

CRISTIANO PAULO TACCA

**AVALIAÇÃO COMPARATIVA DO DESEMPENHO
SEXUAL EM PACIENTES PORTADORES DE HPB
SUBMETIDOS A TRATAMENTO CLÍNICO, RESSECÇÃO
TRANSURETRAL, ELETROVAPORIZAÇÃO, ABLAÇÃO
A LASER E PROSTATECTOMIA ABERTA.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS

1998

CRISTIANO PAULO TACCA

**AVALIAÇÃO COMPARATIVA DO DESEMPENHO
SEXUAL EM PACIENTES PORTADORES DE HPB
SUBMETIDOS A TRATAMENTO CLÍNICO, RESSECÇÃO
TRANSURETRAL, ELETROVAPORIZAÇÃO, ABLAÇÃO
A LASER E PROSTATECTOMIA ABERTA.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Edson José Cardoso

Orientador: Rogério Paulo Moritz

FLORIANÓPOLIS

1998

Tacca, Cristiano Paulo. *Avaliação comparativa do desempenho sexual em pacientes portadores de HPB submetidos a tratamento clínico, ressecção transuretral, eletrovaporização, ablação a laser e prostatectomia aberta*. Florianópolis, 1998.

43p.

Trabalho de Conclusão no Curso de Graduação em Medicina - Universidade Federal de Santa Catarina

1. HPB 2. disfunção sexual 3. tratamento clínico 4. tratamento cirúrgico

AGRADECIMENTOS

Ao professor Rogério Paulo Moritz, pela dedicação, abnegação e forma amigável de emitir críticas e sugestões imprescindíveis na estruturação e lapidação deste estudo.

À psicóloga Adriana Alves Lunardelli, pelo interesse e tempo dispensado na confecção do questionário.

Ao andrologista Nívio Pascoal Teixeira pela valiosa colaboração principalmente no tocante a dados literários.

Aos funcionários do Ultralitho Centro Médico e do SAME do Hospital Universitário da UFSC, em especial a Rita de Cássia Pauli que auxiliaram com amizade e empenho na coleta de dados.

Aos amigos Alan Mário Vendramini e Juliana dos Santos Faria Lichtemberg pela valiosa cooperação na execução deste estudo.

A Renata Schunck Alferes Marques, que sempre me incentivou e apoiou, criticando os equívocos e elogiando as conquistas com carinho.

Aos meus pais, Antonio Raimundo Tacca e Ildacir Aire Tacca, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, que iluminaram os caminhos obscuros com afeto e dedicação, que renunciaram os seus sonhos para que, muitas vezes, pudesse realizar os meus, não bastaria um obrigado.

A Deus, presença fundamental em minha vida.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	5
3. MÉTODO	6
4. RESULTADOS	11
5. DISCUSSÃO	23
6. CONCLUSÕES	27
7. REFERÊNCIAS	28
RESUMO	31
SUMMARY	32
APÊNDICE	33

1. INTRODUÇÃO

A hiperplasia prostática benigna (HPB) é a proliferação do epitélio glandular, principalmente periuretral¹ e de elementos do estroma da glândula prostática². É provavelmente a afecção mais incidente em homens idosos^{1,2}. A HPB é conhecida há vários séculos, sendo mencionada em papiros egípcios 1500 a.C. e discutida por Hipócrates 1000 anos depois³. A glândula prostática aumenta de volume com a idade atingindo 20 gramas aos 20 anos e após somente aumenta na HPB⁴. A HPB inicia pouco antes dos 30 anos, com alta velocidade de crescimento inicialmente e vai diminuindo paulatinamente com o passar dos anos, praticamente deixando de ocorrer após os 70 anos⁴.

A idade e a presença de testosterona representam os determinantes mais importantes para o desenvolvimento de HPB⁴. Outros fatores de risco tem sido implicados no desenvolvimento da HPB. A etnia negra apresentava maior incidência de HPB⁵. Estudos recentes evidenciaram freqüência de prostatectomias idêntica entre brancos e negros⁶, verificada também incidência semelhante de HPB na microscopia entre orientais e caucasianos⁷. Acreditava-se que homens magros tinham maior risco para HPB que obesos⁶, entretanto especula-se que a HPB seja mais difícil de ser percebida em obesos. Segundo Morrison⁸, o tabagismo conferia um fator protetor para a HPB, mas esta observação não foi confirmada por outros estudos⁸. A incidência de HPB é cerca de 20% menor em cirróticos⁹ sendo os níveis mais baixos de testosterona e deidrotestosterona a provável explicação⁵. A possível associação HPB e vasectomia foi explorada em alguns estudos⁵, não sendo confirmada *a posteriori*. A eventual influência da atividade sexual foi aventada após

percepção de que homens casados tinham maior prevalência de HPB que solteiros⁵, contudo foi verificado que padres católicos possuíam frequência de HPB semelhante a população¹⁰, sugerindo ausência de relação entre HPB e atividade sexual¹¹. A hereditariedade parece estar associada a HPB, sendo o risco de HPB em gêmeos monozigóticos 3,3 vezes maior que em dizigóticos¹².

A evidência histológica de HPB em autópsias oscila entre 50% de homens com 50 anos e quase 90% em homens com mais de 80 anos⁴. Aproximadamente 45% dos homens com 70 anos ou mais possuem evidência de aumento prostático palpável ao toque retal¹⁰.

Os sintomas clínicos são classificados em obstrutivos e irritativos². Os sintomas obstrutivos, prevalentes¹⁰, relacionados com o aumento da próstata e do tônus muscular por ação α -adrenérgica, costumam desaparecer após a cirurgia¹⁰. Os sintomas irritativos, gerados pela reação do detrusor a obstrução uretral, costumam persistir após a cirurgia em 15 a 20% dos casos^{2,10}. Vinte por cento dos pacientes com HPB e fluxo urinário reduzido não apresentam queixas urinárias significativas⁵.

O diagnóstico da HPB, implica em avaliação clínica com aferição do *International Prostate Symptom Score*¹³ (I-PSS) e do toque retal¹³. A avaliação laboratorial objetiva dosar o antígeno prostático específico (PSA), marcador próstata-específico, importante para acompanhamento ambulatorial de HPB¹⁰ e para diagnóstico diferencial com adenocarcinoma de próstata¹⁰. A ultrasonografia objetiva aferir o resíduo urinário pós-miccional, que possui boa correlação com o grau de obstrução infravesical¹⁰. A urofluxometria registra o fluxo urinário durante a micção, identificando quadros de obstrução infravesical quando a função motora da bexiga é normal¹⁰.

O tratamento dos pacientes com HPB objetiva principalmente aliviar as manifestações clínicas e corrigir as possíveis intercorrências¹⁰. São indicações absolutas para instituição de tratamento: sintomas clínicos severos de acordo

com o grau de incômodo do paciente¹³; retenção urinária¹⁴; hidronefrose e uremia¹⁰; infecção urinária recorrente¹⁴; hematúria macroscópica refratária^{10,14} e incontinência paradoxal¹⁰. São diversas as opções terapêuticas para HPB: 1. Conduta expectante; 2. Tratamento farmacológico por redução do volume prostático com inibidores de 5 α -redutase, estrógenos, agonistas de LHRH, fitoterapia, inibidores de aromatase e por redução do tônus muscular com bloqueadores α -adrenérgicos; 3. Tratamento minimamente invasivo com sondas de demora, dilatação com balão, hipertermia e termoterapia, endopróteses uretrais, ultra-som focal, ablação por agulha e ablação visual da próstata a laser (V-LAP); 4. Tratamento cirúrgico com ressecção transuretral da próstata (RTU), eletrovaporização da próstata (EVAP), prostatectomia transvesical (PTV) e prostatotomia. A escolha da terapêutica depende de uma série de variáveis e todas apresentam algum inconveniente, principalmente no que tange à disfunção sexual.

Os efeitos indesejáveis na função sexual, estão presentes nas diversas modalidades de tratamento da HPB. Os α -bloqueadores, fármacos que atuam diminuindo o tônus muscular, podem apresentar ejaculação retrógrada em 4 a 11% dos casos^{10,15} e diminuição da libido, do volume ejaculatório e/ou disfunção erétil em 5% dos casos¹⁴.

A finasterida, inibidor da 5 α -redutase, bloqueia a conversão da testosterona em deidrotestosterona, impedindo o crescimento das células prostáticas¹⁶ e reduzindo o volume da glândula prostática em 3 a 6 meses de tratamento¹⁷. A terapia com finasterida ocasionou diminuição da libido em 4,7¹⁰ a 6%¹⁵, redução do volume de esperma em 4,4%¹⁸ e impotência em 5%¹⁸ dos casos.

A RTU, ressecção endoscópica transuretral da próstata, continua sendo o padrão ouro para tratamento de HPB sintomática¹⁹. Apresentou 3,5% a 40% de impotência sexual^{13,19}, incidência questionada pela existência de outras variáveis,

como a ansiedade gerada pela ejaculação retrógrada²⁰. A ejaculação retrógrada esteve presente em 70 a 90% no pós-operatório da RTU^{19,21}.

A EVAP, considerada um aperfeiçoamento da RTU²², foi inicialmente testada em 1994²², relacionada a alta hemostasia e diminuta absorção de fluídos¹⁰. A EVAP é feita via endoscópica, utilizando corrente elétrica para vaporizar o tecido prostático²². A EVAP apresentou ejaculação retrógrada em 100% dos casos^{22,23}, com impotência sexual de 0%²² a 11%²³.

A V-LAP, consiste na ablação do tecido prostático através da energia de fibras de laser introduzidas no cistoscópio, sendo muito empregada atualmente para tratar HPB¹⁰. A V-LAP apresentou ejaculação retrógrada em 16% dos casos²⁴.

A PTV, técnica mais antiga de cirurgia prostática consiste na enucleação transvesical do adenoma prostático¹⁰. Atualmente foi reservada para próstatas volumosas, abrangendo 5% do tratamento cirúrgico para HPB¹⁰. Apresentou 5 a 39% de impotência²⁵ e 36 a 95% de ejaculação retrógrada¹⁰.

A inexistência de estudos comparando as diversas terapêuticas para HPB em relação aos efeitos colaterais sexuais, motivou o desenvolvimento deste estudo, que pretende analisar a frequência de complicações sexuais em pacientes portadores de HPB após tratamento com bloqueadores α -adrenérgicos, finasterida, RTU, EVAP, V-LAP ou PTV.

2. OBJETIVO

Comparar a frequência de efeitos indesejáveis na esfera sexual em pacientes portadores de HPB tratados com bloqueadores α -adrenérgicos, finasterida, RTU, EVAP, V-LAP e PTV.

3. MÉTODO

3.1 DESENHO

Estudo transversal de prevalência, descritivo, não controlado.

3.2 CASUÍSTICA

A amostra estudada foi escolhida aleatoriamente entre os pacientes portadores de HPB, atendidos no Ultralitho Centro Médico e no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, que foram submetidos a tratamento com bloqueadores α -adrenérgicos, finasterida, RTU, EVAP, VLAP ou PTV.

A escolha dos pacientes foi baseada na pesquisa de prontuários de portadores de HPB. No Ultralitho, primeiramente foi levantada uma listagem destes pacientes pelo Código Internacional de Doenças, CID, e após foram revisados todos os prontuários conforme protocolo exposto no apêndice, para colher dados demográficos, endereço e confirmar o diagnóstico. Nos pacientes do Hospital Universitário, foi executada uma pesquisa no livro de registro de cirurgias, para listar o nome e o número do prontuário dos portadores de HPB, e posteriormente foi analisado cada prontuário para responder o protocolo dos dados demográficos.

A coleta de dados foi efetuada no período de junho a outubro de 1998, através de um questionário, listado no apêndice, enviado aos pacientes da grande Florianópolis.

A seleção dos pacientes do estudo obedeceu como critério de inclusão o diagnóstico prévio de hiperplasia prostática benigna e como critérios de exclusão a ausência de atividades sexuais antes do tratamento cirúrgico ou farmacológico, o diagnóstico prévio de disfunção sexual, câncer de próstata e/ou bexiga neurogênica, história de outra técnica cirúrgica para tratamento de HPB prévia a técnica adotada no grupo terapêutico ou história de uso de outro fármaco previamente ao uso do fármaco adotado no grupo terapêutico, bem como endereço incompleto.

Os pacientes foram divididos em seis grupos, conforme o tipo de tratamento adotado, ou seja, uso de bloqueadores α -adrenérgicos, finasterida, RTU, EVAP, VLAP ou PTV.

3.3 COLETA DE DADOS

3.3.1 DADOS DO QUESTIONÁRIO

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário, exposto no apêndice, de auto avaliação da função sexual, desenvolvido por este grupo de pesquisa, baseado em questionários utilizados em centros de terapia sexual como o Instituto H. Ellis e em experiências prévias de avaliação da função sexual aplicada a urologia como o questionário de O'Leary et al²⁶.

O questionário, teve duas versões, uma clínica para os pacientes submetidos a tratamento farmacológico e outra cirúrgica para os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico. A diferença entre estas versões é apenas a substituição da palavra "tratamento" do questionário clínico pela palavra "cirurgia" no questionário cirúrgico.

3.3.2 METODOLOGIA DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O questionário foi remetido via postal, acompanhado de um envelope devidamente selado e endereçado ao Ultralitho Centro Médico e de uma carta, listada no apêndice, explicando a importância da pesquisa, da participação espontânea do entrevistado e salientando principalmente o caráter absolutamente sigiloso das informações coletadas, sendo então assinadas pelo orientador do estudo e pelo doutorando.

Foram enviados 150 questionários, sendo distribuídos 25 questionários para cada grupo terapêutico. Após o envio do questionário aos pacientes, foi estabelecido contato telefônico, reforçando a importância da pesquisa e solicitando a colaboração dos pacientes.

3.3.2.1 ESTUDO PILOTO

O questionário foi testado com dez pacientes, no dia 6 de junho de 1998, nas dependências do Ultralitho Centro Médico. Estes pacientes foram contatados via telefônica, onde foi explicado a importância do estudo e solicitado a

presença deles na clínica. No dia do teste, foi reafirmado a importância do estudo, bem como a de sua participação, solicitando para que além de responderem as questões, assinalassem suas dificuldades de compreensão. Estes questionários foram respondidos com privacidade, na ausência do pesquisador e após foi indagado verbalmente sobre as dificuldades encontradas no preenchimento do questionário. Na ausência de dúvidas quanto ao preenchimento, partiu-se para o envio dos questionários, via postal, para os pacientes. Os questionários respondidos no teste piloto foram incluídos no estudo.

3.3.3 REGISTRO DE DADOS

Os dados foram registrados em banco de dados elaborado no programa Epi Info® 6, versão 6,04a de julho de 1996.

No banco de dados, além dos dados componentes do questionário, há também o número do prontuário do paciente, para eventual necessidade de revisão e o nome do médico que indicou o tratamento farmacológico ou executou o referido procedimento cirúrgico.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Antes de iniciar o levantamento de dados, foi feita solicitação verbal ao orientador do estudo, Prof. Rogério Paulo Moritz, que autorizou investigação nos arquivos do Ultralitho Centro Médico.

Foi elaborada uma carta explicativa e que solicitava o preenchimento dos questionários pelos pacientes, sendo a decisão de responder ou não o questionário, voluntária.

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O manejo do banco de dados, bem como a análise estatística do mesmo foi executado no programa Epi Info® 6 versão 6,04 a.

A confecção de gráficos foi elaborada no programa Microsoft® Excel 97 e as tabelas e textos foram confeccionados no programa Microsoft® Word 97.

4. RESULTADOS

Foram respondidos 58 questionários. Destes, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 51 corretamente preenchidos. Na figura 1 observou-se a sua distribuição por grupo terapêutico.

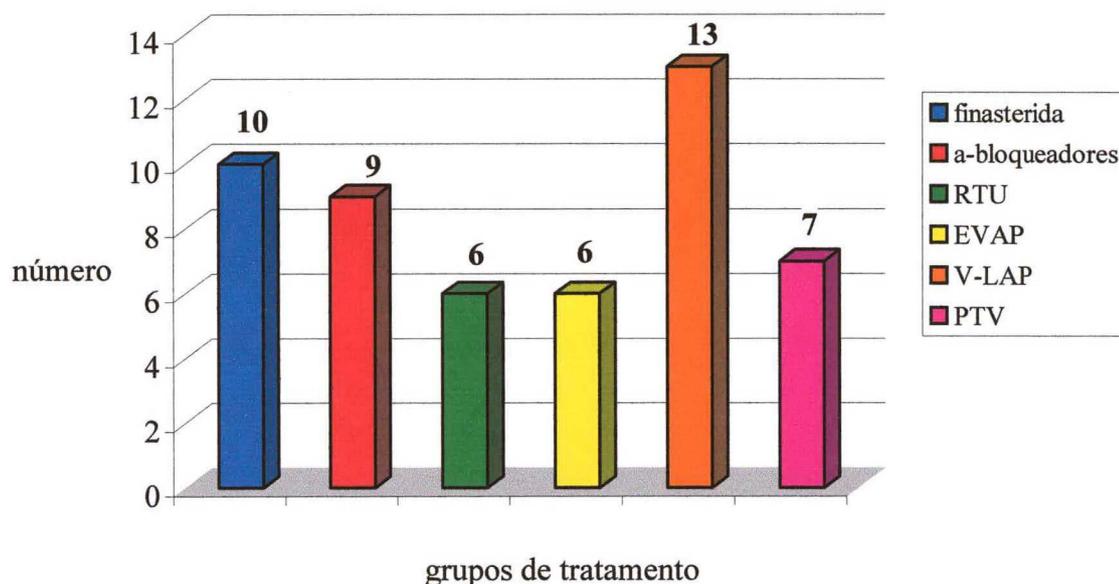


Figura 1. Distribuição dos pacientes que responderam o questionário por grupo terapêutico.

Quanto a distribuição dos pacientes que responderam o questionário, por grupo terapêutico, 9 (19.6%) usavam α -bloqueadores, 10 (17.6%) finasterida, 6 (11.8%) foram submetidos a RTU, 6 (11.8%) EVAP, 13 (25.5%) V-LAP e 7 (13.7%) PTV.

4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS:

A população estudada apresentou-se com idade média de 63.3 anos, sendo que a idade mínima foi de 46 e a máxima 79 anos. A faixa etária foi estratificada de acordo com os grupos terapêuticos, sendo representada na tabela I.

Tabela I: Distribuição dos pacientes que responderam o questionário, por grupo terapêutico, segundo a faixa etária.

	finasterida	α -bloqueadores	RTU	EVAP	V-LAP	PTV
idade	55 a	57.5 a	63.5a	68.6 a	66.1 a	63.8 a
média	(47-70)	(46-65)	(54-76)	(55-79)	(57-73)	(53-74)

4.2 FREQUÊNCIA DE DADOS SOBRE A FUNÇÃO SEXUAL:

Cinquenta e um pacientes, 100%, mantinham relação sexual antes do tratamento, o que implicou em requisito básico para enquadramento no protocolo de pesquisa.

A potência foi estabelecida antes do tratamento independente do grupo terapêutico. Foi encontrado que 77.6 % dos pacientes, apresentavam ereções normais, enquanto 16.3% dos pacientes apresentavam algum distúrbio erétil, mas com capacidade de concluir o ato sexual. Dos pacientes que responderam o questionário, apenas 6.1% apresentavam distúrbio erétil que inviabilizava a conclusão do ato sexual. Estes resultados foram representados na tabela II.

Tabela II: Distribuição dos pacientes que responderam o questionário segundo a potência sexual no período que antecedeu o tratamento.

variável clínica	percentagem
ereções normais	77.6%
distúrbio erétil, com capacidade de concluir o ato sexual	16.3%
distúrbio erétil, com incapacidade de concluir o ato sexual	6.1%
ereções ausentes	0%

Nos resultados subsequentes, os pacientes foram distribuídos de acordo com o grupo terapêutico.

A interrupção das atividades sexuais, estava ausente em 70% dos pacientes que usavam finasterida após o início do tratamento, enquanto que em 30% dos casos, o reinício das atividades sexuais foi em menos de 6 meses do início do tratamento. No grupo dos α -bloqueadores, não houve interrupção das atividades sexuais com o tratamento. Dos pacientes submetidos a RTU e V-LAP, 66.6% e 84.6% respectivamente, responderam que reiniciaram suas atividades sexuais nos primeiros 6 meses de pós operatório. No grupo da EVAP e PTV, 83.3% e 71.4% respectivamente, reiniciaram suas atividades sexuais após 6 meses da cirurgia. Observamos que no grupo da PTV, 14.3% dos pacientes reiniciaram sua atividade sexual após 1 ano da cirurgia. Estes resultados foram representados na figura 2.

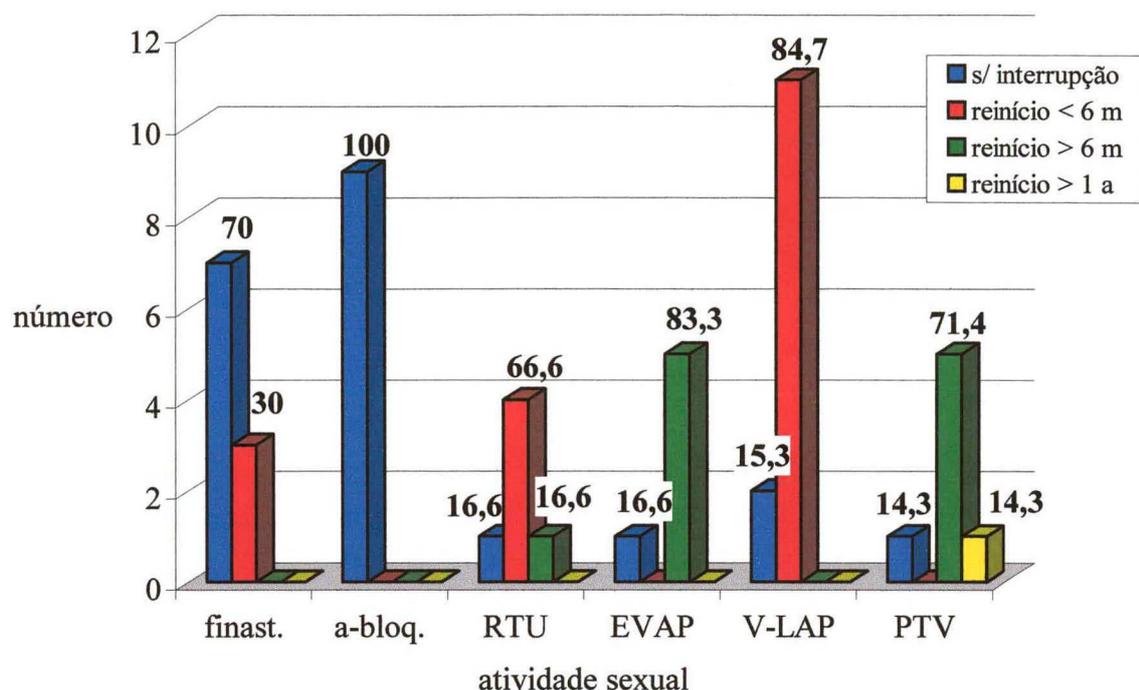


Figura 2. Distribuição dos pacientes que responderam o questionário, por grupo terapêutico, segundo a presença de interrupção e reinício da atividade sexual. Os valores citados acima de cada coluna, representam o percentual da coluna correspondente.

Em relação a libido, foi determinado primeiramente a linha de base, onde foi aferida a situação dos pacientes sabidamente portadores de HPB, antes da terapêutica, figura 3. Nos grupos da finasterida e α -bloqueadores, houve respectivamente 20 e 33.3% de diminuição da libido no período que antecedeu o tratamento. Nos grupos da RTU, EVAP e V-LAP, houve respectivamente 33.3, 60 e 15.4% de diminuição da libido, enquanto no grupo da PTV não houve diminuição previamente ao procedimento cirúrgico.

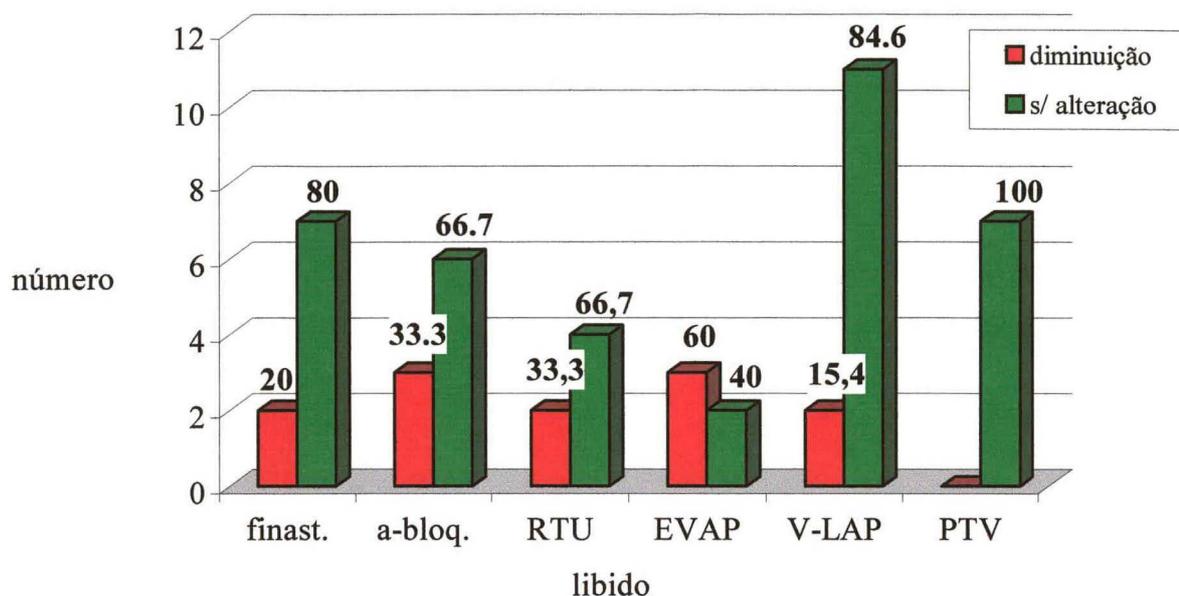


Figura 3. Distribuição dos pacientes que responderam o questionário, por grupo terapêutico, segundo a presença ou não de diminuição da libido no período que antecedeu a terapêutica. Os valores citados acima de cada coluna, representam o percentual da coluna correspondente.

Foram analisadas alterações da libido, relacionadas a aumento e diminuição após a instituição terapêutica, sendo representadas na figura 4. Dos pacientes do grupo da finasterida, 50% apresentavam diminuição, 10% aumento e em 40% a libido permaneceu inalterada. No grupo dos α -bloqueadores, 11.1% dos pacientes apresentavam aumento, 22.2% diminuição e em 66.7%, houve ausência de alterações. No grupo da RTU, 50% dos pacientes apresentou aumento da libido nos primeiros 6 meses de pós operatório, 16.7% diminuição e em 33.3% não foi verificado alterações da libido. No grupo da EVAP, foi verificado que 40% dos pacientes apresentavam aumento e 40% diminuição da libido, sendo 20% a ausência de alterações. Nos pacientes submetidos a V-LAP, 76.9%, não apresentavam alterações da libido, sendo que 7.7% dos pacientes

manifestavam aumento e 15.7% diminuição da libido. No grupo da PTV, não houveram alterações.

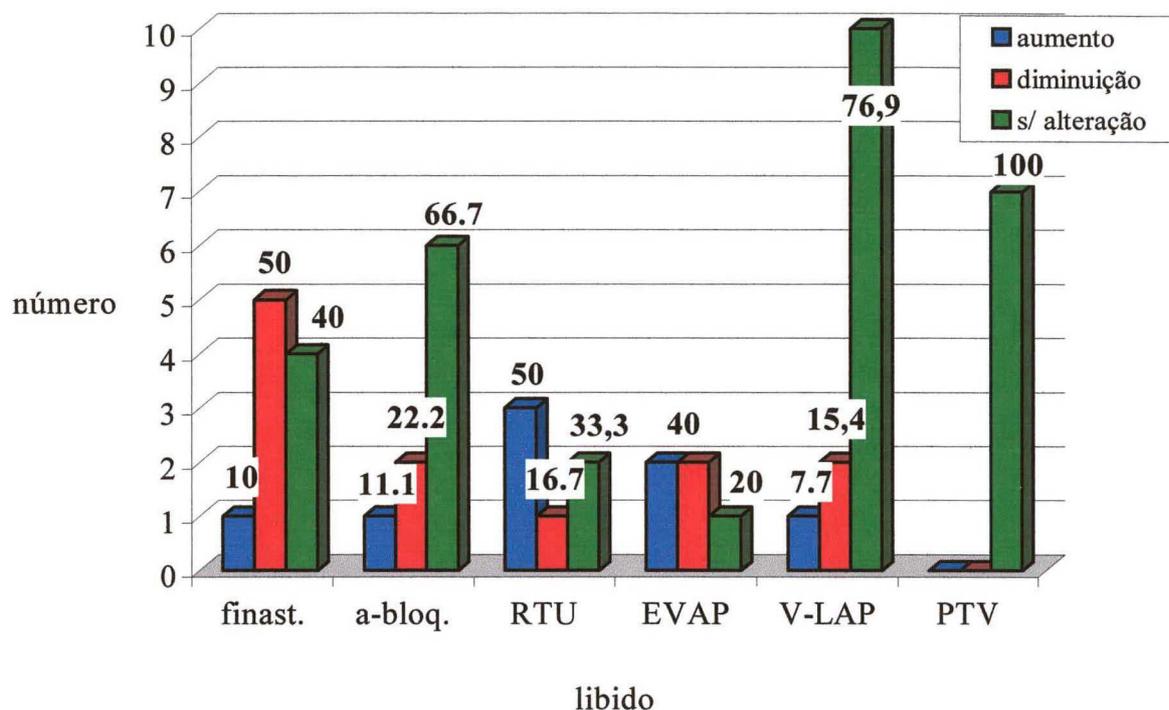


Figura 4. Distribuição dos pacientes que responderam o questionário, por grupo terapêutico, segundo a presença de alterações da libido no período que sucedeu a terapêutica. Os valores citados acima de cada coluna, representam o percentual da coluna correspondente.

A satisfação com a parceira antes e depois do tratamento, foi representada na figura 5. Quanto a satisfação sexual com a parceira antes do tratamento, no grupo da finasterida e α -bloqueadores, respectivamente 90% e 88.9%, estavam satisfeitos, enquanto 10% e 11.1%, não. No grupo da RTU, 50% dos pacientes estavam satisfeitos e 50% não. Nos pacientes da EVAP, 60% estavam satisfeitos e 40% não. Dos pacientes submetidos a V-LAP e PTV, 100% dos pacientes estavam satisfeitos com sua parceira.

Após o tratamento, houve algumas alterações quanto a satisfação sexual. Nos pacientes da finasterida, a taxa de insatisfação com a parceira aumentou para 30%, enquanto no grupo dos α -bloqueadores aumentou para 22.3%. Dos pacientes submetidos a RTU, o índice de satisfação com a parceira aumentou para 66.7%. Nos pacientes da EVAP, não houve alteração na satisfação. Nos pacientes da V-LAP e PTV, houve respectivamente, uma taxa de insatisfação de 7.7 e 14.3%.

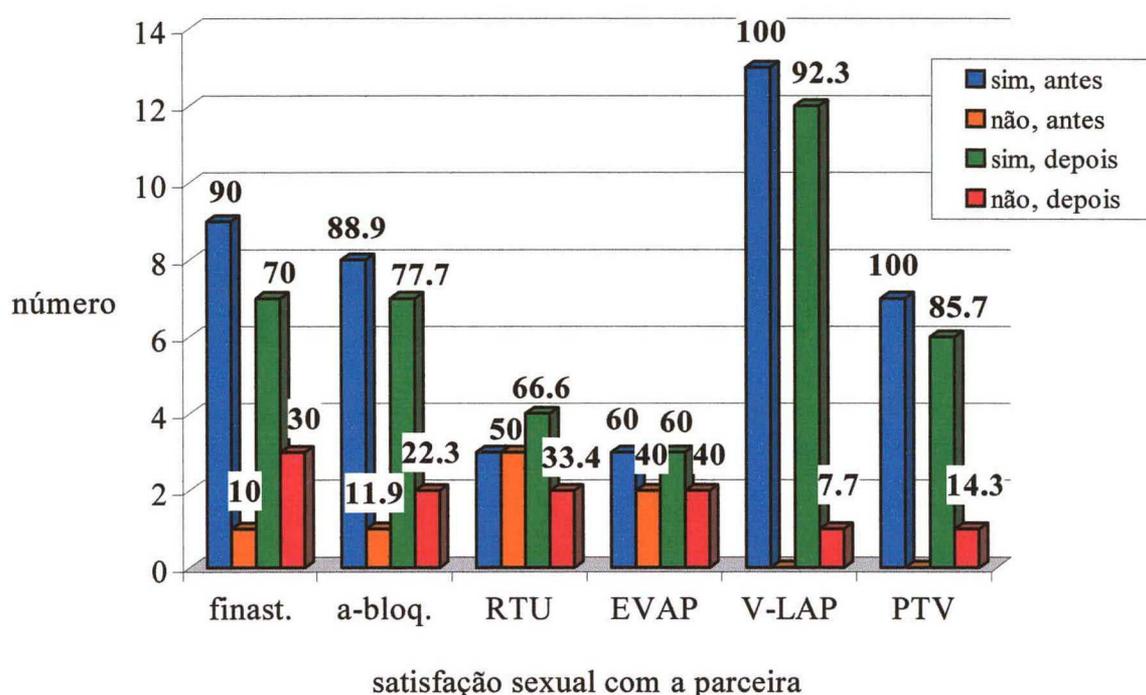


Figura 5. Distribuição dos pacientes que responderam o questionário, por grupo terapêutico, segundo a satisfação sexual com a parceira antes e depois do tratamento. Os valores citados acima de cada coluna, representam o percentual da coluna correspondente.

As ereções, foram classificadas em normais, suficientes para concluir o ato sexual, insuficientes para concluir o ato sexual e ausentes. Elas foram

analisadas antes e após o tratamento, sendo representadas respectivamente nas figuras 6 e 7. Não houve ausência de ereções. Quanto as ereções antes do tratamento, percebemos que a maioria dos pacientes, independente do grupo terapêutico, estavam aptos a concluir as relações sexuais. No grupo da RTU e EVAP, respectivamente 20 e 33.3% dos pacientes, não conseguiam concluir o ato sexual.

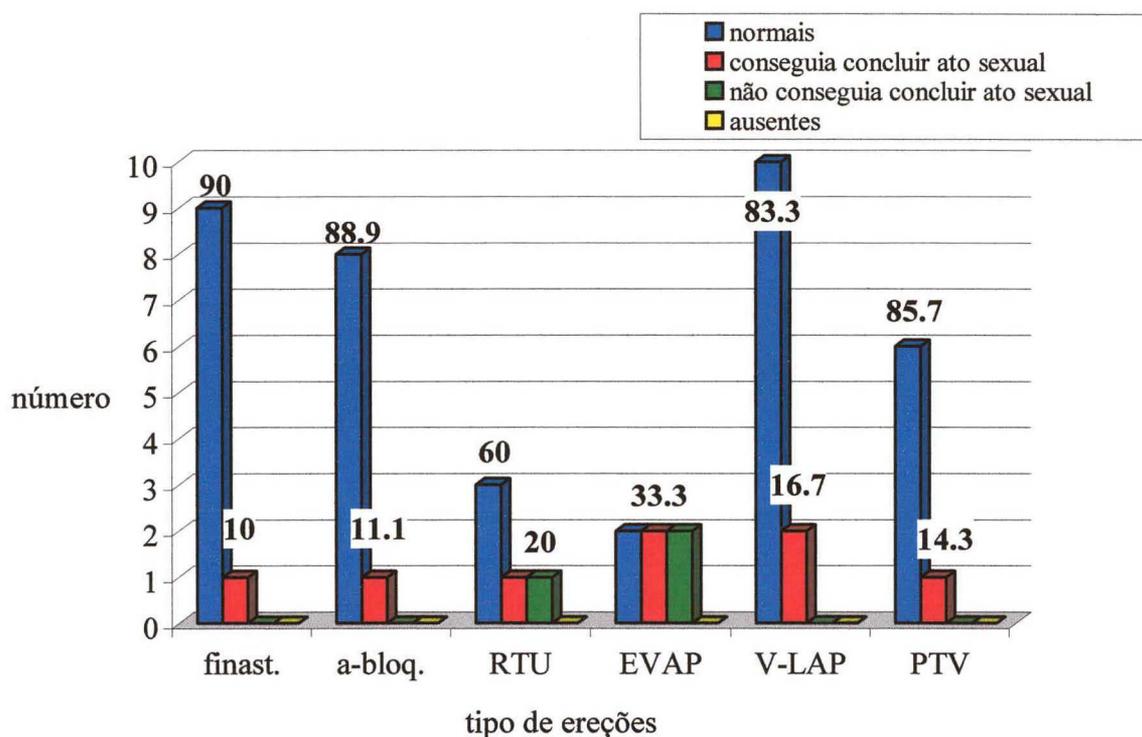


Figura 6. Distribuição dos pacientes que responderam o questionário, por grupo terapêutico, segundo o tipo de ereções antes do tratamento. Os valores citados acima de cada coluna, representam o percentual da coluna correspondente.

Quanto ao tipo de ereções após o tratamento, não houve ausência de ereções. No grupo da finasterida, 77.8% dos pacientes conseguia concluir o ato sexual, enquanto 22.2% não. Estas alterações foram referidas principalmente no primeiro ano de tratamento. No grupo dos α -bloqueadores, todos os pacientes

conseguiram concluir o ato sexual, embora 33.3% dos pacientes tivessem dificuldade para atingir ereções. Nos pacientes da RTU, a taxa anterior de 20% aumentou para 40% dos pacientes que não conseguiam concluir o ato sexual. Nos pacientes submetidos a EVAP, todos os pacientes conseguiam concluir o ato sexual, embora 66.7% dos pacientes com dificuldade para atingir ereções. Nos pacientes da V-LAP e PTV, respectivamente 8.3 e 14.3% dos pacientes, não conseguiam concluir o ato sexual.

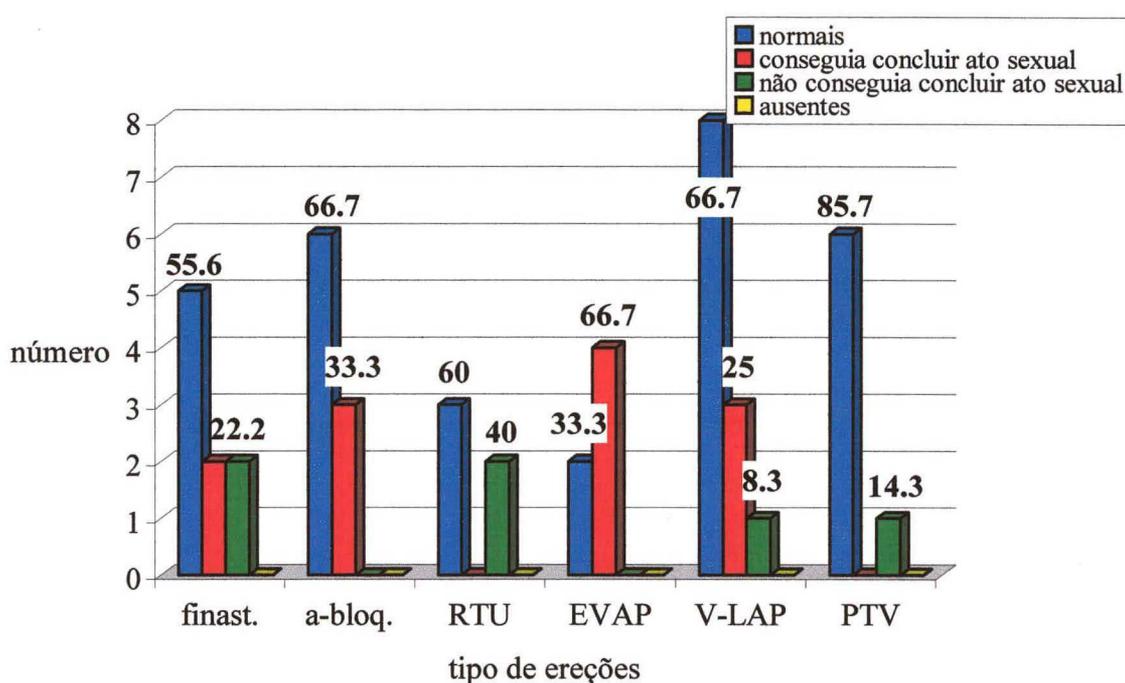


Figura 7. Distribuição dos pacientes que responderam o questionário, por grupo terapêutico, segundo o tipo de ereções após o tratamento. Os valores citados acima de cada coluna, representam o percentual da coluna correspondente.

A ejaculação foi analisada antes e depois do tratamento, de acordo com o grupo terapêutico. Antes do tratamento foi inquirido sobre a presença de ejaculação, sendo os resultados representados na figura 8. Antes do tratamento,

verificamos que exceto no grupo da EVAP, onde 33.3% dos pacientes não ejaculavam, nos outros grupos 100% dos pacientes ejaculavam.

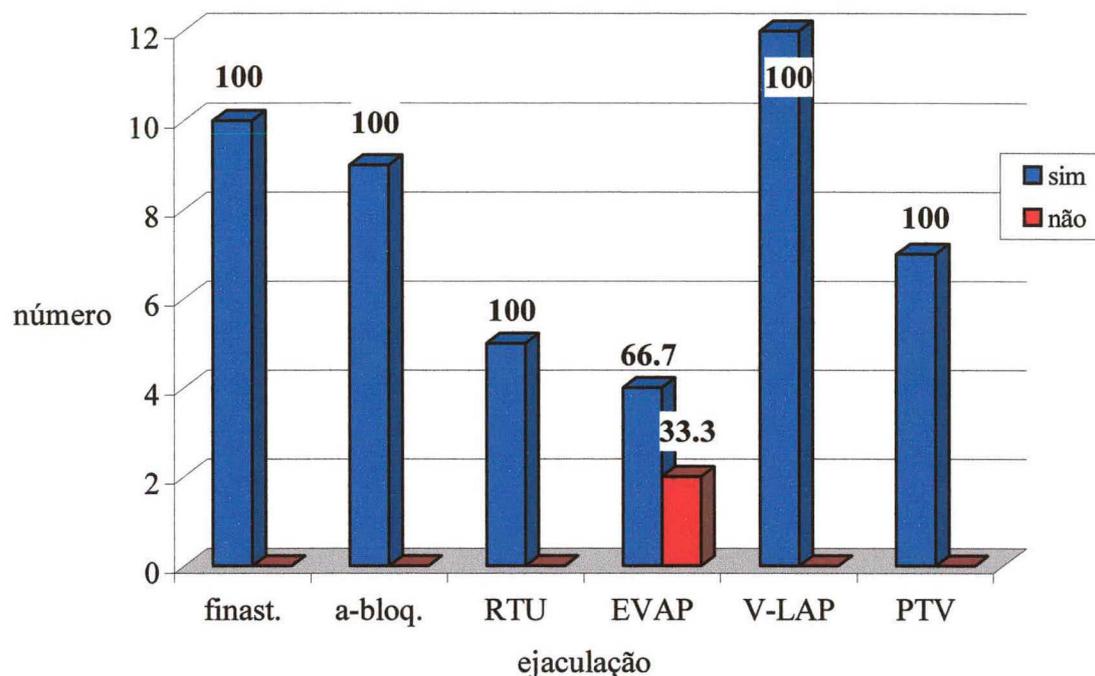


Figura 8. Distribuição dos pacientes que responderam o questionário, por grupo terapêutico, segundo a presença de ejaculação antes do tratamento. Os valores citados acima de cada coluna, representam o percentual da coluna correspondente.

A ejaculação após o tratamento, foi classificada em normal, retrógrada ou com menor volume de esperma. Os resultados estão representados na figura 9. No grupo da finasterida, 37.5% dos pacientes apresentavam ejaculação retrógrada e 50% menor volume de esperma. No grupo dos α -bloqueadores, 77.8% dos pacientes possuíam ejaculação normal, enquanto 22.2% exibiam uma quantidade de esperma diminuído. No grupo da RTU, 80% dos pacientes possuíam ejaculação retrógrada, enquanto 20% tinham menor volume de esperma. Nos pacientes submetidos a EVAP, 40% apresentaram ejaculação

retrógrada, enquanto 20% tinham volume de esperma diminuído. No grupo da V-LAP, 25% dos pacientes apresentavam ejaculação retrógrada, enquanto 58.3% tiveram ejaculação com menor volume de esperma. No grupo da PTV, 57.2% dos pacientes tinham ejaculação retrógrada e 28.6% ejaculação com menor volume de esperma.

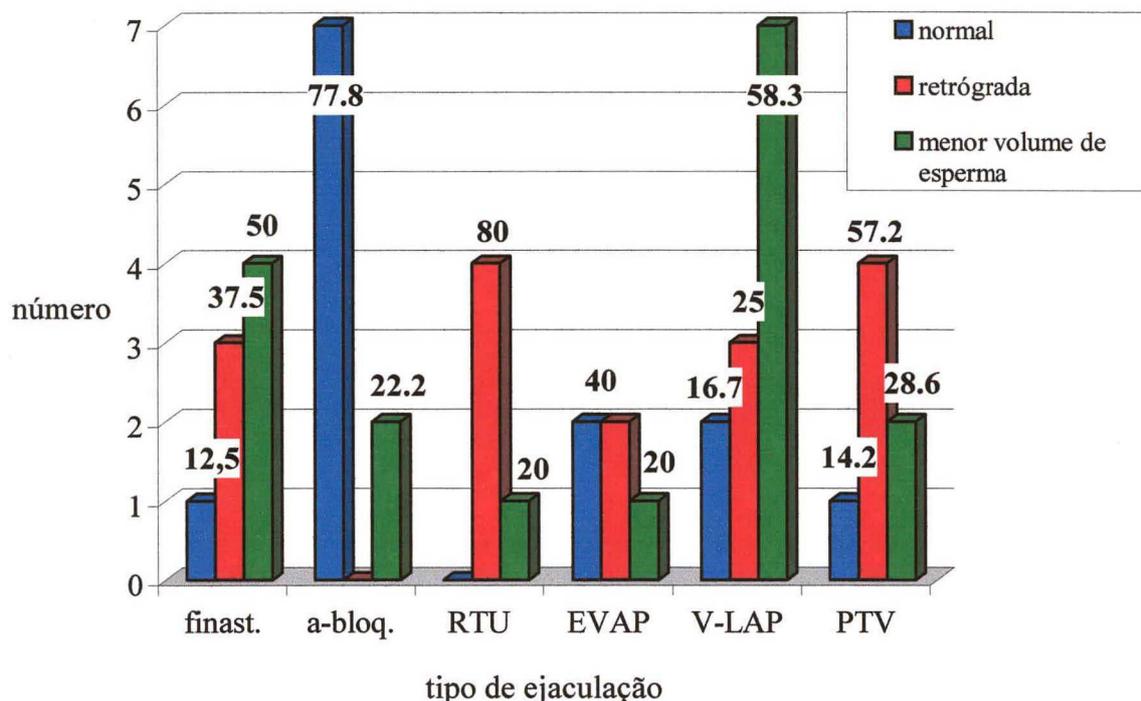


Figura 9. Distribuição dos pacientes que responderam o questionário, por grupo terapêutico, segundo o tipo de ejaculação depois do tratamento. Os valores citados acima de cada coluna, representam o percentual da coluna correspondente.

Quanto ao prazer obtido nas relações sexuais, foram indagadas possíveis alterações com o tratamento e estas foram classificadas em piora, melhora ou ausência de alterações. Os resultados do prazer estão representados na figura 10. No grupo da finasterida, 22.2% dos pacientes referiu melhora no prazer e

33.3% piora. No grupo dos α -bloqueadores, 22.2% dos pacientes referiu piora no prazer. Nos pacientes da RTU, houve 40% de piora no prazer. No grupo da EVAP, 60% dos pacientes relatou piora, enquanto que em 20% houve melhora no prazer. No grupo da V-LAP, em 7.7% dos pacientes foi verificado melhora no prazer, enquanto em 23% houve piora. Nos pacientes submetidos a PTV, 14.3% relatou piora e 14.3% melhora no prazer.

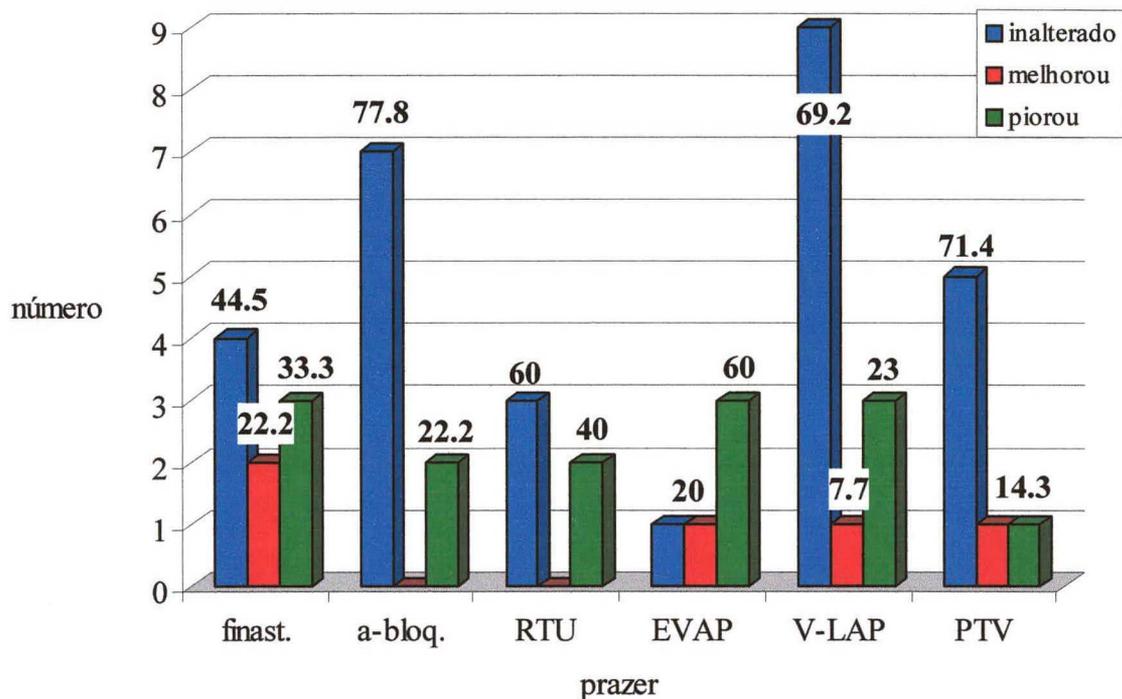


Figura 10. Distribuição dos pacientes que responderam o questionário, por grupo terapêutico, segundo a presença de alterações no prazer com as relações sexuais depois do tratamento. Os valores citados acima de cada coluna, representam o percentual da coluna correspondente.

5. DISCUSSÃO

Em diversos estudos sobre a disfunção sexual em portadores de HPB, foi verificado que a faixa etária oscilou de 50 a 80 anos^{10,21,27}. Neste estudo a idade média foi de 63.3 anos, condizente com os achados literários.

A potência dos pacientes antes da instituição terapêutica, foi de 77.6%, valor este similar aos descritos por outros autores em pacientes de idades semelhantes²⁸. Estudo recente demonstrou ausência de relação entre volume da próstata, idade ou *score* de sintomas com a vida sexual de pacientes portadores de HPB²⁹. Em contrapartida, vários estudos demonstraram disfunção sexual após diversas modalidades terapêuticas para HPB^{10,13,16,18,19,21,23,24,25,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36}.

A presença de interrupção de atividades sexuais após a instituição terapêutica, foi predominante nos grupos cirúrgicos, figura 2. Isto provavelmente estava relacionado com o efeito psicogênico gerado pelo procedimento invasivo na região genital²¹ ou pela possível lesão de nervos que suprem o corpo cavernoso dificultando a ereção^{37,38}. Nos pacientes tratados com finasterida, foi constatado 30% de interrupção da atividade sexual, sendo o reinício nos primeiros 6 meses de tratamento. A possível explicação para este achado é a diminuição dos níveis de deidrotestosterona, levando inicialmente a disfunção sexual, que se recupera com a continuidade do tratamento em 62% dos casos³¹.

As alterações da libido após o tratamento, representadas na figura 4, foram comparadas com a linha de base da figura 3. Diversos estudos encontraram 4,7 a 6%¹⁸ de diminuição da libido com finasterida. No presente estudo, houve 30%

de diminuição no grupo da finasterida. Segundo Beduschi et al.¹⁴, o uso de α -bloqueadores pode ocasionar 5% de diminuição da libido. Neste estudo, foi verificado que o uso de α -bloqueadores proporcionou melhora em 11.1%. Kunelius et al.²¹ identificou insignificante alteração da libido após RTU²¹, sendo que neste estudo, nos pacientes submetidos a RTU, foi verificado aumento em 50% dos casos. A melhora da libido de 40 e 7.7% observadas respectivamente na EVAP e V-LAP não possuem dados literários para comparação. No grupo da PTV, não houve alteração.

A alteração na satisfação sexual com a parceira foi recentemente explorada por Kunelius et al.²¹ que considerou insignificante após RTU. No presente estudo, houve aumento de 16.6% na satisfação sexual com a parceira nos pacientes submetidos a RTU. A satisfação sexual com a parceira não sofreu alterações significativas na V-LAP, EVAP e PTV.

A impotência erétil, caracterizada pela incapacidade de atingir e manter ereções suficientes para concluir o ato sexual³, foi analisada antes e depois do tratamento, sendo representada na figura 6 e 7 respectivamente. A finasterida, considerada efetiva para tratamento de HPB sintomática, ocasiona diminuição dos níveis de deidrotestosterona, podendo levar a diminuição da libido e disfunção erétil^{16,19,35}. O envolvimento da deidrotestosterona, metabólito da testosterona convertido pela 5 α -redutase, na libido e função erétil parece estar relacionado com o cérebro, que também possui esta enzima²⁵ ou aos efeitos locais de inibição da ereção peniana ocasionados pela finasterida³⁹. A finasterida pode ocasionar impotência em 5¹⁸ a 22%²⁵ dos casos. No presente estudo, a impotência com finasterida foi de 22.2%, semelhante a literatura, sendo um efeito colateral significativo²⁵.

O uso de α -bloqueadores, ocasionou efeitos iguais ou menores que o placebo na função sexual¹⁵ e outros estudos relataram disfunção erétil em 5%

dos casos¹⁴. A ereção é caracterizada por um delicado balanço entre neurotransmissores e/ou hormônios que atuam na vasoconstrição e vasodilatação a nível da musculatura lisa²⁵. A injeção intracavernosa de α -bloqueadores induz ereção peniana⁴⁰, sendo especulado um efeito benéfico na ereção com α -bloqueadores²⁵. No grupo α -bloqueadores não houve casos de impotência.

No pós-operatório da RTU, poderia ocorrer impotência por lesão dos nervos cavernosos com a corrente elétrica e/ou trombose das artérias cavernosas associada a lesão térmica ou trauma da instrumentação²⁸. No presente estudo a impotência após RTU foi de 40%, condizente com os achados literários de 3,5% a 40%^{13,19,28}.

Na EVAP, ocorre transmissão de alta energia elétrica ao tecido²², podendo causar lesão nervosa não limitada à zona de vaporização²⁵, sendo este o provável mecanismo gerador da impotência. No grupo da EVAP não foi verificado impotência, semelhante aos achados de Kaplan et al.²² e diferindo dos achados de 11% de impotência de Shokeir et al.²³.

A V-LAP necessita de mais estudos quanto aos efeitos indesejáveis na esfera sexual, entretanto neste estudo foi encontrado impotência em 8.3% dos casos.

A disfunção erétil não é esperada no pós-operatório da PTV, a menos que seja lesada a cápsula prostática. Entretanto, a tensão nos nervos, devido a excessiva retração, possa interferir no transporte axonal temporariamente²⁵. No grupo da prostatectomia aberta, houve impotência em 14.3% dos casos, para achados literários de 5 a 39% de impotência^{25,41}.

A presença da ejaculação foi inquirida antes do tratamento para determinar a linha de base, representada na figura 8. No período que sucedeu ao tratamento, foi indagado sobre a existência de ejaculação retrógrada e diminuição do volume de esperma, figura 9. Roehrborn et al.⁴¹ encontrou 0% de ejaculação retrógrada com uso de finasterida. Neste estudo, o grupo da finasterida apresentou 37.5%,

valor que contrasta com os achados literários⁴¹ e que não conseguimos identificar a causa. No grupo dos α -bloqueadores, não foi encontrado ejaculação retrógrada, para um esperado de 4 a 11% dos casos^{10,15,41}. No grupo da RTU, a ejaculação retrógrada esteve presente em 80%, comparada com achados de 70 a 90%^{19,21,41}. Na EVAP, a ejaculação retrógrada ocorreu em 40% dos casos, para um esperado de 100%^{13,22,23}. No grupo da V-LAP, a ejaculação retrógrada ocorreu em 25%, sendo esperado em 16% dos casos²⁴. No grupo da PTV, houve 57.2% de ejaculação retrógrada, para um esperado de 36 a 95%⁴¹.

O prazer nas relações sexuais foi pouco investigado na literatura, apresentando resultados somente nos estudos de pacientes tratados com finasterida^{16,18,35}. Neste estudo, o prazer foi inquirido no período que sucedeu o tratamento, classificado em melhora, piora e ausência de alteração, figura 10. O grupo da finasterida apresentou maior prevalência de piora no prazer, 33.3%, podendo estar relacionado aos baixos níveis de deidrotestosterona^{16,18,35}. No presente estudo, foi verificado que a EVAP foi o método que determinou o mais alto índice na piora do prazer, 60%. A PTV foi a modalidade terapêutica que piorou o prazer em somente 14.3%.

Infelizmente, dos 150 pacientes para os quais foram endereçados os questionários, apenas 58 foram devolvidos ao Ultralitho. Destes, somente 51 foram enquadrados nos critérios de inclusão e exclusão. Isto fez com que o número de casos fosse diferente para cada modalidade terapêutica, que associado ao pequeno número de casos, comprometeu a interpretação dos resultados.

6. CONCLUSÕES

O tratamento da HPB pode determinar alterações na esfera sexual.

Em relação a ereção, os pacientes submetidos a RTU apresentam o maior índice de impotência erétil, 40%. A finasterida possui 22.2% de impotência erétil. Os pacientes submetidos a EVAP não apresentam impotência erétil.

Em relação a ejaculação, os pacientes submetidos a RTU, apresentam o maior índice de ejaculação retrógrada, 80%. No tratamento cirúrgico, a V-LAP apresenta a menor taxa de ejaculação retrógrada, 25%. Entretanto, o tratamento farmacológico com α -bloqueadores, não apresenta ejaculação retrógrada.

Em relação ao prazer nas relações sexuais, os pacientes tratados com EVAP apresentam o maior índice de piora do prazer, 60%. Os pacientes tratados com PTV, apresentam a menor taxa de piora do prazer, 14.3%.

7. REFERÊNCIAS

1. Oesterling JE. Benign prostatic hyperplasia: Its natural history, epidemiology, and surgical treatment. *Arch Fam Med* 1992;1:257-66.
2. Khoury S. Future Directions in the Management of Benign Prostatic Hyperplasia. *Br J Urol* 1992;70(Suppl1):27-32.
3. Tanagho EA, McAninch JW. *Smith Urologia Geral*. 13. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994.
4. Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, Ewing LL. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *J Urol* 1984;132:474-9.
5. Sagnier PP, MacFarlane G, Richard F. Results of an epidemiological survey using a modified American Urological Association Symptom Index for benign prostatic hyperplasia in France. *J Urol* 1994;151:1266-70.
6. Sidney S, Quesenberry C, Sadler MC. Risk factors for surgically treated benign prostatic hyperplasia in a prepaid health plan. *Urology* 1991;38:13-9.
7. Isaacs JT, Coffey DS. Etiology and disease process of benign prostatic hyperplasia. *Prostate* 1989;suppl2:33-50.
8. Morrison AS. Prostatic hypertrophy in greater Boston. *J Chron Dis* 1978;31:357-62.
9. Bennett HS, Baggenstoss AH, Butt HR. The testis, breast, and prostate of men who die of cirrhosis of the liver. *Am J Clin Pathol* 1950;20:814-28.
10. Srougi M. *Hiperplasia Prostática*. 1. Rio de Janeiro: Record; 1995.
11. Araki H, Watanabe H, Mishina T. High-risk group for benign prostatic hypertrophy. *Prostate* 1983;4:253-64.

12. Partin AW, Page WF, Lee BR. Concordance rates for benign prostatic disease among twins suggest hereditary influence. *Urology* 1994;44:646-50.
13. Mebust WK. Selection of the surgical procedure for management of benign prostatic hyperplasia. *Prog Clin Biol Res* 1994;386:369-71.
14. Beduschi R, Beduschi MC, Oesterling JE. Benign prostatic hyperplasia: Use of drug therapy in primary care. *Geriatrics* 1998;53(3):24-40.
15. Kaplan AS, Soldo KA, Olsson CA. Effect of dosing regiment on efficacy and safety of doxacin in normotensive men with symptomatic prostatism: a pilot study. *Urology* 1994;44:348-52.
16. Geller J. Five-year follow-up of patients with benign prostatic hyperplasia treated with finasteride. *Eur Urol* 1995;27:267-73.
17. Boyle P, Gould AL, Roehrborn CG. Prostate volume predicts outcome of treatment of benign prostatic hyperplasia with finasteride: Meta-analysis of randomized clinical trials. *Urology* 1996;48:398-405.
18. Gormley GJ, Stoner E, Bruskewitz RC, Imperato-McGinley J, Walsh P, McConnell JD, et al. The effect of finasteride in men with benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 1992;327:1185-91.
19. Thorpe AC, Cleary R, Coles J, Reynolds J, Vernon S, Neal DE. Written consent about sexual function in men undergoing transurethral prostatectomy. *Br J Urol* 1994;74:479-84.
20. Altwein JE, Keuler U. Potency and prostatectomy. *Prosp* 1991;1(9):1-4.
21. Kunelius P, Häkkinen J, Lükkarinen O. Sexual function in patients with benign prostatic hyperplasia before and after transurethral resection of the prostate. *Urol Res* 1998;26:7-9.
22. Kaplan AS, Te AE. Transurethral electrovaporization of the prostate: a novel method for treating men with benign prostatic hyperplasia. *Urology* 1995;45:566-72.

23. Shokeir AA, Al-Sisi H, Farage YM, El-Maaboud MA, Saeed M, Mutabagani H. Transurethral prostatectomy: a prospective randomized study of conventional resection and electrovaporization in benign prostatic hyperplasia. *Br J Urol* 1997;80:570-4.
24. Kabalin JN, Gill HS, Bite G. Laser prostatectomy performed with right-angle firing neodimium:YAG laser fiber at 60 watts power setting. *J Urol* 1995;153:94-8.
25. Uygur MC, Gür E, Ariki AI, Altug U, Erol D. Erectile dysfunction following treatments of benign prostatic hyperplasia: A prospective study. *Androl* 1998;30:5-10.
26. O'Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, Barber B, Sagnier PP, Guess HÁ, et al. A brief male sexual function inventory for urology. *Urology* 1995;46:697- 706.
27. Arai Y, Ishitoya S, Okubo K, Suzuki Y. Transurethral interstitial laser coagulation for benign prostatic hyperplasia: treatment outcome and quality of life. *Br J Urol* 1996;77:93-8.
28. Samdal F, Vada K, Lundmo P. Sexual function after transurethral prostatectomy. *Scand J Urol Nephrol* 1993;27:27-9.
29. Koeghane SR, Doll HA, Lawrence KC, Jenkinson CP, Cranston DW. The Oxford laser prostate trial:sexual function data from a randomized controlled clinical trial of contact laser prostatectomy. *Eur Urol* 1996;30:424-8.
30. Gilling PJ, Wright WL, Gray JM. Factors associated with sexual dysfunction following transurethral resection of the prostate. *N Zeal Med J* 1988;27:484-5.
31. Gormley GJ. Finasteride: a clinical review. *Biomed Pharmacother* 1995;49:319-24.

32. Eliasson TU, Abramsson LB, Pettersson GT, Damber JE. Sexual function before and after transurethral for benign prostatic hyperplasia. *Scand Urol Nephrol* 1995; 30:99-102.
33. Soderdahl DW, Kinght RW, Hansberry KL. Erectile dysfunction following transurethral resection of the prostate. *J Urol* 1996;156:1354-6.
34. Schou J, Holm NR, Meyhoff HH. Sexual function in patients with symptomatic benign prostatic hyperplasia. *Scand J Urol Nephrol* 1996;30(suppl179):119-22.
35. Girman CJ, Kolman C, Liss CL, Bolognese JA, Binkowitz BS, Stoner E. Effects of finasteride on health-related quality of life in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia. *Prostate* 1996; 29:83-90.
36. Calais da Silva F, Marquis P, Deschauseaux P, Gineste JL, Cauquil J, Patrick DL. Relative Importance of sexuality and quality of life in patients. *Eur Urol* 1997;31:272-80.
37. Handbury DC, Sethia KK. Erectile function following transurethral prostatectomy. *Br J Urol* 1995;75:12-6.
38. Padma-Nathan H, Goldstein I. The pathogenesis of post-TURP impotence. *J Urol* 1998;139:275-9.
39. Seyam RM, Huynh HT, Bégin LR, Rittmaster RS, Macramalla NA, Abdelbaky TM, et al. Five α reductase inhibition induces a biphasic regulatory response in transcription of neuronal and endothelial nitric oxide synthase: new insights into the role os androgenic control of erection. *J Urol* 1997;157(suppl):1389-93.
40. Giuliano FA, Rampin O, Benoit G, Jardin A. Neural control of penile erection. *Urol Clin North Am* 1995;22:747-66.
41. Roehrborn CG. The newly established guideline for the diagnosis and management of benign prostatic hyperplasia. *Curr Opin Urol* 1995;5:30-4.

RESUMO

A hiperplasia prostática benigna (HPB), afecção provavelmente mais incidente em idosos, possui diversas modalidades terapêuticas, clínicas e cirúrgicas. O tratamento da HPB pode ocasionar alterações na esfera sexual.

No presente estudo, foi comparada a frequência de efeitos indesejáveis na esfera sexual em portadores de HPB tratados com finasterida, α -bloqueadores, ressecção transuretral (RTU), eletrovaporização (EVAP), ablação visual a laser (V-LAP) e prostatectomia aberta (PTV).

Os dados foram obtidos por questionário de auto avaliação da função sexual.

Foram respondidos 51 questionários, 9 do grupo dos α -bloqueadores, 10 finasterida, 6 RTU, 6 EVAP, 13 V-LAP e 7 PTV. A média da população foi de 63.3 anos. Quanto a incapacidade de concluir as relações sexuais, foi encontrado respectivamente, uma taxa de 22.2, 40, 8.3 e 14.3% no grupo da finasterida, RTU, V-LAP e PTV. No grupo dos α -bloqueadores e da EVAP, 100% dos pacientes conseguiam concluir o ato sexual. A ejaculação retrógrada não ocorreu no grupo dos α -bloqueadores. Nos demais grupos, foi observado respectivamente 37.5, 80, 40, 25 e 57.2% de ejaculação retrógrada nos grupos da finasterida, RTU, EVAP, V-LAP e PTV. A piora do prazer nas relações sexuais, foi notada respectivamente em 33.3, 22.2, 40, 60, 23 e 14.3% dos pacientes tratados com finasterida, α -bloqueadores, RTU, EVAP, V-LAP e PTV.

As diversas modalidades de tratamento para HPB, podem determinar alterações na esfera sexual.

SUMMARY

The benign prostatic hiperplasia (BPH), affection that occurs more frequently in elderly, presents many medical and surgical treatments. BPH's treatment may cause sexual dysfunction.

In this research, the frequency of undesirable effects in the sexual area was compared in patients of BPH treated with finasteride, α -blockers, transurethral resection prostatectomy (TURP), transurethral electrovaporization prostatectomy (TUVP), visual laser ablation prostatectomy (V-LAP) and open prostatectomy.

The data was obtained by na self-evaluating questionnaire about the patients' sexual functions.

Fifty one questionnaires were returned, 9 from the α -blockers group, 10 from finasteride, 6 from TURP, 6 from TUVP, 13 from V-LAP and 7 from open prostatectomy. The population mean rate was 63.3 years old. As for the incapacity of finishing a sexual relation, the results found were: a rate of 22.2, 40, 8.3 and 14.3% in finasteride group, TURP, V-LAP and open prostatectomy, respectively. In the α -blockers and TURP groups, 100% of the patients were able to finish the sexual act. The retrograde ejaculation didn't occur in the α -blockers group. In the other groups, it was noticed respectively 37.5, 80, 40, 25, 57.2% of retrograde ejaculation in finasteride, TURP, TUVP, V-LAP and open prostatectomy groups. The decrease of orgasm in the sexual relation was noticed, respectively, in 33.3, 22.2, 40, 60, 27 and 14.3% of the patients treated with finasteride, α -blockers, TURP, TUVP, V-LAP and open prostatectomy.

In conclusion, the different medical and surgical treatments of BPH may cause changes in the sexual area.

APÊNDICE

1. QUESTIONÁRIO DE AUTO AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL

1.1 CIRÚRGICO

1.1.1 DADOS DEMOGRÁFICOS

1.1.1.1 Nome: (iniciais)..... 1.1.1.2 Data:/...../.....

1.1.1.3 Idade:..... 1.1.1.4 Data Nascimento:/...../.....

1.1.2 DADOS DA FUNÇÃO SEXUAL

1.1.2.1 Você mantinha relações sexuais antes da cirurgia?

- a. sim
- b. não

1.1.2.2 Após a cirurgia, a partir de quando você reiniciou sua atividade sexual?

- a. não houve interrupção da atividade sexual
- b. logo após a cirurgia
- c. 6 meses após a cirurgia
- d. 1 ano após a cirurgia
- e. 2 anos ou mais após a cirurgia

1.1.2.3 Você notou alguma alteração no seu desejo sexual por sua parceira em função do seu problema com a próstata antes da cirurgia?

- a. sim, ele aumentou
- b. sim, ele diminuiu
- c. não notei alteração no meu desejo sexual

1.1.2.4 Você notou alguma alteração no seu desejo sexual por sua parceira após a cirurgia?

- a. sim, ele aumentou
- b. sim, ele diminuiu
- c. não notei alteração no meu desejo sexual

1.1.2.5 Quando após a cirurgia voce notou esta alteração?

- a. não notei alteração no meu desejo sexual
- b. logo após a cirurgia
- c. 6 meses após a cirurgia
- d. 1 ano após a cirurgia
- e. 2 anos ou mais após a cirurgia

1.1.2.6 Como você se sentia nas relações com a sua parceira antes da cirurgia?

- a. estava satisfeito
- b. não estava satisfeito

1.1.2.7 Como você se sente nas relações com a sua parceira após a cirurgia?

- a. estou satisfeito
- b. não estou satisfeito

1.1.2.8 Você percebe alguma associação entre a sua satisfação e a cirurgia? No caso de a sua resposta ser **sim**, quanto tempo após o cirurgia voce percebeu tais mudanças?

- a. logo após a cirurgia
- b. 6 meses após a cirurgia
- c. 1 ano após a cirurgia
- d. 2 anos ou mais após a cirurgia

1.1.2.9 Como estava a rigidez de seu pênis (dureza do membro) antes da cirurgia?

- a. tinha ereções normais
- b. tinha dificuldade para ter ereções, mas conseguia ter relações
- c. tinha ereções mas não conseguia mantê-las para terminar as relações
- d. não tinha ereções

1.1.2.10 Em relação a rigidez de seu pênis (dureza do membro) após a cirurgia?

- a. tenho ereções normais
- b. tenho dificuldade para ter ereções, mas consigo ter relações
- c. tenho ereções mas não consigo mantê-las para terminar as relações
- e. não tenho ereções

1.1.2.11 Quando após o cirurgia você percebeu estas alterações?

- a. logo após a cirurgia
- b. 6 meses após a cirurgia
- c. 1 ano após a cirurgia
- d. 2 anos ou mais após a cirurgia

1.1.2.12 Você ejaculava (eliminava esperma) durante o gozo, antes da cirurgia?

- a. sim
- b. não

1.1.2.13 Em relação a sua ejaculação (eliminação de esperma) durante o gozo, após a cirurgia?

- a. minha ejaculação é normal
- b. eu tenho ejaculação seca, não sai esperma
- c. eu ejaculo mas em menor quantidade

1.1.2.14 Quando após a cirurgia você percebeu alterações na sua ejaculação?

- a. logo após a cirurgia
- b. 6 meses após a cirurgia
- c. 1 ano após a cirurgia
- d. 2 anos ou mais após a cirurgia

1.1.2.15 Em relação ao prazer que você tem com suas relações sexuais, você considera que após a cirurgia?

- a. meu prazer permanece inalterado
- b. meu prazer melhorou
- c. meu prazer piorou

1.1.2.16 Quando você notou essa alteração?

- a. logo após a cirurgia
- b. 6 meses após a cirurgia
- c. 1 ano após a cirurgia
- d. 2 anos ou mais após a cirurgia

1.2 CLÍNICO

1.2.1 DADOS DEMOGRÁFICOS

1.2.1.1 Nome: (iniciais)..... 1.2.1.2 Data:/...../.....

1.2.1.3 Idade:..... 1.2.1.4 Data Nascimento:/...../.....

1.2.2 DADOS DA FUNÇÃO SEXUAL

1.2.2.1 Você mantinha relações sexuais antes do tratamento?

- a. sim
- b. não

1.2.2.2 Após o tratamento, a partir de quando você reiniciou sua atividade sexual?

- a. não houve interrupção da atividade sexual
- b. logo após o início do tratamento
- c. 6 meses após o início do tratamento
- d. 1 ano após o início do tratamento
- e. 2 anos ou mais após o início do tratamento

1.2.2.3 Você notou alguma alteração no seu desejo sexual por sua parceira em função do seu problema com a próstata antes do tratamento?

- a. sim, ele aumentou
- b. sim, ele diminuiu
- c. não notei alteração no meu desejo sexual

1.2.2.4 Você notou alguma alteração no seu desejo sexual por sua parceira após o tratamento?

- a. sim, ele aumentou
- b. sim, ele diminuiu
- c. não notei alteração no meu desejo sexual

1.2.2.5 Quando após o tratamento você notou esta alteração?

- a. não notei alteração no meu desejo sexual
- b. logo após o início do tratamento
- c. 6 meses após o início do tratamento
- d. 1 ano após o início do tratamento
- e. 2 anos ou mais após o início do tratamento

1.2.2.6 Como você se sentia nas relações com a sua parceira antes do tratamento?

- a. estava satisfeito
- b. não estava satisfeito

1.2.2.7 Como você se sente nas relações com a sua parceira após o tratamento?

- a. estou satisfeito
- b. não estou satisfeito

1.2.2.8 Você percebe alguma associação entre a sua satisfação e o tratamento?

No caso de a sua resposta ser **sim**, quanto tempo após o tratamento você percebeu tais mudanças?

- a. logo após o início do tratamento
- b. 6 meses após o início do tratamento
- c. 1 ano após o início do tratamento
- d. 2 anos ou mais após o início do tratamento

1.2.2.9 Como estava a rigidez de seu pênis (dureza do membro) antes do tratamento?

- a. tinha ereções normais
- b. tinha dificuldade para ter ereções, mas conseguia ter relações
- c. tinha ereções mas não conseguia mantê-las para terminar as relações
- d. não tinha ereções

1.2.2.10 Em relação a rigidez de seu pênis (dureza do membro) após o tratamento?

- a. tenho ereções normais
- b. tenho dificuldade para ter ereções, mas consigo ter relações
- c. tenho ereções mas não consigo mantê-las para terminar as relações
- d. não tenho ereções

1.2.2.11 Quando após o tratamento você percebeu estas alterações?

- a. logo após o início do tratamento
- b. 6 meses após o início do tratamento
- c. 1 ano após o início do tratamento
- d. 2 anos ou mais após o início do tratamento

1.2.2.12 Você ejaculava (eliminava esperma) durante o gozo, antes do tratamento?

- a. sim
- b. não

1.2.2.13 Em relação a sua ejaculação (eliminação de esperma) durante o gozo, após o tratamento?

- a. minha ejaculação é normal
- b. eu tenho ejaculação seca, não sai esperma
- c. eu ejaculo mas em menor quantidade

1.2.2.14 Quando após o tratamento você percebeu alterações na sua ejaculação?

- a. logo após o início do tratamento
- b. 6 meses após o início do tratamento
- c. 1 ano após o início do tratamento
- d. 2 anos ou mais após o início do tratamento

1.2.2.15 Em relação ao prazer que você tem com suas relações sexuais, você considera que após o tratamento?

- a. meu prazer permanece inalterado
- b. meu prazer melhorou
- c. meu prazer piorou

1.2.2.16 Quando você notou essa alteração?

- a. logo após o início do tratamento
- b. 6 meses após o início do tratamento
- c. 1 ano após o início do tratamento
- d. 2 anos ou mais após o início do tratamento

2. PROTOCOLO

Data: __/__/__

Registro:

2.1 Nome:..... 2.2 Estado Civil:.....

2.3 Idade:..... 2.4 Data Nascimento:...../...../.....

2.5 Instituição:

2.6 Médico:

2.7 Tratamento:

2.8 Endereço:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado Senhor,

Pela presente venho solicitar a sua colaboração no sentido de preencher e remeter de volta o envelope selado anexo.

O questionário citado servirá de base para uma pesquisa científica de título “Avaliação Comparativa das Alterações Sexuais Ocasionadas pelas Várias Modalidades de Tratamento da Hiperplasia Prostática Benigna” que será utilizada para meu trabalho de conclusão do curso de medicina da UFSC. Este trabalho tem a supervisão do Dr. Rogério Paulo Moritz, professor da Disciplina

de Urologia do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Ressalto que as informações contidas no referido questionário são de caráter absolutamente sigilosas. No estudo proposto, e na compilação dos dados não será identificado o nome do paciente, nos interessa somente o tipo de tratamento realizado e as possíveis alterações no desempenho sexual. Queremos saber qual o tipo de tratamento que mais afeta a esfera sexual masculina.

Face a exigüidade de tempo, solicito que sua resposta seja enviada o mais breve possível.

Pela sua valiosa colaboração,
Antecipadamente agradecemos

Rogério Paulo Moritz
Professor da Disciplina
de Urologia da UFSC.

Cristiano Paulo Tacca
Doutorando da 11a. Fase
do Curso de Medicina da UFSC.

**TCC
UFSC
CC
0208**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0208

Autor: Tacca, Cristiano P

Título: Avaliação comparativa do desemp



972806172

Ac. 253030

Ex.1 UFSC BSCCSM