



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO



BRENO AZEVEDO DA SILVA

**FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA APÓS
PROSTATECTOMIA RADICAL À LUZ DA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE
OREM**

RECIFE-PE

2024

BRENO AZEVEDO DA SILVA

**FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA APÓS
PROSTATECTOMIA RADICAL À LUZ DA TEORIA DO AUTOUIDADO DE
OREM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos diferentes cenários do cuidar

Orientadora: Profa. Dra. Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes

Coorientadora: Profa. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares

RECIFE-PE

2024

BRENO AZEVEDO DA SILVA

**FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA APÓS
PROSTATECTOMIA RADICAL À LUZ DA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE
OREM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Dissertação aprovada em 20 de maio de 2024

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares (Coorientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos (Membro Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Suzana de Oliveira Mangueira (Membro Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Bárbara Bernardo Rinaldo da Silva Figueirêdo (Membro Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Catálogo de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Breno	Azevedo	da.
Funcionalidade em pacientes com incontinência urinária após prostatectomia radical à luz da teoria do autocuidado de Orem / Breno Azevedo da Silva. - Recife, 2024.		
114f.:		il.
Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2024.		
Orientação:	Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos	Morais.
Coorientação:	Francisca Márcia Pereira	Linhares.
1. Neoplasias da próstata; 2. Prostatectomia; 3. Incontinência urinária; 4. Funcionalidade; 5. Incapacidade; 6. Educação em saúde. I. Moraes, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos. II. Linhares, Francisca Márcia Pereira. III. Título.		
UFPE-Biblioteca Central		CDD 610.7

AGREDECIMENTOS

Aos meus pais e a minha irmã pelo apoio incondicional.

À professora Barbara Bernardo Rinaldo da Silva Figueiredo pela simpatia, simplicidade e humildade; os momentos que eu tive com você durante a minha graduação foram fundamentais para o meu desenvolvimento profissional e intelectual!

À minha orientadora Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes, por acreditar no meu potencial e por levar mensagem positiva e de conforto a todos que por ela passam. Agradeço pela paciência e pela orientação exemplar pautada na ética. Você é um exemplo para todos nós!

À minha coorientadora Francisca Márcia Pereira Linhares, que desde o início do mestrado esteve ao meu lado. Você é sinônimo de generosidade e dedicação!

Aos meus colegas do curso de mestrado e doutorado, em especial a Kadja Elvira Dos Anjos Silva Araujo, Maria Amanda Lima Batista, Maria Thereza Vieira Barboza, Robson Gomes Dos Santos, Suely de Fátima Santos Freire Bonfim, Virginia Maria Holanda De Moura e Milka Gabrielle de Lira Nóbrega West pela amizade construída ao longo dessa jornada. Obrigado pelas dicas, conselhos e estímulos.

Ao quadro docente do programa PPGENF-UFPE, em especial, Suzana de Oliveira Manguiera, Vânia Pinheiro Ramos, Tatiane Gomes Guedes e Maria Wanderleya de Lavor Coriolano, pela oportunidade de evolução e crescimento pessoal e profissional.

Aos médicos residentes e ao corpo de funcionários do ambulatório de urologia do HC-UFPE, em especial Marinalva, Vanessa e Rose, por oferecerem apoio à condução da pesquisa.

A todos os participantes, que gentilmente compartilharam suas experiências e permitiram a realização deste trabalho.

Gratidão!

Grandes coisas não se fazem por impulso, mas pela junção de uma série de pequenas coisas (Vincent Willem Van Gogh, 1853- 1890).

RESUMO

A Prostatectomia Radical é uma das opções de tratamento mais utilizada para os pacientes diagnosticados com câncer de próstata. Apesar de ser um tratamento eficaz para prevenir as complicações a curto, médio e longo prazo do câncer de próstata, traz complicações para a saúde do homem. Entre as complicações mais prevalentes e incapacitantes, destaca-se a Incontinência Urinária. Esta complicação pós prostatectomia radical pode repercutir negativamente na vida do paciente com problemas de ordem física, psicológica, social, sexual e ocupacional que pode afetar diretamente a sua funcionalidade e na capacidade para autocuidar-se. A avaliação adequada da funcionalidade nos requisitos de autocuidado propostos pela teoria do autocuidado de Dorothea Orem permite analisar as complicações em diferentes domínios da vida e possibilita ações direcionadas para a educação em saúde de forma individualizada. Este estudo tem como objetivo avaliar a funcionalidade de homens com incontinência urinária pós prostatectomia radical pela teoria do Autocuidado de Orem. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de caráter quantitativo. A pesquisa foi realizada no ambulatório de Urologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, entre março e novembro de 2023. Foram recrutados homens adultos, diagnosticados com incontinência urinária pós prostatectomia radical com idade igual ou maior a 40 anos. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário sociodemográfico desenvolvido pelo autor principal. Posteriormente, os voluntários responderam o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) para verificar o impacto da IU na qualidade de vida, *Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy* (UISARP) para verificar a gravidade da UI tendo a PR como fator causal dos distúrbios urinários e o *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0) para avaliar os domínios da funcionalidade, conforme recomenda a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11). Além disso, os voluntários realizaram o Teste *Timed Up and Go*, a fim de avaliar a mobilidade e o equilíbrio funcional. Para a análise estatística foram utilizados o teste de *Shapiro Wilk* e o teste Qui-Quadrado para comparação de proporção, considerando o nível de significância de 5%. Foram avaliados 43 homens com média da idade de $67,15 \pm 6,46$ anos, cor/raça parda (67,4%), eutróficos (44,2%), com o tempo de realização de cirurgia mais de 12 meses (25,6%), realizaram PR laparoscópica (55,8%) e com incontinência de esforço (60,5%). Foi observada média de 12,13 pontos no ICIQ-SF, 17,97 no UISARP e 19,3 no score total do WHODAS 2.0. No TUG, os voluntários realizaram o teste entre 10 a 19 segundos (79,1%). Através na análise das variáveis categóricas foi possível verificar que os principais fatores associados a redução da funcionalidade foram: redução na qualidade de vida, alteração na mobilidade e equilíbrio, redução na participação e no relacionamento interpessoal, reforçando o papel da prática interprofissional colaborativa na educação em saúde. O teste Qui-Quadrado para comparação de proporção foi significativo para esses desfechos ($p\text{-valor} = <0,05$). Nesse contexto, foi observado um desequilíbrio nos requisitos universais e de desenvolvimento. A avaliação da funcionalidade à Luz da Teoria do autocuidado de Orem perpassou pela identificação dos desequilíbrios acerca dos requisitos de autocuidado, sendo um ponto de partida para a criação de estratégias de educação em saúde, a fim proporcionar melhoria na funcionalidade desse público, de forma gradativa e humanizada, respeitando a individualidade de cada paciente.

Palavras-chave: Neoplasias da próstata; prostatectomia; incontinência urinária; funcionalidade; incapacidade; modelos de enfermagem; educação em saúde.

ABSTRACT

Radical prostatectomy is one of the most widely used treatment options for patients diagnosed with prostate cancer. Although it is an effective treatment for preventing short, medium and long-term complications of prostate cancer, it brings complications to men's health. Among the most prevalent and disabling complications, urinary incontinence stands out. This complication after radical prostatectomy can have a negative impact on the patient's life, with physical, psychological, social, sexual and occupational problems that can directly affect their functionality and ability to take care of themselves. The adequate assessment of functionality in the self-care requirements proposed by Dorothea Orem's self-care theory allows for the analysis of complications in different domains of life and enables targeted actions for health education on an individualized basis. This study aims to evaluate the functionality of men with urinary incontinence after radical prostatectomy according to Orem's self-care theory. This is a cross-sectional, descriptive and quantitative study. The research was carried out at the Urology outpatient clinic of the Hospital das Clínicas of the Federal University of Pernambuco, between March and November 2023. Adult men diagnosed with urinary incontinence after radical prostatectomy and aged 40 years or older were recruited. Data collection was performed using a sociodemographic questionnaire developed by the lead author. Subsequently, the volunteers answered the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) to verify the impact of UI on quality of life, the Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy (UISARP) to verify the severity of UI with RP as a causal factor of urinary disorders, and the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) to assess the domains of functionality, as recommended by the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). In addition, the volunteers performed the Timed Up and Go Test to assess mobility and functional balance. For statistical analysis, the Shapiro Wilk test and the Chi-Square test were used to compare proportions, considering a significance level of 5%. Forty-three men with a mean age of 67.15 ± 6.46 years, brown skin color/race (67.4%), eutrophic (44.2%), with a time since surgery of more than 12 months (25.6%), who underwent laparoscopic RP (55.8%) and had stress incontinence (60.5%) were evaluated. An average of 12.13 points was observed in the ICIQ-SF, 17.97 in the UISARP and 19.3 in the total score of the WHODAS 2.0. In the TUG, the volunteers performed the test between 10 and 19 seconds (79.1%). Through the analysis of categorical variables, it was possible to verify that the main factors associated with reduced functionality were: reduced quality of life, changes in mobility and balance, and reduced participation and interpersonal relationships, reinforcing the role of collaborative interprofessional practice in health education. The Chi-Square test for comparison of proportions was significant for these outcomes (p -value = <0.05). In this context, an imbalance in universal and developmental requirements was observed. The evaluation of functionality in light of Orem's Self-Care Theory involved identifying imbalances regarding self-care requirements, and was a starting point for the creation of health education strategies to provide gradual and humanized improvements in the functionality of this public, respecting the individuality of each patient.

Keywords: Prostatic neoplasms; prostatectomy; urinary incontinence; functionality; inability; disability and health; models, nursing; health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CP	Câncer de Próstata
PR	Prostatectomia Radical
IU	Incontinência Urinária
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
WHODAS 2.0	<i>World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0</i>
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
RA	Receptor de Andrógeno
INCA	Instituto Nacional de Câncer
PSA	Antígeno Prostático Específico
ETDP	Exame de Toque Digital Prostático
PRRP	Prostatectomia Radical Retropúbica
PRP	Prostatectomia Radical Perineal
PRL	Prostatectomia Radical Laparoscópica
PRLAR	Prostatectomia Radical Laparoscópica Assistida por Robô
ICS	<i>International Continence Society</i>
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
CIDID	Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
STROBE	<i>Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology</i>
HC	Hospital das Clínicas
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDR	Teste do desenho do relógio
ICIQ-SF	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form</i>
UISARP	<i>Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy</i>
TUG	<i>Timed Up and Go</i>
DCPO	Disfunção Cognitiva Pós-Operatória

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Detalhamento e operacionalização das variáveis do estudo.....	54
Tabela 2 - Distribuição da idade, raça, escolaridade, situação conjugal, dependentes, vínculo empregatício e renda mensal dos participantes da pesquisa.....	57
Tabela 3 - Distribuição sobre o uso do café, pimenta, frutas cítricas, atividade física, uso de bebida alcoólica e tabagista dos participantes da pesquisa.....	59
Tabela 4 - Distribuição do IMC, diagnóstico de doenças, tempo de cirurgia, tratamento neoadjuvante ou adjuvante e do tipo de incontinência urinária.....	60
Tabela 5 - Análise descritiva do ICIQ-SF.....	61
Tabela 6 - Análise descritiva do UISARP.....	62
Tabela 7 - Análise descritiva do WHODAS 2.0.....	63
Tabela 8 - Análise descritiva do TUG.....	65
Tabela 9 - Análise dos principais fatores associados a redução da funcionalidade com os requisitos de autocuidado de Dorothea Orem.....	65

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
2.2	Objetivo geral	16
2.3	Objetivos específicos.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1	Câncer de próstata	17
3.2	Incidência	19
3.3	Mortalidade.....	20
3.4	Rastreamento e diagnóstico.....	21
3.4.1	ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	22
3.4.2	EXAME DE TOQUE DIGITAL PROSTÁTICO	23
3.4.3	ULTRASSONOGRRAFIA VIA ABDOMINAL	24
3.4.4	BIÓPSIA DE PRÓSTATA GUIADA PELO ULTRASSOM TRANSRETAL	24
3.4.5	ESTADIAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA.....	26
3.5	Principais tratamentos	28
3.5.1	QUIMIOTERAPIA	28
3.5.2	RADIOTERAPIA	29
3.5.3	HORMONIOTERAPIA	30
3.5.4	PROSTATECTOMIA RADICAL	31
3.6	Incontinência urinária após prostatectomia radical	34
3.7	Funcionalidade	38
3.8	Teoria do autocuidado de orem	40
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	40
4.1	Desenho do estudo	40
4.2	Local do estudo	40
4.3	População e amostra	41
4.4	Critérios de elegibilidade	41
4.4.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	41
4.4.2	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	42
4.5	Tamanho da amostra e amostragem	42
4.6	Procedimento do estudo.....	43
4.7	Operacionalização da coleta dos dados.....	44
4.8	Processo de triagem.....	44
4.9	Instrumentos de coleta de dados.....	45
4.10	Avaliação da funcionalidade.....	49
4.11	Relação dos instrumentos de coleta de dados com os requisitos de autocuidado de orem.....	51
4.12	Processo de coleta de dados.....	53
4.13	Análise dos dados.....	54
4.14	Classificação das variáveis estudadas	54
4.15	Aspectos éticos, riscos e benefícios	57
5	RESULTADOS.....	57

6	DISCUSSÃO.....	66
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS.....	75
	APÊNDICE A – FICHA DE TRIAGEM.....	94
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	95
	ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DO SETOR DE UROLOGIA.....	99
	ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA DO NÚCLEO DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA.....	100
	ANEXO C - PARECER DO CEP.....	101
	ANEXO D - LISTA DE ITENS PARA OS ESTUDOS TRANSVERSAIS.....	106
	ANEXO E - TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO.....	108
	ANEXO F - INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE - SHORT FORM.....	109
	ANEXO G - URINARY INCONTINENCE SCALE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY.....	110
	ANEXO H - WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0.....	111
	ANEXO I - ESCALA DE BORG.....	114

1 INTRODUÇÃO

O câncer de próstata (CP) é uma neoplasia maligna de grande incidência em todo o mundo, e no Brasil é o segundo câncer mais comum entre os homens, atrás apenas do câncer de pele não-melanoma (Instituto Nacional de Câncer, 2021). É uma das principais causas de incapacidade e mortalidade e, em 2020, a estimativa foi de 65.840 novos casos, com aproximadamente 15.391 óbitos (Carvalho; Pinto; Santos, 2021). O CP é conhecido como o “câncer da terceira idade”, visto que acomete homens com idade superior a 65 anos (Graham *et al.*, 2023).

Os dados epidemiológicos evidenciam que em 350 homens adultos, um indivíduo com menos de 50 anos de idade terá o diagnóstico de CP e, na faixa etária entre 50 a 59 anos, a incidência é de um em 42 homens. Na idade superior a 65 anos, a incidência é de quase 60% (Pernar *et al.*, 2018; Rawla, 2019; Strączyńska *et al.*, 2019).

Nos últimos anos, as ações direcionadas para prevenção, controle, tratamento precoce e prognóstico satisfatório têm contribuído para redução na mortalidade por CP em vários países do ocidente, incluindo o Brasil (Instituto Nacional de Câncer, 2017; Pernar *et al.*, 2018; Instituto Nacional de Câncer, 2021).

Em relação à escolha do tipo de tratamento, alguns fatores podem influenciar na tomada de decisão como o risco de mortalidade e da progressão da doença, além da idade, expectativa e qualidade de vida, associado às funções urinária, sexual e intestinal. A terapia pode incluir medidas paliativas, radioterapia, tratamento hormonal, quimioterapia e a prostatectomia radical (PR) (Romanzini *et al.*, 2018). Destas, destaca-se a PR, pois é o tratamento mais utilizado, pode ser realizada por cirurgia aberta, cirurgia laparoscópica ou laparoscópica assistida por robótica (Strączyńska *et al.*, 2019).

A PR é um método que diminui a possibilidade de morte, porém, traz consigo diversas complicações pós-cirúrgica, dentre elas, destaca-se a infecção, a linfocele, as dermatites, a perda de sangue intraoperatório, a esclerose do colo vesical, as alterações sexuais e incontinência urinária (IU) (Elmor *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2016; Romanzini *et al.*, 2018). Dentre as queixas médicas rotineiramente relatadas pelos pacientes, a incontinência urinária (IU) é considerada uma das mais prevalentes por ser uma das maiores causas de desconforto (Sandhu *et al.*, 2019; García *et al.*, 2021).

A IU pós-PR deve-se à incapacidade do esfíncter de resistir ao aumento da pressão abdominal (Sandhu *et al.*, 2019). Algumas hipóteses têm sido apresentadas desde lesões no esfíncter interno, no rabdoesfíncter externo, nas estruturas de suporte da uretra e no

suprimento nervoso, além da diminuição da complacência vesical e hipoatividade do detrusor que também podem prejudicar a continência (John *et al.*, 2000; Rehder *et al.*, 2016; Heesakkers *et al.*, 2017; Rahnama'i *et al.*, 2021).

Desta forma, a IU pode ocasionar outras necessidades de cuidado além da dimensão fisiológica devido à repercussão na dimensão psicossocial, pois o aparecimento de déficits funcionais por causa da deterioração na percepção de qualidade de vida que pode levar a autoconsciência negativa do estado de saúde e, conseqüentemente, redução da funcionalidade (Novak; Sabino; 2015; Abrams, 2017; Lai *et al.*, 2017; Pan *et al.*, 2019; García *et al.*, 2021; Mitrović *et al.*, 2021).

Para a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS), a funcionalidade é um conceito que abrange as funções do corpo, atividade e participação. Já a incapacidade é um termo que abrange as limitações das atividades da vida diária, restringindo a participação do indivíduo no meio social (Nubila, 2010; World Health Organization, 2010; World Health Organization, 2013). Estudos já apontam uma correlação entre incontinência urinária e qualidade de vida em diversas patologias, que se traduz em uma diminuição das atividades da vida diária (Visser *et al.*, 2014; Mazo *et al.*, 2021).

Na literatura atual já existem diversos protocolos que auxiliam os profissionais de saúde a avaliar a funcionalidade do indivíduo de forma qualitativa e quantitativa com a utilização de escalas, questionários e testes funcionais (Santos; Cunha, 2014; Ćwirlej-Sozańska *et al.*, 2018; Carmona-Torres *et al.*, 2019; He; Lai, 2023). Apesar dessa informação, observa-se uma lacuna de instrumentos que avaliam a funcionalidade embasado no constructo da CIF (Cieza *et al.*, 2002; World Health Organization, 2013).

Quando se refere a esse tipo de avaliação no paciente oncológico, os principais métodos avaliativos utilizados nos estudos são: o Índice de Katz, Teste *Timed Up and Go*, *Short Physical Performance Battery*, *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*, Teste de Caminhada de 6 minutos, Teste de sentar e levantar, Escala de Atividade Física, Teste de força muscular e o *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (Schubert; Gross; Hurria, 2008; Santos; Cunha, 2014; Lee *et al.*, 2017; Galvão *et al.*, 2018; Winters-stone *et al.*, 2021). Destes, para a abordagem biopsicossocial e holística, destaca-se o *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)* (World Health Organization, 2010; Gonçalves, 2020).

O *WHODAS 2.0* é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para estabelecer um método padronizado de mensurar a saúde e a deficiência do indivíduo,

sendo o único instrumento que reflete nos pressupostos da CIF, pois cada domínio avaliado tem uma relação com os itens desta classificação. É avaliado os seguintes domínios: cognição, mobilidade, atividades de vida, relações interpessoais, participação e autocuidado (World Health Organization, 2010; Castro; Leite, 2017).

Nesse contexto, a IU pós-PR pode ocasionar repercussão negativa na vida social do paciente e para conhecer essas necessidades de cuidado, além de avaliar a funcionalidade do indivíduo de forma qualitativa e quantitativa, se faz necessário uma investigação clínica direcionada para uma coleta de dados que busque informações sobre quais dimensões estão em desequilíbrios e onde as ações são necessárias para satisfazer o autocuidado (Remor *et al.*, 1986; Orem, 1991; Novak; Sabino; 2015; Abrams, 2017). As ações são denominadas exigências ou requisitos, descritas por Orem como requisitos universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde (Orem, 1971; Remor *et al.*, 1986; Orem, 1991).

Uma avaliação inicial por meio do referencial teórico de Dorothea Elizabeth Orem (1991) permite identificar os processos vitais e a manutenção da integridade estrutural, além de conhecer se a IU no paciente submetido PR é um evento que requer uma adaptação e/ou se a condição clínica necessita de apoio para adaptar-se aos processos evolutivos e ao processo de saúde-doença. A partir desses dados, o estudo contribui para ações de educação em saúde direcionadas para o indivíduo ser capaz de se autocuidar e manter o equilíbrio com as demandas exigidas. Para Orem, os indivíduos podem cuidar de si próprios, realizar ações em seu benefício com o intuito de manter a vida, a saúde e o seu bem-estar (Orem, 1971; Torres; Davim; Nóbrega, 1999; Orem, 2001).

Diferentes estudos têm demonstrado que a funcionalidade não depende somente da gravidade da incontinência urinária, mas também dos fatores condicionantes básicos, como idade, estado de desenvolvimento, padrões de vida, orientação sociocultural e o contexto de saúde (Secretaria da Saúde, 2010; Silva, 2013; World Health Organization, 2013; García *et al.*, 2021; Mazo *et al.*, 2021). Nesse contexto, observa-se que um desequilíbrio nesses fatores pode influenciar nos requisitos de autocuidado de Orem (Orem, 1971; Orem, 1991; Orem, 2001). Desta forma, a pesquisa pretende responder a pergunta condutora: 1) Quais são os fatores associados a redução da funcionalidade em homens com IU pós-PR e suas implicações nos requisitos de autocuidado proposto por Orem?

A demanda terapêutica requer um manejo clínico no qual as ações são realizadas pelo paciente, fazendo-se necessário manter esse sujeito como um agente do seu próprio autocuidado (Romanzini *et al.*, 2018; Garcia *et al.*, 2021). Apesar do número crescente de pesquisas direcionadas a essa população, não foram encontrados estudos que avaliaram a

funcionalidade através da teoria do autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 1971; Orem, 1991; Orem, 2001).

A avaliação da funcionalidade e a identificação de quais requisitos de autocuidado estão em desequilíbrio entre as demandas e as capacidades de autocuidado possibilitará um melhor entendimento sobre o processo saúde-doença do paciente com IU pós-PR e ações para educação em saúde. Essa avaliação vai favorecer a compreensão da complexa interação entre as condições de saúde e os elementos relacionados, contribuindo para a construção de metas terapêuticas seguras, direcionadas e individualizadas, eficaz e com baixo custo.

Esse estudo visa contribuir com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 da 2020 da Organização das Nações Unidas (ONU) que fala sobre assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (Comissão Nacional Para Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, 2017). Acredita-se também que esse estudo irá favorecer o raciocínio clínico dos profissionais, visto que os resultados vão subsidiar a elaboração de ações educativas acerca dos requisitos de autocuidado, com vistas ao desenvolvimento de competências, habilidades e percepções para entender o processo de desempenho do paciente e identificação das necessidades do cuidado dos pacientes.

Desta maneira, é importante avaliar o paciente no contexto biopsicossocial com um olhar holístico para que haja a possibilidade de uma melhor gestão dos recursos terapêuticos. Considerando essa relevância e a fim de compreender as deficiências encontradas nos pacientes incontinentes pós-PR, pretende-se avaliar o sujeito numa perspectiva biopsicossocial da funcionalidade e analisar as implicações da funcionalidade no autocuidado à luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

2 OBJETIVOS

2.2 Objetivo geral

- Avaliar a funcionalidade de homens com incontinência urinária após prostatectomia radical pela teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

2.3 Objetivos específicos

- Identificar a existência de fatores associados à redução da funcionalidade de homens com incontinência urinária após prostatectomia radical;
- Analisar os fatores associados à redução da funcionalidade de homens com incontinência urinária após prostatectomia radical com os requisitos do autocuidado proposto por Orem.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O capítulo de revisão de literatura está dividido em duas partes: 1º) conceitos sobre o CP, tratamento e complicações e, por fim, encontram-se os constructos da Dorothea Orem e da CIF e da OMS; 2º) o artigo original intitulado como: Incapacidade em idosos com incontinência urinária após prostatectomia radical à luz da teoria do autocuidado de orem

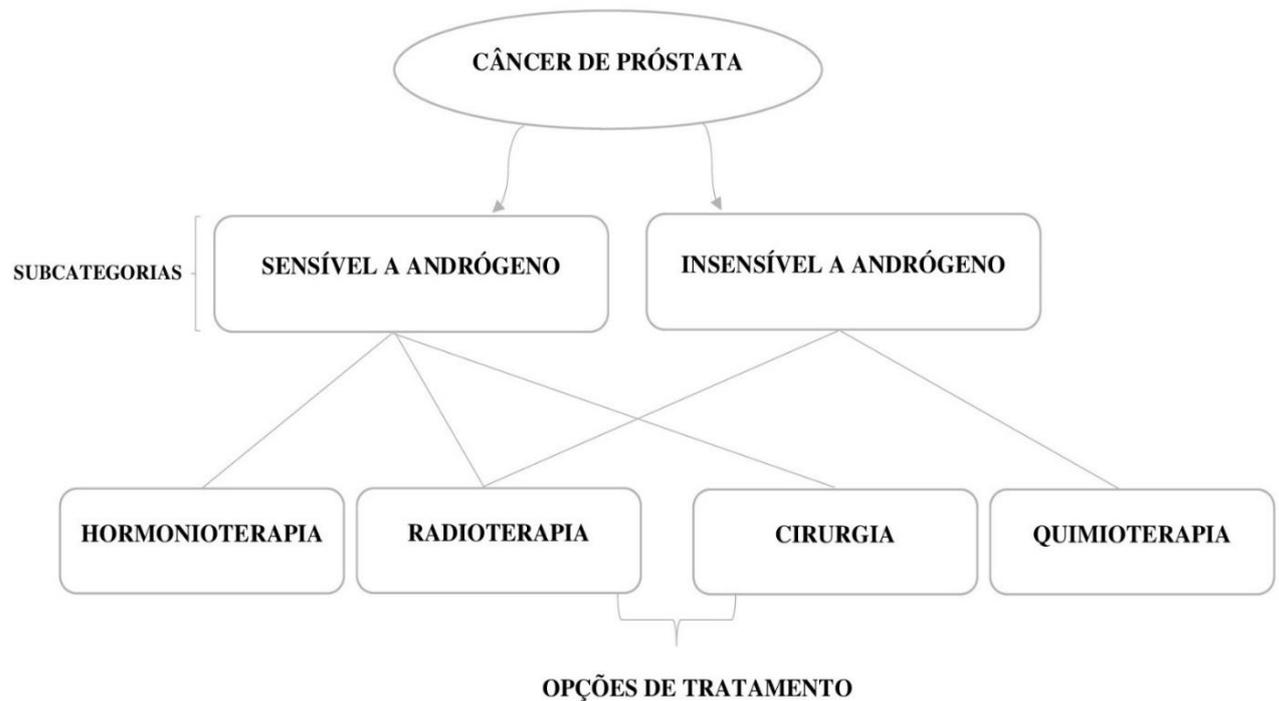
3.1 Câncer de próstata

O câncer de próstata (CP) é uma doença sistêmica, caracterizada pelo acúmulo de mutações no ácido desoxirribonucléico (DNA), contribui para a ativação dos genes que codificam as proteínas, favorece a proliferação celular ou inibe os genes que induzem a apoptose celular e supressão tumoral (Termini *et al.*, 2020).

Essas alterações patológicas induzem instabilidade/mutação do genoma, proporcionando a imortalidade replicada, desequilíbrio da energia celular, proliferação celular, evasão de supressores de crescimento, resistência à apoptose celular, inflamação promotora de neoplasia, produção de angiogênese, podendo causar metástase em diferentes tecidos do corpo, caso não houver tratamento (Hanahan; Weinberg, 2011; Sarkar *et al.*, 2013). A velocidade do crescimento desse câncer é lenta, tornando-se necessário de 4 a 10 anos para que uma célula produza um tumor de 1 centímetro, todavia, esse crescimento, embora lento, pode fazer a próstata atingir volumes de 100 gramas (Tonon; Schoffen, 2009).

O CP pode ser classificado em sensível ou insensível ao andrógeno, indicando a sua capacidade de corresponder à estimulação pela testosterona (Figura 1) (Termini *et al.*, 2020). Os andrógenos são responsáveis por promoverem o crescimento e a sobrevivência do epitélio prostático, ligando-se e estimulando o receptor de andrógeno (RA). Após a compartimentação intranuclear do citoplasma e a ligação ao DNA, o completo RA - androgênio opera como fator de transcrição nuclear para a ativação de genes que favorecem a síntese do antígeno prostático específico e proteínas envolvidas na proliferação tumoral (Jenster, 1999; Yang *et al.*, 2005; Davey; Grossmann, 2016).

Figura 1 - Classificação do CP e a estratégia de tratamento disponível.



Fonte: Deborah Termini *et al.*, 2020 com adaptação do autor, 2024.

O CP em fase inicial depende da ativação do RA com o propósito de garantir a sua sobrevivência, mas em neoplasias independentes de andrógenos, vias substitutas de AR são ativadas por causa dos baixos níveis de andrógenos. O CP insensível ao andrógeno ignora a sinalização do RA e ativa vias de sobrevivência para promover metástase (Jenster *et al.*, 1999; Ramsay; Leung, 2009; Termini *et al.*, 2020).

Geralmente, os carcinomas insensíveis a androgênios representam neoplasias malignas em estágio avançado, que são mais agressivos e têm alto potencial metastático, enquanto o câncer de próstata sensível a androgênios é altamente responsivo e provavelmente controlado com terapia de privação de androgênios (Termini *et al.*, 2020, p.02).

A etiologia do CP não está totalmente definida na literatura, mas sabe-se que a idade avançada, o metabolismo, o estilo de vida, histórico médico familiar e a exposição às substâncias químicas como o ferro, cromo, cadmio, borracha e chumbo favorecem para o aparecimento do CP. O risco para o aparecimento do CP é 1,5 vezes maior quando um familiar de primeiro grau tem o diagnóstico da doença, 5,0 quando são acometidos 3 familiares de primeiro grau e 10,9 vezes maior quando 3 familiares de primeiro grau têm a patologia (Tonon; Schoffen, 2009).

Estudos evidenciam que homens negros africanos têm mais chances de desenvolverem a patologia, sendo 1,6 vezes mais propensos a serem diagnosticados quando se

comparado com homens de outras etnias (Leitzmann; Rohrmann, 2012). Apesar da comprovação da estatística, faz-se necessário uma reflexão sobre os determinantes sociais dos homens negros africanos, pois esses determinantes podem influenciar para o aparecimento do CP (Pontes, 2018).

Os estudos brasileiros não demonstram diferenças estatisticamente significativas de incidência de CP em homens negros do Brasil (Barros *et al.*, 2003; Dini; Koff, 2006). Justifica-se esse achado pelo alto índice de miscigenação étnica entre os brasileiros, também associada às diferentes metodologias utilizadas para avaliar a cor da pele dos participantes em pesquisas científicas (Bouchardy *et al.*, 1991; Antonopoulos *et al.*, 2002; Pontes, 2018).

Apesar de ser uma doença sistêmica, em estágios iniciais, o CP é assintomático e silencioso, porém com o avanço da doença, sinais e sintomas podem estar presentes, são eles: alteração na frequência miccional, aumento do antígeno prostático específico, polaciúria, disúria, diminuição da força e do calibre do jato urinário, noctúria, hesitação, sensação de repleção miccional, alterações do funcionamento intestinal e comprometimento linfonodal (Kim, 2000; Tonon; Schoffen, 2009; Rhoden; Averbek, 2010).

O comprometimento dos linfonodos é assintomático em fase inicial e com o agravamento da patologia, o indivíduo pode apresentar edema na região genital e nos membros inferiores. Em fase mais avançada, surgem sinais e sintomas associados à invasão local, tais como hematúria, obstrução uretral, hidronefrose, uremia e sangramento retal causada pela invasão retal. Em caso de metástase, a dor óssea, as fraturas patológicas e dores na região do períneo são complicações prevalentes nesta população; contudo, 33% dos indivíduos com metástases ósseas podem não apresentar essas manifestações ao realizar o diagnóstico (Kim, 2000).

Consta-se que a presença dos sinais e sintomas vai depender da localidade da neoplasia que normalmente inicia-se pelas laterais e ao longo dos anos invade a parte central, afetando a uretra (Gerber; Chodak, 1991). Vale ressaltar que alguns desses sintomas podem estar associados às outras patologias da próstata, fazendo-se necessário o diagnóstico da patologia

3.2 Incidência

Globalmente, o CP é a neoplasia maligna mais comumente diagnosticada na população masculina, com aproximadamente 1,4 milhão de casos incidentes em 2016 (*Global*

Burden Of Disease Cancer Collaboration, 2018). No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2020c) estima 65.840 casos novos de CP para cada ano do triênio (2020-2022).

O atual valor representa um risco estimado de 62,85 novos casos a cada 100 mil homens. Sem considerar as neoplasias malignas da pele, o CP é mais incidente em todas as regiões do país, com um risco estimado de 81,06 por 100 mil homens dos estados do Sudeste; de 71,16 por 100 mil homens dos estados Sul; de 45,24 por 100 mil homens dos estados do Centro-Oeste; de 44,29 por 100 mil homens dos estados do Nordeste; e de 21,34 por 100 mil homens dos estados da região Norte (Instituto Nacional De Câncer, 2020c).

O CP é particularmente comum em países desenvolvidos. As chances de diagnóstico de câncer de próstata aos 79 anos são de uma em 47 entre os países com um índice sociodemográfico baixo-médio, em comparação com uma em cada seis entre os países com um alto índice sociodemográfico (Pernar *et al.*, 2018, p.01).

Segundo o *Global Burden Of Disease Cancer Collaboration* (2018), 20% do aumento da incidência por CP foi influenciado pelo envelhecimento populacional em diversos países, levando um aumento de 40% nos casos de CP desde 2016: 1,0 milhão em 2006 para 1,4 milhão em 2016. 12% do aumento da incidência devido a mudança da população e 7% a uma mudança nas taxas de incidência específica por idade.

Os padrões globais de mudança nas taxas de incidência ao longo do tempo mostram o impacto do rastreamento do antígeno prostático específico na epidemiologia do câncer de próstata. Durante os últimos 40 anos, as taxas de incidência ajustadas por idade geralmente aumentaram em todo o mundo. Notavelmente, essa tendência crescente foi paralela à adoção da triagem do antígeno prostático específico em diversos países (Pernar *et al.*, 2018, p.02).

3.3 Mortalidade

Segundo o *Global Burden of Disease Cancer Collaboration* (2016), o CP é a quinta causa de morte por câncer em todo o mundo, expressando cerca de 366.000 mortes em 2015. Os padrões de mortalidade global distinguem-se da incidência, visto que as regiões menos desenvolvidas apresentam as maiores taxas de mortalidade quando comparadas com as regiões mais desenvolvidas. As maiores taxas de mortalidade por CP estão entre as populações do Caribe, África Central e África Austral. Em contraposição, as menores taxas de mortalidade por CP são observadas na Ásia (Howlader *et al.*, 2016).

No Brasil, o CP é a segunda causa mais comum de morte por câncer entre a população masculina, com 15.841 mortes em 2020 (Sarris *et al.*, 2018; Instituto Nacional de Câncer, 2022c). Quando se refere aos estados do Brasil, encontra-se as maiores taxas de mortalidade em São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Bahia (Figura 2). Nos últimos anos, observaram-se reduções da mortalidade por CP nos países

ocidentalizados, incluindo o Brasil (Pernar *et al.*, 2018; Instituto Nacional de Câncer, 2021a). Acredita-se que parte da redução possa ser explicada pela a identificação precoce da patologia, melhorando a sobrevida da população masculina (Pernar *et al.*, 2018).

Figura 2 - Total de mortes por câncer de próstata, por anos, segundo localidade, em homens com faixa etária de 0 a 99+, no ano de 2020.

Estados	Total	2020
Acre	33	33
Alagoas	200	200
Amapá	42	42
Amazonas	174	174
Bahia	1.416	1.416
Ceará	691	691
Distrito Federal	167	167
Espírito Santo	337	337
Goiás	487	487
Maranhão	441	441
Mato Grosso	279	279
Mato Grosso do Sul	206	206
Minas Gerais	1.589	1.589
Paraná	993	993
Paraíba	312	312
Pará	404	404
Pernambuco	811	811
Piauí	217	217
Rio Grande do Norte	292	292
Rio Grande do Sul	1.172	1.172
Rio de Janeiro	1.497	1.497
Rondônia	99	99
Roraima	26	26
Santa Catarina	522	522
Sergipe	178	178
São Paulo	3.148	3.148
Tocantins	108	108
Total das Localidades	15.841	15.841

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

3.4 Rastreamento e diagnóstico

O rastreamento da neoplasia da próstata é direcionado a homens que não apresentam sinais e sintomas de CP, visando realizar o diagnóstico precoce. Esse rastreamento também é realizado em indivíduos que já apresentam sintomas da doença. Quando o CP é diagnosticado em fase inicial, o paciente vai apresentar um bom prognóstico e, por isso, são importantes as campanhas de sensibilização para favorecer o rastreamento da doença, permitindo o diagnóstico precoce (Pontes, 2018).

Os métodos de rastreamento incluem: Antígeno Prostático Específico, seguido do exame de toque digital da glândula e ultrassonografia abdominal e em caso positivo a biópsia

da próstata guiada por ultrassonografia transretal para fechar o diagnóstico (Sarris *et al.*, 2018).

3.4.1 Antígeno prostático específico

O Antígeno Prostático Específico (PSA) é uma glicoproteína com peso molecular de 28.400 daltons, contendo 237 aminoácidos residuais e constituintes da família das calicreínas. Esse antígeno é produzido pelas células epiteliais dos ductos e ácinos na próstata sem alteração, bem como em patologias (Wang *et al.*, 1981). A liquefação do fluido seminal, a liberação, a nutrição e a proteção do espermatozoide são as principais funções do PSA (Lilja *et al.*, 1987; Ferraz, 2004; Rodrigues; Sales, 2013).

O PSA é identificado na corrente sanguínea, pois apresenta níveis que vão resultar exclusivamente da sua produção a nível de glândula prostática, sendo considerado um importante marcador tumoral (Naccarato, 2022). Esse dado apresenta uma grande importância para a prática clínica, auxiliando para a realização do diagnóstico em indivíduos assintomáticos e monitorização da patologia em indivíduos em tratamento. Apesar dessa informação, o PSA de forma isolada não determina o estágio da doença, podendo ser elevado em fases iniciais do CP e os seus níveis séricos não são proporcionais à extensão da neoplasia (Lilja *et al.*, 1987; Wang *et al.*, 1981; Ferraz, 2004).

A especificidade do PSA aumenta quando o mesmo é associado aos outros métodos de diagnósticos, já que o PSA pode ser elevado em casos de neoplasia maligna de mama e de rim, também detectado em tecido pancreático e de glândulas salivares, em pequenas concentrações no endométrio, no leite humano, em glândulas anais e sudoríparas (Ferraz, 2004).

Pesquisadores acreditam que o tecido neoplásico produz níveis de PSA 10 vezes maiores por gramas quando comparado com o tecido normal (Polascik; Oesterling; Partin, 2000). O nível determinado como limite máximo da normalidade para o antígeno prostático específico é de 4 nanograma por mililitro (ng/mL), porém podem existir neoplasias com PSA total abaixo do valor de normalidade (Barouk *et al.*, 2012).

Mais de 79% dos indivíduos com concentração de PSA menor do que 4ng/mL têm a neoplasia restrita à glândula prostática, 50% indivíduos com PSA maior do que 10ng/mL possuem extensão extracapsular, havendo indicação para a realização da biópsia. Mais da metade dos homens com PSA superior a 50ng/mL possui metástases para linfonodos pélvicos,

fazendo-se necessário a realização da linfadenectomia pélvica (Almeida *et al.*, 2017; Barouk *et al.*, 2012).

O PSA é capaz de levar a produção tanto de anticorpos monoclonais quanto policlonais, permitindo uma detecção quantitativa dessa protease no soro usando a tecnologia dos imunoenaios, sendo os mais utilizados os Radioimunoensaios - RIA, os Imunoensaios Enzimáticos - EIA, os ensaios Imunossorventes Enzima-Ligados - ELISA e os Imunoensaios Enzimáticos Quimioluminescentes - CLEIA (Ferraz, 2004, p.21).

O exame do antígeno prostático específico é considerado mais fidedigno quando associado ao exame de toque digital da glândula da prostática. Em estudos de investigação que se utilizou o PSA associado com o exame de toque digital da glândula, verificou-se que 18% das neoplasias não poderiam ser diagnosticadas sem o exame de toque digital da glândula, e que 45% das neoplasias não seriam descobertos sem a utilização do exame do PSA (Barouk *et al.*, 2012).

Esse exame obteve grande importância nos últimos anos, tornando-se um método seguro, eficaz e importante para o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento dos indivíduos diagnosticados com CP. E é de tal magnitude que na atualidade, atribui-se a esse exame o índice recorde do câncer interno mais diagnosticado na população masculina, reconhecendo e identificando mais de 80% dos novos de CP localizado (Barouk *et al.*, 2012) O quadro 1 apresenta as faixas de valores para o PSA de acordo com a idade.

Quadro 1 - Valores normais do PSA de acordo com a idade.

FAIXA ETÁRIA	PSA (NG/ML)
40-49	0 - 2,5
50-59	0 - 3,5
60-69	0 - 4,5
> 70	0 - 6,5

Fonte: Franca C, Vieira L & Penna C, 2008, p.58.

3.4.2 Exame de toque digital prostático

O exame de toque digital prostático (ETDP) é um exame indolor, realizado pelo médico urologista. Durante a realização do exame, o médico palpa digitalmente a porção anterior do reto, região em que se localiza a glândula prostática. No exame, o profissional vai avaliar algumas características da próstata: o volume, a consistência, as irregularidades, a sensibilidade e mobilidade da próstata (Naccarato, 2022; Santos; Souza, 2017). O exame é

realizado com o indivíduo em posição genupeitoral, supina ou decúbito lateral (Kundra *et al.*, 2007).

A avaliação do toque é feita através da classificação TNM onde T_{1c}: toque normal, porém com elevação do PSA; T_{2a}: alteração do toque em no máximo metade de um lobo; T_{2b}: acometimento (nódulo) de mais da metade de um lobo; T_{2c}: acometimento bilateral e T₃: toque sugestivo de doença extraprostática, próstata pétreia e sem limites nítidos (Biazzi, 2010 p.14).

Presença de massa irregular, redução da mobilidade e consistência endurecida são as principais características do CP ao ETDP. O exame vai permitir identificar nódulos pequenos, menores que 1,5 centímetros cúbicos (cm³). Apesar de ser um exame seguro e com duração de 3 a 30 segundos, ainda há preconceito acerca do exame (Naccarato, 2022) dessa forma é importante que os profissionais de saúde saibam lidar com essas situações (Santos; Souza, 2017; Sarris *et al.*, 2018).

3.4.3 Ultrassonografia via abdominal

A Ultrassonografia prostática por via abdominal é um exame não invasivo e indolor utilizado como ferramenta de rastreamento para o CP. Apesar de ser muito utilizado na prática clínica, sendo considerado de primeira linha para a avaliação da próstata, esse exame não apresenta boa sensibilidade e especificidade para a detecção da neoplasia, fazendo-se necessário a realização da biópsia para confirmar a doença (Sarris *et al.*, 2018).

3.4.4 Biópsia de próstata guiada pelo ultrassom transretal

A biópsia da próstata guiada por ultrassom transretal é um exame que consiste na retirada de 12 a 14 fragmentos da próstata para a análise histopatológica do CP e tem sido um dos pilares da prática urológica por quase 30 anos (Sarris *et al.*, 2018; Moe; Hayne, 2020). No ano de 1989, Hodge e colaboradores retrataram a primeira biópsia de próstata guiada por ultrassom transretal, sendo considerado um exame útil para o diagnóstico de CP (Hodge; Mcneal; Stamey, 1989).

Posteriormente, Hodge *et al.*, (1989b), descreveu a técnica do sextante para a biópsia aleatória sistemática da glândula prostática. Foram mapeadas as regiões da próstata, sendo utilizada uma pistola de biópsia com mola. Hodge *et al.*, (1989b), sugeriram que essa abordagem é a mais eficaz para verificar o grau da neoplasia, o estágio e localização

anatômica cirurgicamente relevante, tornando-se a abordagem padrão ouro para o diagnóstico de CP (Hodge *et al.*, 1989; Moe; Hayne, 2020).

Ao entrar na prática clínica padrão, os especialistas começaram a associar os achados da biópsia à carga tumoral (Moe; Hayne, 2020). Dietrick, Mcneal e Stamey (1995), informaram que o volume da neoplasia poderia estar correlacionado ao tamanho do tecido maligno no núcleo da biópsia da próstata guiada por ultrassom transretal, e que essa informação poderia auxiliar no manejo do CP (Dietrick; Mcneal; Stamey, 1995).

Ao realizar esse exame, o indivíduo ingere 500 miligrama de ciprofloxacina oral antes do procedimento. O médico urologista é posicionado à direita com o paciente em decúbito dorsal, em seguida, o indivíduo muda decúbito, ficando em decúbito lateral esquerdo para iniciar o procedimento. O toque retal é realizado para identificar a próstata e após o toque, uma pistola de biópsia com mola Bard e uma sonda de ultrassom biplanar endorretal de 7 mega-hertz são utilizadas (Moe; Hayne, 2020).

A sonda é revestida de gel, sendo inserida no reto e direcionada para a parede anterior do reto. Cinco mililitros de lidocaína a 1% são introduzidos nos feixes neurovasculares peri-prostáticos de cada lado dos aspectos basolaterais da glândula prostática. O volume da próstata é medido antes da retirada dos fragmentos prostáticos. Dois núcleos são retirados de ambos os lados da base, meio e ápice da próstata. Amostras bilaterais são obtidas da zona de transição (Moe; Hayne, 2020).

Embora seja um método seguro, o paciente pode apresentar diversas complicações ao realizar o exame, incluindo a hiperalgesia, retenção urinária aguda, hematúria, hematospermia, sangramento retal, disfunção erétil, infecção e sepse (Rodriguez; Terris, 1998).

Após a realização do exame, as amostras de biópsia são levadas para um laboratório. Essas amostras são avaliadas com o auxílio de um microscópio, a fim de verificar a presença de células cancerosas, obtendo um relatório patológico: 1) positivo para câncer: células malignas foram encontradas nas amostras de biópsia; 2) negativo para câncer: nenhuma célula maligna foi encontrada nas amostras de biópsia e 3) suspeito: foi encontrado algo anormal, mas não há certeza de câncer (American Cancer Society, 2019).

Se o CP for encontrado na análise patológica, o patologista expressa o laudo na chamada Graduação Histológica do Sistema de Gleason, onde será atribuída uma pontuação conforme a anormalidade celular (Sarris *et al.*, 2018). Gleason igual ou menor que 6 pode ser caracterizado como bem diferenciado; Gleason com pontuação de 7 pode ser chamado de moderadamente diferenciado ou grau intermediário e Gleason com pontuação de 8 a 10 pode ser caracterizado como mal diferenciado (American Cancer Society, 2019).

Mais de 95% das neoplasias malignas da próstata são adenocarcinomas, tendo origem epitelial. 5% são carcinomas de células de transição, carcinomas neuroendócrinos ou sarcomas, tendo origem estromal. Os adenocarcinomas podem ser adenocarcinoma acinar ou não-acinar, Entre os adenocarcinomas não-acinares tem-se o adenocarcinoma ductal, o qual contém o pior prognóstico, sendo uma neoplasia maligna de pequenas células, sendo mais agressivo (Tewari; Whelan; Graham, 2013; Sarris *et al.*, 2018).

3.4.5 Estadiamento do câncer de próstata

A evolução dos pacientes com CP está diretamente correlacionada com a extensão e gravidade da neoplasia e, por isso, foi introduzido na literatura o sistema de estadiamento a fim de identificar a extensão anatômica do CP no momento do diagnóstico (Sobin; Wittekind, 2009; Albertsen, 2020). Esse procedimento foi estabelecido pela União Internacional Contra o Câncer (Bill-Axelson, 2008), no qual foram estabelecidos os seguintes itens: T (tumor), N (linfonodo) e M (metástases). Analisar a gravidade do CP é um determinante importante para conhecer o prognóstico do sujeito, além de contribuir com a escolha do tratamento mais efetivo. O quadro 2 apresenta o sistema TNM.

Quadro 2 - Sistema de estadiamento TNM para o CP

Continua

T	TUMOR
TX	O tumor primário não pode ser avaliado.
T0	Sem evidências de tumor primário.
T1	Tumor não palpável ou visível por método de imagem.
T1a	Tumor em achado histológico incidental (5% ou menos do tecido ressecado).
T1b	Tumor em achado histológico incidental (>5% do tecido ressecado).
T1c	Tumor identificado por biópsia prostática (ex. biópsia indicada por aumento de PSA).
T2	Tumor confinado à próstata.
T2a	Tumor envolve um lado de um lobo ou menos.
T2b	Tumor envolve mais da metade de um lobo, mas não ambos os lobos.
T2c	Tumor envolve ambos os lobos.
T3	Tumor que se estende através da cápsula prostática.
T3a	Extensão extracapsular (uni ou bilateral).

Quadro 2 - Sistema de estadiamento TNM para o CP

Conclusão

T	TUMOR
T4	Tumor é fixo ou invade estruturas adjacentes que não sejam vesículas seminais: esfíncter externo, reto, músculos elevadores e/ou parede pélvica.

N	LINFONODOS REGIONAIS
NX	Linfonodos regionais não podem ser avaliados.
N0	Ausência de metástases em Linfonodos regionais.
N1	Metástases em Linfonodos regionais.
M	METÁSTASE À DISTÂNCIA
M0	Ausência de metástases à distância.
M1	Metástase a distância.
M1a	Linfonodos não regionais.
M1b	Ossos.
M1c	Outros sítios.

Fonte: Brierley J, Gospodarowicz M & Wittekind Ch, 2017, p.187.

Essa classificação vai descrever de forma assertiva a precisão anatômica da patologia, onde o T (tumor) apresenta 4 categorias, N (linfonodo) três categorias e M (metástases) com duas categorias (Albertsen, 2020). Para a análise dos resultados, faz-se necessário sintetizar as combinações em grupos de estadiamento, variando de 0 a IV, sendo: 0) carcinoma *in situ*; I) carcinoma com invasão local inicial; II) tumor primário limitado ou invasão linfática regional mínima; III) tumor local extenso ou invasão linfática regional extensa e IV) tumor localmente avançado ou presença de metástases em outros tecidos (SOBIN *et al.*, 2004). O quadro 3 apresenta o agrupamento por estágio do CP.

Quadro 3 - Estágio do CP

Estágio	T	N	M
I	T1, T2a	N0	M0
II	T2b, T2c	N0	M0
III	T3, T4	N0	M0
IV	Qualquer T	N1	M0
IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: Brierley J, Gospodarowicz M & Wittekind Ch, 2017, p. 189.

3.5 Principais tratamentos

3.5.1 Quimioterapia

A quimioterapia é o tratamento oncológico que usa os fármacos anticancerígenos, a fim de matar ou inibir o crescimento das células malignas, podendo ser administrados por via intravenosa ou por via oral (Jain, 2005; Nader; Amm; Aragon-Ching, 2018). Esse tratamento evoluiu ao longo dos anos após décadas de estudos e hoje se sabe que os principais quimioterápicos para o CP são: Docetaxel, Cabazitaxel, Enzalutamida e Mitoxantrona (Nader; Amm; Aragon-Ching, 2018; Sekhoacha *et al.*, 2022).

- **Docetaxel:** É um agente antimicrotúbulo citotóxico que se liga à β -tubulina (proteínas que integram os microtúbulos), previne a despolimerização dos microtúbulos e, conseqüentemente, resultando na inibição da divisão celular mitótica, provocando à morte celular por apoptose (Zhu *et al.*, 2013; Mangir; Türkeri, 2014). Seus principais efeitos colaterais são: miosite, neutropenia, eritema, disestesia, mucosite, fadiga, anemia trombocitopenia, leucopenia, diarreia e náusea (Donati; Castro, 2011; Byeon *et al.*, 2020; Thomas; Arun; Kachare, 2020).
- **Cabazitaxel:** Considerado um antineoplásico semissintético de segunda geração, destinado a suprimir a resistência ao docetaxel. Possui baixa afinidade pela glicoproteína-P por causa dos seus grupos metil adicionais, sendo metabolizado pelos tecidos hepáticos através das enzimas CYP3A4/5 e CYP2C8 (Crawford *et al.*, 2015; Sekhoacha *et al.*, 2022). Neutropenia, leucopenia, anemia, hipotensão, broncoespasmo, insuficiência renal, fadiga por neurotoxicidade, alopecia, eritema e os desequilíbrios eletrolíticos e desidratação estão entre os principais efeitos adversos desse quimioterápico (Abidi, 2013; Nader; Amm; Aragon-Ching, 2018; Sekhoacha *et al.*, 2022).
- **Enzalutamida:** Esse quimioterápico é um inibidor do gene AR, sendo reconhecido mundialmente em 2012 (Cookson *et al.*, 2013; Ariza *et al.*, 2021; Culine *et al.*, 2021). Esse fármaco se concentra na via androgênica e tem as seguintes funções: 1) impedir a competitivamente a conexão do androgênio ao receptor androgênico; 2) inibir a translocação nuclear e o recrutamento de cofatores e 3) inibir a associação do receptor de andrógeno ativado. A

enzalutamida tem como foco os andrógenos, como a testosterona e a dihidrotestosterona. Sua estrutura terapêutica inclui:

- a) Inibição competitiva da ligação de androgênio ao receptor de androgênio;
- b) Inibição da translocação nuclear e recrutamento de cofatores;
- c) Inibição da junção do DNA com o receptor de andrógeno ativado (Cookson *et al.*, 2013; Sekhoacha *et al.*, 2022).

Os efeitos colaterais da enzalutamida incluem fadiga, astenia, diarreia e vômitos (Sekhoacha *et al.*, 2022).

- **Mitoxantrona:** Apontado como uma antracenediona sintética, inibidor da topoisomerase tipo II que serve para interferir na intercalação e danos no DNA, desencadeando a morte celular imunogênica (Nader; Amm; Aragon-Ching, 2018; Li *et al.*, 2020). Acredita-se que esse quimioterápico produz um feedback negativo na glândula pituitária, causando à redução da desidroepiandrosterona e do sulfato de desidroepiandrosterona que podem ser metabolizados em pequenas quantidades de testosterona (Tannock *et al.*, 1989). Anemia, leucopenia, desconforto gastrointestinal, febre, dor, mielossupressão, neutropenia, amenorreia, alopecia, náuseas e vômitos são os principais efeitos colaterais (Green *et al.*, 2015; Song; Huang; Wang, 2018).

3.5.2 Radioterapia

A radioterapia é uma das terapias mais eficientes para o tratamento do CP, visto que esse tratamento favorece a morte das células neoplásicas através de altas doses de radiação (Kamran; D'amico, 2020). Atualmente, encontram-se duas categorias de radioterapia para o tratamento dessa neoplasia, sendo a radioterapia com feixe externo e a braquiterapia, considerado um procedimento minimamente invasivo (Sekhoacha *et al.*, 2022). Essa terapia é considerada eficaz para os pacientes que não têm indicação para a realização da cirurgia oncológica, também podendo ser realizada de forma neoadjuvante e adjuvante (Spratt *et al.*, 2021).

A braquiterapia é normalmente realizada para o estágio I e II do CP, enquanto a radioterapia com feixe externo pode ser usada para qualquer estágio do CP, no entanto, o tratamento de reforço de braquiterapia pós-radioterapia com feixe externo também é praticado para casos de CP de risco intermediário-alto (estágio III e IV) (Podder; Fredman; Ellis, 2018, p.01).

Na radioterapia com feixe externo, os feixes de raios x são direcionados no volume tumoral a fim de fornecer uma dose prescrita para destruir as células malignas. Esses feixes são inseridos no paciente, de forma que a neoplasia maligna receba as doses de radiação, resguardando os tecidos e os órgãos adjacentes (Kipriyanov *et al.*, 2020).

Atualmente, encontram-se diversas técnicas para a sua realização, sendo as principais: radioterapia conformada tridimensional, radioterapia modulada em intensidade, radioterapia de arco modulado volumétrico, radioterapia estereotáxica corporal, radiocirurgia estereotáxica e intensidade modulada terapia de prótons, podendo-se utilizar diversas máquinas de entrega de radiação (Kalbasi *et al.*, 2015; Podder; Fredman; Ellis, 2018).

Torna-se necessário a utilização de imagens multimodais para localizar a neoplasia, podendo ser utilizado a tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassom ou Tomografia computadorizada por emissão de fóton único (Podder; Fredman; Ellis, 2018). O cálculo de dose indicada para todos os planos é realizado por um profissional habilitado. Os efeitos negativos da radioterapia com feixe externo incluem a disfunção erétil, disúria, diarreia, proctite e infecção (Potosky *et al.*, 2020).

Na braquiterapia, acontece a colocação de fontes radioativas na glândula prostática com ajuda de sementes, inserções de fios através da ultrassonografia transretal (Sekhoacha *et al.*, 2022). Existem duas técnicas: 1) doses baixas e 2) altas taxas de dose. Na baixa dose, as sementes radioativas são implantadas na próstata e permanecem na próstata, perdendo a sua radioatividade aos poucos (Podder; Fredman; Ellis, 2018).

Já nas altas taxas de dose, acontece o fornecimento de uma alta dose de radiação na próstata, podendo invadir os tecidos e os órgãos circunvizinhos. Apesar de ser um procedimento minimamente invasivo, os pacientes podem apresentar parestesia, anúria, estenose uretral, sangramento retal e urinário e risco de fratura de quadril (Mata *et al.*, 2019).

3.5.3 Hormonioterapia

A hormonioterapia também é conhecida como terapia de privação androgênica. Essa terapia é indicada para pacientes com CP avançado e/ou metastático, uma vez que seu mecanismo terapêutico se baseia no bloqueio da produção dos hormônios masculinos (andrógenos) (Shiota *et al.*, 2020). A redução dos níveis hormonais masculinos é responsável pela inibição da ação do andrógeno no receptor de andrógeno, impedindo o aumento da neoplasia (Sekhoacha *et al.*, 2022).

Existem vários tipos de terapia de privação androgênica, onde as principais são: orquiectomia bilateral e castração química por meio da administração de análogos ou antagonistas do hormônio liberador do hormônio luteinizante (Thomas; Ohlmann, 2020; Desai; Mcmanus; Sharifi, 2021).

- **Orquiectomia bilateral:** É uma cirurgia que visa remover ambos testículos, visto esse órgão produz cerca de 90% de testosterona. Através dessa remoção, é possível prevenir o crescimento do CP através da remoção da fonte que o alimenta (testosterona) (Silva; Neto; Lima, 2010).
- **Análogos do hormônio liberador do hormônio luteinizante:** É responsável por elevar o nível do hormônio luteinizante e do hormônio folículo-estimulante. Através desse aumento, acontece um estímulo dos receptores da hipófise, permitindo que o fármaco desregule os receptores da hipófise que, conseqüentemente, causa uma redução na produção da testosterona. O Leuprolida, goserrelina, triptorrelina e histrelina são os mais utilizados. Dor geral, ondas de calor e sudorese, distúrbios gastrointestinais são os principais efeitos colaterais (Desai; Mcmanus; Sharifi, 2021).
- **Antagonistas do hormônio liberador do hormônio luteinizante:** Os antagonistas agem bloqueando os receptores da hipófise, causando a inibição imediata da síntese de testosterona. O Degarelix é o fármaco utilizado para o tratamento e os principais efeitos colaterais são: hiperlipidemia, fadiga, ondas de calor, efeito de flare, hepatotoxicidade, sudorese, osteoporose, resistência à insulina, doença cardiovascular e anemia (Seidenfeld *et al.*, 2000; Desai; Mcmanus; Sharifi, 2021).

3.5.4 Prostatectomia radical

A PR é o tratamento cirúrgico para o CP, realizado há mais de 100 anos, considerado padrão ouro para o tratamento da neoplasia maligna da próstata, visto que ainda há constatações sobre as outras modalidades terapêuticas, pois elas não capazes de matar todas as células cancerígenas por radiação ou por outras formas físicas de energia (Osmonov *et al.*, 2018).

Todas as modalidades cirúrgicas disponíveis na atualidade para tratar o CP compartilham o mesmo objetivo: melhorar a sobrevida do paciente através da remoção da glândula prostática e das vesículas seminais e, em casos de metástases linfonodais, retira-se os

linfonodos pélvicos (Strączyńska *et al.*, 2019). Os tratamentos cirúrgicos distinguem-se principalmente na medida em que a modalidade cirúrgica utilizada é mais ou menos invasiva (Tooher *et al.*, 2006).

Das duas abordagens cirúrgicas abertas, encontra-se a Prostatectomia Radical Retropúbica (PRRP) e a Prostatectomia Radical Perineal (PRP) (Strączyńska *et al.*, 2019). Quando comparado com a PRRP, a PRP é a abordagem cirúrgica aberta menos invasiva, embora seja menos utilizada (Tooher *et al.*, 2006). Desde 1997, abordagens minimamente invasivas estão sendo utilizadas e hoje, tem-se a Prostatectomia Radical Laparoscópica (PRL) e a Prostatectomia Radical Laparoscópica Assistida por Robô (PRLAR) (Richie, 1997; Tooher *et al.*, 2006).

A PRRP foi descrita pela primeira vez em 1947 por Mollin (Lepor, 2005; Pereira *et al.*, 2020). Historicamente, essa técnica não foi bem recebida pelos médicos urologistas devido às suas dificuldades técnicas e suas associações com o aumento da morbidade e mortalidade intra e pós-operatória (Walsh *et al.*, 1998; Pereira *et al.*, 2020).

Com o avanço da tecnologia nas últimas décadas, modificações e refinamentos técnicos aprimoraram os resultados clínicos e funcionais da PRRP (Stolzenburg *et al.*, 2007). A PRRP é uma técnica cirúrgica complexa e de difícil realização, fazendo-se necessário ter o conhecimento anatômico da pelve masculina e certo nível de conhecimento técnico (Tooher *et al.*, 2006).

Durante a realização do procedimento, o urologista deve considerar uma lista de prioridades, sendo elas: 1) remoção da próstata com margens cirúrgicas negativas; 2) preservação da continência e potência urinária; 3) preservação da função sexual e 4) redução da perda sanguínea (Tooher *et al.*, 2006). O procedimento é feito por anestesia geral com antibióticos profiláticos, no qual o cirurgião realiza uma incisão na parte inferior do abdome, da região umbilical até o púbis (Pereira *et al.*, 2020).

Um dreno de Blake 15-19 Fr é comumente colocado na pelve, fixado à pele com sutura não absorvível e colocado na sucção de acordo com a preferência do cirurgião. A ferida deve ser fechada em camadas de acordo com a preferência do cirurgião (Pereira *et al.*, 2020, p.3029).

A PRRP pode ser realizada entre 2 a 4 horas, a depender da gravidade da neoplasia, visto que a mesma pode invadir para os linfonodos pélvicos (Pereira *et al.*, 2020). Ao término da cirurgia é mantida a sonda vesical de demora durante 5 a 7 dias e após a retirada da sonda, o indivíduo pode realizar a micção (Almeida *et al.*, 2015; Barboza *et al.*, 2015). O tempo de internação varia de 2 a 3 dias (Pereira *et al.*, 2020).

Segundo Güneş *et al.*, (2014), a PRP é a menos preferida pelos cirurgiões, o que pode estar associada ao seu processo de realização (Güneş *et al.*, 2014). Essa abordagem é o tratamento mais antigo para o CP, foi descrita pela primeira vez em 400 AC e desenvolvida por Celsus em 25 DC (Weyrauch; Saunders; Morales, 1960). Apesar disso, a primeira PRP ocorreu em 1904, realizada pelo Dr. Halsted e o Dr. Hugh Hampton Young e aos longos dos anos passou por adaptações (Young, 1945; Tooher *et al.*, 2006; Martis *et al.*, 2007).

Durante a cirurgia, o paciente fica em posição de litotomia e logo após realiza-se uma incisão perineal em forma de 'U'. Em seguida, o músculo retouretral é ressecado a fim de alcançar a próstata. A próstata e as vesículas seminais são removidas e logo após a uretra e o colo vesical são anastomosados com suturas. No segundo dia de pós-operatório, o dreno de Penrose é retirado e os pacientes recebem alta. As suturas e a sonda vesical são retiradas no 10º dia de pós-operatório (Güneş *et al.*, 2014).

Ao comparar os resultados clínicos da PRRP com a PRP em população semelhante, os estudos evidenciam (Melman *et al.*, 2004; Namiki *et al.*, 2006; Martis *et al.*, 2007; BASIRI *et al.*, 2018; Moussa *et al.*, 2022) que a PRP oferece os melhores resultados, sendo eles: menor tempo operatório, relato de menos dor, menor permanência hospitalar, menor perda sanguínea estimada e menor risco de transfusão de sangue.

Os avanços tecnológicos em saúde permitiram novas modalidades cirúrgicas para o tratamento do CP e com isso, surgiu-se a PRL e a PRLAR, consideradas técnicas minimamente invasivas (Le; Gettman, 2006; Baker *et al.*, 2016). A PRL e a PRLAR usam a abordagem retropúbica da próstata e sabe-se que essas abordagens apresentam melhores resultados pós-operatórios com recuperação mais curta (Güneş *et al.*, 2014; Basiri *et al.*, 2018).

A primeira PRL foi realizada em 1991 por Schussler (Schuessler *et al.*, 1997), apesar de ter sido uma abordagem inovadora, a PRL não apresentou vantagem sobre a prostatectomia radical aberta (Abbou *et al.*, 2000). Com o passar dos anos, pesquisadores fizeram a padronização da PRL, na qual a modalidade cirúrgica proporcionou melhores resultados: menor sangramento e maior conforto no período pós-operatório (Guillonneau *et al.*, 2003).

A PRL pode ser realizada através de dois acessos à próstata: acesso transperitoneal e acesso extraperitoneal (Rozet *et al.*, 2005; Le; Gettman, 2006). Na técnica transperitoneal desenvolvida pela escola francesa, as vesículas seminais são dissecadas antes que o espaço Retzius seja aberto e na técnica desenvolvida por Heilbronn, abre-se o espaço Retzius e depois retira-se a próstata (Guillonneau *et al.*, 2003; Costello, 2020).

O acesso extraperitoneal foi descrita pela primeira vez por Raboy (Raboy; Albert; Ferzl, 1998) e no decorrer dos anos, pesquisadores aprimoraram a técnica (Bollens *et al.*, 2001; Hoznek *et al.*, 2003; Costello, 2020). Na técnica, o paciente fica na posição de Trendelenburg moderada que é uma variação da posição de decúbito dorsal onde a parte superior do dorso é abaixada e os membros inferiores são elevados (Castillo; Vidal-Mora; Sánchez-Salas, 2011).

Realizam-se incisões pequenas, por onde são utilizados equipamentos especializados para remover a próstata e as vesículas seminais. O instrumento utilizado possui uma pequena câmara de vídeo que permite a visualização em tempo real da cirurgia (Castillo; Vidal-Mora; Sánchez-Salas, 2011). A PRL é considerada difícil e possui uma curva de aprendizado íngreme para os cirurgiões (Howard *et al.*, 2021). Ambas as técnicas visam preservar as pontas das vesículas seminais que estão próximas aos feixes neurovasculares (Rassweiler *et al.*, 2006).

A PRLAR é a cirurgia mais recente, possui alto custo e pode ser realizada com o acesso transperitoneal ou extraperitoneal (Basiri *et al.*, 2018; Howard *et al.*, 2021). Na PRLAR, realizam-se pequenas incisões cirúrgicas, onde o médico controla aparelho robótico. Essa modalidade cirúrgica possibilita uma visualização em 3 dimensões, possuindo um zoom de 10X (aumenta 10 vezes) (Castillo; Vidal-Mora; Sánchez-Salas, 2011). Atualmente, não há diferença nos resultados oncológicos quando se compara a PRLAR com a PRL, fazendo-se necessários novos estudos (Le; Gettman, 2006; Basiri *et al.*, 2018).

3.6 Incontinência urinária após prostatectomia radical

Segundo a *International Continence Society* (ICS), qualquer perda de urina é considerada IU (Abrams *et al.*, 2017). Sabe-se que a IU é mais prevalente na população feminina e atinge cerca de 1% a 39% da população masculina (Abrams *et al.*, 2008; Abufaraj *et al.*, 2021; Rodríguez-López *et al.*, 2021). A PR é uma das principais causas de UI na população masculina e vem se tornando um grande problema urológico, com prevalência oscilando de 2,5 a 90% (Lee *et al.*, 2009).

A IU é classificada em três tipos principais: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), caracterizada pela perda involuntária através de esforços que aumentem a pressão intra-abdominal (tosse, espirro ou exercícios físicos); Incontinência Urinária de Urgência (IUU), quando ocorre uma forte sensação de urgência para urinar que culmina em perda de urina

antes do indivíduo chegar ao banheiro; e Incontinência Urinária Mista (IUM), quando há a associação dos sintomas (Abrams *et al.*, 2012; Abrams *et al.*, 2017).

Sabe-se que para uma continência fisiológica é necessária a atuação do músculo detrusor, do esfíncter intrínseco proximal, do rabdoesfíncter e do mecanismo suspensor uretral composto pelos ligamentos pubouretrais (Rahnama'i *et al.*, 2021). Na PR, as fibras nervosas pudendas que inervam o rabdoesfíncter são afetadas, o esfíncter intrínseco proximal, o esfíncter uretral proximal e os ligamentos suspensores são removidos, deixando o indivíduo mais propenso a IU, visto que o rabdoesfíncter é sobrecarregado (Strasser *et al.*, 1998; Rahnama'i *et al.*, 2021).

A IU após a PR é consequente de diferentes fatores, são eles: alteração anatômica, baixa complacência vesical, a função vesical pré-operatória, a experiência do cirurgião com a técnica escolhida, a lesão da inervação pélvica ou no feixe neurovascular e a fibrose pós-operatória (Heesakkers *et al.*, 2017; Rahnama'i *et al.*, 2021).

Na IU, verifica-se alterações nas funções corporais, tais como a continência urinária e a frequência miccional, podendo causar um impacto negativo nas funções emocionais (Heesakkers *et al.*, 2017; García *et al.*, 2021; Mitrović *et al.*, 2021). Também podem ser observadas alterações nas estruturas do corpo, como lesões aos nervos e vasos sanguíneos, a fásia endopélvica, aos esfíncteres e aos músculos do assoalho pélvico (Rahnama'i *et al.*, 2021).

Consta-se que a IU pode acarretar limitação nas atividades, podendo ocasionar restrição à participação social que, conseqüentemente, pode interferir no autocuidado, na vida sexual, nos relacionamentos interpessoais e deixando o sujeito mais propenso a sofrer quedas pela incapacidade de chegar ao sanitário em tempo hábil (Moon *et al.*, 2019; Pan *et al.*, 2019). A frequência da IU vai depender do tipo de cirurgia, técnica cirúrgica, tamanho da neoplasia, localização da neoplasia e a idade do indivíduo. Nesse grupo distinguem-se dois principais tipos: incontinência de esforço (70%) e de urgência (30%) (Santos *et al.*, 2016; Sandhu *et al.*, 2019).

3.7 Funcionalidade

O modelo baseado na funcionalidade humana ou modelo biopsicossocial e holístico surgiu a partir das mudanças políticas e econômicas, na qual visava desconstruir o modelo biomédico dominante (Heerkens *et al.*, 2018). Esse modelo busca analisar o processo saúde-

doença por meio de fatores anatômicos, bioquímicos e fisiológicos em detrimento de suas expressões funcionais, sociais e culturais (World Health Organization, 2002).

Com vistas a conhecer as consequências das doenças, a OMS, apresentou, em 1976, a *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH). A classificação apresentada para a língua portuguesa como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) (World Health Organization, 1976; Bickenbach, 1999).

De acordo com esse marco conceitual, *impairment* (deficiência) é descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; *disability* (incapacidade) é caracterizada como as consequências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades; *handicap* (desvantagem) reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade (Farias; Buchalla, 2005, p. 188).

Durante a revisão final da CIDID, observou-se que essa classificação estabelecia uma relação causal baseada em eventos clínicos sem considerar aspectos psicossociais (Bickenbach, 1999). Após diversas modificações, no ano de 2011, a Assembléia Mundial da Saúde apresentou a *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), traduzido pelo português como Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Dahl, 2002).

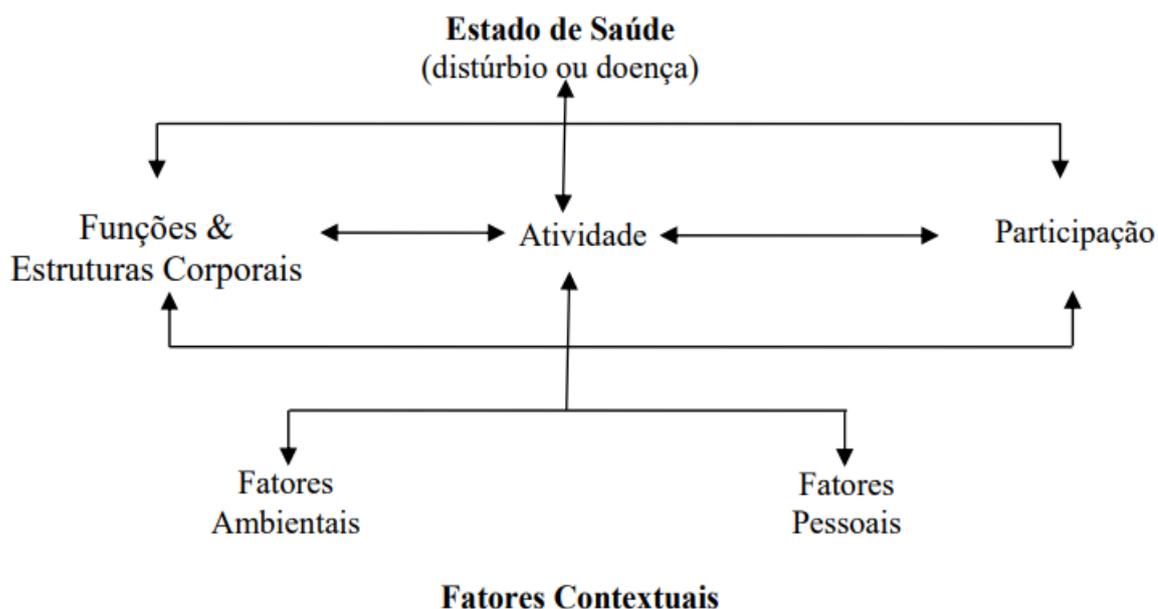
Para a CIF, a funcionalidade é um conceito amplo utilizado para determinar a capacidade de um indivíduo agir de forma independente em sua vida (Cieza; Kostansjek, 2021). Tanto a funcionalidade quanto a incapacidade são resultados das complexas interações entre a condição de saúde atual e o seu contexto (fatores ambientais e pessoais). Sendo assim, os aspectos neutros ou positivos decorrentes das interações são denominados funcionalidade, enquanto a incapacidade retrata as deficiências, limitações nas atividades e/ou restrição à participação (Leonardi *et al.*, 2022).

Segundo a OMS, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) e a CIF são complementares. O diagnóstico da patologia associado com a funcionalidade vai fornecer uma visão mais ampla sobre a saúde do sujeito (World Health Organization, 2002; Farias; Buchalla, 2005). Por exemplo, dois indivíduos com IU após PR podem apresentar níveis funcionais distintos e dois indivíduos com o mesmo nível de funcionalidade podem ter patologias diferentes.

A CIF é fundamentada na abordagem biopsicossocial e holística que aborda os itens de saúde nos níveis corporais e sociais. Esse modelo de avaliação se diferencia do modelo biomédico, pois o mesmo se baseia no diagnóstico da doença, incluindo a dimensão

biomédica, psicológica (dimensão individual) e a social. No modelo biopsicossocial, cada item atua e recebe a ação dos outros itens, sendo todos influenciados pelos fatores contextuais (Figura 3) (World Health Organization, 2002; Farias; Buchalla, 2005).

Figura 3 - Interação da CIF.



Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2002.

As definições utilizadas na CIF são: funções do corpo: funções fisiológicas e psicológicas dos sistemas corporais; estruturas do corpo: parte anatômica do corpo humano tais como órgão, tecido, membros e seus componentes; atividade: capacidade de realizar alguma atividade/tarefa ou ação; participação: envolvimento em uma situação da vida; fatores ambientais: ambiente físico, social e de atitudes em que indivíduo vive e conduz a sua vida e fatores pessoais: são os fatores internos tais como idade, sexo, nível de educação e etc. (Organização Mundial da Saúde, 2002).

As limitações na atividade são descritas como as dificuldades que o indivíduo pode apresentar em realizar as atividades, já as restrições à participação são as dificuldades que uma pessoa pode ter no envolvimento em situações de vida (Organização Mundial Da Saúde, 2002). A avaliação através da CIF busca fornecer uma linguagem universal padronizada entre os profissionais da saúde (Sampaio; Luz, 2009). A aplicabilidade da CIF ainda é um desafio para os profissionais da saúde e nesse contexto, foi desenvolvido o WHODAS 2.0 (Organização Mundial da Saúde, 2005; Barreto *et al.*, 2021).

3.8 Teoria do Autocuidado de Orem

A partir de visão ampliada do paciente submetido à prostatectomia radical pela possibilidade de se ter uma funcionalidade comprometida e da capacidade de agir de forma independente diminuída, avaliar clinicamente por meio de um referencial teórico que possibilite identificar quais os requisitos de autocuidado são necessários é vislumbrar uma assistência holística.

A Teoria Geral da Enfermagem, proposta em 1991 por Dorothea Elizabeth Orem, é composta por três bases teóricas associadas: Teoria do Autocuidado, Déficit de Autocuidado e os Sistemas de Enfermagem. Orem nasceu em 1914, em Baltimore, Maryland. Em 1930, formou-se em enfermagem pela *Providencie Hospital School Nursing* em Washington - Estados Unidos. Em 1945 obteve o título de mestre em Ciências da Enfermagem pela *Catholic University of America* (Orem, 2001; Vitor; Lopes; Araujo, 2010).

O autocuidado é a prática de atividades necessárias que um indivíduo realiza em favor da manutenção da sua saúde, vida e bem-estar pessoal (Orem, 1971; Orem, 2001), e recomenda-se atribuir o autocuidado como parte integrante do indivíduo (Orem, 1991). Nesse contexto, pode dizer-se que o autocuidado é universal, visto que corresponde aos vários aspectos da vida da pessoa e não se limita apenas às atividades de vida diária e às instrumentais, assegurando-lhe sua autonomia e dependência (Queirós; Vidinha; Almeida Filho, 2014).

Para Orem (2001), as pessoas têm capacidades específicas para realizar o seu autocuidado, porém, estão condicionadas à sua faixa etária, ao estado de desenvolvimento, à experiência de vida, aos aspectos socioculturais, à saúde e aos recursos disponíveis. Dessa forma, observa-se que o contexto do indivíduo pode influenciar na prática do cuidado e autocuidado.

A teoria do autocuidado é baseada em três conceitos básicos: 1) *self care agency*: é a capacidade, competência ou potencial da pessoa realizar a ação de autocuidado, a fim de manter a sua vida, saúde e bem-estar; 2) *therapeutic seilf care demande*: refere-se ao conjunto de ações de autocuidado que devem ser realizadas pela pessoa com o intuito de manter a vida, a saúde e bem-estar e c) *nursing agency*: é a capacidade dos enfermeiros desempenhar e orientar as ações de autocuidado para o indivíduo assistido (Orem, 1971; Remor *et al.*, 1986).

Orem, estabelece três tipos de sistemas de enfermagem relacionados com a dinâmica do autocuidado. Estes sistemas se referem como determinar os déficits dos indivíduos para atendimento da demanda terapêutica de autocuidado, necessária à manutenção de saúde e bem-estar. São eles: sistema de compensação total, sistema de compensação parcial e sistema de suporte educativo (remoret *al.*, 1986, p.06).

O sistema de compensação total é utilizado quando o paciente é incapaz de realizar qualquer ação de autocuidado, fazendo-se necessário a atuação da enfermagem para suprir as necessidades de cuidado do sujeito. O Sistema de compensação parcial é efetuado quando o indivíduo apresenta limitações parciais para atender as suas necessidades de autocuidado. Nesse sistema, o indivíduo também precisa da atuação da enfermagem para realizar às suas demandas de autocuidado os quais ele não consegue realizar de forma dependente (Orem, 1971; Remor *et al.*, 1986; Orem, 1991; Orem, 2001).

O Sistema de Suporte Educativo é utilizado quando o paciente é capaz de realizar as suas demandas de autocuidado de forma independente. Nesse sistema, a enfermagem atua orientando e instrumentalizando o paciente para a realização das suas demandas de autocuidado (Orem, 1971; Remor *et al.*, 1986; Orem, 1991; Orem, 2001).

A determinação de sistemas de assistência de enfermagem relacionados ao autocuidado indica que espécie de métodos o profissional de enfermagem deve utilizar, para instituir e manter a assistência ao cliente. Entretanto, os objetivos da assistência relacionados a quaisquer dos sistemas já citados deverão ser desenvolvidos de forma a ajudar os clientes na seleção, planejamento e execução das medidas de autocuidado, necessárias à manutenção, restauração da saúde e convivência com os efeitos e limitações da própria doença (Remor *et al.*, 1986, p.06).

A teoria do autocuidado ainda é dividida em três requisitos de autocuidado: requisitos universais, de desenvolvimento e os desvios de saúde. Os requisitos universais estão relacionados aos processos de vida e de manutenção da integridade dos seres humanos. Esse requisito abrange a manutenção da ingestão suficiente de ar, água e de alimentos com os nutrientes fundamentais; cuidados relacionados às eliminações de excrementos; manutenção do tônus e do equilíbrio para a realização das atividades e repouso; prevenção de perigos que possam ameaçar a vida e o bem-estar e promoção do funcionamento do sujeito em grupos sociais (Orem, 2001).

Os requisitos de desenvolvimento surgem como desafio para alguma mudança, podendo ocorrer diferentes estágios do ciclo da vida, seja ela alguma por alguma modificação no corpo (por exemplo, a retirada da próstata) ou alguma mudança (por exemplo, mudança para uma nova cidade que pode interferir no estilo de vida do sujeito) (Orem, 2001).

Já os requisitos de desvios de saúde estão associados a um problema de saúde, podendo ser de caráter genético ou de natureza funcional, bem como medidas médicas para diagnosticar ou corrigir alguma condição existente (Orem, 1971; Orem, 1991; Orem, 2001). Nos requisitos de desvios de saúde, deve-se prestar uma assistência de saúde de forma individualizada e adequada, levando em consideração os aspectos individuais do paciente (Vitor; Lopes; Araujo, 2010).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se um estudo transversal de caráter quantitativo, baseado a partir das diretrizes para estudos observacionais (*Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology - STROBE*) (ANEXO D) (Vandenbroucke *et al.*, 2007; Cuschieri, 2019).

Segundo Bastos e Duquia (2007), o estudo transversal é utilizado quando o pesquisador pretende estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta na população a ser estudada, além dos fatores que podem estar associados ao mesmo.

Para Pereira (1995), esse tipo de estudo visa responder determinadas perguntas: “Quais são as frequências do fator de risco e do desfecho em estudo?” e “Existe associação entre o fator de risco e o desfecho em questão?”. Nesse delineamento metodológico, as observações são feitas em uma única ocasião (Hulley *et al.*, 2008).

No que diz respeito aos estudos quantitativos, o pesquisador usa a coleta de dados para verificar hipóteses, utiliza variáveis expressas sob a forma de dados numéricos (Hulley *et al.*, 2008). Baseia-se na análise estatística para classificá-los e analisá-los, tais como as medidas de tendência central (média e mediana), dispersão (desvio-padrão e intervalos interquartis) e entre outros (Fontelles *et al.*, 2009).

Os estudos quantitativos apresentam maior precisão e confiabilidade, por isso são utilizados para o planejamento de ações coletivas, visto que os resultados obtidos são passíveis de generalização, principalmente quando as amostras pesquisadas representam com fidelidade à população estudada (Gil, 2001; Fontelles *et al.*, 2009).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), localizado na Avenida Professor Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária - Recife/ Pernambuco, CEP: 50670-901. O HC-UFPE é uma instituição de pública de referência nacional, certificado junto aos Ministérios da Educação e da Saúde (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2022)

Esse hospital fornece serviços de assistência para a população que precisa de atendimento por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), possui uma equipe composta de

2914 profissionais. O HCP oferece suporte para 28 especialidades ambulatoriais e atualmente possui 398 leitos, sendo eles 106 cirúrgicos, 132 clínicos e 189 de outras especialidades (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2022; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2022).

O HC-UFPE é um dos hospitais do Recife com os maiores números de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) por PR (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, 2022).

4.3 População e amostra

A população foi composta por indivíduos que estiveram em acompanhamento médico regular no ambulatório de Urologia do HC da UFPE, no período de maio a novembro de 2023. Foram recrutados pacientes adultos, diagnosticados com IU pós-PR, que preencheram os critérios de elegibilidade e são residentes dos municípios de Pernambuco. Os participantes que se encaixaram no requisito do estudo receberam informações sobre o mesmo. A amostra foi oriunda da demanda espontânea.

4.4 Critérios de elegibilidade

4.4.1 Critérios de inclusão

Para inclusão dos voluntários neste estudo foram estabelecidos os seguintes critérios:

- Ter sido diagnosticados com CP com base nos resultados histológicos;
- Pacientes com o diagnóstico médico de IU pós-PR;
- Ser prostatectomizado com idade igual ou maior a 40 anos, visto que é a idade mínima para a realização da cirurgia, conforme informa o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) (Ministério da Saúde, 2022);
- Pacientes prostatectomizados que apresentam IU com o tempo mínimo após cirurgia de dois meses e no máximo dois anos, visto que estudos (Santos *et al.*, 2016; Sandhu *et al.*, 2019) evidenciam que a IU após PR pode ter uma alta incidência no segundo mês após PR, podendo permanecer até dois anos após a cirurgia.

- Ter a capacidade cognitiva preservada, avaliada por meio do teste do desenho do relógio (ANEXO E) (Shulman *et al.*, 1986);
- Referir boa capacidade locomotora, visual e auditiva;

4.4.2 Critérios de exclusão

Para exclusão dos voluntários neste estudo foram estabelecidos os seguintes critérios;

- Referir IU pré-operatória;
- Indivíduos com diagnóstico médico de doenças neurológicas, visto que são doenças que podem repercutir no sistema urinário superior e inferior (Panicker; Sakakibara, 2020; Pannek, 2020; Vichayanrat *et al.*, 2021).
- Pacientes com histórico de operação da próstata antes da PR;

4.5 Tamanho da amostra e amostragem

O cálculo do tamanho da amostra foi pautado por meio da estimativa da proporção em uma população aleatória simples para população finita, empregando-se a seguinte fórmula (Marotti *et al.*, 2008):

$$n = \frac{NZ^2 p(1-p)}{(N-1)s^2 + Z^2 p(1-p)}$$

- n - Corresponde ao tamanho da amostra;
- N - Corresponde o tamanho do universo;
- Z - Corresponde o desvio do valor médio e o erro amostral;
- p - Corresponde à estimativa da proporção.

Igualmente ao estudo de Mata *et al.*, (2021), foi verificado a quantidade de cirurgias realizadas nos últimos 2 anos, estimando-se uma proporção de IU referente ao objeto de estudo igual a 46,7%. A quantidade de cirurgias foi vista pelo Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (junho de 2021 a junho de 2023) (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, 2023).

Nesse contexto, o universo foi 46,7% da quantidade de cirurgias realizadas nos últimos 2 anos. Foi utilizado uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%.

Além disso, foi acrescentado mais 5% no tamanho da amostra final para corrigir as possíveis perdas que possam acontecer. O tamanho da amostra foi de 43 (n=43).

4.6 Procedimento do estudo

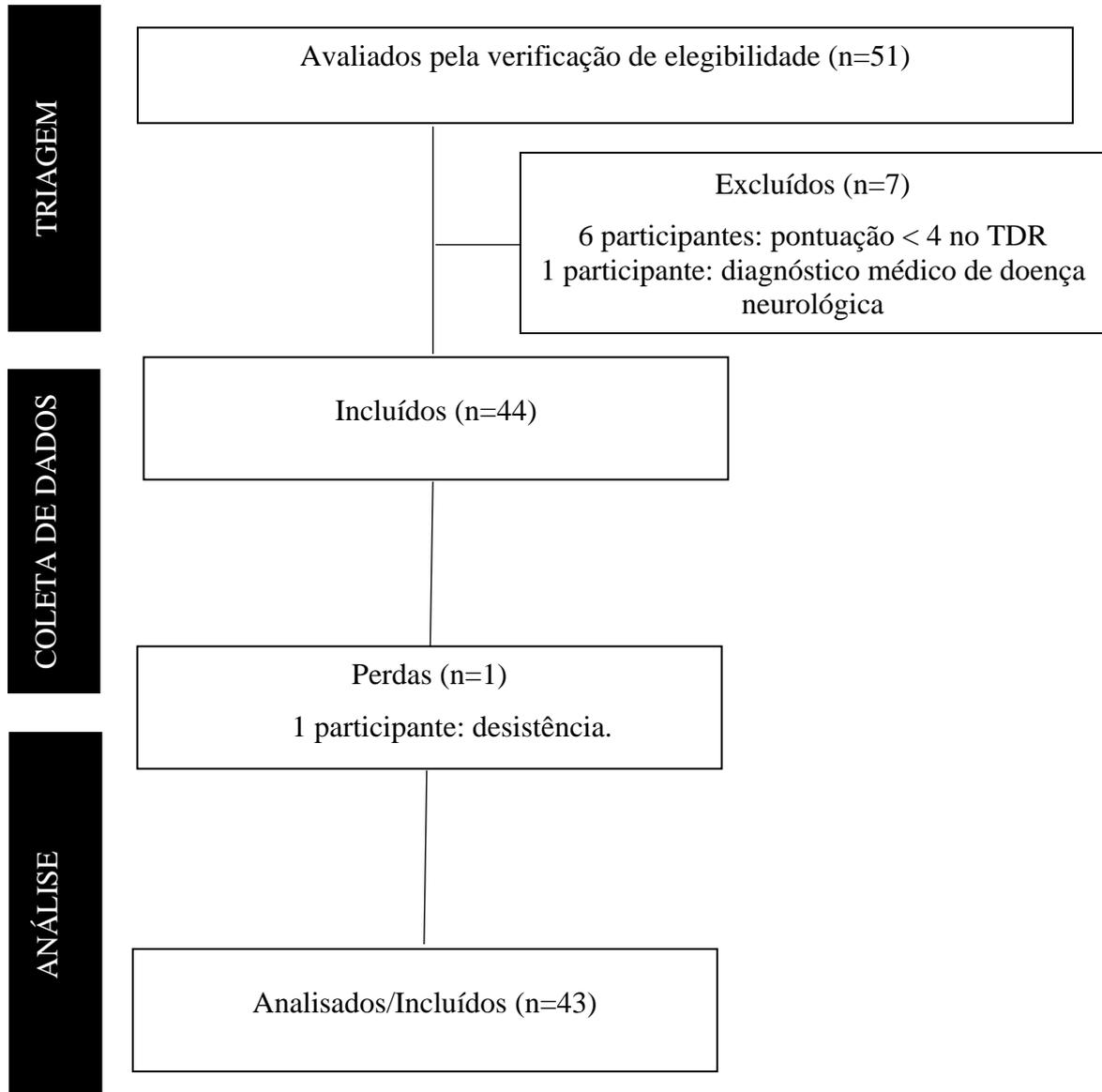
Inicialmente foi solicitada a assinatura da carta de anuência com o chefe do setor de urologia do HC-UFPE (ANEXO A) e com a chefe do setor do Núcleo da Documentação Clínica (ANEXO B). Em seguida, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HC-UFPE e após a aprovação (ANEXO C), iniciou-se a coleta de dados. Os participantes da pesquisa foram recrutados pelos médicos do setor a partir da checagem de prontuários dos pacientes cadastrados do ambulatório de urologia do HC-UFPE.

O participante da pesquisa foi encaminhado para uma sala reservada e o pesquisador responsável abordou cada paciente de forma individualizada com explicação detalhada do estudo proposto. No momento da triagem, foi realizada a checagem dos critérios de elegibilidade (APÊNDICE A e ANEXO E).

Após a checagem, os voluntários foram informados a respeito dos objetivos, riscos, benefícios e etapas da pesquisa. Os participantes que aceitaram participar da pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No que diz respeito aos participantes não alfabetizados, houve um espaço para impressão digital. O TCLE foi lido na frente de duas testemunhas imparciais e, conseqüentemente, houve a assinatura do TCLE. Cada participante recebeu um TCLE. O termo foi assinado pelo participante ou pelo responsável legal, conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e da resolução n°. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

Com a assinatura do TCLE, foi realizado a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. A coleta de dados foi realizada em um único encontro, o qual teve duração em média de 30 minutos para cada avaliação. Após o término da coleta dos dados, foi a exposição dos resultados para cada participante do estudo, dando orientações que promovam a educação em saúde do paciente prostatectomizado. Na imagem abaixo é possível verificar o fluxograma de captação e acompanhamento dos pacientes, conforme as etapas da pesquisa (Figura 4).

Figura 4 - Fluxograma de capitação dos participantes.



Fonte: Pesquisador responsável, 2024.

4.7 Operacionalização da coleta dos dados

4.8 Processo de triagem

Em todo processo de triagem, o paciente estava em sedestação de forma confortável. Foi aplicado:

- a) **Teste do Desenho do Relógio (TDR) (ANEXO E):** Elaborado em 1989, para avaliar as habilidades cognitivas, função visuoespacial, memória semântica e praxia. Entre 1953 a 1986, o TRD foi utilizado para avaliar e rastrear os distúrbios visuoespaciais associados às lesões na região parietal do cérebro (Aprahamian *et al.*, 2009). No ano de 1986, Shulman; Shedletsky e Silver publicaram a primeira evidência, associando o TRD ao rastreamento de distúrbios cognitivos em idosos e desde então, diversos estudos (Shulman; Shedletsky; Silver, 1986; Kyung; Jeong; Seomun, 2018), têm utilizado esse instrumento como triagem de pacientes com déficit cognitivo. Validado por Atalaia-Silva & Lourenço em 2008 para a cultura brasileira, o seu tempo de aplicação é de um minuto (Atalaia-silva; Lourenço, 2008). Foi entregue uma folha A4 ao indivíduo, essa folha teve um desenho de um círculo, medindo 9,5 centímetros de diâmetro e logo após, solicitou-se que o participante desenhasse os números no círculo para que se pareça com um relógio. Após o preenchimento, o participante desenhou os ponteiros no relógio, marcando 11 horas e 10 minutos. A pontuação do teste varia de 0 a 5 pontos, tendo <4 como ponto de corte. Como pontuações têm: 0: incapacidade absoluta para desenhar o relógio, 1: desordem visuoespacial grave, 2: desordem visuoespacial moderada, 3: erro na marcação da hora e dos minutos. 4: erros visuoespaciais leves com marcação da hora correta e 5: relógio perfeito (Shulman *et al.*, 1993). Segundo Aprahamian *et al.* (2009), o teste exige uma capacidade cerebral, pois vai envolver as regiões corticais e subcorticais, abrangendo as regiões frontal, temporal e parietal. Por esse motivo, o TDR é interessante para identificar a capacidade cognitiva do sujeito (Aprahamian *et al.*, 2009).
- b) **Ficha de triagem (APÊNDICE A):** Ficha desenvolvida pelo pesquisador responsável, contendo questões relativas aos critérios de elegibilidade do atual estudo.

4.9 Instrumentos de coleta de dados

Após o consentimento do voluntário pela assinatura no TCLE, foi iniciada a avaliação com o paciente. Durante a aplicação do questionário sociodemográfico, do *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*, da *Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy* e do *World Health Organization Disability*

Assessment Schedule 2.0 o paciente ficou em sedestação. O paciente ficou em bipedestação apenas quando foi realizado o Teste *Timed Up and Go*. A avaliação foi realizada de forma progressiva, respeitando a seguinte ordem:

- a) **Questionário sociodemográfico (APÊNDICE B):** Questionário elaborado pelo pesquisador responsável, tendo como base três estudos publicados (Goulart, 2012; Novais, 2019; Azevedo, 2021). O questionário teve perguntas sobre os aspectos sociodemográficos e clínicos, tais como: nome do participante, idade, cor ou etnia autorreferida, condição educacional, estado civil, dependentes, vínculos de emprego, renda mensal em salário mínimo, peso, altura, Índice de Massa corporal (IMC), se é tabagista ou tem histórico, ansiedade autorreferida, depressão autorreferida. tipo de cirurgia, tempo de cirurgia, estadiamento da neoplasia, realização de tratamento neoadjuvante e/ou adjuvante e se realiza atividade física. **Observação:** O IMC foi calculado diretamente no SPSS, utilizando a seguinte fórmula: $IMC = \text{peso} / (\text{altura} \times \text{altura})^2$. Para a classificação do IMC, foi utilizada a categorização da OMS para idoso, visto que a maioria dos participantes eram idosos, sendo: baixo peso ($IMC < 18,5 \text{kg/m}^2$), eutrofia ($IMC 18,5-24,9 \text{kg/m}^2$), sobrepeso ($IMC > 25 \text{kg/m}^2$) e obesidade ($IMC > 30 \text{kg/m}^2$) (World Health Organization, 2000). Para a avaliação da altura, foi utilizada uma fita métrica de 3 metros por 300 cm. A balança utilizada foi a G-Tech Balg110 Balança Digital em Vidro Temperado, Transparente.
- b) **International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) (ANEXO F):** Criado por Avery *et al.*, (2001) na língua inglesa e, posteriormente, traduzido e validado para o português por Tamanini *et al.*, em 2004, o ICIQ-ST apresentou o índice de confiabilidade (*alfa de Cronbach*) de 0,88. O ICIQ-SF é um questionário simples, de baixo custo, breve e autoaplicável, capaz de caracterizar a perda urinária e avaliar impacto da incontinência urinária na qualidade de vida do paciente (Avery *et al.*, 2001; Tamanini *et al.*, 2004). Esse instrumento avaliativo é composto por 6 questões (ANEXO D); as duas primeiras questões correspondem à dados demográficos (idade e sexo); as questões 3 a 5 avaliam à frequência, a gravidade e o impacto da incontinência urinária; e a questão 6 corresponde a um conjunto de 8 itens que verifica às causas e às situações de IU vivenciadas pelo sujeito. A pontuação total é obtida pela soma dos escores das

questões 3 a 5, variando de 0 a 21 pontos, podendo ser classificado como: sem impacto (0 pontos); impacto leve (01 a 03 pontos); impacto moderado (04 a 06 pontos); impacto grave (07 a 09 pontos); e impacto muito grave (> 09) (Tamanini *et al.*, 2004).

- c) ***Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy (UISARP) (ANEXO G)***: Trata-se de uma escala validada e desenvolvida na China no ano de 2010 por Lin & Yang, cujo o objetivo é que avalia a gravidade da IU, considerando a prostatectomia radical como fator causal dos distúrbios urinários, sendo considerado o único instrumento encontrado na literatura para de avaliar os pacientes prostatectomizados (Lin; yang, 2010). A UISARP foi traduzida e validada na língua portuguesa por Chagas (2019), apresentando o Alfa de *Cronbach* de 0,94 e confiabilidade composta 0,97 (Chagas *et al.*, 2019; Mata *et al.*, 2022). Na versão chinesa, o instrumento possui 8 itens e sua pontuação variando de 0 a 32 pontos (Lin; Yang, 2010), mas lá versão brasileira, o instrumento possui 7 itens, pois o item 2 apresentou carga fatorial de 0,322. Os itens são avaliados por escala do tipo *linkert* de 5 pontos, no qual 0 corresponde a “nunca” e 4 corresponde a “sempre”. A pontuação varia de 0 a 28 pontos, de modo que, pontuações mais altas indicam maior gravidade da IU (Mata *et al.*, 2022).
- d) ***World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) (ANEXO H)***: Voltado para a avaliação da funcionalidade e incapacidade, conforme recomenda a CIF, o WHODAS 2.0 foi publicado em 2010 pela OMS, onde foi traduzido e validado na língua portuguesa no ano de 2017 por Castro & Leite (World Health Organization, 2010; Castro; Leite, 2017). o WHODAS 2.0 apresentou um índice de confiabilidade (*alfa de Cronbach*) de 0,99 para o grupo populacional de pessoas com mais de 55 anos (Organização Mundial de Saúde, 2015). Esse questionário avalia os seis principais domínios da vida, sendo elas: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação. O WHODAS 2.0 está disponível em 3 versões: 12, 12+24 e 36 questões, a versão com 12 questões explica 81% da variância do questionário com 36 questões, enquanto a versão 12+24 disponibiliza perguntas adicionais, a fim de obter mais informação sobre as áreas principais da vida (Federiet *al.*, 2017). Nesse estudo, utilizou-se a versão completa com 36 questões do WHODAS 2.0 (ANEXO

F), já que a versão possibilita quantificar cada domínio do WHODAS 2.0, possui um maior caráter reducionista da CIF, o que facilita a aplicação do questionário e pode ser auto aplicado, aplicado por entrevista ou por proxy (Organização Mundial da Saúde, 2015). Cada item dos domínios recebe uma pontuação, esses são somados e divididos por um valor que está descrito no WHODAS 2.0. Os scores por domínios e por score total variam de 0-4% (nenhuma dificuldade), 5-24% (dificuldade ligeira), 25-49% (dificuldade moderada), 50-95% (dificuldade grave), 96-100% (nenhuma funcionalidade) (Garin *et al.*, 2010). O participante respondeu às questões tendo em vista o grau de dificuldade que encontrou em realizar as atividades indicadas nos últimos 30 dias, usando uma escala que varia de 1 a 5: (1): nenhuma, (2) leve; (3) moderado (4): grave e (5) extrema ou não consegue fazer (World Health Organization, 2010b; Organização Mundial Da Saúde, 2015; Federi *et al.*, 2017).

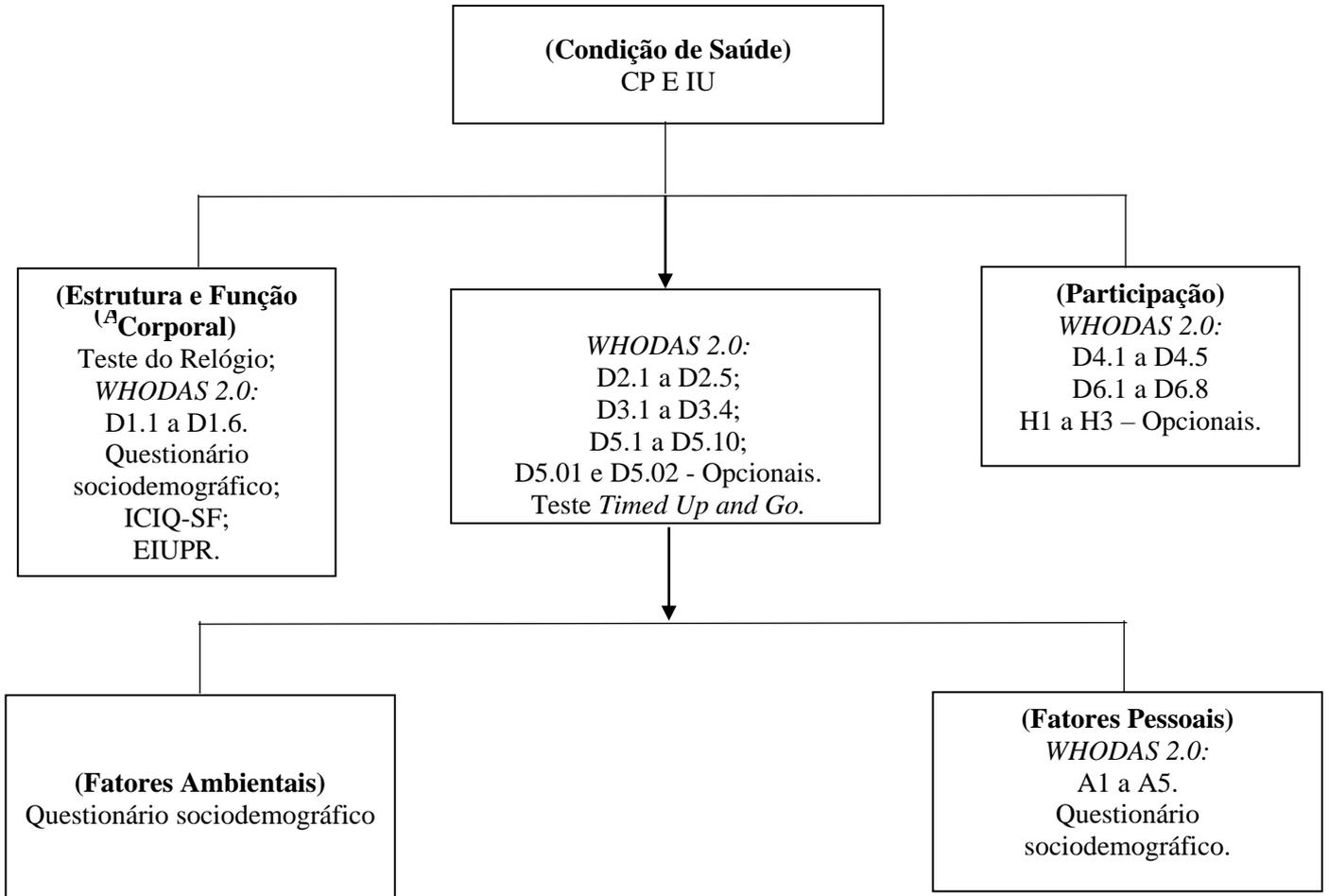
- e) **Teste *Timed Up and Go* (TUG):** foi descrito cientificamente pela primeira vez em 1991 por Podsiadlo e Richardson, a partir da versão denominada Get-up and Go, proposta por Samuel; U.s e Bernard, 1986 (Samuel; U.S; Bernard, 1986; Podsiadlo; Richardson, 1991). O TUG é um teste rápido, seguro, de baixo custo e eficaz para avaliar a mobilidade funcional do indivíduo (Podsiadlo; Richardson, 1991). O TUG apresenta uma boa confiabilidade no método teste-reteste, variando entre 0.91 a 0.99 (Kristensen; Foss; Kehlet, 2007; Campos *et al.*, 2022). O teste consiste na medida do tempo que uma pessoa leva para levantar-se de uma cadeira, caminhar uma distância de 3 metros, retorna e sentar-se novamente na cadeira (Podsiadlo; Richardson, 1991). O tempo de realização do teste foi cronometrado com o auxílio do aplicativo relógio do App Store - iOS. No teste, o indivíduo estava na posição sentada em uma cadeira, os antebraços dos participantes ficaram repousados sobre os braços da cadeira e a coluna estava apoiada no encosto da mesma (Podsiadlo; Richardson, 1991). Após a orientação postural, foi dado o comando verbal para que o participante se levante da cadeira, caminhe 3 metros (marcado previamente com uma fita adesiva no chão), fazer o retorno, voltar até a cadeira e se sentar novamente. Os participantes ficaram calçados no momento do teste e todos foram orientados a realizar o teste em uma velocidade confortável (Podsiadlo; Richardson, 1991; Bischoff *et al.*, 2003). O disparo inicial do cronômetro só foi aplicado após o comando verbal “vai” dado pelo avaliador e a contagem foi encerrada no momento

em que o indivíduo retornou a posição inicial na cadeira (Podsiadlo; Richardson, 1991). Esse teste já foi utilizado da capacidade funcional de pacientes oncológicos, sendo um teste importante para verificar a manutenção da independência do paciente, considerado um atributo essencial para qualidade de vida (Patla; Shumway-Cook, 1999; Campos *et al.*, 2022). Uma pontuação menor que 15 segundos podem predizer que o sujeito apresenta baixo risco de quedas, uma pontuação de 35 segundos ou mais tem correlação com o alto risco de quedas (Nordin *et al.*, 2008). Não há conclusão para estratificar o risco de quedas nos indivíduos classificados na "zona cinzenta" (TUG entre 20 a 30 segundos). Para Van Iersel *et al.* (2008), pontuação maior que 13,5 segundos já pode indicar um risco de quedas, já Shumway-Cook, Brauer e Woollacott (2000), sugere que o ponto de corte para o risco de quedas é 14 segundos na realização do TUG (Shumway-Cook; Brauer; Woollacott; 2000; Van Iersel *et al.*, 2008). Nesse estudo foi utilizado os valores de tempo como referência: menor de 10 segundos são indivíduos totalmente livres e independentes; entre 10 a 19 segundos também considerados pessoas independentes, consegue caminhar livremente mais de 500 metros, porém apresentam uma pequena alteração de equilíbrio que pode influenciar nas quedas; 20 a 29 segundos, são os indivíduos que apresentam dificuldade ao realizar as atividades da vida diária; indivíduos com score de tempo de 30 segundos ou mais, sugerem que o indivíduo seja mais dependentes, apresenta alto risco de quedas e apresenta baixa capacidade funcional (Podsiadlo; Richardson 1991; Bretan *et al.*, 2013). **Observação:** Antes da realização do teste, verificou-se os sinais vitais e a percepção subjetiva do esforço pela Escala de Borg. O teste foi interrompido quando o paciente relatou uma pontuação acima de >9 através da Escala de Borg (ANEXO I) (Cabral *et al.*, 2017).

4.10 Avaliação da funcionalidade

Na figura abaixo é possível verificar o modelo biopsicossocial da funcionalidade, seguindo o constructo da OMS (World Health Organization, 2010; Castro; Leite, 2017) e sua relação com os instrumentos de coleta de dados (Figura 5).

Figura 5 - Relação da funcionalidade com os instrumentos de coleta de dados.



Fonte: Autor principal, 2024.

4.11 Relação dos instrumentos de coleta de dados com os Requisitos de Autocuidado de Orem

A partir da utilização dos instrumentos descritos anteriormente, foi possível estruturar as informações e identificar quais os requisitos de autocuidado estavam em desequilíbrio. No quadro 4, apresenta-se os instrumentos e como se relacionam com os requisitos de autocuidado proposto por Orem.

Quadro 4 - Os instrumentos de coleta de dados e a relação com os requisitos de autocuidado proposto por Orem.

(Continua)

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM			
	UNIVERSAIS	DESENVOLVIMENTO	DESVIO DE SAÚDE	COMENTÁRIOS
Questionário sociodemográfico;	X	X	X	O questionário sociodemográfico forneceu dados referentes aos processos de vida, mudanças físicas e as condições da doença;
<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF);</i>		X		O ICIQ-SF permitiu analisar as novas situações que vão comprometer a qualidade de vida do sujeito;

Quadro 4 - Os instrumentos de coleta de dados e a relação com os requisitos de autocuidado proposto por Orem.

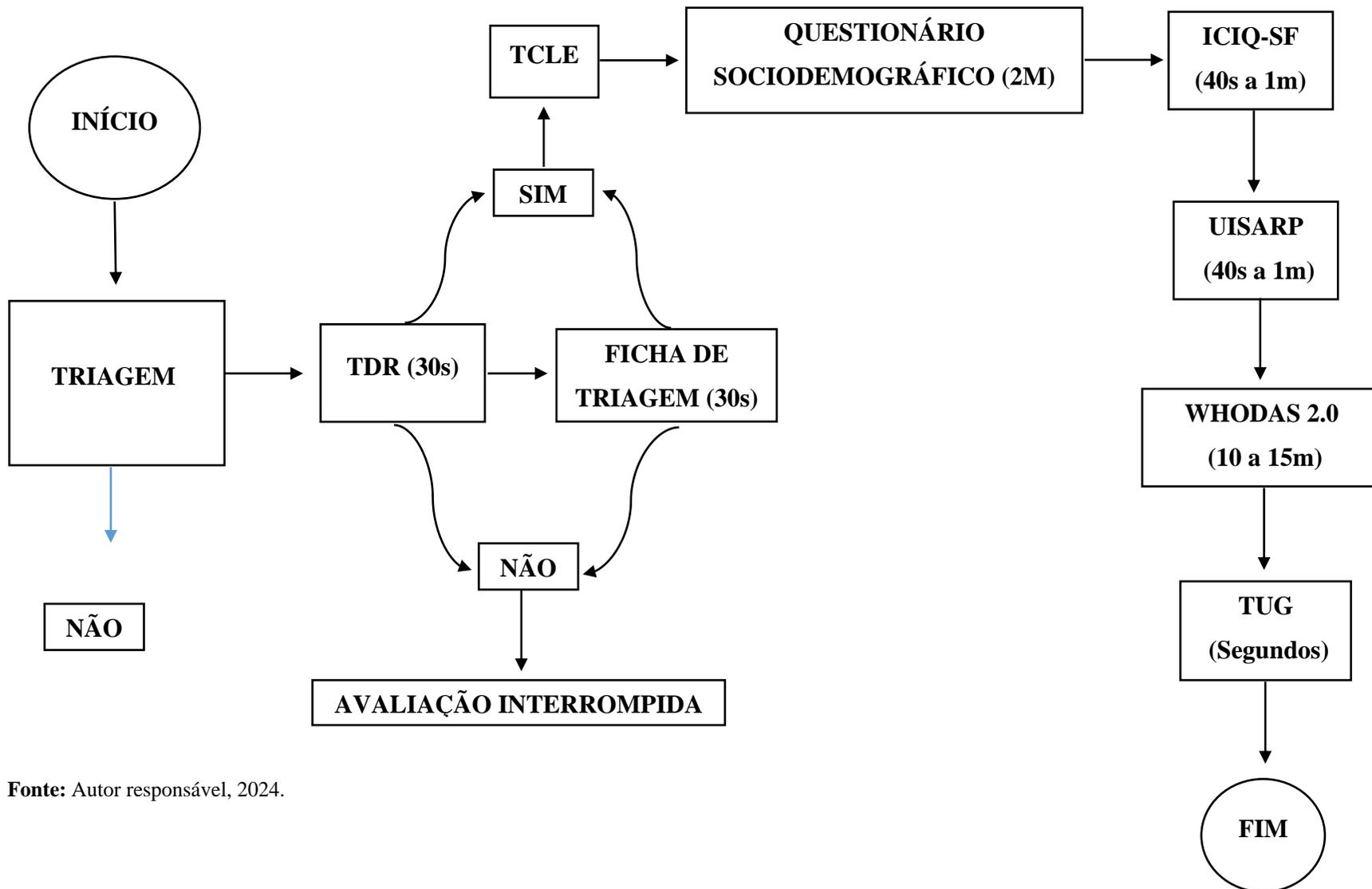
(Conclusão)

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM			
	UNIVERSAIS	DESENVOLVIMENTO	DESVIO DE SAÚDE	COMENTÁRIOS
<i>Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy</i> (UISARP);	X	X	X	A UISARP possibilitou o entendimento acerca do funcionamento, da integridade da estrutura acometida e das situações decorrentes do processo fisiopatológico;
<i>World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0</i> (WHODAS 2.0);	X	X	X	O WHODAS 2.0 proporcionou entender os dados referentes a integridade da estrutura, do funcionamento e das novas situações;
Teste <i>Timed Up and Go</i>	X			O Teste <i>Timed Up and Go</i> possibilitou avaliar o equilíbrio, marcha e a mobilidade.

Fonte: autor responsável, 2024.

4.12 Processo de coleta de dados

Figura 6 – Processo de coleta de dados.



Fonte: Autor responsável, 2024.

4.13 Análise dos dados

Na medida em que os dados foram coletados, essas informações foram introduzidas em um banco de dados no *Excel XP 2017 Microsoft®*. Após o término da coleta, o banco de dados foi exportado para o programa *SPSS* versão 25.0, atribuindo um nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

A análise estatística descritiva foi realizada através de medidas de média, desvio padrão e intervalo de confiança para as variáveis quantitativas e em forma de frequência para as variáveis qualitativas. O teste de *Shapiro Wilk* foi adotado para verificar a normalidade da distribuição das variáveis quantitativa. Para o teste de normalidade assumindo valores de $p > 0,05$ como significativos. Na avaliação do ICIQ-SF, WHODAS 2.0 e o TUG, foram aplicados as suas classificações conforme descritas anteriormente.

O teste *Qui-Quadrado* para comparação de proporção para a análise univariada. Para o teste, assumem-se valores de $p < 0,05$ como significativos.

4.14 Classificação das variáveis estudadas

O desfecho primário, secundário, os dados sociodemográfico e clínico incluídos no atual estudo foram selecionados através dos objetivos traçados. A descrição das variáveis do estudo de acordo com as suas medidas e classificações estão escritas no quadro 5.

Tabela 1 - Detalhamento e operacionalização das variáveis do estudo.

DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL	TIPO	CLASSIFICAÇÃO	MEDIDAS/CATEGORIAS
Idade;	Independente;	Quantitativa Contínua;	Expressa em anos.
Raça;	Independente;	Qualitativa Nominal politômica; (5 categorias)	Branca, parda, negra, indígena ou amarela.
Condição educacional;	Independente;	Qualitativa Ordinal; (6 categorias);	Ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto ou ensino superior completo.
Estado Civil;	Independente;	Qualitativa Nominal politômica; (6 categorias);	Solteiro, casado, união estável, separado ou viúvo.
Quantos dependentes;	Independente;	Qualitativa Ordinal; (4 categorias);	Nenhum, um a dois, de três a quatro ou mais de quatro.

Vínculos de emprego	Independente;	Qualitativa Nominal politômica; (4 categorias);	Um, dois, aposentado ou desempregado.
Renda Mensal;	Independente;	Qualitativa Ordinal; (5 categorias)	Menor que um salário mínimo, 1 salário mínimo, mais que um salário mínimo, de 2 a 3 salários ou 5 ou mais.
Peso;	Independente;	Quantitativa Continua;	Medida em quilogramas (Kg)
Altura;	Independente;	Quantitativa Continua;	Medida em metro (m) e centímetro (cm).
IMC;	Independente;	Quantitativa Continua;	Medida em quilogramas por centímetro ao quadrado (Kg/cm ²).
Fumo;	Independente;	Qualitativa Nominal politômica; (3 categorias);	Sim, ex-fumante ou não.
Bebida alcoólica;	Independente;	Qualitativa Nominal dicotômica; (2 categorias);	Sim ou não.
Hipertensão;	Independente;	Qualitativa Nominal dicotômica; (2 categorias);	Sim ou não.
Diabetes;	Independente;	Qualitativa Nominal dicotômica; (2 categorias);	Sim ou não.
Ansiedade;	Independente;	Qualitativa Nominal dicotômica; (2 categorias);	Sim ou não.
Depressão;	Independente;	Qualitativa Nominal dicotômica; (2 categorias);	Sim ou não.
Uso de café;	Independente;	Qualitativa Nominal dicotômica; (2 categorias);	Sim ou não.
Uso de pimenta;	Independente;	Qualitativa Nominal dicotômica; (2 categorias);	Sim ou não.
Uso de frutas cítricas;	Independente;	Qualitativa Nominal dicotômica; (2 categorias);	Sim ou não.
Tipo de cirurgia;	Independente;	Qualitativa politômica; (4 categorias);	Prostatectomia radical retropúbica, prostatectomia radical perineal, prostatectomia radical laparoscópica ou prostatectomia radical laparoscópica assistida por robô.
Tempo de cirurgia;	Independente;	Qualitativa Nominal politômica; (5 categorias);	Há dois meses, 3 a 5 meses, 6 a 8 meses, 9 a 12 meses ou mais de 12 meses.
Tratamento neoadjuvante;	Independente;	Qualitativa Nominal politômica; (5 categorias);	Quimioterapia, hormonioterapia, radioterapia, terapia-alvo ou não realizou.
Tratamento adjuvante;	Independente;	Qualitativa Nominal politômica;	Quimioterapia, hormonioterapia, radioterapia, terapia-alvo ou não realizou.

(5 categorias);			
Tipo de incontinência urinária;	Independente;	Qualitativa Nominal politômica; (3 categorias);	Incontinência urinária de esforço, incontinência urinária por urgência, incontinência urinária mista,
Realização de atividade física;	Independente;	Qualitativa Nominal dicotômica; (2 categorias);	Sim ou não.
Impacto da IU na qualidade de vida.	Dependente.	Quantitativa Discreta;	Avaliado através do <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)</i> por escore;
		Qualitativa Ordinal; (3 categorias);	Avaliado através do <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)</i> por categoria (impacto leve, impacto moderado e impacto grave).
Gravidade da IU.	Dependente	Quantitativa Discreta;	Avaliada através da <i>Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy (UISARP)</i> por escore.
Funcionalidade	Dependente	Quantitativa Discreta;	Avaliado através do <i>World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)</i> por escore;
		Qualitativa Ordinal; (5 categorias);	Avaliado através do <i>World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)</i> por categoria (nenhuma dificuldade, dificuldade ligeira; dificuldade moderada, dificuldade grave ou nenhuma funcionalidade).
Desempenho Funcional;	Dependente	Quantitativa Discreta	- Avaliado através do Teste <i>Timed Up and Go</i> por tempo (Segundos);
		Qualitativa Ordinal; (3 categorias);	- Avaliado através do Teste <i>Timed Up and Go</i> por categoria (baixo risco de quedas, risco moderado de quedas ou alto risco de quedas).

Fonte: Pesquisador responsável, 2024.

▪ **DESFECHO PRIMÁRIO:**

- ✓ Questionário sócio-demográfico e clínico;
- ✓ Gravidade da IU (EIUPR);

✓ Funcionalidade (*WHODAS 2.0*).

▪ **DESFECHO SECUNDÁRIO:**

✓ Impacto da IU na qualidade de vida (*ICIQ-SF*);

✓ Desempenho Funcional (Teste *Timed Up and Go*).

4.15 Aspectos éticos, riscos e benefícios

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-UFPE, em consonância com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013, p.01-12), que diz sobre os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos. Essa pesquisa apresenta o número do parecer: 6.098.034, CAAE: 67543523.8.0000.8807 (APENDECE C). Foram respeitados os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (Brasil, 2013).

A coleta de dados somente foi iniciada após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mediante a assinatura do TCLE pelos participantes do estudo, cumprindo as orientações da referida resolução sobre a participação dos sujeitos, contribuições e relevância social do estudo, privacidade e proteção desses sujeitos.

5 RESULTADOS

O perfil socioeconômico e demográfico dos participantes avaliados é apresentado na tabela 2. Nos 43 participantes com incontinência urinária após a prostatectomia radical a média da idade foi de $67,15 \pm 6,46$ anos. Verificou-se que a maioria dos participantes tem idade entre 60 a 70 anos (58,1%), possui cor/raça parda (67,4%), ensino fundamental incompleto (32,6%), casado (53,5%), tem de um a dois dependentes (44,2%), aposentado (60,5%) e possui uma renda mensal de um salário mínimo (34,9%). Além disso, observou-se que o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores analisados (p -valor = $<0,05$).

Tabela 2 - Distribuição da idade, raça, escolaridade, situação conjugal, dependentes, vínculo empregatício e renda mensal dos participantes da pesquisa.

Fator avaliado	N	%	<i>p</i> -valor ¹
----------------	---	---	------------------------------

(=43)		
Idade		
54 a 59 anos	3	7,0%
60 a 70 anos	25	58,1%
> 70 anos	15	34,9%
	Mínimo	54
	Máximo	79
	Média ± desvio padrão	67,0±6,30
	Mediana	69,0
	Amplitude interquartil	11,0
Cor/raça		
Branca	6	14%
Parda	29	67,4%
Negra	8	18,6%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	14	32,6%
Ensino fundamental completo	11	25,6%
Ensino médio incompleto	4	9,3%
Ensino médio completo	10	23,3%
Ensino superior incompleto	2	4,7%
Ensino superior completo	2	4,7%
Situação conjugal		
Solteiro	12	27,9%
Casado	23	53,5%
União Estável	6	14%
Separado	1	2,3%
Viúvo	1	2,3%
Possui dependentes		
Nenhum	10	23,3%
Um a dois	19	44,2%
Três a quatro	12	27,9%
> de 4	2	4,7%
Vínculo Empregatício		
Um	10	23,3%
Dois	2	4,7%
Aposentado	26	60,5%
Desempregado	5	11,6%
Renda mensal		
Menor que um salário mínimo	2	4,7%
Um salário mínimo	15	34,9%
Mais que um salário	12	27,9%

 $p=<0,001^1$ $p=<0,001^1$ $p=<0,002^1$ $p=<0,001^1$ $p=<0,003^1$ $p=<0,001^1$ $p=<0,001^1$

mínimo		
De 2 a 3 salários mínimos	7	16,3%
>4 salários mínimos	2	4,7%
Sem renda	5	11,6%

¹*p*-valor do teste *Qui-Quadrado* de comparação de proporção (se *p*-valor <0,05, a diferença percentual das categorias é significativa).

Fonte: Pesquisador responsável, Recife-PE, 2024.

A tabela 3 apresenta a distribuição dos hábitos de vida dos participantes avaliados em relação a ingestão de café (86%), ao consumo de pimenta (51,2%) e de frutas cítricas (95,3%). Quanto a prática de atividade física mais da metade realiza (55,8%), não faz uso de bebida alcoólica (46,5%) e ex-tabagistas com (53,5%). O teste de comparação de proporção não foi significativo para a variável consumo de pimenta (*p*=0,879), prática de atividade física (*p*=0,446) e uso de bebida alcoólica (*p*=0,120) indicando que esses fatores não são frequentes no grupo estudado.

Tabela 3 - Distribuição sobre o uso do café, pimenta, frutas cítricas, atividade física, uso de bebida alcoólica e tabagista dos participantes da pesquisa.

Fator avaliado	N (=43)	%	<i>p</i> -valor ¹
Toma café			
Sim	37	86%	<i>p</i> =<0,001 ¹
Não	6	14%	
Ingere pimenta			
Sim	22	51,2%	<i>p</i> =0,879 ¹
Não	21	48,8%	
Ingere frutas cítricas			
Sim	41	95,3%	<i>p</i> =<0,001 ¹
Não	2	4,7%	
Faz atividade física			
Sim	24	55,8%	<i>p</i> =0,446 ¹
Não	19	44,2%	
Faz uso de bebida alcoólica			
Sim	14	32,6%	<i>p</i> =0,120 ¹
Não	20	46,5%	
Bebeu e parou	9	29,9%	
Tabagista			
Sim	4	9,3%	<i>p</i> =<0,002 ¹
Não	16	37,2%	
Ex-tabagista	24	53,5%	

¹*p*-valor do teste *Qui-Quadrado* de comparação de proporção (se *p*-valor <0,05, a diferença percentual das categorias é significativa).

Fonte: Pesquisador responsável, Recife-PE, 2024.

A tabela 4 apresenta a distribuição das condições de saúde dos pacientes avaliados com perfil eutrófico (44,2%), hipertensão arterial sistêmica (60,5%), ansiedade autorreferida (58,1%), realização de tratamento cirúrgico há mais de 12 meses (25,6%), realizaram a PR laparoscópica (55,8%), estadiamento pT3a e pT2Nx (18,6%), não realizou tratamento neoadjuvante (93%), sem tratamento adjuvante (67,4%) e possui IUE (60,5%).

Mesmo sendo observada a maior prevalência no perfil descrito acima, o teste de comparação de proporção foi significativo para os fatores: IMC ($p=<0,001$), não possui depressão autorreferida ($p=<0,001$), realização de tratamento neoadjuvante e adjuvante ($p=<0,001$) para ambos e tipo de IU ($p=<0,001$). Evidenciando que o peso adequado (eutrófico) e que a incontinência de esforço é significativamente mais frequente nesse grupo e que a depressão autorreferida e a realização do tratamento neoadjuvante/adjuvante não foi tão frequente nesse grupo.

Tabela 4 - Distribuição do IMC, diagnóstico de doenças, tempo de cirurgia, tratamento neoadjuvante ou adjuvante e do tipo de incontinência urinária.

Fator avaliado	N (=38)	%	p-valor¹
IMC			
Baixo peso	1	2,3%	$p=<0,001^1$
Eutrófico	19	44,2%	
Sobrepeso	16	37,2%	
Obesidade	7	16,3%	
	Mínimo	15,59	
	Máximo	35,29	
	Média ± desvio padrão	25,8±4,17	
	Mediana	26,10	
	Amplitude interquartil	5,12	
Hipertenso			
Sim	26	60,5%	$p=0,170^1$
Não	17	39,5%	
Diabetes			
Sim	16	37,2%	$p=0,93^1$
Não	27	62,8%	
Ansiedade autorreferida			
Sim	25	58,1%	$p=0,286^1$
Não	18	41,9%	

Depressão autorreferida				
Sim	9	20,9%	$p=<0,001^1$	
Não	34	79,1%		
Tempo de cirurgia				
Há dois meses	9	20,9%	$p=0,258^1$	
3 a 5 meses	8	18,6%		
6 a 8 meses	6	14%		
9 a 12 meses	2	4,7%		
Mais de 12 meses	11	25,6%		
2 anos	7	16,3%		
Tipo de PR				
Retropúbica	19	44,2%	$p=0,446^1$	
Laparoscópica	24	55,8%		
TNM				
pT3aNxMx	2	4,7%	$p=0,48^1$	
pT3aN0	4	9,3%		
pTaNx	6	14%		
pT3aR1Nx	1	2,3%		
pT3bNx	3	7%		
pT3a	8	18,6%		
pT2Nx	8	18,6%		
pT2pNx	4	9,3%		
pT3apNx	2	4,7%		
pT3BpN1	1	2,3%		
pT3Nx	1	2,3%		
pT2a	3	7%		
Tratamento neoadjuvante				
Quimioterapia	1	2,3%		$p=<0,001^1$
Radioterapia	2	4,7%		
Não realizou	40	93%		
Tratamento adjuvante				
Quimioterapia	2	4,7%	$p=<0,001^1$	
Hormonioterapia	9	20,9%		
Radioterapia	3	7,0%		
Não realizou	29	67,4%		
Tipo de incontinência urinária				
Esforço	26	60,5%	$p=<0,001^1$	
Urgência	4	9,3%		
Mista	13	30,2%		

¹p-valor do teste *Qui-Quadrado* de comparação de proporção (se p-valor <0,05, a diferença percentual das categorias é significativa).

Fonte: Pesquisador responsável, Recife-PE, 2024.

A tabela 5 mostra a análise descritiva do escore ICIQ-SF. Através dela, foi possível verificar que a incontinência urinária pós-PR causa um impacto muito grave na vida dos participantes (74,4%), também evidenciado no teste de comparação de proporção ($p=<0,001$).

Tabela 5 - Análise descritiva do ICIQ-SF.

Score do ICIQ-SF	N (=43)	%	<i>p</i> -valor ¹
Impacto moderado	6	14%	<i>p</i> =<0,001 ¹
Impacto grave	5	11,6%	
Impacto muito grave	32	74,4%	
Mínimo		5	
Máximo		21	
Média ± desvio padrão		12,13±6,0	
Mediana		12,07	
Amplitude interquartil		6,0	

¹*p*-valor do teste *Qui-Quadrado* de comparação de proporção (se *p*-valor <0,05, a diferença percentual das categorias é significativa).

Fonte: Pesquisador responsável, Recife-PE, 2024.

A Tabela 6 mostra a análise quantitativa do conjunto de dados. Verifica-se que a média da gravidade da UISARP é de 17,97 com desvio padrão de 7,19.

Tabela 6 - Análise descritiva do UISARP.

Fator avaliado	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	<i>p</i> -valor ¹
Score do UISARP	4	28	17,97	7,19	<i>p</i> =0,341 ¹

¹*p*-valor do teste de *Shapiro-Wilk*

Fonte: Pesquisador responsável, Recife-PE, 2024.

Na tabela 7 mostra a descrição do WHODAS, 2.0. Observa-se que a maioria dos participantes possui uma dificuldade ligeira na cognição (51,2%), nenhuma dificuldade na mobilidade/locomoção (55,8%), nenhuma dificuldade no autocuidado (58,1%), dificuldade ligeira nas relações interpessoais (67,4%), nenhuma dificuldade nas atividades da vida (48,8%), nenhuma funcionalidade nas atividades de trabalho (33,3%) e dificuldade moderada do domínio participação (51,2%). No que diz respeito ao Score total, observa-se que os participantes apresentam uma dificuldade ligeira (58,1%).

Mesmo sendo observada a maior prevalência no perfil descrito acima, o teste de comparação de proporção foi significativo para os domínios: mobilidade ($p=<0,001$),

autocuidado ($p=<0,001$), relações interpessoais ($p=<0,001$), atividades da vida ($p=<0,001$) e participação ($p=<0,001$). Mostrando que os participantes apresentam dificuldade ligeira nas relações interpessoais e dificuldade moderada na participação. Também se observa que esse grupo não apresenta alteração na mobilidade, no autocuidado e nas atividades da vida. Nesse contexto, observa-se que os principais domínios associados a redução da funcionalidade são: relacionamento interpessoais e participação. O score total do WHODAS 2.0 mostrou que dificuldade ligeira foi significativamente mais frequente.

Tabela 7 - Análise descritiva do WHODAS 2.0.

Fator avaliado		N (=43)	%	<i>p</i> -valor ¹
Domínio	Cognição			
(domínio 1)				$p=0,06^1$
Nenhuma dificuldade	16	37,2%		
Dificuldade ligeira	22	51,2%		
Dificuldade moderada	5	11,6%		
	Mínimo	0		
	Máximo	45		
	Média±desvio padrão	9,06±12,93		
	Mediana	5,0		
	Amplitude interquartil	13,75		
Domínio	Mobilidade			
(domínio 2)				$p=<0,001^1$
Nenhuma dificuldade	24	55,8%		
Dificuldade ligeira	12	27,9%		
Dificuldade moderada	3	7%		
Dificuldade grave	4	9,3%		
	Mínimo	0		
	Máximo	75		
	Média±desvio padrão	11,04±17,64		
	Mediana	0,0		
	Amplitude interquartil	19,0		
Domínio	Autocuidado			
(domínio 3)				$p=<0,001^1$
Nenhuma dificuldade	25	58,1%		
Dificuldade ligeira	17	39,5%		
Dificuldade moderada	1	2,3%		
	Mínimo	0		
	Máximo	40		
	Média±desvio padrão	5,58±8,25		
	Mediana	0,0		

	Amplitude interquartil	10,0	
Domínio Relacionamento interpessoais (domínio 4)			
Dificuldade ligeira	29	67,4%	$p=<0,001^1$
Dificuldade moderada	12	27,9%	
Dificuldade grave	2	4,7%	
	Mínimo	9	
	Máximo	67	
	Média±desvio padrão	22,03±10,75	
	Mediana	17,0	
	Amplitude interquartil	8,0	
Domínio Atividades da Vida (domínio 5)			
Nenhuma dificuldade	21	48,8%	$p=<0,001^1$
Dificuldade ligeira	18	41,9%	
Dificuldade moderada	3	7%	
Nenhuma funcionalidade	1	2,3%	
	Mínimo	0	
	Máximo	100	
	Média±desvio padrão	10,23±17,79	
	Mediana	10,0	
	Amplitude interquartil	10,0	
Domínio Atividade de trabalho (domínio 5.1)			
Nenhuma dificuldade	3	20%	$p=<0,504^1$
Dificuldade ligeira	4	26,7%	
Dificuldade moderada	2	13,3%	
Dificuldade grave	1	6,7%	
Nenhuma funcionalidade	5	33,3%	
	Mínimo	0	
	Máximo	100	
	Média±desvio padrão	44,5±45,3	
	Mediana	25,5	
	Amplitude interquartil	98,0	
Domínio Participação (domínio 6)			
Nenhuma dificuldade	2	4,7%	$p=<0,001^1$
Dificuldade ligeira	7	16,3%	
Dificuldade moderada	22	51,2%	
Dificuldade grave	12	27,9%	

	Mínimo	0	
	Máximo	79	
	Média±desvio padrão	36±20,6	
	Mediana	30	
	Amplitude interquartil	31	
Score total			
Nenhuma dificuldade	5	11,6%	$p=<0,001^1$
Dificuldade ligeira	25	58,1%	
Dificuldade moderada	12	27,9%	
Dificuldade grave	1	2,3%	
	Mínimo	3	
	Máximo	50	
	Média±desvio padrão	19,3±12,13	
	Mediana	15	
	Amplitude interquartil	17	

¹ p -valor do teste *Qui-Quadrado* de comparação de proporção (se p -valor $<0,05$, a diferença percentual das categorias é significativa).

Fonte: Pesquisador responsável, Recife-PE, 2024.

Na tabela 8 é apresentado a descrição do TUG, na qual é possível observar que a maioria dos participantes realizaram o teste durante 10 a 19 segundos (79,1%), indicando que os participantes são independentes, mas apresentam uma razoável alteração no equilíbrio. Também evidenciado no teste de comparação de proporção ($p=<0,001$).

Tabela 8 - Análise descritiva do TUG.

Fator avaliado	N (=43)	%	p-valor¹
<10 segundos	6	14%	$p=<0,001^1$
10 a 19 segundos	34	79,1%	
20 a 25 segundos	3	7%	
	Mínimo	9,10	
	Máximo	24	
	Média±desvio padrão	14,04±4,02	
	Mediana	13,02	
	Amplitude interquartil	7,08	

¹ p -valor do teste *Qui-Quadrado* de comparação de proporção (se p -valor $<0,05$, a diferença percentual das categorias é significativa).

Na tabela 9, é apresentada a análise dos principais fatores associados à redução da funcionalidade com os requisitos de autocuidado de Dorothea Orem. Observa-se que o

participante já se encontra em desvio de saúde por causa da sua condição (CP e IU pós-PR). No que diz respeito aos instrumentos de coleta de dados, observou-se um desequilíbrio nos requisitos universais (Redução da qualidade de vida e alteração do equilíbrio) e de desenvolvimento (Redução da qualidade de vida, relacionamento interpessoais, participação e alteração do equilíbrio).

Tabela 9 - Análise dos principais fatores associados a redução da funcionalidade com os requisitos de autocuidado de Dorothea Orem

FATORES	REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM		
	UNIVERSAIS	DESENVOLVIMENTO	DESVIO DE SAÚDE
O CP (Condicionante básico);	X	X	X
IU pós-PR; (Condicionante básico);	X	X	X
Redução na qualidade de vida (ICIQ-SF);	X	X	
Relacionamento interpessoais (WHODAS 2.0);		X	
Participação (WHODAS 2.0);		X	
Alteração no equilíbrio/risco de quedas (TUG).	X	X	

Fonte: Pesquisador responsável, Recife-PE, 2024.

6 DISCUSSÃO

O uso da Teoria do Autocuidado de Orem como um guia para direcionar as ações da enfermagem tem-se destacado na comunidade científica mundial. Na área da fisioterapia, a utilização desse referencial teórico possibilita ampliar a visão para a construção de intervenções para à promoção da funcionalidade ao paciente.

Para compreender os resultados da pesquisa frente aos pressupostos de Dorothea Orem que estabelece os Sistemas de Enfermagem relacionados com a dinâmica do autocuidado que classifica em “totalmente compensatório”; “parcialmente compensatório”; e “apoio-educação”, (Remor *et al.*, 1986; Orem, 2001; Vitor; Lopes; Araujo, 2010), é possível fazer a inferência dos resultados da atual pesquisa visualizar que os participantes do estudo se classificam no sistema de apoio-educação, o que possibilita vislumbrar o papel da prática interprofissional colaborativa na educação em saúde neste grupo investigado.

Segundo Orem (1991), a ação do autocuidado pode ser prejudicada pelos fatores condicionantes básicos, sendo eles: a idade, o sexo, a saúde do sujeito, a orientação sociocultural, os fatores do sistema de atendimento de saúde (métodos de diagnóstico e de tratamento), fatores do sistema familiar, os padrões de vida e pelos fatores ambientais (Orem, 1991, p.117).

Na visão da OMS pela CIF, o autocuidado se encaixa em atividades e reflete na capacidade que o indivíduo tem de realizar alguma atividade/tarefa ou ação (Organização Mundial da Saúde, 2002). Igualmente a Orem (1991), a CIF informa que essa ação pode ser prejudicada por diferentes fatores desde a estrutura e função corporal, a participação, os fatores ambientais e os fatores pessoais (Organização Mundial da Saúde, 2002).

Nesse estudo, 93% da amostra foram pacientes idosos e, nesse contexto, os resultados serão discutidos tendo como base a população idosa. Para esse estudo, foram considerados idosos indivíduos com corte etário a 60 anos ou mais, tendo como referência o estatuto do idoso (Senado Federal, 2003).

No que diz respeito aos condicionantes básicos dos 43 participantes, a maioria deles tinham idade que variou de 61 a 70 anos o que corrobora com estudos anteriores (Bernardes *et al.*, 2019; Mata *et al.*, 2019), ao evidenciar que a idade é o principal fator de risco para o aparecimento do CP. Segundo Daniyal *et al.*, (2014), a maioria dos homens diagnosticados com CP têm mais de 65 anos, pois a terceira idade associada com sedentarismo, carcinógenos ambientais, história familiar de CP, fatores endógenos e estresse oxidativo predis põem para o aparecimento da doença.

Fong (2019), evidencia que a idade influencia no aparecimento da incapacidade devido ao envelhecimento, acúmulo de problemas de saúde que podem interferir na atividade, como a ação de se autocuidar. O autocuidado é compreendido como um ato de aprendizagem, ao longo da vida do sujeito por meio das relações interpessoais e da comunicação, sendo uma

prática realizada por vontade própria, guiada por princípios que orientam a ação (Orem, 1995).

Uma das principais causas que afeta a funcionalidade do idoso, é o câncer que repercute na vida cotidiana de maneira negativa com desequilíbrio nos fatores do sistema familiar, estresse físico e emocional (Fong, 2019; Cabral *et al.*, 2022). Ao avaliar a funcionalidade em 463 idosos em oncologia, Cabral *et al.* (2022) observou-se uma prevalência de incapacidade de 55,3% nesse grupo. A incapacidade teve uma associação com a percepção de apoio afetivo baixo, desemprego, sintomas depressivos, desnutrição e presença de mais comorbidades.

No presente estudo, a maioria dos participantes eram pardos, mas para Czorny *et al.* (2017), essa variável no Brasil não é um fator de risco mais preocupante, visto que pesquisas brasileiras não evidenciam diferenças estatisticamente significativas de CP em homens pardos (Barros *et al.*, 2003; Dini; Koff, 2006). A principal justificativa é o alto índice de miscigenação no Brasil (Bouchardy *et al.*, 1991; Antonopoulos *et al.*, 2002; Pontes, 2018).

Identificou-se baixa situação socioeconômica e educacional nos participantes. Paiva, Motta e Griep (2010) evidenciam que esses desfechos estão relacionados aos piores níveis de cuidado com a saúde, pois pode haver falta de informação sobre a prevenção ou sobre o tratamento do CP, o que pode agravar ainda mais a IU que, conseqüentemente, influencia na sua funcionalidade (Quadros *et al.*, 2015; Santos *et al.*, 2016; Czorny *et al.*, 2017; Moon *et al.*, 2019; Sandhu *et al.*, 2019; Pan *et al.*, 2019).

A IU de esforço foi a que mais prevaleceu nesse estudo e esse achado corrobora com o estudo de Sayılan; Özbaş (2018). Apesar dos avanços tecnológicos, a IU de esforço ainda tem uma alta prevalência pós-PR, podendo variar de 20% a 87% (Ouanes *et al.*, 2022). Para Hudolin *et al.* (2018), isto evidencia que a PR afeta o funcionamento da bexiga, deixando-a mais abaixo do que estava originalmente localizada, causando um defeito anatômico que, conseqüentemente, influencia para o aparecimento da IU de esforço. Nessa circunstância, é possível evidenciar que as funções do corpo e as estruturas do corpo são afetadas por causa da PR e para CIF, a funcionalidade depende das funções e estruturas do corpo (Organização Mundial da Saúde, 2002).

Não há evidências sobre as repercussões da incontinência urinária pós-PR na funcionalidade dessa população, mas sabe-se que a IU é um preditor para o aparecimento da incapacidade, ocasiona uma redução na qualidade de vida do indivíduo (Greer *et al.*, 2015). Santos (2014) evidencia que a qualidade de vida também está relacionada com a vida ativa

dos idosos e isso influencia para que os mesmos adotem medidas preventivas em prol do autocuidado e, para Orem (1995), o autocuidado realizado de forma eficaz, favorece o desenvolvimento humano.

Estudos (Brown *et al.*, 2000; Chiarelli; Mackenzie; Osmotherly, 2009; Moon *et al.*, 2021) já mostraram a associação da IU com o risco de quedas e a principal hipótese é que a vontade de urinar pode influenciar na marcha que, conseqüentemente, aumenta o risco de quedas. Vale ressaltar que a população desse estudo é idosa, na qual já há mudanças fisiológicas e que pode apresentar uma mobilidade reduzida e influenciando ainda mais para os riscos de quedas.

Os padrões de vida são considerados uns dos principais fatores que pode influenciar na funcionalidade do homem com IU (Leonardi *et al.*, 2022; Cieza; Kostansjek, 2021) e quando se trata da alimentação é importante manter uma ingesta de alimentos adequada para evitar a gravidade da IU pós PR. Em seu estudo, Davis *et al.* (2013), mostrou que a utilização da cafeína equivalente a aproximadamente 2 xícaras de café por dia, está diretamente relacionada à IU moderada a grave em homens.

A principal justificativa fisiológica da cafeína ser um fator agravante da IU é a irritabilidade na bexiga que causa uma maior diurese por causa do efeito estimulante da musculatura lisa do detrusor. Isso também acontece com determinados alimentos como frutas cítricas, achocolatados, adoçantes, pimentas e refrigerante (Grosse; Singler, 2002; Davis *et al.*, 2013). Nesse estudo, observou-se que os participantes não possuíam conhecimento sobre a importância de uma boa alimentação e com isso, possuíam hábitos poderiam agravar ainda mais a IU.

Quanto aos fatores do sistema de atendimento de saúde, foi observado que a maioria dos participantes realizou o procedimento cirúrgico há mais de 12 meses. Há relatos na literatura que a incontinência urinária tende a melhorar de forma gradual após 2 anos de cirurgia, porém, faz-se necessário ter um bom estilo de vida (Santos *et al.*, 2016; Sandhu *et al.*, 2019).

Por meio da análise dos condicionantes básicos, é possível afirmar que os participantes apresentam desequilíbrio nos requisitos de desvio de saúde. Os requisitos de desvios de saúde existem para as pessoas que apresentam algum problema de saúde, também pode ser consequência de medidas médicas utilizadas para diagnosticar e/ou corrigir a situação do paciente (Orem, 1971; Orem, 1991; Orem, 2001). Nos requisitos de desvios de

saúde, deve-se prestar uma assistência de saúde de forma individualizada e direcionada, a fim de garantir o autocuidado e a sobrevivência do indivíduo (Sampaio *et al.*, 2008).

Deve-se considerar a necessidade de conhecimento dos profissionais de saúde sobre as especificidades dos condicionantes básicos dessa população, a fim de subsidiar a tomada de decisão terapêutica, principalmente em ações preventivas e de promoção à saúde por meio de educação em saúde. Nesse contexto, torna-se importante a vigilância contínua e a investigação clínica desses fatores, visto que pode interferir na funcionalidade desse público.

Através da avaliação da qualidade de vida com o ICIQ-SF, foi possível verificar que essa população apresenta uma baixa qualidade de vida por causa da IU, evidenciando um desequilíbrio no requisito universal.

Os requisitos universais estão diretamente associados aos processos de vida e de manutenção da integridade dos indivíduos. Esse requisito contempla a manutenção da ingestão suficiente de ar, água e de alimentos com os nutrientes essenciais; cuidados relacionados às eliminações de excrementos; manutenção do tônus e do equilíbrio para a realização das atividades e repouso; prevenção de perigos que possam ameaçar a saúde e o bem-estar (Orem, 2001).

Para o *Whoqol Group* (1994) da OMS, a qualidade de vida é “a percepção do sujeito acerca de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores no quais ele vive em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Whoqol Group, p.01, 1994). Naccarato *et al.*, (2018), Romanzini *et al.*, (2018), Izidoro *et al.*, (2019) e Kord *et al.*, (2022) também evidenciaram que essa população apresenta prejuízo na qualidade de vida por causa da IU.

Ainda sobre os requisitos universais, observou-se uma desintegridade estrutural ou funcional avaliada TUG, na qual, a maioria dos participantes realizou o teste entre 10 e 19 segundos, evidenciando risco de quedas e alteração no equilíbrio nos pacientes incontinentes. A equipe de saúde deve estar atento aos riscos de quedas, pois as quedas refletem diretamente na funcionalidade e na fragilidade desse público (Brown *et al.*, 2000; Chiarelli; Mackenzie; Osmotherly, 2009; Moon *et al.*, 2021).

A partir do exposto, observa-se a importância da investigação das quedas nesse público, pois as quedas podem afetar o psicológico, o social e o econômico do idoso, impacta diretamente sua funcionalidade (Ang; Low; How, 2020). Consta-se que as quedas em idosos estão diretamente relacionadas a altas taxas de mortalidade, visto que 5 a 10% das quedas

progridem para óbito, e este percentual aumenta para 30% em quedas de idosos institucionalizados (Wingerter *et al.*, 2020).

Uma abordagem holística e interprofissional é recomendada para a prevenção, tratamento e reabilitação para as quedas. Nessa abordagem, pode-se utilizar exercícios de fortalecimento, de equilíbrio e de coordenação, adaptação do ambiente, apoio psicológico e social, acompanhamento nutricional e a educação em saúde (Enderlin *et al.*, 2015; Sherrington; Tiedemann, 2015; Chan; Chan, 2019; Ang; Low; How, 2020; Eckert *et al.*, 2022), tendo como foco orientar os familiares do paciente acerca da importância quanto à iluminação e a utilização de calçados adequados.

Nesse sentido, a educação em saúde proporcionada pelo profissional tem um papel esclarecedor na prevenção da mesma, fazendo-se necessário realizar exame físico rotineiro para evitar complicações a longo prazo, visto que o rastreamento precoce é pré-requisito necessário para criação de estratégias de educação e para implementação de cuidados individualizados (Tolotti *et al.*, 2021).

Na perspectiva de Orem (1995), é fundamental que haja uma avaliação individual da condição do sujeito que vai subsidiar as ações terapêuticas para manter um autocuidado contínuo quando na recuperação de doença ou lesão ou, de maneira geral, para a manutenção da sua saúde. Valcarenghi *et al.* (2014) enfatiza que o profissional precisa estar atento para identificar as necessidades individuais de cada paciente, respeitando liberdade e autonomia de cada sujeito.

Por meio da Prática Interprofissional Colaborativa é possível criar metas terapêuticas individualizadas e direcionadas pelos profissionais das diferentes áreas, tendo em vista à integralidade da atenção, a manutenção da funcionalidade e a redução dos riscos de quedas. A OMS (2010) informa que a Prática Interprofissional Colaborativa é uma estratégia inovadora e essencial para a melhoria do cuidado e da assistência do paciente e estudos (Zwarenstein; Goldman; Reeves, 2009; Batista; Peduzzi, 2018; Previato; Baldissera, 2018) já evidenciam que esta prática melhora o cuidado e a qualidade de vida do paciente.

Por isso, torna-se importante para a área de fisioterapia compreender os fatores que podem influenciar na qualidade de vida desse público, constituindo-se objetivos relevantes para se construir orientações e demandas assistenciais voltadas para os requisitos universais.

No que diz respeito à funcionalidade, sabe-se que a funcionalidade é um conceito amplo, pois é influenciada por diversos fatores (World Health Organization, 2002) e este estudo revelou através do WHODAS 2.0 que a incapacidade causada pela incontinência

urinária pós-PR afetou significativamente o relacionamento interpessoais e a participação do sujeito, evidenciando um desequilíbrio no requisito de desenvolvimento.

Os requisitos de desenvolvimento surgem como desafio para alguma mudança que pode acontecer nos diferentes estágios do ciclo da vida do indivíduo, seja por alguma modificação no corpo ou alguma mudança no estilo de vida do paciente (Orem, 2001). Nesse contexto, o relacionamento interpessoal e a participação do sujeito foram modificados pela mudança no estilo de vida causada pelo CP e pela PR.

Santos (2014) evidencia que a incapacidade no relacionamento interpessoal e na participação está diretamente associada com a baixa qualidade de vida desse público. Devido às complicações cirúrgicas da IU pós-PR, pode ter a participação afetada na vida cotidiana, deixando-o mais isolado (Baker *et al.*, 2016). E esse achado corrobora com estudos anteriores (Baker *et al.*, 2016; Elmor *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2016; Romanzini *et al.*, 2018), na qual a PR foi associada diretamente com a IU perda relativa de libido, perda do comprimento do pênis, o que afetou a sua masculinidade e causou uma mudança no humor por causa da perda de identidade. A IU também pode causar um efeito negativo na função sexual, fazendo que os mesmos sofram com o isolamento social (Baker *et al.*, 2016).

A maioria dos participantes desse estudo apresentou uma dificuldade ligeira na cognição, mesmo não sendo encontrada diferença significativa para esse domínio. O'Brien *et al.* (2017) destacam que os pacientes cognitivamente saudáveis submetidos a algum procedimento cirúrgico sofrerão disfunção cognitiva pós-operatória (DCPO), definida como um distúrbio cognitivo de início recente acarretado pela cirurgia. A DCPO é sutil e inclui déficits de aprendizagem, memória, atenção e flexibilidade mental (Beck *et al.*, 2020).

A literatura (Costello, 2020) já evidencia que a PRL traz menos complicações para o sistema urinário do indivíduo, porém, a posição íngreme de Trendelenburg, utilizada nessa modalidade cirúrgica, pode ocasionar disfunção cerebrovasculares substanciais, redução da capacidade autorreguladora cerebral, aumento do diâmetro da bainha do nervo óptico, que, consequentemente, favorece o aparecimento da hipertensão intracraniana (Costello, 2020; Whiteley *et al.*, 2025). No entanto, ainda não há consenso na literatura se essa modalidade cirúrgica pode ocasionar a DCPO (Beck *et al.*, 2020).

Nesse contexto, observa-se que os homens prostatectomizados estão sujeitos a experimentarem diferentes incapacidades e mudanças em sua vida por causa das complicações da PR, o que torna viável o conhecimento das boas práticas e da aplicação da

teoria do autocuidado de Orem como prevenção desses agravos e manutenção do bem-estar físico e mental desse público.

Com base nos resultados obtidos, foi possível demonstrar a importância da atuação interprofissional quando se identificam os déficits e delinea as possíveis modalidades de suporte para que a assistência esteja em consonância com as necessidades de autocuidado do paciente.

Compreende-se que a Teoria do Autocuidado de Orem para atuação do fisioterapeuta favorece o apoio teórico para sistematizar as ações da equipe de saúde focado no cuidado integral e individualizado do paciente com IU pós-PR. As ações de autocuidado também devem ser focadas em ações de educação em saúde que favorecem o relacionamento interpessoal entre a equipe interprofissional, paciente e família.

No que se refere à temática, não foram encontrados artigos que abordaram a funcionalidade de homens com IU utilizando o constructo da CIF como a referência. Assim, um ponto forte da pesquisa foi a utilização do WHODAS 2.0, considerado um instrumento de abordagem biopsicossocial da funcionalidade de acordo com a OMS. Ainda que a CIF tenha sido publicada desde 2001, o seu modelo biopsicossocial ainda não foi utilizado em pesquisas que investigaram essa população.

Esta pesquisa apresenta limitações referentes ao desenho do estudo escolhido. As limitações são: 1) viés de informação durante a captação dos dados, visto que foram utilizados instrumentos subjetivos; 3) viés de memória ao obter características que aconteceram no passado e 2) causalidade reversa, visto que os participantes foram avaliados apenas uma vez, fato que dificultou as relações temporais. Recomenda-se a realização de estudos longitudinais com amostra maiores e que considerem a associação da funcionalidade com os diferentes tipos de PR.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados indicaram que essa população apresenta uma redução da funcionalidade e a Teoria do Autocuidado de Orem permitiu verificar as demandas de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde. A incontinência urinária ocasionada pelo CP é uma disfunção que causa um impacto negativo em diversos segmentos da vida e influencia para a redução da funcionalidade. A manutenção da funcionalidade é um

dos fatores que favorecem a melhora da qualidade de vida desse público e, por isso, a educação em saúde é um importante meio para se alcançar esse objetivo.

Nesse contexto, entende-se que a aplicação da Teoria do autocuidado de Dorothea Orem é capaz de fornecer suporte necessário para uma abordagem holística e interprofissional, focada nas especificidades do indivíduo, considerando-o capaz de aprender novas maneiras de autocuidado por meio das estratégias de educação em saúde. Vale ressaltar que a atuação do profissional da saúde deve ser fundamentada na prática baseada em evidências e a utilização dessa teoria possibilita o monitoramento contínuo para garantir que os mesmos possam alcançar e manter o seu autocuidado de forma gradativa e humanizada.

Como contribuições para a comunidade científica, a pesquisa pode contribuir para o desenvolvimento de futuros estudos para essa população. Outro fator contribuinte desta pesquisa gira em torno da funcionalidade e do autocuidado, pois não foram encontrados estudos com essa temática. No que compete às contribuições para a assistência, essa pesquisa pode favorecer a reflexão dos profissionais de saúde sobre a importância de criar ações de educação em saúde que possam contribuir com a saúde desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

ABBOU, C. *et al.* Laparoscopic radical prostatectomy: preliminary results. **Urology**, v. 55, n. 5, p.630-633, 2000.

ABIDI, Afroz. Cabazitaxel: A novel taxane for metastatic castration-resistant prostate cancer-current implications and future prospects. **Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics**, v. 4, n. 4, p. 230-237, 2013.

ABRAMS, Paul *et al.* **Incontinence: 6 th Edition**. 1. ed. United Kingdom: Bristol, 2017.

ABRAMS, Paul *et al.* **4th International consultation on incontinence**. Paris, July, p. 5-8, 2008.

ABRAMS, Paul. *et al.* **5th International Consultation on Incontinence** Paris, February 2012. ICUD consultations, Paris. 2012.

ABUFARAJ, Mohammad *et al.* Prevalence and trends in urinary incontinence among women in the United States, 2005-2018. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 225, n. 2, p. 166. e1-166. e12, 2021.

ANG, Guat Cheng; LOW, Shou Lin; HOW, Choon How. Approach to falls among the elderly in the community. **Singapore medical journal**, v. 61, n. 3, p. 116, 2020.

ALBERTSEN, Peter C. Prostate cancer screening and treatment: where have we come from and where are we going?.**BJU international**, v. 126, n. 2, p. 218-224, 2020.

ALMEIDA, José Ricardo Chamhum *et al.* Marcadores tumorais: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 3, p. 305-316, 2007.

ALMEIDA, Mayron Morais *et al.* Evidências na prática do cateterismo urinário: Revisão Integrativa. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 1, n. 4, p. 52-62, 2015.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Prostate Cancer Early Detection, **Diagnosis, and Staging**, **cancer.org** 1.800.227.2345, 2019. Disponível em <https://thedefender.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8795.00.pdf>.

ANTONOPOULOS, I. M. et al. Racial differences in prostate cancer prevalence. **Int Braz J Urol**, v. 28, n. 3, p. 214-220, 2002.

APRAHAMIAN, Ivan et al. O Teste do Desenho do Relógio: revisão da acurácia no rastreamento de demência. **Dementia & Neuropsychologia** [online], v. 3, n. 2, 2009. [Acessado 18 Julho 2022] , pp. 74-80. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-57642009DN30200002>>. ISSN 1980-5764. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642009DN30200002>.

ARIZA, I. Nalda *et al.* Câncer de próstata. **Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado**, v. 13, n. 26, p. 1454-1466, 2021.

ATALAIA-SILVA, Kelly Cristina; LOURENÇO, Roberto Alves. Tradução, adaptação e validação de construto do Teste do Relógio aplicado entre idosos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 930-937, 2008.

AVERY, k.; DONOVAN, j.; ABRAMS, p. Validation of a new questionnaire for incontinence: the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). Abstract nº 86 of the International Continence Society 31st annual meeting. Seoul, Korea. **Neurourology and Urodynamics**, v. 20, p. 510-11, 2001.

AZEVEDO, Cissa. **Efetividade da acupuntura auricular associada ao treinamento muscular pélvico para controle da incontinência urinária pós-prostatectomia radical: ensaio clínico randomizado**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, p. 01-175, 2021.

AYDIN SAYILAN, Aylin; ÖZBAŞ, Ayfer. The effect of pelvic floor muscle training on incontinence problems after radical prostatectomy. **American journal of men's health**, v. 12, n. 4, p. 1007-1015, 2018.

BARBOZA, Luís Eduardo Durães et al. Enucleação da próstata com holmium laser (HoLEP) versus ressecção transuretral da próstata (RTUP). **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 42, p. 165-170, 2015.

BAKER, Hilary. Functional quality-of-life outcomes reported by men treated for localized prostate cancer: a systematic literature review. **Number 2/March** 2016, v. 43, n. 2, p. 199-218, 2016.

BARRETO, Marina Carvalho Arruda et al. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como dicionário unificador de termos. **Acta Fisiátrica**, v. 28, n. 3, p. 207-213, 2021.

BAROUKI, Mayene Pongeluppe El. Rastreamento do câncer de próstata em homens acima de 50 anos através do exame diagnóstico de PSA. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 2, p. 425-437, 2012.

BARROS, M. S. et al. Prevalence of prostate adenocarcinoma according to race in an university hospital. **International braz j urol**, v. 29, n. 4, p. 306-312, 2003.

BASIRI, Abbas et al. Comparison of retropubic, laparoscopic and robotic radical prostatectomy: who is the winner?. **World journal of urology**, v. 36, n. 4, p. 609-621, 2018.

BASTOS, João Luiz Dornelles; DUQUIA, Rodrigo Pereira. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.

BATISTA, Ruth Ester Assayag; PEDUZZI, Marina. Prática interprofissional colaborativa no serviço de emergência: atribuições privativas e compartilhadas dos fisioterapeutas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1685-1695, 2018

BECK, Stefanie et al. Comparison of cognitive function after robot-assisted prostatectomy and open retropubic radical prostatectomy: a prospective observational single-center study. **Urology**, v. 139, p. 110-117, 2020.

BERNARDES, Mariana Ferreira Vaz Gontijo et al. Impact of urinary incontinence on the quality of life of individuals undergoing radical prostatectomy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3131, 2019.

BIAZZI, Fernando. **Características principais de pacientes com PSA menor ou igual a 4, 0 ng/ml, submetidos à biópsia de próstata guiada pelo ultrassom transretal**. Dissertação (Mestrado em Cirurgia e Medicina Translacional) - Universidade Estadual Paulista em Franca, p. 01-58, 2010.

BICKENBACH, Jerome E. et al. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. **Social science & medicine**, v. 48, n. 9, p. 1173-1187, 1999.

BILL-AXELSON, A. et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in localized prostate cancer: the Scandinavian prostate cancer group-4 randomized trial. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 100, n. 16, p. 1144-1154, 2008.

BISCHOFF, Heike A. et al. Identifying a cut-off point for normal mobility: a comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalised elderly women. **Age and ageing**, v. 32, n. 3, p. 315-320, 2003.

BOUCHARDY, C. et al. Ethnicity and cancer risk in São Paulo, Brazil. **Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers**, v. 1, n. 1, p. 21-27, 1991.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União, v. 12, p. 59-59, 2013.

BRETAN, Onivaldo et al. Risk of falling among elderly persons living in the community: assessment by the Timed up and go test. **Brazilian Journal of otorhinolaryngology**, v. 79, p. 18-21, 2013.

BRIERLEY, James D.; GOSPODAROWICZ, Mary K.; WITTEKIND, Christian (Ed.). **TNM classification of malignant tumours**. John Wiley & Sons, 2017.

BROWN, Jeanette S. et al. Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures?. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 48, n. 7, p. 721-725, 2000.

BYEON, Seonggyu et al. Docetaxel rechallenge in metastatic castration-resistant prostate cancer: A retrospective, single-center study. **Investigative and Clinical Urology**, v. 61, n. 6, p. 588, 2020.

CABRAL, Luana Loss et al. Revisão sistemática da adaptação transcultural e validação da escala de percepção de esforço de Borg. **Journal of Physical Education**, v. 28, n. 1, 2017.

CABRAL, Juliana Fernandes et al. Factors associated with functional disability in older adults with cancer treated at reference outpatient clinics in the state of Mato Grosso, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, p. e220019, 2022.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**, 2022. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>,

CAMPOS, Carlos Eduardo et al. Relação entre dois testes funcionais: Teste de levantar-se e se sentar da cadeira de 30s e timedupand go. **PsychTech& Health Journal**, v. 6, n. 1, p. 36-45, 2022.

CARMONA-TORRES, Juan Manuel et al. Disability for basic and instrumental activities of daily living in older individuals. **Plos one**, v. 14, n. 7, p. e0220157, 2019.

CARVALHO, Aparecida de Lourdes; PINTO, Sebastião A.; SANTOS, Wagner G. dos. Glicoproteína CRISP3: um bom biomarcador para câncer de próstata?. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 57, p. e3222021, 2021.

CASTILLO, Octavio A.; VIDAL-MORA, Ivar; SÁNCHEZ-SALAS, Rafael. Prostatectomía radical laparoscópica. **Revista chilena de cirugía**, v. 63, n. 2, p. 217-222, 2011.

CASTRO, Shamyrsulyvan; LEITE, Camila Ferreira. Translation and cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule-WHODAS 2.0. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, p. 385-391, 2017. doi: 10.1590/1809-2950/17118724042017 » <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17118724042017>

CHAGAS, S.C. **Adaptação transcultural e validação da “UrinaryIncontinencescaleafter radical prostatectomy” para o contexto brasileiro**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, 2019.

CHAN, Daniel Kam Yin; CHAN, Luke Kar Man. Falls in nursing homes: challenges from a nursing perspective. **British journal of community nursing**, v. 24, n. 1, p. 6-9, 2019.

CHIARELLI, Pauline E.; MACKENZIE, Lynette A.; OSMOTHERLY, Peter G. Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. **Australian Journal of Physiotherapy**, v. 55, n. 2, p. 89-95, 2009.

CIEZA, Alarcos et al. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. **Journal of rehabilitation medicine**, v. 34, n. 5, p. 205-210, 2002.

CIEZA, Alarcos; KOSTANSJEK, Nenad. The International Classification of Functioning, Disability and Health: the first 20 years. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 63, n. 4, p. 363-363, 2021.

COOKSON, Michael S. et al. Castration-resistant prostate cancer: AUA Guideline. **The Journal of urology**, v. 190, n. 2, p. 429-438, 2013.

COAKLEY, Fergus V.; HRICAK, Hedvig. Radiologic anatomy of the prostate gland: a clinical approach. **Radiologic Clinics of North America**, v. 38, n. 1, p. 15-30, 2000.

COLLABORAT, Global Burden Dis Canc. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2016 A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. **JAMA oncology**, 2018.

COMISSÃO NACIONAL PARA OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (CNODES): **Plano de Ação 2017-2019**. CNODES, 2017. Disponível em <https://bit.ly/2QNUCCp>.

COSTELLO, Anthony J. Considering the role of radical prostatectomy in 21st century prostate cancer care. **Nature Reviews Urology**, v. 17, n. 3, p. 177-188, 2020.

CRAWFORD, E. David et al. Treating patients with metastatic castration resistant prostate cancer: a comprehensive review of available therapies. **The Journal of urology**, v. 194, n. 6, p. 1537-1547, 2015.

CUSCHIERI, Sarah. The STROBE guidelines. **Saudi journal of anaesthesia**, v. 13, n. Suppl 1, p. S31, 2019.

CULINE, S. et al. Tratamiento del cáncer de próstata metastásico. **EMC-Urología**, v. 53, n. 1, p. 1-7, 2021.

CZORNY, Rildo César Nunes et al. Fatores de risco para o câncer de próstata: população de uma unidade básica de saúde. **Cogitare enfermagem**, v. 22, n. 4, 2017.

ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA, Agnieszka Beata et al. An assessment of factors related to disability in ADL and IADL in elderly inhabitants of rural areas of south-eastern Poland. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, v. 25, n. 3, p. 504-511, 2018.

DAHL, Tóra H. International classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research. **Journal of rehabilitation medicine**, v. 34, n. 5, p. 201-204, 2002.

DANIYAL, Muhammad et al. Epidemiology, etiology, diagnosis and treatment of prostate cancer. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 15, n. 22, p. 9575-9578, 2014.

DAVEY, Rachel A.; GROSSMANN, Mathis. Androgen receptor structure, function and biology: from bench to bedside. **The clinical biochemist reviews**, v. 37, n. 1, p. 3, 2016.

DAVIS, Nicole J. et al. Caffeine intake and its association with urinary incontinence in United States men: results from National Health and Nutrition Examination Surveys 2005-2006 and 2007-2008. **The Journal of urology**, v. 189, n. 6, p. 2170-2174, 2013.

DESAI, Kunal; MCMANUS, Jeffrey M.; SHARIFI, Nima. Hormonal therapy for prostate cancer. **Endocrine reviews**, v. 42, n. 3, p. 354-373, 2021.

DI NUBILA, Heloisa BV. Uma introdução à CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, p. 122-123, 2010.

DIETRICK, Daniel D.; MCNEAL, John E.; STAMEY, Thomas A. Core cancer length in ultrasound-guided systematic sextant biopsies: a preoperative evaluation of prostate cancer volume. **Urology**, v. 45, n. 6, p. 987-992, 1995.

DINI, L. I.; KOFF, W. J. Profile of prostate cancer at the general hospital of Porto Alegre. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 1, p. 28-31, 2006.

DONATI, Aline; CASTRO, Luiz Guilherme Martins. Cutaneous adverse reactions to chemotherapy with taxanes: the dermatologist's point of view. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, p. 755-758, 2011.

ECKERT, Caitlin D. et al. Nutrition risk is associated with falls risk in an observational study of community-dwelling, rural, older adults. **Journal of aging and health**, v. 34, n. 6-8, p. 1125-1134, 2022.

ELMOR, Tiago Ravello et al. Minimally invasive treatment of vesicourethral leak after laparoscopic radical prostatectomy. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 43, p. 185-188, 2016.

ENDERLIN, Carol et al. Summary of factors contributing to falls in older adults and nursing implications. **Geriatric Nursing**, v. 36, n. 5, p. 397-406, 2015.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **HC-UFPE - Hospital das Clínicas da UFPE**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hc-ufpe>

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 8, p. 187-193, 2005.

FEDERICI, Stefano et al. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. **Disability and Rehabilitation**, v. 39, n. 23, p. 2347-2380, 2017.

FERRAZ, Graças Hermínia Cavalcanti França. **Relação antígeno prostático específico com hiperplasia prostática benigna e adenocarcinoma prostático em casos de Pernambuco**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. 2004.

FRANCA, Carlos Antônio da Silva; VIEIRA, Sérgio Lannes; PENNA, Antônio Belmiro Rodrigues Campbell. Definição de recidiva bioquímica após tratamento radioterápico do câncer de próstata localizado: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 1, p. 57-61, 2008.

FONTELLES, Mauro José et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista paraense de medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

FONG, Joelle H. Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases. **BMC geriatrics**, v. 19, p. 1-9, 2019.

GALVÃO, Daniel A. et al. Exercise preserves physical function in prostate cancer patients with bone metastases. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 50, n. 3, p. 393, 2018.

GARCÍA, C. A.; MALDONADO-MUÑIZ, G.; LÓPEZ-NOLASCO, B.; CRUZ-MENDOZA, D.; TREJO-MARTÍNEZ, L. Autocuidado del adulto mayor con incontinencia urinaria en dos municipios del Estado de Hidalgo. **XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan**, v. 9, n. 18, p. 1-5, 5 jul. 2021.

GARIN, Olatz et al. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. **Health and quality of life outcomes**, v. 8, n. 1, p. 1-15, 2010.

GRAHAM, Laura S. et al. Management of prostate cancer in older adults. **American Society of Clinical Oncology Educational Book**, v. 43, p. e390396, 2023.

GROSSE, D; SINGLER, J. **Reeducação perineal**, São Paulo, Manole, 2002.

GERBER, G. S.; CHODAK, G. W. Routine screening for cancer of the prostate. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 83, n. 5, p. 329-335, 1991.

GIL, Antônio Carlos et al. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2002. São Paulo: Atlas, v. 175, 2018.

GONÇALVES, Caroline Gomes. **Associação entre dor crônica e funcionalidade em mulheres adultas: um estudo transversal com o World Health Organization Disability Assessment Schedule? WHODAS 2.0**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rio Grande do Norte, p.01-54, 2020.

GOULART, Débora Moura Miranda et al. **Qualidade de vida em pacientes submetidos à prostatectomia radical**. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro. 2012.

GREEN, A. K. et al. Comparative Effectiveness of Mitoxantrone Plus Prednisone Versus Prednisone Alone in Metastatic Castrate-Resistant Prostate Cancer After Docetaxel Failure. **The Oncologist**, v. 20, n. 5, p. 516-522, 2015.

GREER, Joy A. et al. Urinary incontinence and disability in community-dwelling women: A cross-sectional study. **Neurourology and urodynamics**, v. 34, n. 6, p. 539-543, 2015.

GUILLONEAU, B. et al. Laparoscopic radical prostatectomy: oncological evaluation after 1,000 cases at Montsouris Institute. **The Journal of urology**, v. 169, n. 4, p. 1261-1266, 2003.

GÜNEŞ, Mustafa et al. Radical perineal prostatectomy: Our initial experience. **Turkish journal of urology**, v. 40, n. 2, p. 89, 2014.

HANAHAN, Douglas; WEINBERG, Robert A. Hallmarks of cancer: the next generation. **cell**, v. 144, n. 5, p. 646-674, 2011.

HE, Shuxuan; LAI, Siow Li. Determinants of functional disability trajectories: An assessment of the disablement model and life-course perspective. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 23, n. 11, p. 817-829, 2023.

HEERKENS, Yvonne F. et al. Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. **Disability and rehabilitation**, v. 40, n. 5, p. 603-611, 2018.

HEESAKKERS, John et al. Pathophysiology and contributing factors in postprostatectomy incontinence: a review. **European urology**, v. 71, n. 6, p. 936-944, 2017.

HODGE, Kathryn K.; MCNEAL, John E.; STAMEY, Thomas A. Ultrasound guided transrectal core biopsies of the palpably abnormal prostate. **The Journal of urology**, v. 142, n. 1, p. 66-70, 1989a.

HODGE, Kathryn K. et al. Random systematic versus directed ultrasound guided transrectal core biopsies of the prostate. **The Journal of urology**, v. 142, n. 1, p. 71-74, 1989b.

HOWARD, Jeffrey M. Robotic, Laparoscopic, and Open Radical Prostatectomy—Is the Jury Still Out?. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 8, p. e2120693-e2120693, 2021.

HOWLADER, N. et al. National Cancer Institute; Bethesda, MD: 2015. **SEER Cancer Statistics Review, 1975-2013**. 2016.

HUDOLIN, Tvrtko et al. Pelvic Rehabilitation for Urinary Incontinence after Radical Prostatectomy. **Acta clinica Croatica**, v. 61, n. Supplement 3, p. 71-75, 2022.

HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. São Paulo: Artmed; 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2014 - Câncer de próstata**. - INCA, Rio de Janeiro, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Ministério da saúde instituto nacional de câncer josé alencar gomes da silva-inca**, Rio de Janeiro, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Atlas de Mortalidade por Câncer**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/centrais-de-conteudo/aplicativos/atlas-de-mortalidade-por-cancer>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2020**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-ecomentarios#:~:text=A%20estimativa%20mundial%20aponta%20o,33%2C1%2F100%20mil,2021>.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **ODS-Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2018.

IZIDORO, Lívia Cristina de Resende et al. Qualidade de vida relacionada à saúde e fatores psicossociais após prostatectomia radical. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 169-177, 2019.

JAIN, Kewal K. Personalised medicine for cancer: from drug development into clinical practice. **Expert opinion on pharmacotherapy**, v. 6, n. 9, p. 1463-1476, 2005.

JENSTER, Guido. The role of the androgen receptor in the development and progression of prostate cancer. **In: Seminars in oncology**. 1999. p. 407-421.

JOHN, Hubert et al. Effect of radical prostatectomy on sensory threshold and pressure transmission. **The Journal of urology**, v. 163, n. 6, p. 1761-1766, 2000.

KALBASI, Anusha et al. Dose-escalated irradiation and overall survival in men with nonmetastatic prostate cancer. **JAMA oncology**, v. 1, n. 7, p. 897-906, 2015.

KAMRAN, Sophia C.; D'AMICO, Anthony V. Radiation therapy for prostate cancer. **Hematology/Oncology Clinics**, v. 34, n. 1, p. 45-69, 2020.

KIPRIYANOV E.A. et al. Radical prostatectomy and robotic radiosurgery as treatment options for localized prostate cancer. **Sib. J. Oncol.**, v. 19, n. 1, p. 50-56, 2020.

KORD, Eyal et al. Prospective quality of life in men choosing open vs. robotic radical prostatectomy: long-term results from a racially diverse multi-institutional database. **World journal of urology**, v. 40, n. 6, p. 1427-1436, 2022.

KRISTENSEN, Morten T.; FOSS, Nicolai B.; KEHLET, Henrik. Timed “up & go” test as a predictor of falls within 6 months after hip fracture surgery. **Physical therapy**, v. 87, n. 1, p. 24-30, 2007.

KUNDRA, Vikas et al. Imaging in oncology from the University of Texas MD Anderson Cancer Center: diagnosis, staging, and surveillance of prostate cancer. **American journal of roentgenology**, v. 189, n. 4, p. 830-844, 2007.

LAI, Daniel WL; BAI, Xue; GUO, Aimei. Mediating effect of social participation on the relationship between incontinence and depressive symptoms in older Chinese women. **Health & Social Work**, v. 42, n. 2, p. e94-e101, 2017.

LANGAN, Robert C. Benign prostatic hyperplasia. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 46, n. 2, p. 223-232, 2019.

LE, Carter Q.; GETTMAN, Matthew T. Laparoscopic and robotic radical prostatectomy. **Expert review of anticancer therapy**, v. 6, n. 7, p. 1003-1011, 2006.

LEE, Richard et al. Temporal trends in adoption of and indications for the artificial urinary sphincter. **The Journal of urology**, v. 181, n. 6, p. 2622-2627, 2009.

LEE, Hyun Haeng et al. Is WHODAS 2.0 useful for colorectal cancer survivors? **Annals of rehabilitation medicine**, v. 41, n. 4, p. 667-676, 2017.

LEITZMANN, Michael F.; ROHRMANN, Sabine. Risk factors for the onset of prostatic cancer: age, location, and behavioral correlates. **Clinical epidemiology**, v. 4, n. 1, p. 1-11, 2012.

LEONARDI, Matilde et al. 20 Years of ICF—International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 18, p. 11321, 2022.

LEPOR, Herbert. A review of surgical techniques for radical prostatectomy. **Reviews in urology**, v. 7, n. Suppl 2, p. S11, 2005.

LI, Changlin et al. Mitoxantrone triggers immunogenic prostate cancer cell death via p53-dependent PERK expression. **Cellular Oncology**, v. 43, n. 6, p. 1099-1116, 2020.

LILJA, H. et al.. Seminal vesicle-secreted proteins and their reactions during gelation and liquefaction of human semen. **J. Clin. Invest.**, New York, v. 80, p. 281-285, Aug. 1987.

LIN, Yu-Hua; YANG, Mei-Sang. Assessing the reliability and validity of a urinary incontinence scale after radical prostatectomy. **International Journal of Urological Nursing**, v. 4, n. 3, p. 118-124, 2010.

MANGIR, N.; TÜRKERİ, Levent. Quimioterapia basada en docetaxel en el tratamiento de pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración. **Actas Urológicas Españolas**, v. 38, n. 8, p. 515-522, 2014.

MARTIS, Gianni et al. Retropubic versus perineal radical prostatectomy in early prostate cancer: eight-year experience. **Journal of surgical oncology**, v. 95, n. 6, p. 513-518, 2007.

MAROTTI, Juliana et al. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 186-194, 2008.

MATA, Luciana Regina Ferreira da et al. Adaptação transcultural e validação da UrinaryIncontinenceScaleAfter Radical Prostatectomy para o contexto brasileiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, 2022. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/124821>. Acesso em: 20 jul. 2022.

MATA, Luciana Regina Ferreira da et al. Prevalência e níveis de gravidade de incontinência urinária pós-prostatectomia radical: diferentes instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

MATA, Luciana Regina Ferreira da et al. Effectiveness of a home care teaching program for prostatectomized patients: a randomized controlled clinical trial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

MATHIAS, Samuel; NAYAK, U. S.; ISAACS, Bernard. Balance in elderly patients: the " get-up and go" test. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 67, n. 6, p. 387-389, 1986.

MATTA, Rano et al. Pelvic complications after prostate cancer radiation therapy and their management: an international collaborative narrative review. **European urology**, v. 75, n. 3, p. 464-476, 2019.

MAZO, Giovana Zarpellon et al. Correlação Correlación entre incontinencia urinaria, disfunción sexual y evaluación subjetiva de lacontracción del músculo perineal enmujeresancianasfísicamenteactivas. **Fisioterapia e Pesquisa**. 2021, v. 28, n. 1, pp. 109-116, 2021.

MELMAN, Arnold et al. Critical surgical techniques for radical perineal prostatectomy. **The Journal of urology**, v. 171, n. 2, p. 786-790, 2004.

MENDES. G. D.; MIRANDA. S. M. et al. Saúde do Cuidador de Idosos: um Desafio para o Cuidado. **Revista Enfermagem Integrada - Ipatinga: Unileste-MG**, v. 3, n. 1, jul./ago. 2010. Disponível em: <<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/04-saudecuidador-idosos-desafio.pdf>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do câncer da próstata: Documento de consenso**. Rio de Janeiro. 2002. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_prostata.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Datasus, **SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS** [Internet]. [Acesso em 2022 abril 04]. Availableat: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

MITROVIĆ, P. et al. Improvement of Quality of Life after Radical Prostatectomy. **Psychiatria Danubina**, v. 33, n. Suppl 4, p. 1274-1277, 2021.

MOE, Andrew; HAYNE, Dickon. Transrectal ultrasound biopsy of the prostate: does it still have a role in prostate cancer diagnosis?. **Translational Andrology and Urology**, v. 9, n. 6, p. 3018, 2020.

MOON, Shinje et al. The impact of urinary incontinence on falls: A systematic review and meta-analysis. **PloS one**, v. 16, n. 5, p. e0251711, 2021.

MOSCHOURIS, Hippocrates et al. The value of contrast-enhanced ultrasonography in detection of prostatic infarction after prostatic artery embolization for the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia. **Diagnostic and Interventional Radiology**, v. 25, n. 2, p. 134, 2019.

MOUSSA, Mohamad et al. Comparison of oncological, surgical, and functional outcomes between radical retropubic and radical perineal prostatectomy: A multi-institutional study. **Urologia Journal**, p. 03915603221111286, 2022.

NACCARATO, Angela Maria Elizabeth Piccolotto. **Estudo demográfico e aspectos psicológicos de pacientes sob rastreamento de carcinoma prostático**. 2010. 165 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1612201>. Acesso em: 4 set. 2022.

NACCARATO, Angela MEP et al. Quality of life and sexual health in men with prostate cancer undergoing radical prostatectomy. **The Aging Male**, 2018.

NADER, Rita; EL AMM, Joelle; ARAGON-CHING, Jeanny B. Role of chemotherapy in prostate cancer. **Asian journal of andrology**, v. 20, n. 3, p. 221, 2018.

NAMIKI, Shunichi et al. Changes in quality of life in first year after radical prostatectomy by retropubic, laparoscopic, and perineal approach: multi-institutional longitudinal study in Japan. **Urology**, v. 67, n. 2, p. 321-327, 2006.

NORDIN, Ellinor et al. Prognostic validity of the Timed Up-and-Go test, a modified Get-Up-and-Go test, staff's global judgement and fall history in evaluating fall risk in residential care facilities. **Age and ageing**, v. 37, n. 4, p. 442-448, 2008.

NOVAIS, Camila Chaves dos Santos. **Prevalência da incontinência urinária e disfunção sexual em pacientes submetidos à prostatectomia radical**. Dissertação (Mestrado em Pesquisa em Saúde) - Centro Universitário CESMAC.2019.

NOVAK, Juliani Cristina; SABINO, Alini Daniéli Viana. **Efeitos psicossociais da prostatectomia radical em pacientes com câncer de próstata**. Arquivos de Ciências da Saúde, [S.l.], v. 22, n. 3, p. 15-20, out. 2015.

O'BRIEN, Helen et al. Mind over matter? The hidden epidemic of cognitive dysfunction in the older surgical patient. **Annals of Surgery**, v. 265, n. 4, p. 677-691, 2017.

OUANES, Yassine et al. Impact of urinary incontinence on the quality of life after open retropubic radical prostatectomy. **Cureus**, v. 14, n. 8, 2022.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice** . New York , Mac Graw-Hill , 1971.

OREM, D. E. **Nursing: Concepts of practice**. 4. ed. Saint. Louis, Mosby, 1991.

OREM, D. **Nursing concepts of practice**, 6th ed. Mosby: New York, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde: CIF**. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)**: OMS, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514_por.pdf;sequence=1.

OSMONOV, Daniar K. et al. Surgical site infections after radical prostatectomy: a comparative study between robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy and retropubic radical prostatectomy. **Turkishjournalofurology**, v. 44, n. 4, p. 303, 2018.

PAIVA, Elenir Pereira de; MOTTA, Maria Catarina Salvador da; GRIEP, Rosane Harter. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, p. 88-93, 2010.

PAN, Li-Hui et al. Improvement of urinary incontinence, life impact, and depression and anxiety with modified pelvic floor muscle training after radical prostatectomy. **American Journal of Men's Health**, v. 13, n. 3, p. 1557988319851618, 2019.

PANNEK, Jürgen. Prevention of recurrent urinary tract infections in neurourology. **European Urology Focus**, v. 6, n. 5, p. 817-819, 2020.

PANICKER, Jalesh N.; SAKAKIBARA, Ryuji. Lower urinary tract and bowel dysfunction in neurologic disease. **CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology**, v. 26, n. 1, p. 178-199, 2020.

PARK, JinKyung; JEONG, EunHye; SEOMUN, GyeongAe. The clock drawing test: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 74, n. 12, p. 2742-2754, 2018.

PATLA, Aftab E.; SHUMWAY-COOK, Anne. Dimensions of mobility: defining the complexity and difficulty associated with community mobility. **Journal of Aging and Physical Activity**, v. 7, n. 1, p. 7-19, 1999.

PERNAR, Claire H. et al. The epidemiology of prostate cancer. **Cold Spring Harbor perspectives in medicine**, v. 8, n. 12, p. a030361, 2018.

PEREIRA, Ryan et al. Open retropubic radical prostatectomy. **TranslationalAndrologyandUrology**, v. 9, n. 6, p. 3025, 2020.

PEREIRA MG. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**; 1995

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa DenardiAntoniassi. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1535-1547, 2018.

PODDER, Tarun K.; FREDMAN, Elisha T.; ELLIS, Rodney J. Advances in radiotherapy for prostatecancertreatment. **Molecular & Diagnostic Imaging in Prostate Cancer**, p. 31-47, 2018.

PODSIADLO, Diane; RICHARDSON, Sandra. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. **Journal of the American geriatrics Society**, v. 39, n. 2, p. 142-148, 1991.

POLASCIK, T. J.; OESTERLING, J. E.; PARTIN, A. W.. Prostate specific antigen: a decade of discovery - what we have learned and where we are going. **J. Urol.**, Baltimore, v. 163, n. 4, p. 1259-1260, Apr. 2000.

PONTES, Shirley. **A influência da disfunção erétil na qualidade de vida de homens com câncer de próstata**.Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Católica de Brasília. 2018.

POTOSKY, Arnold L. et al. Health outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: results from the Prostate Cancer Outcomes Study. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 92, n. 19, p. 1582-1592, 2000.

QUADROS, Layse Biz et al. Prevalência de incontinência urinária entre idosos institucionalizados e sua relação com o estado mental, independência funcional e comorbidades associadas. **Acta Fisiátrica [Internet]**, v. 22, n. 3, 2015.

OUANES, Yassine et al. Impact of urinary incontinence on the quality of life after open retropubic radical prostatectomy. **Cureus**, v. 14, n. 8, 2022.

QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina; VIDINHA, T. S.; ALMEIDA FILHO, A. J. Self-care: Orem's theoretical contribution to the nursing discipline and profession. **Revista de Enfermagem [internet]**, v. 4, n. 3, p. 157-63, 2014.

RABOY, A.; ALBERT, P.; FERZLI, G. Early experience with extraperitoneal endoscopic radicalretropubic prostatectomy. **Surgical endoscopy**, v. 12, n. 10, p. 1264-1267, 1998.

RAHNAMA'I, Mohammad S. et al. Current Management of Post-radical Prostatectomy Urinary Incontinence. **Frontiers in Surgery**, v. 8, p. 68, 2021.

RAMSAY, Alison K.; LEUNG, Hing Y. Signalling pathways in prostate carcinogenesis: potentials for molecular-targeted therapy. **Clinical science**, v. 117, n. 6, p. 209-228, 2009.

RASSWEILER, J. et al. Anatomic nerve-sparing laparoscopic radical prostatectomy: comparison ofretrograde and antegrade techniques. **Urology**, v. 68, n. 3, p. 587-591, 2006.

RAWLA, Prashanth. Epidemiology of prostate cancer. **World journal of oncology**, v. 10, n. 2, p. 63, 2019.

REHDER, Peter et al. Hypothesis that urethral bulb (corpus spongiosum) plays an active role in male urinary continence. **Advances in urology**, v. 2016, 2016.

REMOR, Adriana et al. A teoria do auto-cuidado e sua aplicabilidade no sistema de alojamento conjunto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 39, p. 6-11, 1986.

RHODEN, E. L.; AVERBECK, M. A. Câncer de próstata localizado. **Rev AMRIGS**, v. 54, n. 1, p. 92-9, 2010.

RICHIE, Jerome P. Localized prostate cancer: overview of surgical management. **Urology**, v. 49, n. 3, p. 35-37, 1997.

RODRIGUES, Romir; SALES, Catarina Aparecida. Aspectos epidemiológicos e diagnósticos do carcinoma prostático. **Revista Saúde e Pesquisa**. V.6, n.1, p.131-140, Jan./Abr. 2013.

RODRIGUEZ, Larissa V.; TERRIS, Martha K. Risks and complications of transrectal ultrasound guided prostate needle biopsy: a prospective study and review of the literature. **The Journal of urology**, v. 160, n. 6 Part 1, p. 2115-2120, 1998.

RODRÍGUEZ-LÓPEZ, Elena Sonsoles et al. Prevalence of urinary incontinence among elite athletes of both sexes. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 24, n. 4, p. 338-344, 2021.

ROMANZINI, Adilson Edson *et al.* Predictors of well-being and quality of life in men who underwent radical prostatectomy: longitudinal study. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 3, n. 26, p.30, 2018.

ROZET, Francois et al. Extraperitoneal laparoscopic radical prostatectomy: a prospective evaluation of 600 cases. **The Journal of Urology**, v. 174, n. 3, p. 908-911, 2005.

SAMPAIO, Francisca Aline Arrais et al. Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, p. 94-100, 2008.

SAMPAIO, Rosana Ferreira; LUZ, Madel Terezinha. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 475-483, 2009.

SAMPAIO, F.B. J, FAVORITO, LA. Anatomia aplicada no trato urinário. Nardi, AC, et al. **Urologia Brasil**. São Paulo: Editora Planmark, p. 34-61, 2013.

SANDHU et al. Incontinence after Prostate Treatment: AUA/SUFU Guideline. **The Journal of urology**, United States, v. 202, n. 2, p. 369-378, ago./2019

SANTOS, A. S. et al. Electrical stimulation on urinary incontinence after radical prostatectomy. **Fisioter Bras.[Internet]**, v. 17, n. 1, p. 50-5, 2016.

SANTOS, Jozélia Pereira; SOUZA, Anderson Pereira. Considerações sobre o Câncer de Próstata: Revisão de Literatura. ID online. **Revista de psicologia**, v. 10, n. 33, p. 100-115, 2017.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. O. K. Capacidade funcional e sua mensuração em idosos: uma revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba-MG, v. 2, n. 3, 2014.

SANTOS, Fabiola Silva dos. **A influência do processo Educacional na qualidade de vida dos idosos a luz da teoria do autocuidado de orem**. 2014. Dissertação (mestrado) Universidade Federal do Amazonas, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/4031>.

SARKAR, Sibaji et al. Cancer development, progression, and therapy: an epigenetic overview. **International journal of molecular sciences**, v. 14, n. 10, p. 21087-21113, 2013.

SARRIS, Andrey Biff et al. Câncer de próstata: uma breve revisão atualizada. **Visão Acadêmica**, v. 19, n. 1, 2018.

SCHUBERT, Cathy C.; GROSS, Cary; HURRIA, Arti. Functional assessment of the older patient with cancer. **Oncology**, v. 22, n. 8, p. 916, 2008.

SCHUESSLER, W. W. et al. Laparoscopic radical prostatectomy: initial short-term experience. **Urology**, v. 50, n. 6, p. 854-857, 1997.

SECRETARIA DE SALUD. **Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades**. 2010 Disponível em: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Guia_primer_nivel_incontinencia_urinaria.pdf.

SEIDENFELD, Jerome et al. Single-therapy androgen suppression in men with advanced prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. **Annals of internal medicine**, v. 132, n. 7, p. 566-577, 2000.

SEKHOACHA, Mamello et al. Prostate Cancer Review: Genetics, Diagnosis, Treatment Options, and Alternative Approaches. **Molecules**, v. 27, n. 17, p. 5730, 2022.

SHEN, Michael M.; ABATE-SHEN, Cory. Molecular genetics of prostate cancer: new prospects for old challenges. **Genes & development**, v. 24, n. 18, p. 1967-2000, 2010.

SHERRINGTON, Catherine; TIEDEMANN, Anne. Physiotherapy in the prevention of falls in older people. **Journal of physiotherapy**, v. 61, n. 2, p. 54-60, 2015.

SHIOTA, Masaki et al. Family history in primary hormone therapy for prostate cancer: analysis from a community-based multi-institutional Japan-wide database. **International Journal of Urology**, v. 27, n. 4, p. 313-318, 2020.

SHULMAN, Kenneth I. et al. Clock-drawing and dementia in the community: a longitudinal study. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 8, n. 6, p. 487-496, 1993.

SHULMAN, Kenneth I.; SHEDLETSKY, Ralph; SILVER, Ivan L. The challenge of time: clock-drawing and cognitive function in the elderly. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 1, n. 2, p. 135-140, 1986.

SHUMWAY-COOK, Anne; BRAUER, Sandy; WOOLLACOTT, Marjorie. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. **Physicaltherapy**, v. 80, n. 9, p. 896-903, 2000.

SILVA, Benedito Martins; NETO, José Ademir Bezerra da Silva; LIMA, Roberta Lins de. Análise de complicações em pacientes portadores de câncer de próstata metastático submetidos à orquiectomia bilateral. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 37, p. 269-273, 2010.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Produção Hospitalar (SIH/SUS)**. 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>

SOBIN, Leslie H. et al. TNM: classificação de tumores malignos. **In: TNM: classificação de tumores malignos**. 2004. p. xxvii, 253-xxvii, 253.

SOBIN, L. H.; WITTEKIND, C. TNM classification of malignant tumours. John Wiley & Sons. Inc, **Hoboken, NJ**. 2009.

SONG, Pan; HUANG, Chuiguo; WANG, Yan. The efficacy and safety comparison of docetaxel, cabazitaxel, estramustine, and mitoxantrone for castration-resistant prostate cancer: A network meta-analysis. **International Journal of Surgery**, v. 56, p. 133-140, 2018.

SPRATT, Daniel E. et al. Prostate radiotherapy with adjuvant androgen deprivation therapy (ADT) improves metastasis-free survival compared to neoadjuvant ADT: An individual patient meta-analysis. **Journal of Clinical Oncology**, v. 39, n. 2, p. 136-144, 2021.

STRĄCZYŃSKA, Agnieszka et al. The impact of pelvic floor muscle training on urinary incontinence in men after radical prostatectomy (RP)-a systematic review. **Clinical Interventions in Aging**, v. 14, p. 1997, 2019.

STOLZENBURG, Jens-Uwe et al. Anatomical landmarks of radical prostatectomy. **Europeanurology**, v. 51, n. 3, p. 629-639, 2007.

TAMANINI, J. T. N. et al. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 438-444, 2004.

TERMINI, Deborah et al. Curcumin against prostate cancer: current evidence. **Biomolecules**, v. 10, n. 11, p. 1536, 2020.

TEWARI, Ashutosh K.; WHELAN, Peter; GRAHAM, John D. (Ed.). Prostate cancer: diagnosis and clinical management. **John Wiley & Sons**, 2013.

THOMAS, Joe; WARRIER, Arun; KACHARE, Nanda. Docetaxel-Induced Myositis. **JCR: Journal of Clinical Rheumatology**, v. 26, n. 3, p. e62-e63, 2020.

THOMAS, C.; OHLMANN, C. H. Combination therapy for metastatic hormone-sensitive prostate cancer: What? When? For whom?. **Der Urologe**. Ausg. A, v. 59, n. 6, p. 665-672, 2020.

TOOHER, Rebecca et al. Laparoscopic radical prostatectomy for localized prostate cancer: a systematic review of comparative studies. **The Journal of urology**, v. 175, n. 6, p. 2011-2017, 2006.

TONON, Thiarles Cristian Aparecido; SCHOFFEN, João Paulo Ferreira. < b> Câncer de Próstata: Uma Revisão da Literatura. **Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 3, 2009.

TOLOTTI, Angela et al. Nursing management of fatigue in cancer patients and suggestions for clinical practice: a mixed methods study. **BMC nursing**, v. 20, n. 1, p. 1-14, 2021.

TORRES, Gilson de Vasconcelos; DAVIM, Rejane Marie Barbosa; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, p. 47-53, 1999.

VANDENBROUCKE, Jan P. et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. **Annals of internal medicine**, v. 147, n. 8, p. W-163-W-194, 2007.

VALCARENGHI, R.V; SANTOS, S.S.C; HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; BARLEM, E.L.D.; GOMES, G.C.; SILVA, B.T. Ações institucionais alicerçadas em diagnósticos de enfermagem para prevenção de quedas em idosos. **Revista Rene**. v.15, n.2, p. 224-232, 2014

VAN IERSEL, Marianne B. et al. Gait velocity and the Timed-Up-and-Go test were sensitive to changes in mobility in frail elderly patients. **Journal of clinical epidemiology**, v. 61, n. 2, p. 186-191, 2008.

VICHAYANRAT, Ekawat et al. Lower urinary tract dysfunction in Parkinsonian syndromes. **Neurological Sciences**, v. 42, n. 10, p. 4045-4054, 2021.

VISSER et al. Impact of urinary incontinence on sexual functioning in communitydwelling older women. **The Journal of Sexual Medicine**. v. 11. n. 7, p. 1757-65, 2014.

VITOR, Allyne Fortes; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; ARAUJO, Thelma Leite de. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 14, p. 611-616, 2010.

WALSH, Patrick Craig. Anatomic radical prostatectomy: evolution of the surgical technique. **The Journal of urology**, v. 160, n. 6 Part 2, p. 2418-2424, 1998.

WANG, M. C. et al.. Prostate antigen: a new potential marker for prostatic câncer. **The Prostate**, New York, v. 2, p. 89-96, Sep. 1981.

WEYRAUCH, Henry M.; SAUNDERS, W. B.; MORALES, Pablo A. Surgery of the Prostate. **Philadelphia: WB Saunders Co.**; 1960. pp 172-230.

WINTERS-STONE, Kerri M. et al. Protocol for GET FIT Prostate: a randomized, controlled trial of group exercise training for fall prevention and functional improvements during and after treatment for prostate cancer. **Trials**, v. 22, n. 1, p. 1-13, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. **World Health Organization**, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. O. Obesity: preventing and managing the global epidemic. **World Health Organization technical report series**, v. 894, p. 1-253, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29**. 35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976. World Health Organization, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Towards a common language for functioning, disability, and health: ICF**. The international classification of functioning, disability and health, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Measuring health and disability**. Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. Geneva: WHO; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **How to use the ICF**. A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Exposure. 2013.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J ,Kuyken W, (editors). Quality of life assessment:international perspectives. **Heigelberg: Springer Verlag**;1994. p 41-60.

WHITELEY, Joseph R. et al. Detection of elevated intracranial pressure in robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy using ultrasonography of optic nerve sheath diameter. **Journal of neurosurgical anesthesiology**, v. 27, n. 2, p. 155-159, 2015.

WINGERTER, D. G.; RIBEIRO BARBOSA, I.; BATISTA MOURA, L. K.; MACIEL, R. F.; COSTA FEITOSA ALVES, M. do S. MORTALIDADE POR QUEDA EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Ciência Plural**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 119-136, 2020. DOI: 10.21680/2446-7286.2020v6n1ID18366. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18366>. Acesso em: 22 fev. 2024.

YACOUB, Joseph H.; OTO, Aytakin. MR imaging of prostate zonal anatomy. **Radiologic Clinics**, v. 56, n. 2, p. 197-209, 2018.

YANG, Qing et al. Androgen receptor signaling is required for androgen-sensitive human prostate cancer cell proliferation and survival. **Cancer cell international**, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2005.

YOUNG, Hugh Hampton. The Cure of Cancer of the Prostate by Radical Perineal Prostatectomy (prostate- seminal Vesiculectomy): History, Literature and Statistics of Young's Peration. **The Journal of Urology**, v. 53, n. 1, p. 188-252, 1945.

ZHU, Yezi et al. Inhibition of ABCB1 Expression Overcomes Acquired Docetaxel Resistance in Prostate Cancer Overcoming Docetaxel Resistance by Inhibition of ABCB1. **Molecular cancer therapeutics**, v. 12, n. 9, p. 1829-1836, 2013.

ZWARENSTEIN, Merrick; GOLDMAN, Joanne; REEVES, Scott. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 3, 2009.

APÊNDICE A

FICHA DE TRIAGEM

Data: ___/___/___

Nome: _____

Idade: _____

Apresentou incontinência urinária antes da cirurgia?

- Sim
 Não

Possui diagnóstico médico de doenças neurológicas? Ex: Parkinson, AVC, Lesão da medula espinhal e etc?

- Sim
 Não

Realizou algum procedimento cirúrgico na próstata antes da prostatectomia radical?

- Sim
 Não

ÁREA DE MORADIA

- Rural
 Urbana

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

NÚMERO DO FORMULÁRIO: _____

Q1) IDADE: _____

Q2) QUAL A SUA RAÇA?

- 1) BRANCA
- 2) PARDA
- 3) NEGRA
- 4) INDÍGENA
- 5) AMARELA

Q3) CONDIÇÃO EDUCACIONAL?

- 1) ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO
- 2) ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO
- 3) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO
- 4) ENSINO MÉDIO COMPLETO
- 5) ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO
- 6) ENSINO SUPERIOR COMPLETO

Q4) ESTADO CIVIL?

- 1) SOLTEIRO
- 2) CASADO
- 3) UNIÃO ESTÁVEL
- 4) SEPARADO
- 5) VIÚVO

Q5) QUANTOS DEPENDENTES VOCÊ TEM?

- 1) NENHUM
- 2) UM A DOIS
- 3) DE TRÊS A QUATRO
- 4) MAIS DE QUATRO

Q6) QUANTOS VÍNCULOS DE EMPREGO VOCÊ TEM ATUALMENTE?

- 1) UM
- 2) DOIS
- 3) APOSENTADO
- 4) DESEMPREGADO

Q7) QUAL A SUA RENDA MENSAL EM SALÁRIO MÍNIMO?

- 1) MENOR QUE UM SALÁRIO MÍNIMO
- 2) 1 SALÁRIO MÍNIMO
- 3) MAIS QUE UM SALÁRIO MÍNIMO
- 4) DE 2 A 3 SALÁRIOS
- 5) 5 OU MAIS

Q8) PESO: _____

Q9) ALTURA: _____

Q10) IMC: _____

CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE GERAL

Q11) VOCÊ FUMA?

- 1) SIM
- 2) EX-FUMANTE
- 3) NÃO

Q12) VOCÊ INGERE BEBIDA ALCOÓLICA?

- 1) SIM
- 2) NÃO
- 3) EX-USUÁRIO

Q13) É HIPERTENSO?

- 1) SIM
- 2) NÃO

Q14) É DIABÉTICO?

- 1) SIM
- 2) NÃO

Q15) TEM ANSIEDADE?

- 1) SIM
- 2) NÃO

Q16) TEM DEPRESSÃO?

- 1) SIM
- 2) NÃO

Q17) INGERE CAFÉ?

- 1) SIM
- 2) NÃO

Q18) INGERE PIMENTA?

- 1) SIM
- 2) NÃO

Q19): INGERE FRUTAS CÍTRICAS?

- 1) SIM
- 2) NÃO

Q20): TIPO DE CIRURGIA?

- 1) PROSTATECTOMIA RADICAL RETROPÚBICA
- 2) PROSTATECTOMIA RADICAL PERINEAL
- 3) PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA
- 4) PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA ASSISTIDA POR ROBÔ

Q21) TEMPO DE CIRURGIA?

- 1) HÁ DOIS MESES
- 2) 3 A 5 MESES
- 3) 6 A 8 MESES
- 4) 9 A 12 MESES
- 5) MAIS DE 12 MESES

Q22) ESCORE DE GLEASON?

- 1) MENOR OU IGUAL A SEIS
- 2) SETE
- 3) OITO A DEZ

Q23) TRATAMENTO NEOADJUVANTE?

- 1) QUIMIOTERAPIA
- 2) HORMONIOTERAPIA

- 3) RADIOTERAPIA
- 4) TERAPIA-ALVO
- 5) Não realizou

Q24) TRATAMENTO ADJUVANTE?

- 1) QUIMIOTERAPIA
- 2) HORMONIOTERAPIA
- 3) RADIOTERAPIA
- 4) TERAPIA-ALVO
- 5) Não realizou

Q25) TIPO DE INCONTINÊNCIA?

- 1) INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO
- 2) INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR URGÊNCIA
- 3) INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA

Q26) REALIZA ATIVIDADE FÍSICA?

- 1) SIM
- 2) NÃO

ANEXO A
CARTA DE ANUÊNCIA DO SETOR DE UROLOGIA



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA
DE SERVIÇOS HOSPITALARES



CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o pesquisador **Breno Azevedo da Silva**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **Funcionalidade em pacientes com incontinência urinária após prostatectomia radical à luz da teoria do autocuidado de Orem**, que está sob a orientação da Profa. **Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes**, cujo objetivo é **Avaliar a funcionalidade de homens com incontinência urinária após prostatectomia radical pela teoria do Autocuidado de Dorothea Orem**, nesta Instituição, no setor de urologia, bem como cederemos o acesso aos dados de prontuários para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Uma vez que a resolução do Conselho Nacional de Saúde No 466/2012 no seu artigo V, item V.6, determina que “o pesquisador, patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa” declaro que recebi cópia do projeto e estou de acordo com sua execução no serviço/departamento/ambulatório do qual sou responsável.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição/Setor/Serviço o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, em 25/09/2022.

Fabio de Oliveira Vilar

Chefe do setor de Urologia do Hospital das Clínicas UFPE/Recife Ebserh

Fabio de Oliveira Vilar
Chefe do Serviço de
Urologia - HC/UFPE
Ebserh

Núcleo de Apoio à Pesquisa – HC/UFPE Tel: (81) 2126.3500
Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária – Recife/PE CEP: 50670-420
nap.hcufpe@gmail.com

ANEXO B

CARTA DE ANUÊNCIA DO NÚCLEO DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA



Universidade Federal de Pernambuco
Hospital das Clínicas
Prof. Romero Marques



CARTA DE ANUÊNCIA

Recife, 04 de abril de 2023.

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos o desenvolvimento, no **Núcleo da Documentação Clínica - NDC** (antigo SAME), do projeto de pesquisa intitulado **“Funcionalidade em pacientes com incontinência urinária após prostatectomia radical à luz da teoria do autocuidado de Orem”**,” que está sob a coordenação de Breno Azevedo da Silva, tendo como orientando(a)(s) o(a)(s) pesquisador(a)(es) Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes e Francisca Márcia Pereira Linhares, auxiliados pelo(a)(s) colaborador(a)(es) Blenna Wanessa Rodrigues Santos de Albuquerque, Brinia Dantas de Araujo e Victoria Rafaela Cavalcanti da Silva.. Serão consultados 140 (cento e quarenta) prontuários em 04 (quadro) meses.

A aceitação está condicionada:

1. À autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HC/UFPE, pelo período de execução previsto no referido projeto, e em consonância com o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
2. Ao cumprimento pelo(a)(s) pesquisador(a)(s) dos requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e suas complementares, e da Lei Geral de Proteção de Dados, que inclui o compromisso com a confidencialidade dos dados e materiais coletados, utilizando-os unicamente para os fins da pesquisa;
3. À consulta aos prontuários clínicos exclusivamente na sala de pesquisa localizada no NDC.

Após aprovação do CEP e comunicação da GEP, os prontuários serão disponibilizados mediante agendamento prévio com o NDC, por meio do e-mail institucional.

Documento assinado digitalmente
 PRISCILLA VIEGAS BARRETO DE OLIVEIRA
 Data: 13/04/2023 07:50:50-0300
 Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Priscilla Viégas
*Chefia do Núcleo de Documentação
 Clínica (antigo SAME)*

Núcleo de Documentação Clínica - NDC (antigo SAME) Tel: (81) 2126.3579
 Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – Recife/PE CEP: 50670-420
ndc.hcpe@ebserh.gov.br

ANEXO C

PARECER DO CEP



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO - HC/UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA APÓS PROSTATECTOMIA RADICAL À LUZ DA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM

Pesquisador: BRENO AZEVEDO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67543523.8.0000.8807

Instituição Proponente: DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/CCS/UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.098.034

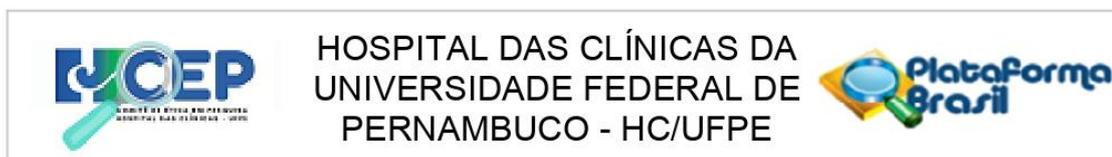
Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação do mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, do pesquisador BRENO AZEVEDO DA SILVA, sob orientação da Prof. Dra. Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes e coorientação da Prof. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares. Fazem parte da pesquisa ainda os seguintes colaboradores: Brinia Dantas de Araujo, Blenna Wanessa Rodrigues Santos de Albuquerque e Victoria Rafaela Cavalcanti da Silva.

Estudo transversal, descritivo e de caráter quantitativo, a ser realizado no ambulatório de Urologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Serão recrutados pacientes adultos, diagnosticados com IU pós-PR com idade igual ou maior a 40 anos. Os critérios de exclusão são: referir IU antes da PR, pacientes diagnosticados com doenças neurológicas e pacientes com histórico de operação da próstata antes da PR. A coleta de dados será realizada por meio de um questionário sociodemográfico desenvolvido pelo autor principal. Posteriormente, os voluntários responderão o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form para verificar o impacto da IU na qualidade de vida, Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy para verificar a gravidade da UI tendo a PR como fator causal dos

distúrbios urinários e o World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 para avaliar os domínios da funcionalidade, conforme recomenda a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11). Além disso, os

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cepsh.hc-ufpe@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 6.098.034

voluntários realizarão o Teste Timed Up and Go, a fim de avaliar a mobilidade e o equilíbrio funcional. Acredita-se que esse estudo irá contribuir com o raciocínio clínico dos profissionais da saúde, uma vez que os resultados poderão influenciar na elaboração de ações educativas acerca dos requisitos de autocuidado de Orem.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

- Avaliar a funcionalidade de homens com incontinência urinária após prostatectomia radical pela teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o perfil sociodemográfico e clínico de homens com incontinência urinária após prostatectomia radical;
- Analisar a funcionalidade de homens com incontinência urinária após prostatectomia radical com os requisitos do autocuidado proposto por Orem;
- Comparar os níveis de funcionalidade de homens submetidos aos diferentes tipos de prostatectomia radical.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis riscos para os voluntários envolvem a ocorrência de constrangimento ou desconforto de caráter emocional durante o processo de avaliação, o dispêndio de tempo ao responder as perguntas presentes nos questionários e nas escalas utilizadas. Para diminuir os riscos, desconfortos e possíveis eventos indesejados, o pesquisador responsável dará todo o suporte necessário, podendo parar a coleta dos dados e podendo dar continuidade em um momento mais oportuno para o participante.

Será garantido um local reservado para a coleta de dados, permitindo a liberdade para não responder questões que o participante considere constrangedoras, assegurando a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem. A estratégia de escuta e a troca de saberes estão presentes nesse processo, a fim de minimizar tal desagradado. Será informado sobre o protocolo de avaliação sempre que o voluntário sentir a necessidade.

A pesquisa oferece aos voluntários o benefício de saber sobre o seu estado de saúde física promovido pelas respostas dos instrumentos de coleta de dados. Através dos resultados da pesquisa, vai ser possível criar ações de educação em saúde, garantindo uma melhora nos parâmetros de saúde.

Esse projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Não haverá remuneração para os

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cepsh.hc-ufpe@ebserh.gov.br



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO - HC/UFPE



Continuação do Parecer: 6.098.034

colaboradores e participantes da pesquisa, e os indivíduos que desejarem participar da pesquisa, após orientação dos pesquisadores deverão ler e assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde (BRASIL, 2013), o qual será apresentado em duas vias, ficando uma delas sob a guarda da equipe de pesquisa e a outra com os participantes.

Se o participante não for alfabetizado, o TCLE será lido na frente de duas testemunhas sem o envolvimento com a pesquisa. A testemunha assinará o documento

certificando que todas as informações foram dadas ao voluntário, e que as perguntas suscitadas pelos mesmos foram amplamente esclarecidas pelo pesquisador responsável. No TCLE haverá um espaço para impressão digital caso o participante não seja alfabetizado. Esta pesquisa só terá início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Os dados coletados serão confidenciais como propriedade conjunta das partes envolvidas (equipe de pesquisa). As informações pessoais serão excluídas e não serão utilizadas para qualquer fim. Apenas os resultados finais serão inseridos na dissertação e na futura publicação do estudo, estando os voluntários cientes disto.

Os dados da pesquisa ficarão sob cuidado exclusivo do pesquisador responsável, mantendo sigilo de suas identidades. Todo o material coletado durante a avaliação será guardado por cinco anos e após os cinco anos, será incinerado. Rua Caricé, nº 965, CEP 53350-380, Tabajara – Olinda.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide "Conclusões ou Pendência e Lista de Inadequações"

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide "Conclusões ou Pendência e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2132490_E1.pdf	17/05/2023 14:28:11		Aceito
Outros	AMODIFICACAOok.docx	17/05/2023	BRENO AZEVEDO	Aceito

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do

Bairro: Cidade Universitária

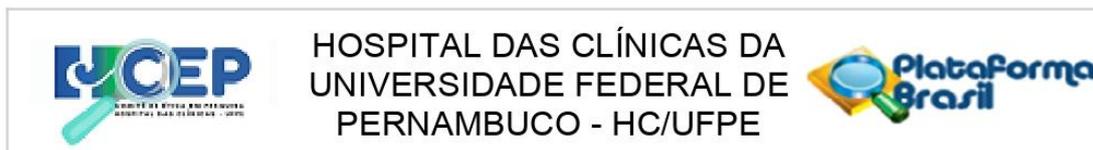
CEP: 50.670-901

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-3743

E-mail: cepsh.hc-ufpe@ebserh.gov.br



Continuação do Parecer: 6.098.034

Outros	AMODIFICACAOOk.docx	14:27:04	DA SILVA	Aceito
Brochura Pesquisa	BAPROJETOOkk.pdf	17/05/2023 13:02:37	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BAPROJETOOkk.docx	17/05/2023 13:02:08	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito
Cronograma	cronogramaokkk.pdf	17/05/2023 13:01:47	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito
Outros	novANUENCIA.pdf	30/04/2023 22:25:00	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito
Outros	anuenciasame.pdf	30/04/2023 22:23:53	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhatualizadaaa.pdf	28/02/2023 11:16:53	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito
Outros	Termodecompromissoeconfidencialidad e.pdf	27/02/2023 18:52:27	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito
Declaração de concordância	img20230206_19552000.pdf	23/02/2023 23:49:08	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito
Outros	declaracao_221.pdf	23/02/2023 23:48:00	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito
Outros	CBLENNNA.pdf	23/02/2023 23:47:02	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito
Outros	CVITORIA.pdf	23/02/2023 23:46:43	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito
Outros	CSHEILA.pdf	23/02/2023 23:46:21	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito
Outros	CFRANCISCA.pdf	23/02/2023 23:45:45	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito
Outros	CBRINIA.pdf	23/02/2023 23:45:31	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito
Outros	CBRENO.pdf	23/02/2023 23:44:40	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORcAMENTOatualizado.docx	23/02/2023 23:23:23	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemaiores18HC.docx	23/02/2023 23:22:13	BRENO AZEVEDO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cepsh.hc-ufpe@ebserh.gov.br



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO - HC/UFPE



Continuação do Parecer: 6.098.034

RECIFE, 02 de Junho de 2023

Assinado por:
Ana Caetano
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cepsh.hc-ufpe@ebserh.gov.br

ANEXO D

LISTA DE ITENS PARA OS ESTUDOS TRANSVERSAIS

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses

Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

ANEXO E

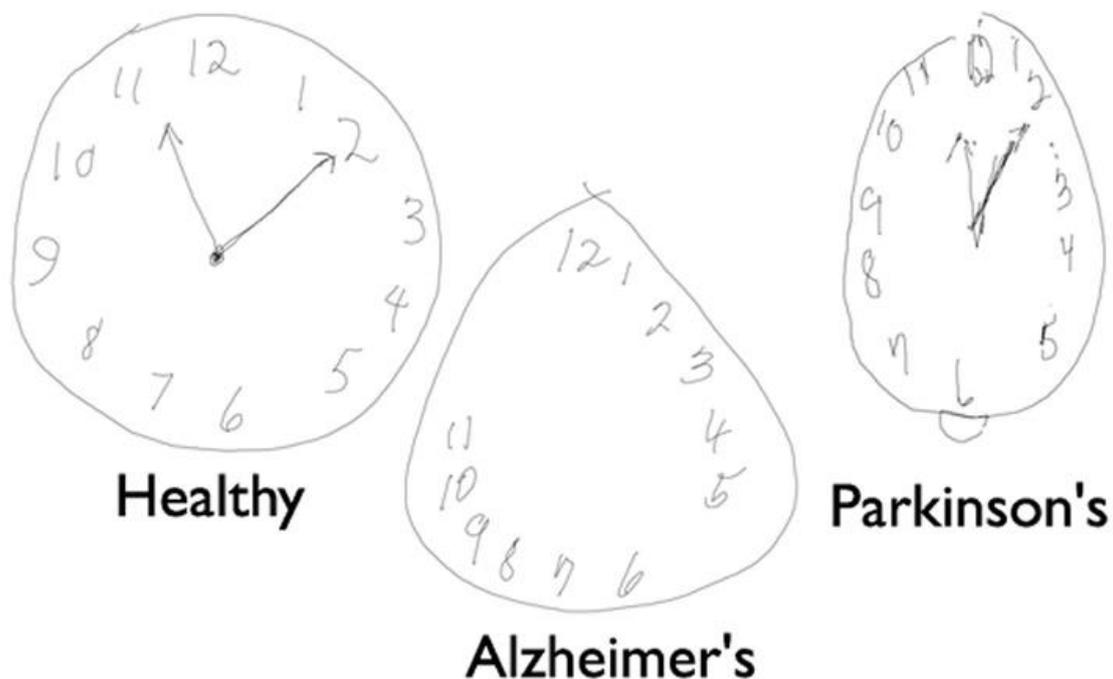
TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO

PROTOCOLO

(OLIVEIRA, 2003).

- 1) É dada uma folha ao indivíduo já com um círculo desenhado;
- 2) Diga ao voluntário da pesquisa: “Desenhe um relógio com todos os números no círculo e coloque os ponteiros marcando 11 horas e 10 minutos.”;
- 3) Se, por iniciativa própria, ele achar que não ficou bem e quiser desenhar de novo, é autorizado.

Ilustração do teste do desenho do relógio.



Fonte: <https://pplware.sapo.pt/informacao/caneta-digital-pode-ajudar-a-diagnosticar-alzheimer/>

OLIVEIRA, Renata Maria da Silva. O Teste do Relógio: tempo de mudança? **Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia)**. Universidade do Porto, São Paula, 2003.

ANEXO F
INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE -
SHORT FORM - ICIQ-SF EM PORTUGUÊS

(TAMANINI *et al.*, 2004)

Número identificador: _____ Data: _/ _/ _

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responderas seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas **ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS**.

1. Data de Nascimento: _/ _/ _
2. Sexo: Feminino Masculino

3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

- Nunca 0
 Uma vez por semana ou menos 1
 Duas ou três vezes por semana 2
 Uma vez ao dia 3
 Diversas vezes ao dia 4
 O tempo todo 5

4. Gostariamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. (assinale uma resposta)

- Nunhuma 0
 Uma pequena quantidade 2
 Uma moderada quantidade 4
 Uma grande quantidade 6

5. Em geral, quanto que perder urina interfere em sua vida? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interfere **interfere muito**

• **ICIQ-SF SCORE:** soma dos resultados 3+4+5 = _____

6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

- Nunca
 Perco antes de chegar ao banheiro
 Perco quando tusso ou espirro
 Perco quando estou dormindo
 Perco quando estou fazendo atividades físicas
 Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo
 Perco sem razão óbvia
 Perco o tempo todo

ANEXO G

URINARY INCONTINENCE SCALE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY

(CHAGAS, 2019).

Instruções: Por favor, considere o nível de gravidade e então circule o número correspondente a cada item baseado em sua experiência com a perda de urina nas últimas 4 semanas.					
Itens	Gravidade				
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Eu não consigo ficar mais de 2 horas sem urinar.	0	1	2	3	4
2. Antes de chegar ao banheiro, eu tenho perda de urina.	0	1	2	3	4
3. Eu sempre uso fraldas devido a problemas urinários.	0	1	2	3	4
4. Quando eu sento ou levanto da cama, eu tenho perda de urina.	0	1	2	3	4
5. Quando faço esforço como tossir, levantar objetos pesados, dar gargalhadas, etc., eu tenho perda de urina.	0	1	2	3	4
6. Após ficar um longo período em pé, tenho perda de urina.	0	1	2	3	4
7. Quando me exercito (por exemplo, caminho), tenho perda de urina.	0	1	2	3	4

CHAGAS, S.C. Adaptação transcultural e validação da “Urinary Incontinence scale after radical prostatectomy” para o contexto brasileiro. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, 2019.

ANEXO H

**WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0-
WHODAS 2.0 VERSÃO PORTUGUESA - 36 ITENS**

(SILVEIRA *et al.*, 2013).

Mostre os cartões de resposta nº 1 e nº 2 para o (a) respondente

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.1	Concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?	1	2	3	4	5
D1.2	Lembrar-se de fazer coisas importantes?	1	2	3	4	5
D1.3	Analisar e encontrar soluções para problemas do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
D1.4	Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	1	2	3	4	5
D1.5	Compreender de forma geral o que as pessoas dizem?	1	2	3	4	5
D1.6	Começar e manter uma conversa?	1	2	3	4	5

Mostre os cartões de resposta nº 1 e nº 2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.1	Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?	1	2	3	4	5
D2.2	Levantar-se a partir da posição sentada?	1	2	3	4	5
D2.3	Movimentar-se dentro de sua casa?	1	2	3	4	5
D2.4	Sair da sua casa?	1	2	3	4	5
D2.5	Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro?	1	2	3	4	5

Domínio 3 Autocuidado

Agora eu vou perguntar a você sobre as dificuldades em cuidar de você mesmo (a).

Mostre os cartões de resposta nº 1 e nº 2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.1	Lavar seu corpo inteiro?	1	2	3	4	5
D3.2	Vestir-se?	1	2	3	4	5
D3.3	Comer?	1	2	3	4	5
D3.4	Ficar sozinho sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias?	1	2	3	4	5

Domínio 4 Relações interpessoais

Agora eu vou perguntar a você sobre as dificuldades nas relações interpessoais. Por favor, lembre-se que eu vou perguntar somente sobre as dificuldades decorrentes de problemas de saúde. Por problemas de saúde quero dizer doenças, enfermidades, lesões, problemas emocionais ou mentais e problemas com álcool ou drogas.

Mostre os cartões de resposta nº 1 e nº 2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
---	--	---------	------	----------	-------	-------------------------------

D4.1	Lidar com pessoas que você não conhece?	1	2	3	4	5
D4.2	Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
D4.3	Relacionar-se com pessoas que são próximas a você?	1	2	3	4	5
D4.4	Fazer novas amizades?	1	2	3	4	5
D4.5	Ter atividades sexuais?	1	2	3	4	5

Domínio 5 Atividades de vida 5(1)

Atividades domésticas

Eu vou perguntar agora sobre atividades envolvidas na manutenção do seu lar e do cuidado com as pessoas com as quais você vive ou que são próximas a você. Essas atividades incluem cozinhar, limpar, fazer compras, cuidar de outras pessoas e cuidar dos seus pertences.

Mostre os cartões de resposta nº 1 e nº 2

Por causa de sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.1	Cuidar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
D5.2	Fazer bem as suas tarefas domésticas mais importantes?	1	2	3	4	5
D5.3	Fazer todas as tarefas domésticas que você precisava?	1	2	3	4	5
D5.4	Fazer as tarefas domésticas na velocidade necessária?	1	2	3	4	5

Se qualquer das respostas de D5.2-D5.5 for maior que “nenhuma” (codificada como “1”), pergunte:

D5.01	Nos últimos 30 dias, quantos dias você reduziu ou deixou de fazer as tarefas domésticas por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias
-------	---	------------------------

Se o (a) respondente trabalha (remunerado, não-remunerado, autônomo) ou vai à escola, complete as questões D5.5-D5.10 na próxima página. Caso contrário, pule para D6.1 na página seguinte.

5(2) Atividades escolares ou do trabalho

Agora eu farei algumas perguntas sobre suas atividades escolares ou do trabalho.

Mostre os cartões de resposta nº 1 e nº 2

Por causa da sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer	
D5.5	Suas atividades diárias do trabalho/escola?	1	2	3	4	5	
D5.6	Realizar bem as atividades mais importantes do trabalho/escola?	1	2	3	4	5	
D5.7	Fazer todo o trabalho que você precisava?	1	2	3	4	5	
D5.8	Fazer todo o trabalho na velocidade necessária?	1	2	3	4	5	
D5.9	Você já teve de reduzir a intensidade do trabalho por causa de sua condição de saúde?	Não	1				
		Sim	2				
D5.10	Você ganhou menos dinheiro como resultado de uma condição de saúde?	Não	1				
		Sim	2				

Se qualquer das respostas de D5.5-D5.8 for maior que “nenhuma” (codificada como “1”), pergunte:

D5.02	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você deixou de trabalhar por meio dia ou mais por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias:
-------	---	-------------------------

Domínio 06 Participação

Agora, eu vou perguntar a você sobre sua participação social e o impacto dos seus problemas de saúde sobre você e sua família. Algumas dessas perguntas podem envolver problemas que ultrapassam 30 dias, entretanto, ao responder, por favor, foque nos últimos 30 dias. De novo, quero lembrar-lhe de responder essas perguntas pensando em problemas de saúde: físico, mental ou emocional, relacionados a álcool ou drogas.

Mostre os cartões de resposta n° 1 e n° 2

Nos últimos 30 dias:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.1	Quanta dificuldade você teve ao participar de atividades comunitárias (por exemplo: festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
D6.2	Quanta dificuldade você teve por causa de barreiras ou obstáculos do mundo a sua volta?	1	2	3	4	5
D6.3	Quanta dificuldade você teve para viver com dignidade por causa das atitudes e ações dos outros?	1	2	3	4	5
D6.4	Quanto tempo você gastou com suas condições de saúde ou suas consequências?	1	2	3	4	5
D6.5	Quanto você tem sido emocionalmente afetado(a) por sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6.6	Quanto sua saúde tem prejudicado financeiramente você ou sua família?	1	2	3	4	5
D6.7	Quanta dificuldade sua família teve por causa da sua condição de saúde?	1	2	3	4	5
D6.8	Quanta dificuldade você teve para fazer as coisas por si mesmo(a) para relaxamento ou lazer?	1	2	3	4	5

Isto encerra a entrevista. Obrigado por sua participação.

ANEXO I
ESCALA DE BORG

ESCALA DE BORG ADAPTADA PERCEPÇÃO DE ESFORÇO		
0	REPOUSO	
1	DEMASIADO LEVE	
2	MUITO LEVE	
3	MUITO LEVE-LEVE	
4	LEVE	
5	LEVE-MODERADO	
6	MODERADO	
7	MODERADO-INTENSO	
8	INTENSO	
9	MUITO INTENSO	
10	EXAUSTIVO	

Fonte: <https://www.passeidireto.com/arquivo/75206788/escala-de-borg>

WILSON, Rachel C.; JONES, P. W. A comparison of the visual analogue scale and modified Borg scale for the measurement of dyspnoea during exercise. **Clinical Science**, v. 76, n. 3, p. 277-282, 1989.