

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
**PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE**

**PEDRO JUNIOR RODRIGUES COUTINHO**

**SATISFAÇÃO SEXUAL DE HOMENS PROSTATECTOMIZADOS APÓS**  
**TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL**

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

**2017**

**PEDRO JUNIOR RODRIGUES COUTINHO**

**SATISFAÇÃO SEXUAL DE HOMENS PROSTATECTOMIZADOS APÓS  
TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL**

Dissertação de Mestrado  
apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia e  
Saúde da Faculdade de Medicina  
de São José do Rio Preto, como  
parte dos requisitos para  
obtenção do Título de Mestre.

**Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki**

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

**2017**

Coutinho, Pedro Junior Rodrigues

Satisfação sexual de homens prostatectomizados após tratamento da disfunção erétil /  
Pedro Junior Rodrigues Coutinho -- São José do Rio Preto, 2017.  
x, 33f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto –FAMERP.  
Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde.

Área de Concentração: Psicologia e Saúde.

Título em inglês: Men sexual satisfaction after radical prostatectomy and erectile  
dysfunction treatment

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Oliveira Santos Miyazaki.

1. Prostatectomia radical; 2. Função sexual masculina; 3. Tratamento disfunção erétil;  
4. Câncer de próstata; 5. Sexualidade

**PEDRO JUNIOR RODRIGUES COUTINHO**

**SATISFAÇÃO SEXUAL DE HOMENS PROSTATECTOMIZADOS APÓS  
TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL**

**BANCA EXAMINADORA**

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE**

---

**Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos  
Miyazaki**

**Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP**

---

**1ª Examinador: Prof. Dr. Nestor Fácio Júnior.**

**Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP**

---

**2ª Examinadora: Prof. Dra. Neide Aparecida Micelli Domingos**

**Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP**

**São José do Rio Preto, 06 de julho de 2017.**

## SUMÁRIO

LISTA DE ANEXOS .....	iv
LISTA DE APÊNDICES .....	v
LISTA DE TABELAS .....	vi
LISTA DE FIGURAS .....	vii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	viii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT .....	x
INTRODUÇÃO .....	1
Objetivo geral .....	5
Objetivos Específicos.....	5
MÉTODO.....	5
Critérios de inclusão.....	5
Critérios de Exclusão.....	6
MATERIAIS .....	6
PROCEDIMENTO .....	7
ANÁLISE DOS DADOS.....	7
ASPECTOS ÉTICOS.....	8
RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	9
CONCLUSÕES .....	19
REFERÊNCIAS .....	20

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Quociente sexual – versão masculina (QS-M).....	25
Anexo 2: Parecer aprovação comitê de ética.....	28

## LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1: Entrevista semiestruturada.....	29
Apêndice 2: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	32

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características de homens prostatectomizados após tratamento da disfunção erétil (janeiro/2011 a dezembro/2016).....	10
Tabela 2: Quadro clínico da disfunção erétil após prostatectomia radical.....	11
Tabela 3: Avaliação do tratamento realizado da disfunção erétil.....	16
Tabela 4: Respostas dadas ao Quociente sexual masculino em homens com disfunção erétil.....	18



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma de inclusão de pacientes no estudo .....	9
Figura 2: Linha de tratamento prescrito para disfunção erétil.....	13
Figura 3: Linha de Tratamento para a disfunção erétil usado pelos 8 homens que tiveram resultado satisfatório.....	14
Figura 4: Linha de tratamento para a disfunção erétil usado pelos 18 homens que não tiveram resultado satisfatório.....	14
Figura 5: Desempenho sexual de homens com disfunção erétil avaliados pelo Quociente Sexual Masculino.....	17

## LISTA DE ABREVIATURAS

CP	Câncer de Próstata
PR	Prostatectomia Radical
DE	Disfunção Erétil
QS-M	Quociente Sexual Masculino
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Coutinho, P. J. R. (2017). *Satisfação sexual de homens prostatectomizados após tratamento da disfunção erétil*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto/SP.

## RESUMO

Disfunção erétil (DE) é uma das possíveis complicações da prostatectomia radical (PR), cirurgia indicada para tratamento do câncer de próstata.

**Objetivo:** Investigar a função sexual de homens que realizaram tratamento para disfunção erétil (DE) após prostatectomia radical (PR).

**Método:** Participaram desta pesquisa homens submetidos à PR que realizaram tratamento para DE no Serviço de Urologia e Psicologia do Hospital de Base e que atenderam a critérios de inclusão pré-estabelecidos. Os dados foram coletados através do Questionário Quociente Sexual - Masculino (QS-M) e de entrevista semiestruturada que investiga o tratamento da DE e a satisfação do paciente com o tratamento realizado. Os dados foram analisados de forma quantitativa com estatística descritiva. **Resultados:** Dentre os 122 homens prostatectomizados que realizaram tratamento para DE em período de cinco anos (2011 e 2016), 26 compuseram a amostra deste estudo. A forma de tratamento prescrita e usada com maior frequência foi a medicação estimulante (65,4%). Houve predomínio de insatisfação com o tratamento da DE usado e um padrão de desempenho/satisfação sexual classificado de nulo a ruim. **Conclusão:** Houve prejuízo na função sexual pós a realização da PR, mesmo após tratamento para DE.

Palavras chave: Prostatectomia radical; Função sexual masculina; Tratamento disfunção erétil.

Coutinho, P. J. R. (2017). *Men sexual satisfaction after radical prostatectomy and erectile dysfunction treatment*. (Masters dissertation). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

### **ABSTRACT**

Erectile dysfunction (ED) is a possible complication after radical prostatectomy (RP), a surgical procedure indicated for prostate cancer treatment. **Objective:** to assess sexual function among men submitted to treatment for ED after RP. **Methods:** Participants were men submitted to RP who underwent treatment for ED at the Urology and Psychology Services, Hospital de Base, who filled the selection criteria for inclusion in the study. Data was collected with the Sexual Quotient Questionnaire for Men (QS-M) and with a semi structured interview with questions about ED treatment and patients' satisfaction with that treatment. Data was analyzed with descriptive statistics. **Results:** During five years (2011-2016), 122 men were submitted to prostatectomy and 26 of those were included in the study. The most frequent treatment prescribed was stimulant medication (65.4%). Most men were not satisfied with the treatment for ED and classified their sexual performance and their satisfaction from null to poor. **Conclusion:** sexual function was impaired after RP even with a treatment for ED.

**Key-words:** Radical prostatectomy; Male sexual function; Erectile dysfunction treatment

## INTRODUÇÃO

Próstata é uma glândula do sistema reprodutor masculino que produz e armazena parte do fluido seminal. O crescimento desorganizado e não controlado das células prostáticas é responsável pelo desenvolvimento do câncer de próstata (CP), um tumor maligno do tipo carcinoma, que tende a ser de evolução lenta e pode disseminar-se para outros órgãos e tecidos (Santos, 2011). Fatores de risco relacionados ao CP incluem idade avançada (três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos), histórico familiar da doença (hereditariedade), e origem étnica, com maior incidência em negros (Medeiros, Menezes, & Napoleão, 2011).

No Brasil, CP é o segundo tipo de câncer mais comum entre os homens em todas as regiões do país. Considerado uma das principais causas de doença e morte no mundo, em 2016 a estimativa foi de 61.200 casos novos de câncer de próstata para o Brasil. Esses valores correspondem a um risco estimado de 61,82 casos novos a cada 100 mil homens (Instituto Nacional Câncer, 2017).

Nos últimos anos houve um aumento significativo da incidência do CP, especialmente em homens cada vez mais jovens (Gloeckler, Reichman, Lewis, Hankey, & Edwards, 2003). Esse aumento pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país, aumento na expectativa de vida e importância atribuída à prevenção (Gomes, 2006).

O tratamento do CP depende do tamanho e da classificação do câncer, assim como da idade do paciente. Estratégias terapêuticas incluem radioterapia, hormonoterapia, uso de medicamentos e a prostatectomia radical

(Tonon & Shoffen, 2009). Prostatectomia radical (PR) é uma das modalidades de tratamento mais utilizadas, considerada de maior resolutividade frente a um diagnóstico precoce (Nunes, Rolo, & Mota, 2004). Envolve a retirada total da próstata, das vesículas seminais e dos linfonodos peri-prostáticos e é indicada quando o câncer não saiu dos limites da glândula (Mariano, 2002).

A PR, entretanto, não está isenta de complicações, como disfunção erétil, estenose uretral, incontinência urinária e alterações significativas no desempenho sexual. Acarreta também a ausência de ejaculação, pois a remoção da próstata implica no bloqueio das vias seminais, canal de passagem dos espermatozoides (Santos, 2011). A preservação da ereção no pós-operatório da PR depende da idade do paciente, da função erétil pré-operatória, do estágio do CP no momento da cirurgia e da preservação do feixe neurovascular (Brilhante, Lima, Marreiro, Souza, Aguiar, & Fonseca, 2007).

Disfunção Erétil (DE) é umas das principais queixas após a PR, com uma prevalência de 50% após o procedimento (Blum & Picus, 2004). DE é a incapacidade persistente ou recorrente para conseguir e manter uma rigidez peniana suficiente para permitir uma relação sexual satisfatória. Sua etiologia pode ser orgânica ou não e é dividida em três grandes grupos: orgânica, psicológica e mista (orgânica e psicológica). Causas orgânicas incluem problemas urológicos, endocrinológicos, vasculares e neurológicas. A DE após PR é orgânica, decorrente sequela cirúrgica (Cavalcanti & Cavalcanti, 2012).

O diagnóstico da DE é essencialmente clínico, podendo ser confirmado por exames laboratoriais e/ou exames complementares específicos (Abdo & Abdo-Afif, 2012). A história clínica deve ser obtida de maneira criteriosa, com informações sobre a situação sexual, psicológica, social, médica e sobre

fatores de risco (Matheus, Fregonesi, & Ferreira, 2009).

A DE pode ser revertida com medidas clínicas ou cirúrgicas. De acordo com a sua etiologia e gravidade, três possíveis linhas de tratamento podem ser oferecidas. Tratamento de Primeira linha: Psicoterapia/Terapia Sexual e/ou medicamentos por via oral; Tratamento de segunda linha: ereção fármaco-induzida, terapia intrauretral e dispositivos a vácuo; Tratamento de terceira linha: Implante de prótese peniana (Abdo & Afif-Abdo, 2012). Caso uma linha de tratamento não obtenha êxito, utiliza-se a seguinte, após criteriosa avaliação em relação à idade do paciente, comorbidades, expectativas do paciente e/ou da parceira quanto à atividade sexual e aspectos socioeconômicos e culturais do casal (Rosen et al., 2006).

A PR pode desencadear DE em pelo menos metade dos casos (Zippe, Raina, Thukral, Lakin, Klein & Agarwal, 2001, como referido em Abdo, Afif-Abdo, 2012). Reis, Netto, Reinato, Thiel e Zani (2004) observaram que 84,8% dos pacientes submetidos à PR apresentam algum grau de disfunção erétil e 17,6% algum grau de incontinência urinária. A incidência da DE após a PR varia entre 16% e 82% (Ellsworth, Heaney, & Gill, 2003). Vieira (2010) acompanhou 52 pacientes pré e pós cirurgia e observou que o sofrimento emocional e a ambivalência antes da PR estão relacionados ao desempenho sexual posterior, visto que a virilidade é um dos aspectos que compõe as representações da masculinidade.

A DE (ou outra disfunção sexual) pode alterar a percepção da qualidade de vida, comprometendo não apenas a vida sexual. Repercute também sobre a autoestima e o relacionamento interpessoal geral, está associada a ansiedade, depressão e pode também interferir com o bem-estar da parceira

sexual. A satisfação sexual está, portanto, intimamente relacionada à qualidade de vida (Abdo, 2012).

Embora nem todos os pacientes apresentem DE após a PR, quando esta ocorre é preciso adotar estratégias para enfrentá-la. No serviço de Urologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP, pacientes com CP submetidos à PR são acompanhados periodicamente em consultas ambulatoriais. Esse acompanhamento permite avaliar o pós-operatório e identificar possíveis complicações advindas da PR. Quando existe queixa de DE, um atendimento integrado entre urologia e psicologia é realizado. Este inclui procedimentos das três linhas de tratamento, intervenções educativas, aconselhamento psicológico, psicoterapia/terapia sexual, tratamentos farmacológicos orais, injeções penianas (ereção fármaco-induzida) e intervenções cirúrgicas (prótese peniana).

Cabe ao profissional de saúde investigar a função sexual de cada paciente com DE e tratar/ou encaminha-lo para tratamento. A terapêutica consiste não só na remissão da sintomatologia disfuncional, mas no controle e possível exclusão da causa, bem como na orientação ao paciente para que adote hábitos de vida mais saudáveis (Abdo & Afif-Abdo, 2012).

No Brasil, mais investigações sobre a sexualidade após a PR ainda são necessárias, embora o tema seja de difícil abordagem, já que ainda existe grande tabu na nossa cultura. Com base nessas considerações foram elaborados os objetivos deste estudo.



**Objetivo geral:**

Investigar a satisfação sexual de homens que realizaram tratamento para disfunção erétil após PR.

**Objetivos específicos:**

- 1) Caracterizar homens submetidos à PR que realizaram tratamento para Disfunção Erétil no serviço de Urologia e Psicologia do Hospital de Base em período de cinco anos (2011 e 2016);
- 2) Identificar linha de tratamento para DE utilizadas e satisfação do paciente com o tratamento recebido;
- 3) Avaliar quociente sexual após o tratamento para DE;

**MÉTODO**

Estudo descritivo, transversal, quantitativo.

**PARTICIPANTES**

Participaram desta pesquisa 26 homens submetidos à PR, que realizaram tratamento para DE no Serviço de Urologia e Psicologia do Hospital de Base no período de cinco anos (2011 e 2016).

**Crterios de incluso:** Ter realizado o tratamento multidisciplinar para DE (urologia e psicologia) no Serviço de Urologia do Hospital de Base (período: 2011 a 2016).

**Critérios de Exclusão:** Ter DE antes da PR e não completar o protocolo do tratamento da DE (a parte específica da psicologia inclui uma avaliação psicológica composta de 3 sessões).

## **Materiais**

**Entrevista semiestruturada:** Composta por 10 questões sobre o tratamento de DE recebido e a satisfação do paciente diante do tratamento realizado (Apêndice1). Foi elaborada pelo pesquisador, com base na literatura (Palmas, Coelho, Cardoso, & Fonseca, 2009; Althof et al., 1999).

**Questionário Quociente Sexual - Masculino (QS-M):** Elaborado e validado por Abdo (2006), contempla componentes físicos e emocionais da função sexual. O questionário é composto por 10 questões e avalia as etapas do ciclo sexual. Cada questão é respondida em escala (0 a 5) e o escore obtido é multiplicado por 2, resultando numa soma entre 0 e 100, com valores maiores indicando melhor desempenho/satisfação sexual.

Foi utilizada a versão do questionário proposta por Goulart (2012), que substituiu a palavra ejaculação por orgasmo, sob orientação da própria autora do questionário. Essa mudança é necessária, considerando que a população do estudo é de homens submetidos à PR e que, conseqüentemente, apresentam impossibilidade de ejaculação. Essa mudança não altera os parâmetros de confiabilidade, validade e consistência da escala (Anexo 1).

## PROCEDIMENTO

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – SP (FAMERP) e foi conduzida seguindo a ordem estabelecida:

1) Levantamento dos pacientes que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo. Foi utilizado o arquivo do Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP (período: 2011a 2016). Todos os possíveis participantes foram incluídos em uma lista com informações pessoais (nome completo e telefone).

2) Foi realizado um contato telefônico com os possíveis participantes incluídos na lista. Estes foram convidados a participar da pesquisa e receberam informações sobre a mesma. Os que concordaram foram agendados para comparecer no Serviço de Psicologia, no Ambulatório de Especialidades do Hospital de Base.

3) Os participantes que compareceram no dia e hora agendados, foram conduzidos individualmente a um dos consultórios para responder aos instrumentos. A aplicação do protocolo teve a duração média trinta minutos.

**ANÁLISE DOS DADOS:** Os dados foram analisados de forma quantitativa, com estatística descritiva.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP (Parecer nº 1.133.244) (Anexo 2). O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e assinado por todos os participantes desse estudo (Apêndice 2).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 122 pacientes submetidos à PR que realizaram tratamento para Disfunção Erétil no Serviço de Urologia e Psicologia do Hospital de Base em período de cinco anos (2011 e 2016).

Considerando os critérios de inclusão e exclusão descritos, bem como a possibilidade de contato com o paciente, foram selecionados 26 homens que realizaram o tratamento da DE após prostatectomia radical. Sobre aqueles que não foram entrevistados, justifica-se pelo o número alto de perdas de potenciais participantes em função de problemas cadastrais no banco da Instituição (ex. endereço e telefone incorretos, mudanças de domicílio) (Figura 1).



FIGURA 1

Fluxograma de inclusão de pacientes no estudo.

O aparecimento da DE, mesmo que transitória, é uma realidade presente para a maioria dos indivíduos que realizam a PR (Glina, 2014). Em curto prazo, pacientes que realizaram a PR têm duas vezes mais chance de desenvolver DE (Resnick, Koyama & Penson, 2013).

A caracterização da amostra selecionada está descrita na Tabela 1. A idade variou de 51 anos a 75 anos, sendo a média da idade  $63,5 \pm 7,24$ . A maioria dos 26 homens entrevistados era de cor branca (N=16; 65,4%), casado/ou em união estável (N=22; 84,6%), nível de escolaridade ensino médio (N=18; 69,2%), religião católica (N=19; 73,1%), trabalhando (N=14; 53,8%), e com renda familiar de 2 salários mínimos (N=10; 38,5%).

Tabela 1.

Características de homens prostatectomizados após tratamento da Disfunção Erétil (janeiro/2011 a dezembro/2016).

Variável	N (%)
<b>Idade</b> (51 a 78 anos) $63,65 \pm 7,24$	
51-59	7 (27)
60-69	14 (54)
70-78	5 (19)
<b>Escolaridade</b>	
Ensino Médio	18 (69,2)
Ensino Fundamental	8 (30,8)
<b>Raça/etnia</b>	
Branca	17 (65,4)
Negro	1 (3,8)
Pardo	8 (30,8)
<b>Estado Civil</b>	
Casado/união estável	22 (84,6)
Divorciado	4 (15,4)
<b>Religião</b>	
Católica	19 (73,1)
Evangélica	6 (23,1)
Espírita	1 (3,8)
<b>Ocupação</b>	
Aposentado	12 (46,2)
Trabalhando	14 (53,8)
<b>Renda Familiar</b>	
1 Salário mínimo	5 (19,2)
2 salários mínimos	10 (38,5)
3 salários mínimos	4 (15,4)
4 salários mínimos	5 (19,2)
Mais de 4 salários mínimos	2 (7,7)

As características dos pacientes estão também de acordo com os dados descritos em estudos brasileiros de prevalência (Moreira, Santos, Abdo, Wroclawski, & Fittipaldi, 2004; Moreira, Glasser, Santos, & Gingell, 2005).

A média da idade foi semelhante àquela encontrada em outros estudos (Vieira, 2010; Migowski, Azevedo & Silva, 2010; Cambruzzi, Zettler, Pegas & Teixeira, 2010). Idade mais avançada está associada ao desenvolvimento do CP, e o alto índice da DE pós a PR (Glina, 2014). A preservação da ereção peniana após a PR é maior nos pacientes com idade inferior a 50 anos (91%), em comparação àqueles com idade entre 50 e 60 anos (75%), 60 e 70 anos (58%) e acima de 70 anos (25%) (Steiner, Morton & Walsh, 1991, como referido em Ferreira, 2010).

O quadro clínico da DE após a realização da PR, em relação ao tempo que o paciente realizou o procedimento cirúrgico e o tempo que iniciou o tratamento para a DE após a cirurgia, estão descritos na tabela 2.

Tabela 2.

Quadro clínico da Disfunção Erétil após Prostatectomia Radical.

<b>Variável</b>	<b>N (%)</b>
<b>Tempo que realizou o Procedimento cirúrgico de PR</b>	
Mais de dois anos	21 (80,7)
Há dois anos completos	1 (3,8)
Há um ano	3 (11,5)
Menos de 6 meses	1 (3,8)
<b>Tempo que iniciou o Tratamento para a DE após PR</b>	
3 meses após a cirurgia	12 (46,1)
6 meses após a cirurgia	6 (23,0)
1 ano após a cirurgia	3 (11,5)
1 ano e meio após a cirurgia	1 (3,8)
2 anos após a cirurgia	4 (15,4)

A maioria dos pacientes havia realizado a PR há mais de dois anos. Esse período de tempo dá uma margem para bons resultados relacionados a

recuperação após a PR e eficácia do tratamento da DE. Entretanto, deve-se levar em consideração questões institucionais, de equipe, e situação clínica dos pacientes.

Em relação ao tempo de início do tratamento para a DE após a PR, a maioria iniciou tratamento três meses após a cirurgia. O início do tratamento após a PR é muito importante para a preservação da função erétil (Resnick, Koyama & Penson, 2013). Estudos clínicos têm demonstrado altas taxas de recuperação da função erétil pós PR. A reabilitação peniana deve de iniciar tão logo seja possível no pós-operatório (Barreira, 2013). Em estudo relacionado sobre o tema, abordou-se o desejo do paciente em iniciar o tratamento da DE após a PR e 53% dos participantes responderam entre 1 e 3 meses após a cirurgia. Uma porcentagem significativamente maior de homens mais jovens - menos de 64 anos - desejariam ser tratados dentro de um mês após a cirurgia. E uma porcentagem significativamente maior de homens com mais de 64 anos preferiam ser tratados após seis meses (Chartier-Kastler et al., 2008). É importante mencionar que pacientes podem ou não optar por tratar a DE pós a PR (Cruz, Martínez, Ramón, García & de la Peña, 2003; Karakiewicz, Tanguay, Kattan, Elhilali & Aprikian, 2004).

A linha de tratamento mais prescrita e usada para a DE e a combinação de outras linhas estão apresentadas na Figura 2.



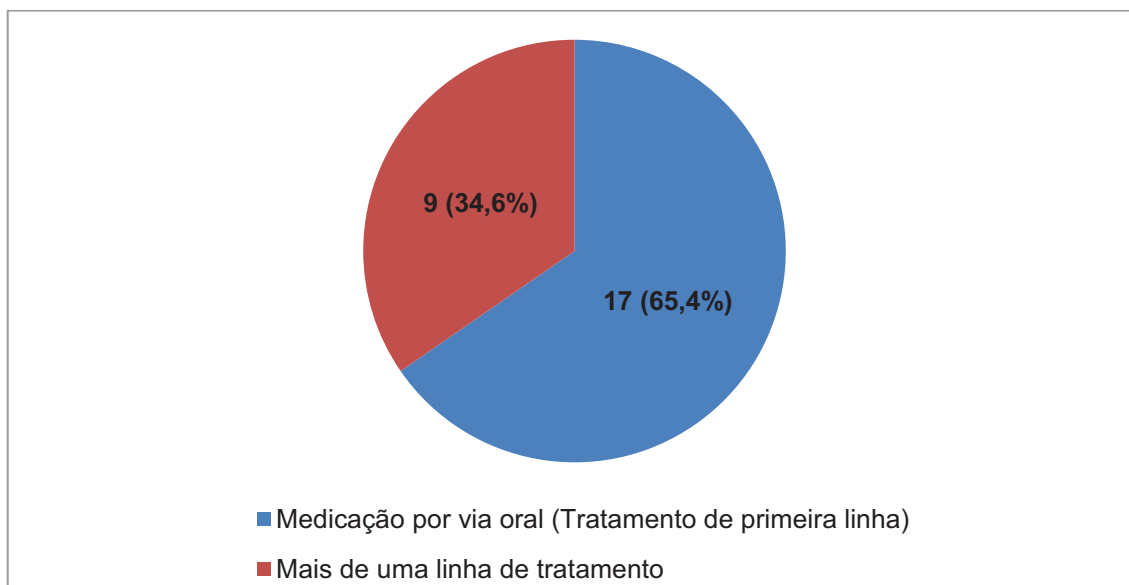


FIGURA 2

---

Linha de tratamento prescrito para Disfunção Erétil.

A linha de tratamento mais prescrita e usada foi à medicação por via oral, mas não foram identificados estudos sobre as linhas de tratamento mais utilizadas para DE após a PR. A medicação por via oral é a primeira linha de tratamento prescrita, e se o paciente tiver um bom resultado, esta forma de tratamento é mantida. Mais de uma linha de tratamento para a DE foi usada por parte da amostra deste estudo. Isso ocorreu porque a primeira linha não se mostrou eficiente e uma segunda opção foi então oferecida e utilizada.

A figura 3 apresenta a linha de tratamento para a DE que teve resultado satisfatório após o seu uso (N=8 30,8%). A figura 4 apresenta dados sobre a linha de tratamento usada pelos pacientes que não obtiveram resultado positivo com o seu uso (N=18; 69,2%).

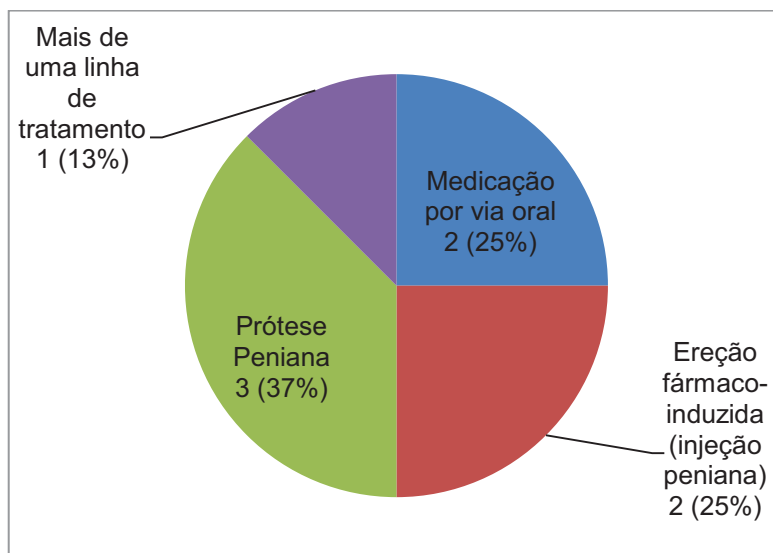


Figura 3.

Linha de Tratamento para a Disfunção Erétil usado pelos 8 homens que relataram resultado satisfatório.

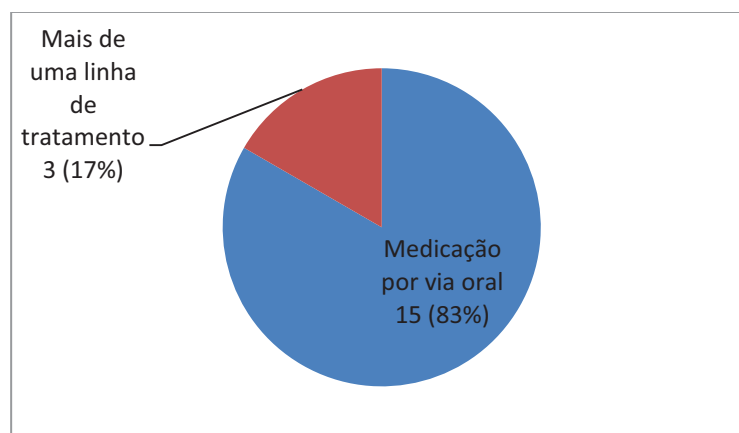


Figura 4.

Linhas de tratamento para a Disfunção Erétil usadas pelos 18 homens que não relataram resultado satisfatório

A linha de tratamento associada a mais resultados satisfatórios não se mostrou efetiva para a maioria dos pacientes. Estudo realizado por Glina (2011) destaca que há cada vez mais indícios que o uso de medicação por via oral ajuda na recuperação da ereção e foi a linha de tratamento mais utilizada pelos

pacientes (medicação por via oral). Neste estudo, entretanto, o resultado não se mostrou efetivo.

Os dados sobre a satisfação com o tratamento estão apresentados na Tabela 3.

Insatisfação com o tratamento utilizado foi identificada na maioria dos pacientes e na parceira. É importante destacar que, no tratamento da DE, deve-se levar em consideração a causa. Entretanto não foram identificados estudos que abordam o tema da satisfação do paciente ou da parceira acerca do tratamento da DE para uma causa específica, principalmente da DE pós PR. No geral, sem causa de DE específica, a segunda e a terceira linhas de tratamento possuem dados que indicam a satisfação do paciente com o uso, sendo injeções penianas de 87 a 93,5%, e próteses penianas de 70 a 87% (Wespeset al, 2006).

Tabela 3.

Avaliação do tratamento realizado da Disfunção Erétil

Variável	N (%)
<b>Satisfação com o tratamento realizado</b>	
Muito satisfeito	4 (15,4)
Um pouco satisfeito	5 (19,2)
Nem satisfeito nem insatisfeito	2 (7,7)
Um pouco insatisfeito	4 (15,4)
Muito insatisfeito	11 (42,3)
<b>Confiança em se envolver em atividade sexual</b>	
Muito confiante	4 (15,4)
Um pouco confiante	6 (23,0)
Não teve qualquer impacto	3 (11,5)
Um pouco menos confiante	2 (7,7)
Muito menos confiante	10 (38,5)
Sem resposta	1 (3,8)
<b>Satisfação que você acredita que a sua parceira tinha em relação aos efeitos do tratamento realizado</b>	
Muito satisfeito	3 (11,5)
Um pouco satisfeito	3 (11,5)
Nem satisfeito nem insatisfeito	8 (30,8)
Um pouco insatisfeito	2 (7,7)
Muito insatisfeito	8 (30,8)
Sem resposta	2 (7,7)
<b>Naturalidade em conseguir uma ereção usando essa forma de tratamento</b>	
Muito natural	4 (15,4)
Algo natural	2 (7,7)
Nem natural nem antinatural	3 (11,5)
Pouco natural	5 (19,2)
Muito pouco natural	10 (38,5)
Sem resposta	2 (7,7)
<b>Comparação da naturalidade da ereção em termos de rigidez antes de ter esse problema e após o tratamento realizado da DE</b>	
Muito mais difícil do que antes	5 (19,2)
Um pouco mais difícil do que antes	2 (7,7)
A mesma rigidez que antes	1 (3,8)
Um pouco menos rígido que antes	3 (11,5)
Muito menos rígido do que antes	13 (50)
Sem resposta	2 (7,7)
<b>Uso atual de algum tratamento para DE para conseguir a ereção</b>	
Sim	13 (50)
Não	13 (50)

Em relação à confiança em se envolver em uma relação sexual após o uso do tratamento da DE, os pacientes responderam sentir-se muito menos confiantes. Essa baixa confiança pode estar associada com os dados mais prevalentes da amostra, como a ineficácia com o tratamento da DE realizado, a

falta de naturalidade em conseguir uma ereção e uma ereção insatisfatória.

Outra associação com a ineficácia do tratamento realizado pelos pacientes na amostra estudada deve-se ao fato de metade da amostra não fazer mais uso do tratamento para a DE.

O desempenho sexual avaliado pelo QS-M está apresentado na Figura 5.

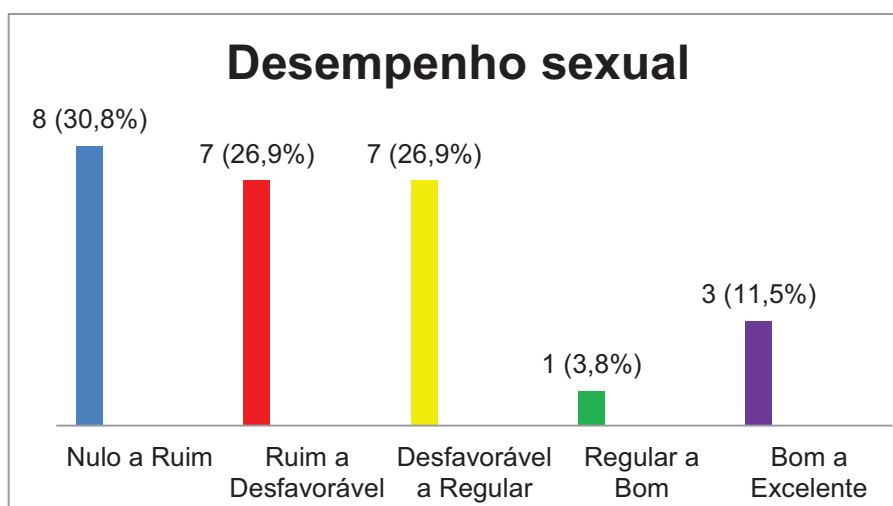


FIGURA 5.

Desempenho sexual de homens com Disfunção Erétil avaliados pelo Quociente Sexual Masculino.

O desempenho sexual dos homens entrevistados relatou padrão de desempenho/satisfação sexual de nulo a ruim (30,8%), ruim a desfavorável (26,9%), e desfavorável a regular (26,9%), apresentando um quadro significativo de função sexual ruim. Não há estudos para se referirem aos resultados encontrados.

O QS-M variou de 0 a 100 pontos, com média de  $38,7 \pm 28,7$ . As respostas dadas pelos 26 homens em relação às 10 questões referentes ao quociente sexual masculino podem ser observadas na Tabela 4.

Tabela 4.

Respostas dadas ao Questionário Quociente Sexual Masculino (QS-M) em homens com Disfunção Erétil

Resposta		0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Aproximadamente 50% das vezes	4 A maioria das vezes	5 Sempre
Variável	Questão	N	N	N	N	N	N
Desejo e interesse sexual	1	3	1	3	3	4	12
Autoconfiança	2	7	2	4	1	3	9
Satisfação que o homem obtém e proporciona a sua parceira	3	9	1	2	2	6	6
Satisfação que o homem obtém	4	13	2	3	1	3	4
Qualidade da ereção	5	17	1	1	3	1	3
Qualidade da ereção	6	17	2	1	1	2	3
Qualidade da ereção	7	18	3	0	1	1	3
Controle da ejaculação	8	16	2	3	1	1	3
Capacidade de atingir o orgasmo	9	12	0	1	1	6	6
Satisfação que o homem obtém e proporciona a sua parceira	10	10	0	5	2	2	7

Na análise das respostas do QS-M dos pacientes, observou-se que os mesmos pontuaram baixo escore nas respostas que avaliam ereção, orgasmo, e satisfação geral do indivíduo e de sua parceira. Os dados indicam, portanto, um prejuízo na função sexual.

Como limitações deste estudo, destacamos o tamanho da amostra, causada pela dificuldade de recrutamento dos pacientes.

## CONCLUSÕES

Houve alta prevalência de pacientes que realizaram tratamento da DE nos cinco anos estabelecidos no período de inclusão de pacientes no estudo.

Entretanto, houve dificuldades relacionadas ao recrutamento de pacientes para entrevista-los e para compor a amostra.

Para o tratamento da DE foram adotadas as três linhas de tratamento, sendo a mais prevalente a medicação por via oral. Entretanto, houve predomínio de insatisfação com o tratamento recebido.

A função sexual de homens prostatectomizados após tratamento da DE apresentou um padrão de desempenho/satisfação sexual de nulo a ruim, com prejuízo na função sexual pós a realização da PR.

O tema estudado ainda é escasso em termos de publicações científicas. Mais estudos sobre DE após PR ainda são necessários para identificar necessidades específicas dessa população, para agregar conhecimento e auxiliar a definir ações concretas para atender de forma satisfatória esse grupo de pacientes.

## REFERÊNCIAS

- Abdo, C. H. N. (2012). *Sexualidade humana e seus transtornos* (4º ed.). São Paulo: Leitura médica.
- Abdo, C. H. N., Afif-Abdo, J. (2012). Disfunção Erétil. In A. Carmita, *Sexualidade Humana e seus transtornos* (pp. 107-142). São Paulo: Leitura médica.
- Abdo, C. H. N. (2006). Elaboração e validação do quociente sexual versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem. *Revista Brasileira de Medicina*, 63, (2), 42-46.
- Althof, S. E., Corty, E. W., Levine, S. B., Levine, F., Burnett, A. L., Mcvary, K., Stecher, V., & Seftel, A. D. (1999). Edits: development of questionnaires for evaluating satisfaction with treatments for erectile dysfunction. *Urology*, 53, 4, 793-799.
- Barreira, J. V. N. (2013). *Tratamento da Disfunção Erétil após Prostatectomia Radical*. Dissertação (mestrado). Universidade do Porto, Portugal.
- Blum, B., & Picus, J. (2004). Câncer de próstata. In R. Govindan, Arquette, Matthew A. *Washington, Manual de oncologia* (pp. 444-455). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Brilhante, A. C., Lima, M. D. C., Marreiro, C. M., Souza, B. A., Aguiar, M. F. M., & Fonseca, R. C. (2007). Prostatectomia radical por via perineal (PRVP) em hospital não universitário: estudo de 13 casos. *Revista para Médicos*, 21, 43-46.
- Cambruzzi, E., Zettler, C. G., Pegas, K. L., & Teixeira, S. L. (2010). Relação entre escore de Gleason e fatores prognósticos no adeno carcinoma



acinar de próstata. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 46, 1, 61-68.

Cavalcanti, R., & Cavalcanti, M. (2012). *Disfunção Erétil*. In R. Cavalcanti & M. Cavalcanti (Eds), *Tratamento clínico das inadequações sexuais* (pp. 251-286). São Paulo: Roca.

Chartier-Kastler, E., Amar, E., Chevallier, D., Montaigne, O., Coulange, C., Joubert, J. M., & Giuliano, F. (2008). Does management of erectile dysfunction after radical prostatectomy meet patients' expectations? Results of a national survey (REPAIR) by the French Urological Association. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 3, 693-704.

Cruz Gimeno, J. L., Martínez Piñeiro, L., Ramón de Fata, F., García Mediero, J. M., & de la Peña Barthel, J. (2003). Erectile dysfunction after radical prostatectomy. Response to treatment with sildenafilcitrate. *Archivos Españoles de Urologia*, 56, 1, 47-51.

Ellsworth, P., Heaney, J., & Gill, C. (2003). *Tudo sobre câncer de próstata*. São Paulo: Andrei.

Ferreira, A. S. S (2010). *Implante permanente de sementes de iodo 125 e prostatectomia radical em portadores de câncer de próstata: análise comparativa de uma coorte de base hospitalar*. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

Glina, S. (2011). Erectile dysfunction after radical prostatectomy: treatment options. *Drugs Aging*, 28, 4, 257-266.

Glina, S. (2014). Disfunção erétil pós prostatectomia radical: como eu abordo? *Uro ABC*, 4, 1, 16-17.

- Gloeckler Ries, L.A., Reichman, M. E., Lewis, D. R., Hankey, B. F., & Edwards, B. K. (2003). Cancer survival and incidence from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) program. *Oncologist*, 6, 541-552.
- Gomes, M. A. (2006). Doenças da próstata. In: E. V. Freitas et al (Eds), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 695-714). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Goulart, D. M. M. (2012). *Qualidade de vida em pacientes submetidos à prostatectomia Radical*. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil.
- Instituto Nacional do Câncer. (2017). *Câncer de próstata*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultado-comentarios.asp>
- Karakiewicz, P. I., Tanguay, S., Kattan, M. W., Elhilali, M. M., & Aprikian, A. G. (2004). Erectile and Urinary Dysfunction after Radical Prostatectomy for Prostate Cancer in Quebec: A Population Based Study of 2415 Men. *Journal of Urology*, 46, 188-194.
- Mariano, M. (2002). A prostatectomia radical no tratamento do câncer localizado da próstata: tratamento cirúrgico do câncer de próstata. In: L. A. Fagundes e cols, *Câncer de próstata: novos caminhos para a cura* (pp. 99-104). Porto Alegre: Age.
- Matheus, W. E., Fregonesi, A., Ferreira, U. (2009). Disfunção Erétil. *Revista brasileira de medicina*, 66, 12.

- Medeiros, A. P., Menezes, M. F. B., Napoleão, A. A. (2011). Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. *Revista Brasileira Enfermagem*, 64, 2, 385-388
- Migowski, A., & Silva, G. A. E. (2010). Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. *Revista Saúde*, 44, 344-352.
- Moreira, E. D. A. C., Glasser, D., Santos, D. B., & Gingell, C. (2005). Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *São Paulo Medical Journal*, 123, 234-241.
- Moreira, E. D. A. C., Santos, D. B., Abdo, C. H., Wroclawski, E., & Fittipaldi, J. A. S. (2004). Epidemiologia da disfunção erétil no Brasil: Resultados da pesquisa nacional do "projeto avaliar". *Revista Brasileira de Medicina*, 61, 613-625.
- Nunes, P., Rolo, F., & Mota, A. (2004). Prostatectomia radical e actividade sexual. *Acta Urológica*, 21, 15-31.
- Reis, F., Netto, N. R. Jr., Reinato, J. A., Thiel, M., & Zani, E. (2004). The impact of prostatectomy and brachytherapy in patients' with localized prostate cancer. *International Urology and Nephrology*, 36, 2, 187-90.
- Palmas, A., Coelho, M. F., Cardoso, P., Fonseca, J. (2009). Prótese Peniana Maleável: Avaliação do grau de satisfação do doente e da parceira – Experiência do Serviço de Urologia do Hospital Fernando Fonseca no período de 2005 a 2008. *Acta Urológica*, 26, 1, 13-18.

- Resnick M. J., Koyama T, & Penson, D. F. (2013) Long-Term Functional Outcomes after Treatment for Localized Prostate Cancer. *NewEngland Journal of Medicine*, 368, 436-445.
- Rosen, R. C., Janssen, E., Wiegel, M., Bancroft, J., Althof, S., Wincze, J., Segraves. R. T., & Barlow, D. (2006). Psychological and Interpersonal Correlates in Men with Erectile Dysfunction and their Partners: A Pilot Study of Treatment Outcome with Sildenafil. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 215-234.
- Santos, E. M. R. (2011). *Vivências Sexuais do doente prostatectomizado radical*. Dissertação (Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Tonon, T. C. A., Schoffen, J. P. F. (2009). Câncer de Próstata: uma Revisão da Literatura. *Revista Saúde e Pesquisa*, 2, 403-410.
- Vieira, A. C. D. O. A. (2010). *O impacto da doença e tratamento cirúrgico em homens acometidos por câncer de próstata: estudo exploratório de qualidade de vida*. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil.
- Wespes, E., Amar, E., Eardley, I., Giuliano, F., Hatzichristou, D., Hatzimouratidis, K., Montorsi, F., & Vardi, Y. (2006). Diretrizes para disfunção sexual masculina: Disfunção erétil e ejaculação prematura. *European Urology*, 49, 806-815.

## ANEXO I

### Quociente Sexual – Versão Masculina (QS-M)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

**1. Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?**

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

**2. Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?**

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

**3. As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua parceira?**

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

**4. Seu desempenho sexual varia conforme sua parceira seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?**

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

**5. Você consegue manter o pênis ereto o tempo que precisa para completar a**

**atividade sexual com satisfação?**

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

**6. Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida para garantir uma relação sexual satisfatória?**

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

**7. Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?**

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

**8. Você consegue controlar o orgasmo para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?**

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes
- [4] Maioria das vezes
- [5] Sempre

**9. Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?**

- [0] Nunca
- [1] Raramente
- [2] Às vezes
- [3] Metade das vezes

[4] Maioria das vezes

[5] Sempre

**10. Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?**

[0] Nunca

[1] Raramente

[2] Às vezes

[3] Metade das vezes

[4] Maioria das vezes

[5] Sempre

## ANEXO II

## Parecer aprovação comitê de ética

Comitê de Ética em  
Pesquisa em Seres Humanos  
CEP/FAMERP

Parecer n.º 1.133.244

## COMITÊ-DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa CAAE 44253515.2.0000.5415 sob a responsabilidade de **Pedro Junior Rodrigues Coutinho** com o título "Sexualidade de Homens Prostatectomizados Após Tratamento de Disfunção Erétil" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 01 de julho de 2015.

*Luciano Garcia Lourenção*  
Prof. Dr. Luciano Garcia Lourenção  
Coordenador do CEP/FAMERP

*Daniel Figueira*  
02/07/15



## APÊNDICE I

### Entrevista semiestruturada

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Essa entrevista é composta de perguntas sócio-demográficas e sobre o tratamento de DE realizado. Por favor, responda as perguntas da forma mais honesta e sincera que puder. Se algumas perguntas ou termos não forem claros, por favor peça esclarecimentos.

#### 1. Dados sócio-demográficos

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino médio ( ) Superior

Raça/cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela ( ) Não desejo declarar.

Renda familiar: ( ) um salário mínimo ( ) dois salários mínimos ( ) três salários mínimos

( ) quatro salários mínimos ( ) Acima de quatro salários mínimos

Religião: ( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Outra ( ) Sem religião

Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado/vive como casado ( ) Divorciado/separado

( ) Viúvo ( ) Outros

#### 2. Tratamento da DE

##### Quadro clínico da DE após a PR

1. Quanto tempo faz que você foi submetido ao procedimento cirúrgico de Prostatectomia Radical (PR)?

- a) Mais de dois anos
- b) Há dois anos completos
- c) Há um ano
- d) Há 6 meses
- e) Menos de 6 meses

2. Após a realização da cirurgia de PR, quanto tempo você demorou pra procurar tratamento da DE?

- a) 3 meses após a cirurgia

- b) 6 meses após a cirurgia
- c) 1 ano após a cirurgia
- d) 1 ano e meio após a cirurgia
- e) 2 anos após a cirurgia

### Tratamento da DE

3. Qual (s) formas de tratamento para a DE foi prescrita pra você?
- a) Medicação estimulante
  - b) Injeção Peniana (Caverject)
  - c) Prótese Peniana
  - d) Terapia
  - e) Mais de um dos tratamentos citados acima.
  - f) Nenhum
4. Qual (s) forma de tratamento para a DE realizada que você teve resultado satisfatório com o uso?
- a) Medicação estimulante
  - b) Injeção Peniana (Caverject)
  - c) Prótese Peniana
  - d) Terapia
  - e) Nenhum

### Satisfação do tratamento realizado

5. No geral, o quão satisfeito você ficou com o tratamento de DE realizado?
- a. muito satisfeito
  - b. Um pouco satisfeito
  - c. Nem satisfeito nem insatisfeito
  - d. Um pouco insatisfeito
  - e. muito insatisfeito
6. Diante do tratamento realizado o quanto você ficava confiante em se envolver em atividade sexual?
- a. muito confiante
  - b. Um pouco confiante
  - c. Ele não teve qualquer impacto
  - d. Um pouco menos confiante
  - e. Muito menos confiante
7. No geral, qual o grau de satisfação que você acredita que a sua parceria tinha em relação aos efeitos do tratamento realizado?
- a. muito satisfeito
  - b. Um pouco satisfeito
  - c. Nem satisfeito nem insatisfeito
  - d. Um pouco insatisfeito
  - e. muito insatisfeito
8. Quão natural era o processo de conseguir uma ereção usando essa forma de tratamento?

- a. muito natural
  - b. algo natural
  - c. Nem natural nem antinatural
  - d. pouco natural
  - e. muito pouco natural
9. Comparado a antes de você ter um problema de ereção como você classificaria a naturalidade de sua ereção quando você usou este tratamento em termos de dureza?
- a. Muito mais difícil do que antes
  - b. Um pouco mais difícil do que antes
  - c. A mesma dureza que antes
  - d. Um pouco menos duro do que antes
  - e. Muito menos duro do que antes
10. Você ainda faz uso do tratamento para DE para conseguir a ereção?
- a. Sim
  - b. Não

Obrigado por ter completado o questionário.

## APÊNDICE II

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisador Responsável: Pedro Junior Rodrigues Coutinho

Endereço: Av. Brigadeiro Faria Lima, nº 5544, bairro São Pedro

CEP: 15090-000 São José do Rio Preto

Fone: (17) 3201-5000. Ramal:1215.

Email: pedror.coutinho@hotmail.com

O Sr. está sendo convidado como voluntário a participar do estudo "Sexualidade de homens prostatectomizados após tratamento da disfunção erétil". Você foi selecionado no arquivo de pacientes do Serviço de Psicologia e sua participação não é obrigatória.

Este estudo tem como objetivo investigar a Sexualidade de homens que realizaram tratamento para disfunção erétil após prostatectomia radical que foram atendidos pelo serviço de Urologia e Psicologia no ambulatório do hospital de base.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder o questionário e a entrevista, no dia marcado da sua entrevista. Os riscos em participar do estudo incluem a discussão de aspectos que possam causar sentimentos negativos (ex. tristeza, ansiedade). Como este estudo conta com a participação de psicólogos, pacientes que necessitarem serão encaminhados para atendimento individual.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Você ainda poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador não divulgará seu nome no trabalho, mantendo suas opiniões e comentários sempre em segredo (sigilo profissional). Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr. não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP e a outra será fornecida a você. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo "Sexualidade de homens prostatectomizados após tratamento da disfunção erétil" de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São José do Rio Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(nome do participante)

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

\_\_\_\_\_  
(nome do pesquisador)

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

\_\_\_\_\_  
(nome da testemunha)

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

Comitê de Ética e Pesquisa da FAMERP

Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416

São José do Rio Preto, SP

Fone: (17) 3201-5813

