K. Statistical validation of the international prostatic symptom score (I-PSS) in portuguese. J Bras Urol. 1999 Abr-Jun;25(2):225-34.
31. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas de Beck. São Paulo. Casa do Psicólogo. 2001. 11-13p.

32. Ware JE Jr, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol.* 1998 Nov;51(11):903-12.
33. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF – 36 (Brasil SF-36)/Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Brás Reumatol.* 1999 maio-jun;39(3):143-50.
34. Lass, E. (2015). External Validation of the SF-36 Quality-of-Life Questionnaire in Italian and Brazilian Populations to Select Patients With Colorectal Endometriosis for Surgery. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, pp. 378-383.
35. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, MA. The Health Institute. 1994.
36. Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, Fleishman SB, Zabora J, Baker F et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer.* 2005 Apr;103(7):1494-1502.
37. Ozalp E, Cankurtaran ES, Soygür H, Geyik PO, Jacobsen PB. Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psychooncology.* 2007 Apr;16(4):304–311.

38. Bidstrup PE, Mertz BG, Dalton SO, Deltour I, Kroman N, Kehlet H et al. Accuracy of the Danish version of the 'distress thermometer'. *Psychooncology*. 2012 Apr;21(4):436-43.

39. Chambers SK, Zajdlewicz L, Youlden DR, Holland JC, Dunn J. The validity of the distress thermometer in prostate cancer populations. *Psychooncology* 2014 Feb;23(2):195-203.

40. Ellis J, Lin J, Walsh A, Lo C, Shepherd FA, Moore M et al. Predictors of referral for specialized psychosocial oncology care in patients with metastatic cancer: the contributions of age, distress, and marital status. *J ClinOncol*. 2009 Feb 10;27(5):699-705.

41. Pereira MG, Teixeira RJ. Termómetros Emocionais – 5 itens. Tradução e Versão de Investigação, Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi). Braga: Universidade do Minho. 2011.

42 Mitchell AJ. Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorder. *J ClinOncol*. 2007 Oct 10; 25(29):4670-81.

43. Zamuner M, Falcone CE, Amstalden Neto A, Moretti TB, Magna LA, Denardi F, Reis LO. Impact of benign prostatic hyperplasia pharmacological treatment on transrectal prostate biopsy adverse effects. *Adv Urol*. 2014;2014:271304.

44. Alonso JC, Reis LO, Garcia PV, Ferreira U, Matheus WE, Simões FA, Rejowski RF, Alonso-Vale MI, Fávaro WJ. Steroid Hormone Receptors as Potential Mediators of the Clinical Effects of Dutasteride: A Prospective, Randomized, Double-Blind Study. *Am J Mens Health*. 2015 Sep 7. pii: 1557988315602961. [Epub ahead of print] PMID:26345405
45. Conover, W.J. *Practical Nonparametric Statistics*. 3^a ed. John Wiley & Sons Inc. Nova Iorque. 1999.
46. Milliken, G.A.; Johnson, D.E.), *Analysis of Messy Data. Volume I: Designed Experiments*. New York: Van Nostrand Reinhold Company. 1984
47. Montgomery, Douglas C. *Design and Analysis of Experiments*. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons. 1991
48. Tabachnick, BG., Fidell, LS. *Using Multivariate Statistics*. Boston: Allyn and Bacon, 20014, ed, pp 966.
49. De Marco, Mario Alfredo. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Ver Bras Educ Med*, p. 60-72, 2006
50. Helman,CG. *Cultura, Saúde e Doença/ Trad. Ane Rose Bolnet – 5. Ed.* Porto Alegre. Artmed, 2009. 114-140p.

51. Cerqueira, MA., Laranja, WW., Sanches, BCF., Monti, CR., Reis, L. O. Burden of focal cryoablation versus brachytherapy versus active surveillance in the treatment of very low-risk prostate cancer: a preliminary head-to-head comprehensive assessment. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2015 Nov;24(6):929-37.
52. Wade, J., Rosario, DJ., Macefield, RC., Avery, KN., Salter, CE., Goodwin, ML., Donovan, JL. Psychological impact of prostate biopsy: physical symptoms, anxiety, and depression. *Journal of Clinical Oncology*,2013 JCO-2012.
53. Helfand, BT., Glaser, AP., Rimar, K., Zargaroff, S., Hedges, J., McGuire, B. B., McVary, KT. (2013). Prostate cancer diagnosis is associated with an increased risk of erectile dysfunction after prostate biopsy. *BJU international*, 111(1), 38-43.
54. Zisman, A., Leibovici, D., Kleinmann, J., Siegel, Y. I., Lindner, A. The impact of prostate biopsy on patient well-being:: a prospective study of pain, anxiety and erectile dysfunction. *The Journal of Urology*. 2001; 165(2), 445-454.
55. Chrisofos, M., Papatsoris, AG., Dellis, A., Varkarakis, IM., Skolarikos, A., Deliveliotis, C.. Can prostate biopsies affect erectile function?. *Andrologia*, 2006; 38(3), 79-83.

ANEXOS

ANEXO 1: IIEF – 5

Nos últimos seis meses:

1. Como você classifica sua confiança para ter e manter uma ereção?
 1. Muito baixa
 2. Baixa
 3. Moderada
 4. Alta
 5. Muito alta

2. Quando você teve ereções através de um estímulo sexual, quando sua ereção é dura o suficiente para penetrar (entrar na sua parceira)?
 0. Não tenho atividade sexual
 1. Quase nunca ou nunca
 2. Algumas vezes (muito menos que metade das vezes)
 3. Cerca de metade das vezes
 4. Muitas vezes (muito mais que a metade das vezes)
 5. Quase sempre ou sempre

3. Durante uma relação sexual, quando você foi capaz de manter sua ereção depois que você penetrou (entrou) na sua parceira?
 0. Não tentei ter relações sexuais
 1. Quase nunca ou nunca
 2. Algumas vezes (muito menos que metade das vezes)
 3. Cerca de metade das vezes
 4. Muitas vezes (muito mais que a metade das vezes)
 5. Quase sempre ou sempre

4. Durante uma relação sexual, quanto foi difícil para manter sua ereção até completar a relação?
 0. Não tentei ter relações sexuais
 1. Extremamente difícil
 2. Muito difícil
 3. Difícil
 4. Pouco difícil
 5. Não foi difícil

5. Quando você tentou uma relação sexual, quando foi satisfatória para você?
 0. Não tentei ter relações sexuais
 1. Quase nunca ou nunca
 2. Algumas vezes (muito menos que metade das vezes)
 3. Cerca de metade das vezes
 4. Muitas vezes (muito mais que a metade das vezes)
 5. Quase sempre ou sempre

ANEXO 2: IPSS

Durante o último mês, quantas vezes...	Nunca (0)	Menos de uma vez em 5 (1)	Menos de metade das vezes (2)	Metade das vezes (3)	Mais de metade das vezes (4)	Quase sempre (5)
Teve a sensação de não esvaziar a bexiga totalmente?						
Urinou com menos de 2h de intervalo?						
Teve micção interrompida?						
Teve dificuldade em conter a urina?						
Teve jato urinário fraco?						
Teve dificuldade em iniciar micção?						
Quantas vezes se levantou a noite para urinar?						
Total (0-35)						

Qualidade de vida segundo os sintomas urinários:

Se tiver que viver toda a vida com problemas urinários de que você sofre atualmente, como você se sentiria?

Ótimo Bem Satisfeito Mais ou Menos Insatisfeito Infeliz Péssimo
 0 1 2 3 4 5 6

Sintomas leves: 0 – 7

Sintomas moderados: 8 – 19

Sintomas graves: 20 – 35

ANEXO 3 – Escalas de Beck: BHS, BAI e BDI



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na última semana, incluindo hoje, escureça o círculo com “C”, indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com “E”, indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.

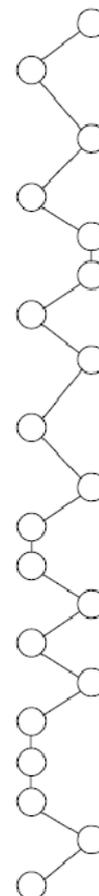
- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Meu futuro me parece negro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Não espero conseguir o que realmente quero. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Tenho uma grande fé no futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. O futuro me parece vago e incerto. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Posso esperar mais tempos bons do que maus. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
BHS é um logotipo da Psychological Corporation.



Instruções de Uso: coloque o crivo sobre o questionário do BHS de forma que o logotipo do crivo fique sobre o do questionário e use as linhas horizontais como referência. Some as respostas assinaladas dentro dos círculos e escreva o total no retângulo colorido no rodapé do questionário.



“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
BHS é um logotipo da Psychological Corporation.



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

Subtotal da Página 1 **CONTINUAÇÃO NO VERSO**

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ **Escore Total.**

ANEXO 4 – Questionário de Qualidade de Vida – SF 36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3
	5	2,0

	6	1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>	
10	Considerar o mesmo valor.	
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>	

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100

Varição (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Varição
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)
- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO 5 – Termômetros Emocionais

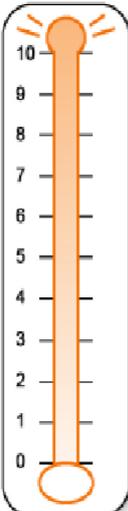
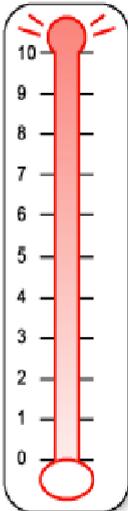
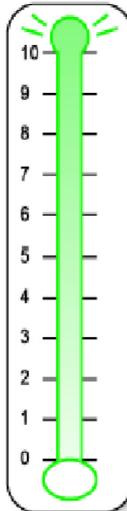
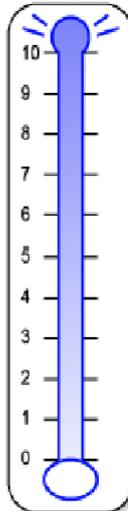
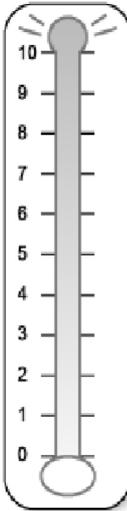
Termômetros Emocionais

Alex Mitchell ©

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

	1. Sofrimento Emocional	2. Ansiedade	3. Depressão	4. Revolta	5. Necessidade de Ajuda	
Extremo						Desesperadamente
Nenhum						Consigo Resolver Sozinho(a)

Anexo 6 – Aprovação no CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores psicológicos na biópsia prostática.

Pesquisador: Leonardo Oliveira Reis

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17889813.1.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 355.357

Data da Relatoria: 15/08/2013

Apresentação do Projeto:

O câncer pode ocorrer em todos os estágios da vida e em todas as partes do mundo, onde a atitude referente a ele pode ser muito distinta. Pode ser curado, tornar-se crônico, ou conduzir à morte. O câncer da próstata (CaP) é a segunda causa de morte por neoplasia maligna em homens, atrás apenas do câncer de pele não-melanoma. O diagnóstico em si costuma ser interpretado como possibilidade de morte iminente, e está associado à

doença fatal, crenças estas construídas culturalmente. O que pode representar um fator de estresse psicológico potente que, se suficientemente forte, pode impactar negativamente nos processos de tratamento e de recuperação. O CaP acomete um percentual considerável da população masculina adulta, instala-se num órgão que, além de ser uma espécie de santuário para a população masculina, está relacionado intimamente com a área sexual física e psicológica do homem. Os temores relativos a mutilação, aos danos causados pelo tratamento, como disfunção erétil (DE), dentre outras representações sobre as possíveis causas do câncer, tornam-se impeditivos da procura precoce para diagnóstico e tratamento, o que entende-se como comportamento ansioso de esquiva. Ainda não existem estudos que avaliem de forma eficaz a relação entre o impacto do diagnóstico do câncer de próstata, função sexual e miccional, e fatores psicológicos. Desta forma, será avaliada neste estudo essa relação a ponto de discriminar se consequências como a disfunção erétil pode ser

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8098 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuação do Parecer: 355.357

produto dos processos de intervenção como a biópsia, e ou dos fatores psicológicos de natureza estressante e ansiosa envolvidos nesse evento. Serão avaliados 100 pacientes, com suspeita de câncer de próstata, em três etapas: T0, antes da biópsia, T1 depois da biópsia (20 dias), e T2 20 dias após o mesmo ter sido informado do diagnóstico (40 dias após a biópsia). Em cada uma das etapas referidas serão utilizados os questionários validados: IIEF-5 (função erétil), IPSS (função miccional), BAI (ansiedade), BHS (desesperança), e Questionário de Estresse Marilda Lipp (estresse) e SF 36 (Qualidade de Vida).

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a relação entre o impacto do diagnóstico do câncer de próstata, função sexual e miccional, e fatores psicológicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos previsíveis aos participantes. As entrevistas com os pacientes será realizada de forma a resguardar questões de foro íntimos os sujeitos.

Benefícios:

Avaliação criteriosa de efeitos colaterais da biópsia prostática, com potenciais ações para minimizar tais efeitos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa clínica parte de linha de pesquisa do investigador. Bem redigido e embasado na literatura.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados o TCLE adequado, após reformulação, e as autorizações necessárias para o desenvolvimento da pesquisa no Hospital de Paulínia.

Recomendações:

Cabe ao pesquisador desenvolver o projeto conforme delineado, elaborar e apresentar os relatórios parciais e final, bem como encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto (resolução 466/2012 CNS/MS).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado, após resolução de pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuação do Parecer: 355.357

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPINAS, 09 de Agosto de 2013

Assinador por:

**Fátima Aparecida Bottcher Luiz
(Coordenador)**

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Anexo 7 - TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de um estudo chamado “*Impacto de fatores psicológicos na função erétil e miccional de pacientes submetidos a rastreamento de câncer de próstata através de biópsia*”. Este estudo será desenvolvido no Ambulatório de Urologia do Hospital Municipal de Paulínia.

Quando solicitada a biópsia de próstata, após a consulta de rotina, você responderá questionários sobre aspectos psicológicos e das funções erétil (sexo) e miccional (urina). Sua participação é voluntária e você tem liberdade de recusar ou de retirar este consentimento em qualquer momento, sem penalização alguma ou comprometimento dos atendimentos oferecidos por estes serviços, bem como buscar junto ao(s) responsável(is) esclarecimento de qualquer natureza. Os médicos e pesquisadores responsáveis garantem o sigilo e a privacidade de dados confidenciais, garantem ainda que sua participação não traga riscos, transtornos físicos e/ou morais e nem ônus financeiro. Em caso de dúvida, a equipe de urologia estará à disposição para esclarecimentos por contato telefônico. (3874-5537)

Finalmente, eu _____
 declaro estar totalmente esclarecido sobre o estudo “*Impacto de fatores psicológicos na função erétil e miccional de pacientes submetidos a rastreamento de câncer de próstata através de biópsia*” e ter ciência de que as atividades desenvolvidas poderão ser utilizadas para fins acadêmicos e científicos, incluindo publicações e participações em congressos, no limite da ética e do proceder científico íntegro e idôneo.

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida com o comitê de Ética em Pesquisa, telefone 0xx19-3788.8936.

Este estudo não envolve riscos ou intervenções, se limitando a respostas a questionários.

Paulínia, _____ de _____ de 20 _____

Paciente _____

Testemunha _____

Pesquisador _____